

***ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA.
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL DOLOR
PÉLVICO.***

M^a del Mar Esteban López
Residente MFyC, Hospital “ La Inmaculada “, Huércal-Overa

ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA

- Introducción:

La enfermedad inflamatoria pélvica es una entidad que carece de definición precisa. Es un término general utilizado para referirse a la inflamación secundaria a una infección del tracto genital superior que incluye la participación de las siguientes localizaciones:

- Endometrio (Endometritis)
- Trompas de Falopio (Salpingitis)
- Ovarios (ooforitis)
- Miometrio (miometritis)
- Serosa uterina y ligamentos anchos (parametritis)
- Peritoneo pélvico

La inflamación de las trompas es el componente más característico y común. De tal forma, que salpingitis y EIP se usan como sinónimos en muchas ocasiones. Generalmente, nos referimos a EIP como la infección del tracto genital superior donde las trompas de Falopio se encuentran afectadas.

La EIP es una infección severa, cuyo diagnóstico debería ser considerado en toda mujer en edad reproductiva con dolor pélvico. Debido al gran impacto sociosanitario y económico tanto por su frecuencia como por la severidad de sus potenciales secuelas, que pueden aparecer incluso en la infección leve.

Es la infección grave más frecuente en mujeres entre 16-25 años en los países occidentales, por lo que se requiere un diagnóstico con alta sospecha clínica y un tratamiento que debe instaurarse precozmente para evitar las secuelas que pueden aparecer en el contexto de la EIP.

A pesar de que a nivel mundial, la EIP es una causa importante de morbilidad y de infertilidad, no existen datos fiables en cuanto a su incidencia y prevalencia. Esto es debido a que no es una enfermedad de declaración obligatoria, no existen unos criterios diagnósticos bien definidos y en muchos casos la presentación inicial es vaga y con síntomas leves o subagudos.

En cualquier caso, existen determinados grupos de población, en los que la prevalencia de la EIP está en relación con la prevalencia de las enfermedades de transmisión sexual.

- Factores de riesgo principales:

1. **Edad inferior a 25 años:** Las mujeres jóvenes, generalmente en la segunda o tercera década de la vida, son las más afectadas por esta enfermedad, lo cual parece depender de la alta prevalencia de las ETS.
2. **Múltiples compañeros sexuales:** Como ocurre en otras ETS, las mujeres solteras y sexualmente promiscuas son las más afectadas por EIP. Las mujeres con múltiples compañeros sexuales, tienen un riesgo mayor de 4.5 veces de padecer una EIP que las monogámicas.

Se ha encontrado como factor de riesgo de mayor significación el tener un más de un compañero sexual en los treinta días previos a la infección, más que el número total de compañeros que hubiese podido tener en el transcurso de su vida.

3. **Enfermedades de transmisión sexual**: La presencia o historia de otras ETS aumenta el riesgo de padecer una EIP. Se ha encontrado que el antecedente de EIP gonocócica es un factor de riesgo para episodios subsecuentes de EIP no gonocócica.
4. **No utilización de métodos de barrera**: Éstos parecen disminuir el riesgo de hospitalización de EIP, al reducir el riesgo de padecer ETS.
5. **Anticoncepción oral**: Clásicamente, los anticonceptivos orales han tenido un papel de protección frente a EIP-ETS, posiblemente, por las alteraciones que producen en el moco cervical, por la reducción del volumen y duración del sangrado menstrual y alteraciones de factores inmunológicos. Actualmente se piensa, que el papel protector de los ACO probablemente se haya sobreestimado, incluso se especula, sobre la posibilidad de favorecer la infección silente y repercutir sobre las secuelas. La ectopia asociada a los ACO, favorece la colonización por clamídeas. Aún aceptando un mayor riesgo de ETS, no se incrementan las tasas de EIP.
6. **Dispositivos intrauterinos**: El DIU incrementa el riesgo de padecer EIP en los primeros tres o cuatro meses de la inserción, por la manipulación.
7. **Historia previa de EIP**: Un tercio de las mujeres con EIP van a tener más de brote sucesivo, el segundo de los cuales aparece en el primer año después del primer brote en la mitad de las pacientes. Gonococo y clamídeas, se aíslan con menos frecuencia que en el primer brote. Son determinantes en la cronicidad del proceso: la falta de tratamiento de las parejas sexuales, la lesión tubárica residual, el tratamiento incompleto o la persistencia de las mismas conductas sexuales y factores de riesgo.
8. **Historia de vaginosis o cervicitis**: Diversos datos sugieren que la vaginosis bacteriana incrementa el riesgo de EIP asociada a gérmenes endógenos.
9. **EIP iatrógena**: Secundaria a distintas maniobras realizadas a nivel del tracto genital inferior y superior, facilitando el ascenso de gérmenes, como son el parto, legrado, inserción de DIU, histeroscopia, punción transvaginal, histerosalpingografía, etc..... Se estima que la EIP iatrogénica representa entre el 10 y 15% de los casos. Para minimizar este porcentaje se propone la realización de una profilaxis antibiótica (tetraciclinas, cefalosporinas o macrólidos); estudio microbiológico previo de cervix y vagina, especialmente en mujeres de riesgo de ETS; realización de los procedimientos con una adecuada desinfección vaginal previa.

- Otros factores, que aparecen relacionados en la bibliografía pero que no existe evidencia científica sobre su relación:

1. Situación socioeconómica baja.
2. Bajo nivel educacional.

3. Raza.
4. Estado civil.
5. Vivir en medio urbano.
6. Coitos frecuentes y / o durante la gestación.
7. Duchas vaginales.
8. Tabaquismo.

- **Etiología:**

Si bien los patógenos más relacionados con la EIP son *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*, la infección que se produce en la EIP es **polimicrobiana**, habiéndose aislado microorganismos genitales aerobios (*Streptococo del grupo B*, *E. coli*, *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis*), anaerobios (*Peptoestreptococos*, *Bacteroides*) y un 5% de los casos patógenos respiratorios (*Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*).

Etiología desconocida: Al menos un 20% de pacientes con una EIP clínica y cambios tubáricos en la laparoscopia no muestran crecimiento bacteriano alguno con medios selectivos de muestras tubáricas o de fondo de saco de Douglas. Incluso, es frecuente, que no se observe respuesta serológica plasmática a los gérmenes habitualmente implicados. Clínicamente, suelen corresponder a mujeres de mayor edad, con un curso de dolor pélvico subagudo o crónico y con cambios inflamatorios tubáricos leves en la laparoscopia.

Otro gérmenes implicados de forma menos frecuente son el Actinomyces en relación con la inserción de DIU, M. tuberculosis en relación a la salpingitis granulomatosa en los países en vías de desarrollo, virus, etc...

- **Vía de transmisión:**

1. **Vía ascendente:** La diseminación ascendente transuterina es la vía fundamental de producción de EIP, que a partir de gérmenes acantonados en el cérvix, provocando una endocervitis, producen infección del tracto genital superior (endometritis, salpingitis, peritonitis). Se ha sugerido que en muchos casos de EIP, los microorganismos que provocan ETS inician la inflamación de la mucosa tubárica y esto facilita la invasión de la mucosa por organismos endógenos del tracto genital inferior.
2. **Diseminación hematológica de focos distantes:** como ocurre en la TBC.
3. **Diseminación de órganos adyacentes infectados:** apendicitis, diverticulitis.

- **Clínica:**

La forma de presentación de la EIP es muy variada, desde un proceso asintomático hasta llegar a producir un compromiso vital. En general, la condición clínica más frecuente de la EIP aguda es la de una paciente con dolor pélvico y poca afectación del estado general. Sólo un pequeño porcentaje de pacientes presentan formas pelviperitoníticas graves.

La EIP puede cursar con los siguientes síntomas y signos:

1. Síntomas:

- ***Dolor abdominal:*** Es el síntoma más frecuente, está presente en el 95% de los casos, se localiza en hipogástrico, generalmente bilateral y su intensidad varía desde estar ausente (EIP ausente) a ser muy intenso en cuadros con un componente peritoneal importante. Aumenta con el coito, la exploración clínica, los cambios de posición y las maniobras de Valsalva. En ocasiones puede aparecer dolor en hipocondrio derecho asociado con perihepatitis (síndrome de Fitz-Hugh-Curtis).
- ***Aumento del flujo vaginal o flujo de características anormales*** (74%).
- ***Sangrado anormal:*** intermenstrual, postcoital (45%).
- ***Síntomas urinarios*** (35%).
- ***Naúseas, vómitos*** (14%).
- ***Ausencia de síntomas.***

2. Signos:

- ***Dolor a la movilización del cérvix, dolor anexial en la exploración vaginal bimanual*** (99%).
- ***Cervicitis y leucorrea*** (74%).
- ***Fiebre > 38°C*** (<47%).
- ***Masa pélvica:*** su presencia sugiere absceso tuboovárico.
- ***Peritonitis.***

- **Diagnóstico:**

El diagnóstico de la EIP es fundamentalmente clínico. Éste es con frecuencia difícil debido a la poca especificidad y sensibilidad de la exploración clínica, sin embargo el retraso en el diagnóstico y tratamiento pueden producir secuelas muy importantes. Para evitar dichas secuelas, se justifica un tratamiento antibiótico empírico basado en la exploración clínica, sin ninguna otra prueba complementaria. Debido a la poca sensibilidad y especificidad del diagnóstico, determinados autores han elaborado una serie de criterios clínicos que facilitan en gran medida la sospecha diagnóstica de EIP. Sin embargo, no existe un consenso de cuáles son los criterios más adecuados, existiendo varias clasificaciones. Una de ellas es la elaborada por la SEGO la cual recurre a una serie de criterios diagnósticos mínimos, que nos permiten iniciar precozmente con un tratamiento antibiótico y unos criterios adicionales que intentan aumentar la sensibilidad y la especificidad del diagnóstico, afianzando el diagnóstico inicial realizado con los criterios mínimos.

- **CRITERIOS MÍNIMOS:**
 - Presencia de dolor abdominal bajo.
 - Dolor a la movilización cervical en la exploración.
 - Dolor anexial en la exploración.

- **CRITERIOS ADICIONALES:**
 - Temperatura > 38°C.
 - Leucocitos > 10500.
 - VSG elevada.
 - PCR elevada.
 - Exudado endocervical anormal.

- Infección cervical documentada en el laboratorio por *N.gonorrhoeae* o *C.trachomatis*.

Otros criterios elaborados por otros autores son los denominados Criterios de Hager, donde existen unos criterios mayores y unos criterios menores, considerándose positivo la presencia de todos los criterios mayores y al menos uno de los criterios menores:

- **CRITERIOS MAYORES:**
 - Historia o presencia de dolor abdominal bajo.
 - Dolor a la movilización cervical en la exploración vaginal.
 - Dolor anexial en la exploración abdominal.
 - Ecografía que no sugiere otra patología.
- **CRITERIOS MENORES:**
 - Temperatura superior a 38°C.
 - Leucocitosis superior a 10000.
 - VSG elevada.
 - Tinción de exudado intracervical que demuestra la presencia gonococo, cultivo positivo a gonococo, o cultivo positivo u observación al examen directo por IFD de *C.trachomatis*.

Algunos autores refieren que criterios sugerentes de EIP, como dolor en útero y anejos y dolor a la movilización cervical, son suficientes para iniciar tratamiento empírico, considerando el resto de los criterios adicionales. Existe escasa evidencia que sostenga cualquiera de las clasificaciones utilizadas y algunos autores señalan la necesidad urgente de revisarlas totalmente.

Para el diagnóstico de la EIP se requieren las siguientes pruebas complementarias:

1. Hemograma: La leucocitosis > de 10000 aparece en menos de las dos terceras partes de las pacientes con EIP.
2. Bioquímica general: VSG, PCR (más específica), se eleva antes que la VSG y aparece aumentada en el 80% de los casos.
3. Test de gestación: Descartar embarazo ectópico como causa de los síntomas. La presencia de EIP en gestantes es criterio de ingreso hospitalario.
4. Sedimento y cultivo urinarios: descartar infección del tracto urinario.
5. Microbiología: Toma de muestras pertinentes para profundizar en el diagnóstico microbiológico. Se realizará:

- **Exudado vaginal**: La toma de muestra se hará en el fondo de saco de Douglas, determinando vaginosis por *Gardenella vaginalis* y *S. aureus*, así como la determinación de *Trichomonas* mediante un examen en fresco o con el medio Roiron.

- **Exudado endocervical**: Con éste determinaremos la presencia de *C. trachomatis* (en el laboratorio de nuestro hospital no se realiza, se requieren medios especiales), *Mycoplasma*, gonococo, ureaplasma.... Es importante que siempre se realice una Tinción de Gram pues da el diagnóstico del 90% de las gonococias.

6. Serología luética, VIH, VHB.
7. Examen en fresco y tinción para Tricomonas en exudado vaginal.
8. Ecografía pélvica (transvaginal o abdominal): Es de utilidad para detectar la presencia de una masa, un absceso tuboovárico, colecciones, hidro o piosalpinx o líquido en Douglas.
9. Técnicas invasivas:

Laparoscopia: Ha representado la prueba “ gold estándar “ del diagnóstico, aunque tiene algunas limitaciones. Es muy útil en la investigación clínica, pero para la práctica asistencial hay que considerar los riesgos y el coste que supone su realización, ponderando sus indicaciones. Permite el drenaje de colecciones, obtención de muestras, visualización de la pelvis y anejos y permite establecer el diagnóstico diferencial con otras entidades.

Biopsia de endometrio: la presencia de células plasmáticas sugiere EIP. Ambas pruebas diagnósticas estarán indicadas en casos seleccionados como un diagnóstico dudoso o fracaso del tratamiento, ya que proporcionan el diagnóstico definitivo de EIP.

- Tratamiento:

Ante la sospecha de EIP se debe instaurar un tratamiento antibiótico empírico y administrarse de forma precoz para prevenir las secuelas que se pueden producir incluso en casos de infección leve.

Al ser los regímenes terapéuticos básicamente empíricos, deben ofrecer cobertura para los posibles agentes patógenos, como N.gonorrhoeae; C.trachomatis; bacterias facultativas gramnegativas; anaerobios y Streptococcus.

El tratamiento global de la paciente con EIP consiste:

1. Evaluación de la severidad de la infección.
2. Medidas de soporte.
3. Tratamiento antibiótico adecuado.
4. Tratamiento quirúrgico en los casos indicados.
5. Tratamiento de la pareja sexual

Algunos autores piensan que toda paciente con sospecha de EIP requiere ingreso hospitalario para recibir tratamiento, mientras que otros creen que los casos leves pueden ser tratados de forma ambulatoria.

- POSIBILIDAD DE TRATAMIENTO AMBULATORIO (Formas Leves):
 - $T^a < 38^{\circ}\text{C}$.
 - Leucocitosis < 11000 .
 - Evidencia mínima de peritonitis.
 - Ruidos intestinales presentes.
 - Tolerancia oral.
- HOSPITALIZACIÓN:
 - Diagnóstico incierto que no excluye cuadros quirúrgicos como apendicitis o embarazo ectópico.
 - Sospecha de absceso pélvico.

- Embarazo.
- Paciente adolescente.
- Mujeres nulíparas.
- Paciente VIH positiva.
- Paciente con DIU.
- Historia reciente de instrumentación uterina.
- Sensación de enfermedad, náuseas, vómitos, $T^a > 38^{\circ}\text{C}$, leucocitosis > 11000 , signos peritoneales.
- Paciente incapaz de realizar el tratamiento ambulatorio o cuando éste es ineficaz.

1. Medidas de soporte:

- Hidratación.
- Antitérmicos.
- AINES y analgésicos para el dolor.
- Retirada de DIU tras iniciar el tratamiento antibiótico.

2. Tratamiento antibiótico:

- TRATAMIENTO AMBULATORIO:

Existen dos alternativas de tratamiento propuesta por la CDC (Centres for Disease Control and Prevention):

Régimen A:

CEFTRIAXONA 250 mg im en dosis única u otra cefalosporina de tercera generación + DOXICICLINA 100 mg/12h, vía oral, durante 14 días.

Régimen B:

OFLOXACINO 400 mg/12h vía oral durante 14 días + CLINDAMICINA 450 mg/6h vía oral o METRONIDAZOL 500 mg/12h vía oral, ambos 14 días.

Los pacientes que en un periodo de 72 horas no respondan al tratamiento antibiótico ambulatorio, deben ser ingresadas para confirmar el diagnóstico y administrar terapia parenteral.

- TRATAMIENTO HOSPITALARIO:

Régimen A:

CEFOXITINA 2 gr/6h iv + DOXICICLINA 100 mg/12h iv u oral si la función gastrointestinal.

Este tratamiento se mantendrá hasta 48h después de la evidente mejoría clínica de la paciente. Después se mantendrá la DOXICICLINA 100 mg/12h vía oral hasta completar los 14 días.

Régimen B:

CLINDAMICINA 900 mg/8h iv + GENTAMICINA iv o im, en dosis inicial de 2 mg/Kg de peso y posteriormente 1.5 mg/Kg de peso/8h.

Este régimen terapéutico se mantendrá hasta 48h después de que la paciente muestre mejoría clínica evidente. Después se mantendrá la clindamicina 450 mg/6h por vía oral o doxiciclina 100 mg/12h por vía oral hasta completar los 14 días.

Otras pautas adecuadas para el tratamiento parenteral de la EIP:

OFLOXACINO 400 mg/12h iv + METRONIDAZOL 500 mg/8h iv.

CIPROFLOXACINO 200 mg/12h + METRONIDAZOL 500 mg/8h iv + DOXICICLINA 100 mg/12h iv o vo.

Con cualquiera de las pautas terapéuticas se consigue una curación clínica del 90%. Los fracasos terapéuticos se relacionarán con la formación de abscesos tuboováricos y la necesidad de drenaje quirúrgico.

Las pacientes con EIP requieren tras el tratamiento un seguimiento adecuado tanto a nivel ambulatorio como a nivel hospitalario. Por tanto, aquellas mujeres tratadas ambulatoriamente deben ser evaluadas a las 72 horas, si no hay mejoría clínica deben ser hospitalizadas para tratamiento por vía parenteral. Las pacientes que tras 3-5 días de tratamiento hospitalario no presentan mejoría clínica evidente, deben ser nuevamente evaluadas, por lo que estaría indicada la realización de una laparoscopia diagnóstica y toma de cultivos de exudado peritoneal.

3. Tratamiento quirúrgico:

La cirugía se debe realizar de forma individualizada y lo más conservadora posible.

- INDICACIONES:

Abdomen agudo.
Peritonitis generalizada.
Absceso tuboovárico roto.
Aumento del tamaño del absceso.
Sepsis que no mejora con la reanimación.

- TRATAMIENTO DEL ABSCESO TUBOOVÁRICO (ATO):

ATO < de 8 cm, se puede administrar una pauta de tratamiento vía parenteral con **CLINDAMICINA o METRONIDAZOL**. *Vigilancia y ecografías periódicas.*

ATO > de 8 cm, o no existe mejoría en 72 horas de tratamiento parenteral, o ha aumentado de tamaño, deberá realizarse **drenaje por vía laparoscópica, cirugía o culdocentesis** si está en el fondo de saco de Douglas.

Rotura del absceso exige cirugía **urgente y anexectomía del lado afecto.**

4. Tratamiento de la pareja sexual:

Las parejas sexuales de las pacientes con EIP tienen que ser estudiadas y tratadas si han mantenido relaciones en los dos meses previos a la aparición de los síntomas de EIP.

Salvo en los casos de EIP secundaria a instrumentación uterina, el tratamiento de la pareja puede ser:

- AZITROMICINA 2 gr en dosis única.

- CEFTRIAXONA 250 mg im o CEFIXIMA 400 mg vo, en dosis única + DOXICICLINA 100 mg/12h vo durante 7 días.
- Evitar el coito sin preservativo hasta que la paciente y sus contactos hayan completado el tratamiento.

- **Complicaciones o secuelas:**

El retraso en la instauración del tratamiento aumenta la incidencia de secuelas aunque la infección sea leve. Las posibles complicaciones que pueden aparecer existen algunas que aparecen con mayor frecuencia como son:

- **Infertilidad:** Es la complicación más importante, aparecerá en el 15, 35, 55% de mujeres después de uno, dos ,tres episodios de EIP.
- **Dolor pélvico crónico:** Aparece en el 20% de los casos, en relación con la formación de adherencias, salpingitis crónica o infecciones.
- **Embarazo ectópico.**
- **Absceso tuboovárico.**
- **Infecciones recurrentes.**
- Se relaciona con el **aumento de partos pretérmino y de morbilidad materno-fetal**, además con la aparición de **complicaciones neonatales** como la transmisión perinatal de gonococo y Chlamydia.
- Menos frecuentes son el Síndrome de Reiter, artritis reactiva, perihepatitis (Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis)

- **Derivación desde Atención primaria:**

Es importante que el Médico de Familia sepa cuando hay que derivar a la Atención Especializada una paciente con dolor pélvico o con sospecha de EIP. ¿Cuándo derivar?:

- Dolor pélvico agudo con sospecha de patología potencialmente grave.
- EIP con criterios de ingreso hospitalario.
- Cuadros de dolor pélvico crónico en los que no se ha llegado a un diagnóstico concreto. Se derivará a un servicio especializado de forma normal o preferente, según la intensidad de los síntomas.
- Dolor pélvico psicógeno, puede requerir apoyo psicoterapéutico especializado, una vez que se hayan excluido otras causas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL DOLOR PÉLVICO

Es probablemente el motivo más frecuente de consulta en la mujer. Se define como un dolor abdominal bajo o lumbosacro, de intensidad y características variables. El dolor pelviano es común a muchas afecciones, tanto ginecológicas, como de otras especialidades médicas, fundamentalmente urológicas y digestivas. Es muy difícil de diagnosticar y tratar, debido a la gran cantidad de causas con síntomas que se solapan.

Aproximadamente, un 10% de las pacientes que acuden a una consulta hospitalaria lo hacen por presentar dolor pélvico. Estas pacientes generan un importante número de actos operatorios. Hasta la tercera parte de las laparoscopias que se realizan en algunos centros, se hacen para diagnosticar las causas del dolor pélvico. Sin embargo, entre el 60-80% de las pacientes que se han sometido a una laparoscopia, no muestran hallazgos objetivos que demuestren porqué se produce ese dolor.

En el dolor pelviano se implican además factores psicológicos y emocionales en mayor grado que cualquier dolor localizado en otras áreas del cuerpo.

El dolor pélvico puede ser agudo o crónico.