

INFECCION PELVICA

(Estudio retrospectivo de 72 casos, en el Hospital Nacional de la Antigua Guatemala - Período del 1o. de enero de 1976 al 31 de julio de 1979).

17 ABR. 1980

JUAN MANUEL LUNA TROCCOLI

PLAN DE TESIS

1. INTRODUCCION
2. OBJETIVOS
3. JUSTIFICACION
4. HIPOTESIS
5. MATERIAL Y METODOS
6. CONSIDERACIONES GENERALES
7. PRESENTACION DE RESULTADOS
8. GRAFICAS
9. ANALISIS DE RESULTADOS
10. COMENTARIO FINAL
11. CONCLUSIONES
12. RECOMENDACIONES
13. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Viendo que la Infección Pélvica, se presenta como un grupo de enfermedades en este Centro muy frecuentes; y a veces el diagnóstico se hace equivocadamente. Se realizará el presente estudio para poder evaluar: El grupo etareo más afectado, la signología, sintomatología, métodos diagnósticos y tratamientos al alcance, haciendo énfasis en el tratamiento quirúrgico, sus hallazgos en los casos que así lo ameriten, medicamentos que se utilizaron y los resultados obtenidos.

Se estudiará también la estancia hospitalaria, y condición de egreso de los pacientes. Con todo lo anterior se pretende poder prevenir y disminuir las causas de morbi-mortalidad; para beneficio del paciente, y una mejor base para poder manejar estos casos en el futuro.

Se han realizado estudios en este hospital, sobre problemas de abdomen agudo, no así sobre este tema en particular, englobándose algunos casos de infección pélvica; sin hacer énfasis en su diagnóstico, tratamiento y evolución.

Se revisaron los casos comprendidos en el período del primero de enero de 1976, al 31 de julio de 1979, que en total sumaron 72.

OBJETIVOS

GENERALES:

- 1) Cumplir con el requisito estipulado por la Universidad de San Carlos, previo a optar el título de Médico y Cirujano.
- 2) Por medio de este estudio, tratar de controlar las causas que provocan la Infección Pélvica.
- 3) Tratar de hacer descender el porcentaje de morbi-mortalidad en esta entidad.
- 4) El presente estudio sirva de guía para futuras investigaciones.
- 5) Tratar de que el paciente sea el beneficiado.

ESPECIFICOS:

- 1) Estudiar la frecuencia con que se presentan la Infección Pélvica en el Hospital Nacional de Antigua Guatemala.
- 2) Analizar la patología más frecuente que la produjo.
- 3) Investigar qué métodos diagnósticos se utilizaron.
- 4) Investigar las edades que con mayor incidencia afectaron.
- 5) Hacer énfasis en los casos que ameritaron tratamiento quirúrgico y sus hallazgos.

JUSTIFICACION

Encontrando una alta incidencia de Infección Pélvica, se tratará de evaluar las causas, diagnóstico y tratamiento; para poder prevenir su morbi-mortalidad, y en un futuro poder disminuir los casos que se presenten.

HIPOTESIS

La enfermedad pélvica inflamatoria es poco frecuente en nuestro medio, sus causas previsibles fácilmente, y hasta el momento no se ha efectuado ningún método directo organizado que disminuya las causas de esta afección.

MATERIAL Y METODOS

MATERIAL:

El objeto principal del estudio, es la enfermedad pélvica inflamatoria, su incidencia, diagnóstico, tratamiento, evolución y prevención.

METODO:

Retrospectivo deductivo, estudiando los siguientes parámetros: edad, motivo de consulta, signos y síntomas, diagnóstico, tratamiento, haciendo énfasis en el tratamiento quirúrgico, medicamentos utilizados, evolución, así como estancia hospitalaria y condición de egreso. Por medio del análisis de documentos médicos que comprueban la veracidad de los enunciados.

DESARROLLO DEL METODO

- 1) Clasificación de papeletas por número de historia clínica, de los casos de enfermedad pélvica inflamatoria, en el archivo del hospital nacional de la Antigua.
- 2) Selección de los 72 casos encontrados de esta entidad.
- 3) Definición de los parámetros a evaluar. Definición del método.
- 4) Tabulación de los distintos parámetros en hojas especiales.
- 5) Elaboración de gráficas para una percepción del problema.
- 6) Revisión de bibliografía, de diferentes trabajos de tesis de la Facultad de Ciencias Médicas.
- 7) Revisión de bibliografía especializada para la estructuración del trabajo.
- 8) Análisis de los resultados.
- 9) Conclusiones y recomendaciones.

Se contó con la colaboración del personal del archivo del hospital nacional de la Antigua Guatemala; por medio del cual se obtuvieron las papeletas.

CONSIDERACIONES GENERALES

La enfermedad inflamatoria pelviana suele ser secundaria a difusión hacia arriba de diversas bacterias introducidas en las vías genitales bajas, aunque en su forma incipiente la sintomatología es notablemente mínima. En todo caso, el curso de la enfermedad depende de la cepa y virulencia del germen correspondiente, así como de la resistencia del organismo que recibe las bacterias. Aunque en la mayor parte de los casos las trompas parecen ser las que reciben el impacto primario del proceso infeccioso, hay mucha tendencia a la extensión a los ovarios y al peritoneo pelviano por la proximidad de estas estructuras al útero y trompas, y por la estrecha relación del riego linfático y vascular de todos los órganos pelvianos.

Así pues, el síndrome producido por infección genital muchas veces es mixto, compuesto de grados diversos de participación tubárica, eventualmente con extensión a los ovarios y peritoneo pelviano. Por lo regular, el propio útero es más o menos inmune al impacto inflamatorio, pues si bien puede ocurrir una endometrial, contribuye poco a la sintomatología general. Este síndrome clínico compuesto suele denominarse ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVIANA aunque hay excepciones, tiene tendencia a comenzar con episodio bastante agudo, seguido de resolución completa o de involución gradual hacia un proceso más crónico caracterizado por recidivas frecuentes, agudas o subagudas.

ETIOLOGIA

Desde el punto de vista etiológico y clínico, podemos distinguir tres tipos de inflamación pélvica, a saber:

- 1) GONORREICA, debida a infección gonocócica. Comprende la proporción mayor, aproximadamente 60 por 100 de los casos, aunque en estudios recientes de Lukasik se

encuentra el gonococo con mucha menor frecuencia que los colibacilos en los cultivos de trompa. Esto no significa disminución de la enfermedad gonorreica, pues el cultivo frecuentemente es negativo en casos de absceso tuboovárico indudablemente gonocócico.

- 2) PIOGENA, debida a un proceso infeccioso de toda una serie de gérmenes, aunque los más frecuentes son el estreptococo (aerobio y anaerobio) y el estafilococo, *Escherichia coli*, etc. Con este tipo de infección es con el que tenemos que habérmola principalmente en los frecuentísimos casos de infección puerperal, posabortiva o posoperatoria.
- 3) TUBERCULOSA, debida a la infección por bacilo tuberculoso, que comprende aproximadamente 5 por 100 de los casos de inflamación pélvica. Esta forma de infección pélvica es de naturaleza crónica.
- 4) Procesos poco conocidos como actinomicosis, esquistosomiasis, y algunas otras raras infecciones tropicales no parecen merecer una exposición amplia.

TIPO GONORREICO

FRECUENCIA:

La gonorrea parece estar aumentando de frecuencia y actualmente representa un problema que aflige toda las capas sociales, sobre todo en grandes zonas urbanas. Si se obtienen sistemáticamente cultivos como parte de un programa de selección de mujeres asintomáticas, hasta el 5 por 100, incluso en pacientes de clientela particular, puede comprobarse que albergan una enfermedad gonocócica.

PATOLOGIA:

El foco inmediato en la mayor parte de casos de infección de las vías genitales altas es la participación gonorreica del cuello uretra, recto o de cualquier mucosa. En muchos casos la infección parece ceder espontáneamente, y resolverse sola en plazo de dos semanas, aunque esto no significa curación y muchas de estas mujeres pueden ser portadoras asintomáticas de la enfermedad.

Sin embargo, en cierto número de casos quizá del orden del diez por 100 puede producirse la participación de las vías genitales altas cuando los microorganismos van difundiendo por invasión superficial a lo largo del endometrio hasta la trompa, y muchas veces más allá de esta hasta peritoneo y ovario. Solamente cuando hay difusión a la trompa se presentan los síntomas característicos de infección inflamatoria pelviana.

ENDOMETRITIS AGUDA DE TIPO GONORREICO.

En el laboratorio anatomopatológico muy raras veces se encuentra esta forma, puesto que tanto el raspado como la histerectomía están contraindicados en el curso de las infecciones gonorreicas agudas. Macroscópicamente se caracteriza por edema, inflamación e hiperemia de la mucosa, y microscópicamente por hiperemia de infiltración, con abundante cantidad de leucocitos polimorfonucleares.

Tiene tendencia a la resolución espontánea, debido a que por lo regular existe un buen drenaje a través del conducto uterino y, lo que es más importante, debido a la descamación menstrual que se produce mensualmente, atenuándose gradualmente en cada ciclo. No parece muy seguro que el propio endometrio destruya el gonococo patógeno por algún tipo de reacción inmunológica, según se ha sugerido; sin embargo, suele haber pocos signos de endometritis a pesar de una amplia infección crónica de trompa o trompas, ovario.

SALPINGITIS AGUDA.

Puede constituir una secuela inmediata de la infección gonorreica aguda de la porción inferior del aparato genital, o puede no presentarse hasta pasado mucho tiempo, quizá varios meses, incluso años, después de la infección primitiva. Como los gérmenes llegan a la trompa a través de la mucosa, no resulta sorprendente que esta última constituya el principal asiento de las modificaciones patológicas. La mucosa se pone edematosa y pronto comienza a rezumar un exudado que, excepción hecha de los casos más benignos, es de naturaleza purulenta. Este tipo de afección es penoso para el paciente, en el sentido de que con gran frecuencia se produce oclusión y distensión de las trompas, dando lugar a esterilidad. El exudado puede escapar por el extremo aún permeable del oviducto produciendo una Peritonitis pélvica aguda, en ocasiones un absceso pélvico.

El proceso inflamatorio muy raras veces se limita al endosalpinx, y toda la trompa se encuentra inflamada, hiperémica y enrojecida. Puede producirse oclusión del orificio fimbriado o de determinadas porciones del conducto, con aparición del consiguiente piosalpinx, aunque tal cosa se observa con mayor frecuencia en una exacerbación de la forma crónica.

Como ya hemos mencionado, el absceso pélvico puede ser resultado de una invasión bacteriana o de la evacuación de un exudado purulento en la pelvis. Por último, y este es el caso más frecuente, cuando la infección aguda regresa, deja una salpingitis crónica residual de distinto tipo.

Los caracteres microscópicos de la salpingitis gonorreica aguda son semejantes a los de la inflamación aguda en general. Los rasgos principales consisten en infiltración por leucocitos polimorfonucleares, hiperemia y edema. En los casos más benignos, el epitelio puede permanecer indemne, pero en las formas más severas es asiento de procesos degenerativos y muchas veces se pierden zonas

considerables, con participación frecuente de las capas muscular y serosa.

Una característica muy importante de la salpingitis gonorreica aguda, que tiene además valor decisivo en el tratamiento práctico de estos casos, es la tendencia de los gérmenes infectantes a desaparecer al poco tiempo, por lo general alrededor de los diez días, de manera que el cultivo suele ser estéril. Un tratamiento antibiótico poco estricto puede venir a confundir más la situación, según ha señalado Blinick.

Al considerar el estado actual de la gonorrea, Simpson y Brown deploran la eficacia de los métodos empleados antes para diagnóstico y tratamiento. Sugieren que el empleo de la técnica de anticuerpo fluorescente, según ha señalado Deacon, descubrirá que un número muy considerable de mujeres asintomáticas pero que llevan una vida de promiscuidad pueden albergar el gonococo.

Aunque la coloración de Gram es muy útil, no siempre resulta posible disponer de los medios adecuados para llevarla a cabo. Por fortuna, sin embargo, se han creado ya diversos métodos de cultivo (de Thayer-Martin, Transgrow, etc.). Parecen ser precisos y convenientes siempre que no se haga el examen con retraso inadecuado, o intervengan el calor o la desecación.

TIPO SEPTICO O PIOGENO.

La forma piógena de la salpingitis aguda suele observarse después de parto, o aborto, este último en particular de tipo criminal, pero puede ser secuela de cualquier tipo de cirugía pelviana, muchas veces de histerectomía vaginal. El germen infectante, que por lo regular es el estreptococo o el estafilococo, llega a las trompas por un camino totalmente distinto al que sigue el gonococo, e igualmente las modificaciones que se producen en estos órganos son distintas a las que se describen en la variedad gonocócica. Desde la puerta de entrada, situada en la parte inferior del conducto genital, en el cuello

por lo general, los gérmenes se propagan a través de las venas y linfáticos de los ligamentos anchos. Resultado frecuente de ello son las tromboflebitis, linfangitis que se acompañan de celulitis y, en ocasiones, hasta de abscesos de los ligamentos anchos.

Quizá procediera señalar que Fathalla en Egipto y Sarma, escribiendo en la India, han tabulado una lista de enfermedades exóticas que pueden causar infección en la mujer grávida o normal. El Kala-azar, la bilharziasis, el paludismo y otras enfermedades raramente observadas en Estados Unidos de Norteamérica merecen ser tenidas en cuenta al estudiar diversos trastornos pelvianos en ciertas áreas tropicales al igual que la esquistosomiasis (Bachany y Col.).

ENDOMETRITIS AGUDA.

En las infecciones de tipo benigno, el endometrio puede encontrarse simplemente hiperémico y edematizado pero en las infecciones virulentas puede presentar extensa necrosis. Junto a ellas encontramos en la mayor parte de los casos vellosidades degeneradas y tejido decidual, y con no poca frecuencia, extensa hemorragia y trombosis. Alguna infección ocasional después de aborto puede depender de *Clostridium Welchii*, y las mujeres que albergan este germen pueden estar gravemente enfermas con sepsis general, choque e insuficiencia renal. Quizá no basten los antibióticos en dosis masivas, y medidas heroicas como la diálisis o el riñón artificial. Rabinowitz y colaboradores señalan el interés que tiene la histerectomía, y en un pequeño grupo de casos parece que produjo mejores resultados, especialmente combinada con dosis masivas de medicamentos.

PARAMETRITIS Y SALPINGITIS AGUDAS.

Puede haber una fuerte induración y engrosamiento del parametrio (parametrítis) de manera que la participación resultante

de la trompa sea en esencia una perisalpingitis más bien que una endosalpingitis. La infección se propaga a las trompas desde el exterior, por así decirlo; este hecho explica por qué la salpingitis resultante es de tipo intersticial, y no interesa, o lo hace en un grado muy pequeño, a la mucosa. La sección transversal de una trompa en estas condiciones muestra típicamente un mesosalpinx enormemente engrosado e infiltrado, con aumento notable del grosor de la pared tubárica, pero que presenta luz completamente normal y tapizada de mucosa intacta o casi intacta.

Esto contrasta netamente con la forma gonorreica, en la cual el poder destructivo de la infección se descarga principalmente sobre la mucosa, ocluyendo con gran frecuencia la luz y dando lugar subsecuentemente a la esterilidad. La obstrucción de las zonas fimbriadas de la trompa puede originar enorme distensión purulenta de la trompa, según señalamos antes. Por otra parte, el pronóstico en cuanto a fertilidad después de infección piógena de las trompas es mucho mejor; no es raro observar embarazos ulteriores en casos de amplia inflamación pelviana de tipo piógeno.

El aspecto microscópico de la salpingitis piógena aguda, como puede comprenderse, corresponde a una mucosa normal o ligeramente infiltrada, con intenso engrosamiento de la túnica muscular como consecuencia del edema, e infiltración leucocitaria, y por lo general, con cierto grado de peritonitis fibrinosa aguda que se advierte en la serosa tubárica.

OOFORITIS AGUDA.

No es raro que el ovario participe del proceso inflamatorio agudo de la pelvis, a causa de su proximidad con la trompa. Es muy raro que observemos la ooforitis aislada de la salpingitis; por otra parte, el ovario permanece indemne muchas veces aun en presencia de una inflamación tubárica intensa, aguda o crónica. Sin embargo, subsiste el hecho de que la ooforitis aguda, e incluso el absceso

ovárico, forman parte en ocasiones de la inflamación pélvica aguda, aunque también es frecuente ver abscesos asociados a inflamaciones crónicas de larga duración. A menudo los abscesos pélvicos son tuboováricos, y no representan más que la fusión de las cavidades tubáricas y ováricas. Se observan a veces abscesos ováricos con trompas normales como secuela de infección después de histerectomía, que parece difundirse a lo largo de las vías linfáticas. Wilson y Black señalan que esto ocurre sobre todo después de histerectomía vaginal.

PERITONITIS PELVICA AGUDA.

La peritonitis pélvica aguda acompaña frecuentemente a la infección de tipo gonorreico o piógeno. Aquella se manifiesta por lo general como un exudado seroso o fibrinoso que pronto produce adherencias entre los distintos órganos pelvianos o entre ellos y el intestino delgado, signoides o recto.

Como resultado de la salida del material infectado por la trompa, o lo que quizá es más frecuente, debido a la virulencia de la propia infección peritoneal se producen casi siempre abscesos pelvianos. No siempre resulta fácil desde el punto de vista clínico, distinguir entre los abscesos voluminosos situados dentro de las trompas o los ovarios (abscesos tuboováricos) y la variedad extratubárica, en la cual el pus se encuentra a acumulado en la propia cavidad pelviana, por lo común en el fondo de saco, en cuyo caso su pared superior se halla formada generalmente por las asas intestinales adosadas o adheridas. El hecho de que el absceso pélvico se localice por lo regular en la región del fondo de saco, indica la forma más fácil en que el cirujano puede evacuarlos, es decir incidiendo la pared posterior de la cúpula vaginal (colpotomía posterior). A veces se utiliza en el tratamiento de la operada que ha sufrido hemorragia ligera persistente; puede localizarse en el fondo de saco, y si se infecta secundariamente, producir hematocele pelviano, que requiera drenaje.

SINTOMAS Y SIGNOS

FORMA GONORREICA.

La forma gonorreica puede presentarse a continuación de una infección blenorragica conocida del extremo inferior del conducto genital, o podemos suponer su naturaleza gonocócica si hay antecedentes de que el compañero sexual la ha padecido recientemente. En muchos casos, los síntomas agudos aparecen durante el período menstrual o inmediatamente después, debido a la mayor vulnerabilidad que tiene la cavidad uterina a la invasión gonorreica en la época de la descamación menstrual. El dolor intenso de la región pelviana y abdominal inferior, la rigidez muscular y la sensibilidad, la distensión abdominal, las náuseas y los vómitos, la fiebre, la leucocitosis, el pulso rápido y la postración intensa en los casos graves, constituyen los síntomas habituales. La fiebre puede llegar a 39.5°C o más, con leucocitosis intensa, pulso rápido y signos de peritonitis pelviana.

El examen de la pelvis puede resultar difícil y poco satisfactorio, a causa del dolor, la sensibilidad y la rigidez que presenta la paciente. Cuando las manos exploradoras pueden delimitar los contornos del útero, lo más probable es que este se encuentre fijo, y las maniobras realizadas sobre el cuello o el fondo para moverlo provocan dolor. Ambos lados de la pelvis presentan una sensibilidad exquisita, pero no se comprueba ninguna masa definida ni aumento del volumen de los anexos. Cuando la fiebre y el dolor pelviano persisten y se acompañan de presión y dolor rectal, el examen puede poner de manifiesto una induración creciente y más tarde fluctuación y abonamiento en la región del fondo de saco, que a veces se extiende a ambos lados de la pelvis y en ocasiones desciende a lo largo de la pared posterior de la vagina, hasta un punto que puede hallarse situado muy por debajo del cuello. Tales hallazgos no dejan duda respecto a la presencia de un absceso pélvico.

TIPOS POST PARTUM Y POSABORTIVOS.

En estos casos la paciente se encuentra por lo general muy débil y en condiciones sépticas, con señales de traumatismo local a nivel del perineo y vagina, de aquí que sea necesario realizar el examen con suma delicadeza y grandes precauciones asépticas. Es posible que el cuello haya sufrido desgarro y se encuentre infectado, especialmente si la infección pelviana sigue a un parto a término. En tales casos el útero está aumentado de tamaño y no ha experimentado la correspondiente involución, mientras que en los casos de abortos provocados precoces solo se halla ligeramente aumentado de tamaño. Hasta la manipulación más suave del órgano puede resultar extraordinariamente dolorosa. Debe tenerse presente la posibilidad de que haya perforación uterina y otra lesión producida al provocar el aborto. La tromboflebitis es complicación frecuente.

Cuando la infección ha invadido los ligamentos anchos, estos se encuentran enormemente engrosados e infiltrados (celulitis del ligamento ancho). Cuando hay abscesos del ligamento ancho, como sucede a menudo en fases avanzadas, las masas laterales son extraordinariamente voluminosas. En algunos casos, sin embargo, dichos ligamentos están poco afectados, y los anexos, aumentados de tamaño e inflamados, pueden palparse a manera de masas irregulares y sensibles a los lados de la pelvis. El fuerte engrosamiento, la infiltración y la sensibilidad de los ligamentos anchos y uterosacros constituyen una manifestación frecuente de la Parametritis que casi siempre se halla presente.

INFECCION DESPUES DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO.

Durante la última década ha merecido gran aceptación el empleo de dispositivos intrauterinos (DIU) en todo el mundo. Se han señalado diversos resultados adversos. De hecho, un estudio temprano de Scott ha registrado por lo menos diez casos de muerte dependientes fundamentalmente de infección pelviana, peritonitis y otras complicaciones. Actualmente es difícil tener la seguridad de

cuañtos casos de inflamación pelviana después de insertar un DIU en realidad guardan relación con el dispositivo o representan simplemente activación de una enfermedad inflamatoria pelviana preexistente. La infección parece mucho más rápida e intensa si se presenta el embarazo mientras sigue colocado el DIU.

La inserción de un DIU probablemente pueda producir inflamación pelviana, sobre todo cuando hay cervicitis intensa de manera que es posible la contaminación bacteriana de la cavidad uterina al insertar el aparato. Sin embargo, Mishell y Moyer señalan que cuando la enfermedad inflamatoria se presenta más de un mes después de insertar un DIU es poco probable que la culpa la tenga el dispositivo. Muchos individuos consideran que la infección pelviana general asociada con inserción de DIU no parece particularmente frecuente. La experiencia personal basada en estudios de endometrio en nuestro laboratorio de patología, de pacientes que llevaban DIU, parece indicar la existencia continua de una reacción inflamatoria. Sin embargo, se ha sugerido que el cultivo uniformemente es estéril y esto pudiera implicar solamente algún tipo de reacción inmune de antígeno-anticuerpo. De todas maneras en esta comunidad cierto número de ginecólogos expresan reservas acerca del empleo de DIU por la posibilidad de infección y también de otras complicaciones. De hecho, como se han señalado cierto número de infecciones graves incluso mortales asociadas con el embarazo y con DIU, algunos tipos de estos dispositivos se han suprimido del mercado.

DIAGNOSTICO

INFECCION GONORREICA.

El antecedente de gonorrea en la enferma o en el esposo tiene gran valor diagnóstico, pero en la mayoría de los casos carecemos de él. La presencia de un intenso dolor en el bajo vientre bilateral por lo común, durante la menstruación o inmediatamente después de esta, con sensibilidad y rigidez al mismo nivel, timpanismo moderado,

náuseas y vómitos por lo general, pulso rápido, leucocitosis e intensa sensibilidad pelviana al examen bimanual, bastarán las más de las veces para hacer un diagnóstico bastante seguro. Cuando hay cervicitis o uretritis aguda, es fácil encontrar los gonococos en las secreciones correspondientes. El cultivo será decisivo.

INFECCION PIOGENA.

En este caso la historia del inicio de la enfermedad a continuación del parto o del aborto tiene, como es de suponer, importancia decisiva, aunque después de un aborto las pacientes se resisten incluso a admitir la posibilidad de embarazo, aunque en esta era de "aborto a voluntad", la mujer puede ser más honesta y precisa. La sintomatología es similar a la descrita en el grupo gonorreico, excepción hecha de que en los casos más virulentos de tipo estreptocócico por lo regular, la reacción general es más aguda. Los síntomas pueden manifestarse a las seis u ocho horas o no hacerlo durante varios días después del parto o el aborto. El proceso tiene tendencia a localizarse en la pelvis, dejando a menudo como secuela una enorme masa inflamatoria pélvica, una celulitis del ligamento ancho o un absceso. Puede producirse tromboflebitis con émbolos sépticos. A diferencia de los casos de gonorrea, la fiebre suele ser aquí persistente, prolongándose semanas, hasta meses. Nunca insistiremos bastante en la importancia de los hemocultivos, sean aerobios o anaerobios.

Muchos clínicos están comenzando a pensar que la evacuación del contenido uterino necrótico disminuirá la fiebre mucho antes y así evitará la hospitalización prolongada. La administración masiva de antibióticos durante por lo menos 24 horas va seguida de (aspiración) raspado, método absolutamente inadmisibles antes para la paciente febril. Sin embargo, los primeros resultados no demuestran efectos perjudiciales y permiten grandes ahorros de tiempo y de dinero para la paciente. Hay que tener mucho cuidado para no perforar el útero edematoso y blando, lesionando al mismo tiempo intestino o vejiga.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

APENDICITIS AGUDA.

A pesar de que el dolor inicial de la apendicitis aguda puede ser difuso, pronto tiende a localizarse en la región de McBurney. Solo hay fiebre ligera, con leucocitosis que, en proporción a la fiebre, es mucho mayor que en la inflamación pélvica. El problema se hace más difícil en el caso de la apendicitis perforada con peritonitis. En tales condiciones el dolor abdominal, la sensibilidad y rigidez, al igual que en la inflamación pélvica aguda interesan toda la zona del bajo vientre. Además, la fiebre puede ser elevada y el pulso rápido. Aunque el examen de la pelvis puede descubrir cierta hipersensibilidad en casos de peritonitis apendicular, raramente es tan neta o intensa como en los casos graves de inflamación pelviana aguda, mientras en ocasiones de esta última puede palparse un agrandamiento definido de los anexos, quizá incluso un absceso pelviano. En algún caso, cuando es imposible distinguir entre salpingitis aguda y apendicitis aguda, parece aconsejable la laparatomía con apendicectomía, seguidas de tratamiento antimicrobiano.

PIELITIS AGUDA.

A pesar de que los riñones se hallan situados muy por encima del nivel pélvico, no hay duda que una pielitis aguda grave puede producir un cuadro clínico similar al de la inflamación pélvica aguda. El dolor de la pielitis se localiza, por lo general, en la zona abdominal superior aunque en ocasiones se generaliza a todo el abdomen. La palpación de la zona renal pone de manifiesto sensibilidad aumentada, que por lo común es muy intensa a nivel del ángulo costo vertebral. En caso de pielitis puede haber fiebre alta y algo de dolor, pero las pacientes no se ven tan enfermas como en caso de salpingitis o apendicitis.

Por regla general, el dolor abdominal de la pielitis va precedido o acompañado de dolor en la región lumbar, que se irradia

a los flancos con tendencia al aumento de frecuencia de las micciones, disuria y tenesmo, aunque en un número sorprendente de casos no es posible comprobar estos síntomas. El examen microscópico de la orina obtenida por cateterismo tiene importancia evidente, ya que en la pielitis puede comprobarse en ella la presencia de grandes cantidades de piocitos, a menudo formando grupos. Sin embargo, debido al edema y bloqueo de los utéres y al drenaje insuficiente, el examen de orina suele ser negativo durante largo tiempo.

ROTURA O TORSION DE QUISTE OVARICO DE TROMPA O DE AMBOS.

La sintomatología y el cuadro clínico del quiste ovárico torcido o roto se estudia en detalle a continuación. Al mismo tiempo procede señalar que la trompa sola, o trompa y ovario pueden sufrir torsión. Tal accidente es posible cuando la trompa está enferma y Diamant ha descrito cuatro casos de hidrosalpinx en los cuales se produjo torsión. Al mismo tiempo puede ocurrir con anexos intrínsecamente normales, y en artículos separados Woodruff y Pauerstein, y Huffman, han descrito tales secuelas. Tienen particular tendencia a producirse en la mujer joven embarazada pero también se han descrito en la posmenopáusica. La etiología no es segura pero se ha sugerido la actividad excesiva como posible factor según algunos autores. Hay que tener mucho cuidado en el tratamiento operatorio de tales casos si solo se desenrollan los anexos, pues cabe pensar que ello podría significar la liberación de trombos, con un pronóstico potencialmente desastroso.

En nuestra experiencia la torsión de los anexos parece particularmente probable en la mujer después de histerectomía cuando los anexos conservados no se suspendieron firmemente y se les permitió que quedaran más bien sueltos pendientes del ligamento infundibulopelviano. La mujer con anexos torsionados puede presentar grados intensos de dolor abdominal y distensión, aunque

por lo regular no se observan la leucocitosis o la fiebre que aparecen en la enfermedad inflamatoria. En algunos casos la sintomatología ha de ser mínima. En ocasiones el ginecólogo observa a una paciente al tiempo de operar que carece de un anexo sin haber sido intervenida antes. La explicación probablemente no sea de ausencia congénita sino más bien de torsión en cualquier momento, seguida de gangrena, atrofia y finalmente desaparición de la trompa. Un ejemplo bastante actual de ello fue una muchacha de 22 años operada recientemente por endometriosis asintomática. Unos cuatro años antes había acudido a la consulta por posible apendicitis, pero no se había operado. En la laparotomía subsiguiente por endometriosis se comprobó que solo había un pequeño resto de la trompa derecha y al parecer el episodio agudo previo representó la torsión de los anexos derechos seguida de su desaparición casi completa.

TRATAMIENTO.

El reposo en cama, los líquidos, los analgésicos, etc., son de necesidad evidente en el tratamiento de la enfermedad inflamatoria pelviana aguda. También creemos que el calor en cualquier forma alivia las molestias y facilita la resolución del proceso inflamatorio; los lavados vaginales o de asiento siempre se utilizan, excepto en las enfermas más graves. La diatermia pelviana parece ser un medio costoso y molesto para obtener el mismo resultado; por lo tanto, se utiliza poco.

Será mejor evitar la cirugía durante la fase aguda de la enfermedad inflamatoria; debe reservarse básicamente para la enfermedad recurrente en fase crónica o cuando exista respuesta inadecuada al tratamiento. Cuando persiste la temperatura en agujas y el examen descubre una masa blanda fluctuante que diseca hacia abajo siguiendo el tabique rectovaginal, debe sospecharse el desarrollo de un absceso pelviano. La colpotomía posterior con drenaje adecuado muchas veces produce resultados espectaculares, pero hay que tener la seguridad de que el absceso es de localización

suficientemente baja y está fluctuando antes de intentar ninguna punción de la pelvis.

Siempre debe pensarse en un absceso tuboovárico roto si hay un brusco empeoramiento del estado general con aparición del choque, taquicardia e hiperpirexia. La desaparición de una masa anexial previamente conocida tiene gran importancia diagnóstica. Un absceso tuboovárico roto justifica rápida exploración quirúrgica con "limpieza" pelviana completa, de preferencia a una extirpación unilateral de anexos, según demostraron los trabajos de Vermeeren y Te Linde. Pedowitz y Bloomfield señalan mortalidad de 100 por 100 en los primeros días del tratamiento conservador, en contraste con una cifra de 4 por 100, o menor cuando se utiliza una cirugía más radical junto con terapéutica antibiótica masiva. Mickal y colaboradores insisten en el interés de un tratamiento enérgico.

Kaplan y colaboradores recomiendan la laparatomía para el absceso tuboovárico que no responde rápidamente a un buen tratamiento conservador. Claro está que hay una morbilidad ligeramente mayor a consecuencia sobre todo de lesiones gastrointestinales, pero debe contrarrestarse con la invalidez prolongada, el aumento de gastos hospitalarios y la posibilidad de rotura ulterior del absceso. Durante el embarazo, puede presentarse el absceso tuboovárico. (Hunt).

INFECCION PIOGENA (POSABORTO)

Aquí también, el tratamiento ha de ser conservador utilizando grandes dosis de antibióticos adecuados, después de hacer cultivos y pruebas de sensibilidad. Aunque se permite suprimir fragmentos placentarios sueltos existentes en la boca cervical, lo mejor es posponer el raspado completo (aspiración). Se utilizarán las transfusiones de sangre según las necesidades, y se utilizarán determinaciones de fibrinógeno. Se administran oxitócicos cuando hay hemorragia. Si se sospecha tromboflebitis pelviana hay que pensar en la terapéutica anticoagulante (Schulman).

Si la hemorragia es profusa, debe efectuarse el raspado (aspiración) con todo cuidado para evitar la perforación del útero reblandecido y edematoso. Lo mejor es posponerlo hasta observar señales de respuesta favorable a la terapéutica antibiótica. En ocasiones, generalmente infecciones de tipo estreptocócico, la variedad más frecuente después de abortos criminales, el examen puede demostrar intenso engrosamiento e infiltración de los ligamentos anchos. Un curso séptico continuado puede indicar la presencia de absceso de ligamento ancho demasiado alto para drenarse por colpotomía; se tratará de preferencia mediante una incisión de tipo de planos cruzados inmediatamente por encima del ligamento de Pouparts, con drenaje extraperitoneal.

Quedará todavía algún paciente ocasional que no responde al tratamiento conservador y que sigue gravemente enfermo con fiebre alta en agujas. Tienen importancia los hemocultivos repetidos por la posibilidad de una bacteriemia incipiente gramnegativa y de un choque endotóxico grave. En tales circunstancias la laparatomía con una "limpieza" completa y un buen drenaje puede salvar la vida junto con transfusiones, cantidades masivas de antibióticos y vasopresores adecuados. Debe reconocerse la posibilidad de tromboflebitis de vena ovárica, y hay que pensar en la terapéutica heparínica.

PIOMETRA.

Cuando hay bloqueo de conducto, como puede ocurrir sobre todo con cambios seniles del cuello o parte alta de vagina, puede acumularse el pus formándose piómetra. Esto es particularmente frecuente en casos de procesos malignos uterinos, especialmente después de radiación y no es una secuela de la endometritis aguda en la mujer joven. Whiteley y Hamlett creen que la asociación de piómetra y malignidad ha sido estimada excesivamente y solo aceptan un 14 por 100. Cuando persiste la piómetra recomiendan la histerectomía. Nosotros creemos que muchos casos se presentan

después de una simple estenosis cervical senil susceptible de dilatación periódica junto con óvulos de estrógenos.

A pesar de la acumulación masiva de pus, puede haber muy poca reacción general. El diagnóstico equivocado es bastante frecuente pues el útero reblandecido y excesivamente distendido sugiere quiste de ovario. Muchas veces los cultivos se diagnostican de negativos; sin embargo, en muchas ocasiones no se han efectuado sistemáticamente estudios anaerobios.

ENFERMEDAD INFLAMATORIA CRONICA.

Un solo ataque de inflamación pélvica aguda deja por lo general un remanente de inflamación crónica, con cada nueva reinfección y exacerbación. La participación peritoneal se pone de relieve por la aparición de adherencias pélvicas que interesan el útero, trompas y ovarios. Parece que los antibióticos más recientes podrían curar completamente la salpingitis sin dejar los residuos corrientes de "trompas cerradas" y esterilidad. Este es factor que explica el aumento de natalidad en la raza negra.

ENDOMETRITIS CRONICA.

Trátase de una lesión relativamente común, aunque mucho menos de lo que se creyó en otra época. Aun en presencia de una extensa anexitis crónica, el endometrio puede permanecer completamente excelente que posee el conducto uterino, y por la descamación menstrual que tiene lugar cada ciclo. Cuando la endometritis se hace crónica, se atenúa con cada descamación menstrual, de aquí que después de unos dos o tres ciclos el endometrio se haya desembarazado completamente de la infección. No obstante, las reinfecciones de punto de partida cervical son frecuentes.

Los caracteres microscópicos de la inflamación crónica son similares a los que presenta este proceso cuando asienta en cualquier otro sitio. Lo característico es una infiltración más o menos extensa con células plasmáticas y redondas. Vasudeva y Cols. y Nolan y Osborne insisten en la importancia de estas últimas para establecer el diagnóstico.

Una de las formas más frecuentes de endometritis crónica es la posabortiva, aunque puede ocurrir junto con un dispositivo anticoncepcional intrauterino, un mioma submucoso, etc. La retención de tejido placentario es muy frecuente después de un parto a término o un aborto, sobre todo en este último caso. Hasta en el aborto espontáneo la cavidad uterina pronto es invadida por gérmenes procedentes de cuello y vagina, de aquí que encontremos una endometritis crónica en los numerosísimos casos de aborto incompleto en que es necesario extraer por medios quirúrgicos el tejido placentario retenido. Es tan frecuente que una y otro se asocian, que en todos los casos de endometritis crónica constituye una regla excelente examinar las preparaciones microscópicas en busca de vellosidades coriónicas y otros signos de embarazo reciente.

Cuando las vellosidades están presentes, pueden hallarse intactas o mostrar neta degeneración con fibrosis o hialinización (vellosidades fantasmas o espectros), conservando al mismo tiempo el revestimiento característico de dos células del trofoblasto. No es raro que las vellosidades que han quedado retenidas formen una masa polipoide de substancia grumosa unida firmemente a la pared uterina. El hallazgo de vellosidades con células trofoblásticas constituye un dato diagnóstico indudable de embarazo previo. Las células deciduales también son frecuentes, pero como son de origen materno no pueden considerarse tan decisivas en el diagnóstico como los elementos trofoblásticos, pudiendo a veces simularlas otras células. La endometritis puede acompañarse de cierto grado de miometritis.

SUBINVOLUCION UTERINA.

La subinvolución del útero, según indica su nombre, designa aquel estado en que la involución posabortiva del órgano no es completa. Este término, sin embargo, no es solo un vocablo clínico, pues Schwarz y colaboradores, al igual que otros autores, han demostrado que se caracteriza por modificaciones histológicas definidas. En tanto que normalmente la involución se completa a las ocho o diez semanas del parto, el útero en estado de subinvolución muestra, muchos meses después, aumento de volumen moderado y persistente, así como congestión, especialmente cuando se halla desplazado hacia atrás, cosa muy frecuente. No guarda ninguna relación el síndrome de "congestión pelviana" descrito por Taylor, que nos parece que es algo nebuloso, base de toda clase de problemas psicosomáticos inciertos, y muchas veces excusa para intentar justificar histerectomías superfluas.

El carácter microscópico principal parece ser un aumento del tejido elástico situado alrededor de los vasos y entre los haces musculares, a consecuencia de la absorción incompleta del mismo después del parto. Otro hallazgo característico es la neoformación de vasos sanguíneos en la luz de los que existían previamente, que han degenerado y se han obliterado.

SALPINGITIS CRONICA.

Puede presentarse a manera de inflamación crónica difusa de pared tubárica o de determinadas secuelas del proceso inflamatorio, caracterizadas por una distensión de las trompas, con retención de exudado (hidrosalpinx) o masas quísticas por inflamación tubárica.

Una variedad especial de la salpingitis crónica, muy interesante, es la llamada salpingitis ístmica nudosa, en la cual el remanente del proceso inflamatorio crónico se limita principalmente al istmo de la trompa. En estos casos se observa neta nodulación del

istmo tubárico, siendo a veces tan grandes los nódulos que simulan pequeños tumores fibroides de la trompa. El resto de la trompa se encuentra perfectamente normal, y el pabellón puede estar abierto.

Al examen microscópico se comprueba en tales condiciones una imagen curiosa, en el sentido de que puede parecer que hay muchas luces pequeñas en lugar de una sola. El orificio tubárico original puede o no ser reconocible todavía, pero a través de toda la túnica muscular se ven múltiples cavidades a manera de glándulas tapizadas de epitelio. Estos casos se confunden a menudo con la adenomiosis tubárica, de la cual se diferencian porque el epitelio de revestimiento es tubárico en lugar de uterino, porque falta el estroma endometrial, y porque el músculo muestra infiltración de células redondas en grado variable. La mayor parte de datos sugerirían que la inflamación de vieja fecha y la cicatrización son la causa de invaginación y proliferación del epitelio tubárico, con el cuadro histológico final.

HIDROSALPINX

La infección gonorreica, sobre todo, tiene tendencia a causar obstrucción inflamatoria en diversos puntos de la trompa, especialmente en los extremos uterino y fimbriado; produce un piosalpinx y, con absorción del pus, un hidrosalpinx; ambos pueden existir en forma de masa voluminosa adherente que muchas veces se considera equivocadamente quiste del ovario.

Se describen dos tipos de hidrosalpinx, el simple y el folicular. En el primer caso, cavidad de paredes delgadas. En la variedad folicular, por lo contrario, está dividida por trabéculas en varios compartimientos pequeños que representan los repliegues tubáricos fusionados. En esta variedad la hipertensión de la luz va precedida por una salpingitis folicular, en la cual se produce igualmente adosamiento y fusión de los repliegues vecinos.

Al microscopio, el hidrosalpinx simple aparece como una cavidad quística central neta, con una mucosa tubárica aplanada cuyos repliegues se han borrado y se encuentran casi totalmente obliterados, aunque en distintos puntos pueden observarse a veces pequeños pliegues aislados. En el hidrosalpinx folicular; según dijimos al hacer su descripción macroscópica, el conducto distendido presenta aspecto multicolor, constituyendo cada lóbulo, al corte transversal, una subdivisión del conducto a manera de ramal.

COFORITIS Y PERIOOFORITIS CRONICAS.

Los ovarios pueden sufrir en gran medida la inflamación pélvica crónica, pero en conjunto, esto es mucho menos frecuente que en el caso de las trompas. La mayor parte de veces la afección ovárica es secundaria a la de la trompa vecina.

Quizá la más frecuente de todas las lesiones ováricas en la enfermedad inflamatoria pelviana crónica sea la periooforitis crónica que prácticamente siempre se observa cuando está afectada la substancia del ovario, y muchas veces existe cuando el propio ovario está relativamente normal. La presencia de adherencias ligeras o densas pone de manifiesto que la superficie del ovario se halla comprometida. El epitelio germinativo se extiende generalmente por debajo de dichas adherencias, formando espacios a manera de hendiduras o de glándulas, que pueden ser confundidos con la endometriosis, especialmente por el aspecto cúbico o cilíndrico que con frecuencia asume aquel como resultado de la inflamación.

SINTOMAS DE LA INFLAMACION PELVICA CRONICA.

Por regla general los síntomas se desarrollan gradualmente, aunque en cualquier momento el curso de la inflamación pélvica puede presentar exacerbaciones agudas.

El dolor es a veces tan intenso que incapacita, pero en un sorprendente número de casos es moderado o ligero aun cuando exista extensa patología pelviana. Por lo regular se describe como sensación gravativa a una penosa molestia en los cuadrantes abdominales inferiores y las regiones pélvicas, pero otras veces se califica de punzante y severo. Es típico que el dolor se exagere antes de la menstruación o durante la misma.

La dorsalgia y la molestia rectal o presión es otra queja frecuente, que se explica por la comprensión que los anexos enfermos ejercen sobre el recto, al cual no es raro que se adhieran. La dismenorrea es el más común de los síntomas menstruales; puede ser tan intensa que requiera reposo en cama durante uno o dos días cada mes. La menorragia no es rara, aunque excepcionalmente resulta excesiva. También son frecuentes las perturbaciones del ritmo menstrual, que generalmente se concretan a un acortamiento de los intervalos.

En muchos casos la esterilidad constituye un rasgo lamentable, sobre todo en casos de tipo gonorreico, siendo una de las causas más importantes de la infecundidad. Casi siempre se nota en mayor o menor grado leucorrea, que no obedece a la enfermedad anexial por sí, sino que constituye fundamentalmente resultado de la infección cervical crónica que por regla general se le asocia, según demuestra la práctica diaria. La irritabilidad vesical, con aumento de la frecuencia de las micciones, disuria o tenesmo, puede observarse aun cuando no haya inflamación asociada de vejiga o uretra.

DIAGNOSTICO

Cuando a continuación de un ataque de infección pélvica aguda se presentan los síntomas que hemos descrito anteriormente, debe sospecharse la existencia de una inflamación pélvica crónica. Incluso en el caso de que no podamos obtener una historia semejante, la presencia del cortejo de síntomas de inflamación

descritos en la sección precedente será extraordinariamente sugestiva. Recuerdes que el gonococo no respeta ninguna clase social.

Más importante que la historia es el examen físico, especialmente la palpación bimanual de los órganos pelvianos, que en los casos típicos revela tumoración grande o pequeña, irregular generalmente, sensible y más o menos fija a ambos lados de la pelvis y que a veces ocupa el fondo de saco. El útero puede hallarse en posición normal, pero frecuentemente se encuentra en retroflexión o retroversión, y a menudo presenta movilidad mucho menor que la normal. Los esfuerzos realizados para moverlo, manipulando el cuello o el fondo, suelen provocar intenso dolor, al igual que la tracción del cuello hacia adelante, en cuyo caso no es raro que la enferma lo refiera al recto. Frecuentemente los ligamentos uterosacros se encuentran engrosados y sensibles, pero no nodulares como ocurren en la endometriosis; suele ser útil el examen bajo anestesia, especialmente en la enferma nerviosa.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Entre las afecciones pelvianas que pueden confundirse con inflamación pélvica crónica, y viceversa, tenemos el embarazo ectópico. En este último suele haber el antecedente de retardo ligero de las menstruaciones, al que sigue una hemorragia ligera y persistente, de carácter "moteado". En la inflamación pélvica el ritmo menstrual no sufre por lo general trastorno alguno. En el embarazo ectópico el dolor suele ser de tipo cólico, intenso y unilateral, y no es raro que se asocie a náuseas y desmayos. Estos últimos faltan en la inflamación pélvica, y las más de las veces el dolor es bilateral, presentándose a manera de sensación gravativa intensa o de dolor fijo. El examen de la pelvis en los casos de embarazo tubárico revela una masa unilateral y sensible, que falta en el lado opuesto. El examen culdoscópico suele ser decisivo; recomendamos mucho este simple método endoscópico de visualizar los órganos pelvianos para estudiar diversos procesos patológicos.

La endometriosis pelviana es otra afección que puede confundirse con la enfermedad pélvica inflamatoria crónica. En ambas puede haber historia de dolor en el bajo vientre, dismenorrea progresiva, dispareunia y esterilidad involuntaria; en ambas, también, puede el examen de la pelvis revelar aumento de volumen de los anexos, con fijación de los mismos a la pared posterior de un útero en retroversión. La presencia de uno o más nódulos en los ligamentos uterosacros siempre es muy sospechosa de endometriosis, pero este hallazgo no siempre es positivo. Otro rasgo diferencial, aunque de valor circunstancial, es que la endometriosis se ve con mayor frecuencia en mujeres de condición social superior, en tanto que la enfermedad pélvica inflamatoria es más común en enfermas de dispensario. Cuando los síntomas enumerados se presenten con gran intensidad, es muy probable que recurramos a la intervención quirúrgica, tanto en una entidad como en otra, de otra manera que los errores diagnósticos preoperatorios no comportan, en definitiva, gran perjuicio para la paciente.

La valoración de una enfermedad de la trompa muchas veces se facilita examinando bajo anestesia, y procediendo al raspado, que ocasionalmente revela enfermedad tuberculosa. También creemos que la prueba de Rubin puede ser útil para distinguir la enfermedad inflamatoria de la endometriosis, como señala Sweeney.

TRATAMIENTO.

La intervención quirúrgica está plenamente justificada en mujeres portadoras de grandes masas tuboováricas con útero y firmemente adherido al recto y síntomas que no desaparecen con medidas paliativas. La intervención está también justificada incluso en mujeres jóvenes, especialmente cuando las pruebas de permeabilidad tubárica hayan demostrado repetidamente que están obliteradas. Si de todos modos el embarazo les está negado a estas pacientes, lo menos que podemos hacer por ellas es devolverles la salud, cosa que se puede lograr, las más de las veces, por cirugía.

Debemos también recordar que las mujeres con enfermedad pélvica inflamatoria están propensas a exacerbaciones agudas por reinfecciones de punto de partida cervical o por mantener relaciones sexuales con individuos infectados. Esta última, y no el despertar de una infección tubárica dormida es, con toda probabilidad, la explicación más común de tales exacerbaciones. La operación abdominal está siempre contraindicada en fase aguda; ordinariamente debe ser pospuesta hasta que desaparezcan los síntomas agudos, si hay una respuesta adecuada a la terapéutica.

En conjunto, no obstante, el tratamiento conservador está indicado siempre que la paciente no experimente molestias, excepción hecha quizá de una ligera dismenorrea o una leve sensación gravativa a nivel de la región pelviana, o cuando faltan incluso estos síntomas. Aun en el caso de que sean intensos, no hay urgencia recomendar el tratamiento quirúrgico, debiéndose ensayar la terapéutica conservadora si puede tenerse la seguridad de que una masa anexial no es una verdadera neoplasia.

Esta incluye medidas tan sencillas como la prescripción de un reposo razonable, moderación en las relaciones sexuales, supresión de cualquier foco infeccioso cervical, uretral o de las glándulas vulvovaginales, evitación, en cuanto sea posible, de nuevas infecciones, supresión de lavados o baños de asiento muy calientes. Algunos autores preconizan el empleo de cortisónicos (por su efecto reductor de la fibrosis) junto con los antibióticos.

Cuando, por otra parte, la postración de la enferma se acentúa cada vez más a causa del dolor en el bajo vientre, dismenorrea severa, nerviosidad, depresión y a veces incluso cierta invalidez parcial, la operación está indicada. De igual manera, la naturaleza y extensión de la operación debe decidirse sobre una base individual. En la mayor parte de casos, por desgracia, las dos trompas se encuentran afectadas y a menudo precisa extirpar ambas.

Aun cuando las dos trompas se encuentren estenosadas, está justificado realizar algún tipo de operación plástica, como

salpingostomía, resección y anastomosis tubouterina, o implantación cornual de los ovarios, en aquellos casos aislados en que la mujer anhele desesperadamente ser madre, advirtiéndose claramente el pequeñísimo porcentaje de resultados favorables, que con toda probabilidad no sobrepasa el 10 por 100.

Los resultados con cirugía plástica en las trompas después de esterilización tubárica son algo mejores, pues no estamos entonces tratando con una trompa básicamente enferma. Es evidente que la operación de trompas cerradas e infectadas muchas veces puede restablecer la permeabilidad, pero no la fisiología y la actividad peristáltica del oviducto.

El tema de la oclusión tubárica y la cirugía se estudian en temas aparte, pero aquí proceden unas palabras. La tubólisis simple da mucho mejores resultados que las reconstrucciones tubáricas pero todavía son bastante desalentadores. La hidrotubación asociada con un corticosteroide y un antialergeno ha sido aconsejada por algunos autores. Por desgracia los resultados con cirugía plástica no han mejorado lo suficiente para equilibrar el número reducido de lactantes destinados a la adopción, su escasez está causada por la política de aborto libre en la mayor parte de los Estados Unidos.

En un estudio reciente de cirugía plástica entre 1965 y 1972 Umezaki y col. registraron 39 por 100 embarazos en 66 pacientes; el embarazo en promedio ocurrió unos tres años después de la operación. La esperanza de embarazo persistente reveló un 50 por 100 de embarazos; tubólisis 66 por 100; fimbrioplastia 40 por 100 anastomosis 50 por 100; implantación cornual 38 por 100; y técnicas múltiples 21 por 100.

Cuando ambas trompas están afectadas sin esperanza, al punto que es necesario extirparlas, uniformemente hay la opinión de efectuar la histerectomía. No hay motivo para conservar un útero cuando el embarazo es imposible, pero, claro está, hay que avisar a la paciente de lo que tal histerectomía significa, a saber:

- 1) No habrá más embarazos, y
- 2) No habrá menstruación. Los hechos, la mayoría de las veces, son diferentes de lo que se ha explicado en casa, en el salón de belleza o en el club de bridge.

Solo hay que conservar el útero en la mujer joven con ideas peculiares que no puede convencerse de la poca importancia que tiene continuar teniendo la menstruación. Nunca se habrá de insistir lo bastante en la importancia de conservar el tejido ovárico siempre que sea posible. Por otra parte, la disponibilidad de muchos esteroides activos por vía bucal parece que ha reducido al mínimo los efectos perjudiciales causados por la castración.

FIBROSIS RETROPERITONEAL IDIOPATICA.

La fibrosis retroperitoneal idiopática se incluye en este tema, aunque no es seguro que represente un proceso inflamatorio. En realidad es una entidad relativamente nueva en las publicaciones ginecológicas y solamente la hemos reconocido en los últimos 20 años aunque la observaron antes algunos urólogos, como Ormond. Clínicamente los síntomas son vagos, a base principalmente de dolor poco característico, acompañado a veces de náuseas, anorexia, febrícula y síntomas urinarios. El examen pelviano puede sugerir grados variables de induración o la presencia de una masa, y la pielografía muchas veces muestra obstrucción ureteral bilateral con tendencia al desplazamiento medial de los uréteres.

La causa no se conoce; se suponen infecciones de diversos tipos, incluyendo tuberculosis, trastornos de la colágena, reacción de hipersensibilidad y una serie de factores causales. En 1966, Graham publicó 27 casos que ocurrieron después de un tratamiento de la jaqueca con maleato de mitisergida. Se considera factor causal una vasculitis secundaria a hipersensibilidad medicamentosa. El tratamiento ha consistido generalmente en lisis del uréter obstruido,

a veces con fijación intraperitoneal; también se han propuesto los rayos X y la cortisona.

El tratamiento con buen éxito de la enfermedad supurada de la pelvis femenina entraña enfoque combinado de drenaje quirúrgico adecuado y elección apropiada de antimicrobianos. Estudios bacteriológicos recientes de estas infecciones han brindado base sólida para la elección razonable de antibióticos.

Los gérmenes patógenos que causan infecciones de vías genitales altas suelen guardar relación con la microflora nacida de la vagina. Además de los componentes bien conocidos de lactobacilos y estreptococos, las técnicas bacteriológicas actuales han comprobado que hay anaerobios en aproximadamente 70 por 100 de las mujeres sanas. El anaerobio que más a menudo se aísla es bacteroides; las diversas especies incluyen *B. fragilis*, *B. melaninogenicus* y *B. oralis*. Los peptostreptococos y los clostridios también forman parte de esta flora compleja. Estos microorganismos tienen potencialidad patógena, pero indiscutiblemente guardan relación con infecciones ginecológicas altas.

En lo pasado, las infecciones por microorganismos tienen potencialidad patógena, pero indiscutiblemente guardan relación con infecciones ginecológicas altas.

En lo pasado, las infecciones por microorganismos anaerobios y *Clostridium perfringens*. Estudios recientes. Estudios recientes han descubierto un cuadro mucho más complicado. Participan gran número de microorganismos, facultativos y anaerobios, pero la mayor parte de los datos actuales hacen pensar que los anaerobios obligados son los patógenos que predominan en las infecciones más graves del aparato genital femenino.

ABSCESO PELVICO.

Los estados sépticos de la pelvis femenina tienden a localizarse con formación de abscesos únicos o múltiples. El absceso

pélvico es enfermedad que amenaza la vida, de presentación aguda o tardía y curso variable. El medio anatómico tiene diversas variaciones; a saber:

- 1) abscesos unilaterales o bilaterales del parametrio que apuntan hacia la vagina o la región inguinal;
- 2) acumulación en el fondo de saco de Douglas que apunta al fondo de saco posterior de la vagina;
- 3) absceso tuboovárico que se torna fijo en sitio alto de la pared lateral de la pelvis;
- 4) absceso tuboovárico u ovárico que se presenta en forma de masa abdominal, y
- 5) rotura catastrófica de un absceso que origina peritonitis pélvica.

El estudio bacteriológico de los abscesos pélvicos revela que 66 por 100 de los casos guardan relación con cultivo mixto de anaerobios y aerobios; el 33 por 100 restante corresponde a infección por completo aerobia o anaerobia. La microflora aerobia y facultativa consiste en *E. coli*, *Klebsiella* y estreptococos. En casos poco frecuentes se aíslan *Pseudomonas*, *S. aureus* y *Candida*. Los microorganismos anaerobios que participan, en orden decreciente de frecuencia, incluyen *B. fragilis*, estreptococos anaerobios, *B. melaninogenicus* y varias especies de clostridios.

Hay frecuencia alta de hemocultivo positivo en pacientes de enfermedad pelviana supurada. Los gérmenes que más a menudo se cultivan son *Bacteroides*, estreptococos anaerobios, *E. coli*, *Klebsiella* y clostridios. Con frecuencia de una sola muestra de sangre se aísla más de una especie de bacteria, siempre que se utilicen medios bacteriológicos anaerobio y aerobio.

Se han aconsejado varios regímenes de antibióticos para tratar el absceso pélvico. Hay bastantes datos a favor del empleo de dos fármacos, el primero activo contra aerobios y el segundo encaminado a inhibir a los anaerobios. Algunos de los regímenes aconsejados son estos:

1. Clindamicina — 600 mg por vía intravenosa cada 6 horas
Gentamicina — 1 mg a 1.5 mg/Kg c/8 horas
2. Cloramfenicol — 750 mg a 1000 mg por vía intravenosa cada 6 horas.
Gentamicina — 1 mg a 1.5 mg/Kg cada 8 horas.
3. Penicilina — 5 millones de unidades por vía intravenosa cada 6 horas.
Cloranfenicol — 750 mg a 1000 mg por vía intravenosa cada 6 horas.

ABSCESO OVARICO

Los ovarios pueden participar en un estado supurado localizado sin infección de las trompas de Falopio. Lo anterior a menudo guarda relación con peritonitis que suele limitarse, pero después puede tornarse difusa. Los microorganismos causales consisten en aerobios y anaerobios; los patógenos principales son *Bacteroides*, estreptococos anaerobios, clostridios, *E. coli* y *Kelbsiella*, a menudo en combinación. En consecuencia, el tratamiento del absceso ovárico es idéntico al régimen aconsejado para el absceso pélvico.

Las causas predisponentes para el absceso ovárico son estas:

- 1) cirugía pélvica, especialmente histerectomía vaginal;
- 2) infección posparto, aborto y operación cesárea;

- 3) endometritis después de dilatación y raspado, y
- 4) enfermedad intestinal inflamatoria o diverticulitis. Esta infección debe tratarse quirúrgicamente después de métodos iniciales de sostén y tratamiento antimicrobiano. El peligro principal del absceso ovárico es que pase inadvertido el diagnóstico, pues puede haber rotura ulterior del absceso con resultados catastróficos.

PIOMETRA

El piómetra es causado por obstrucción del cuello uterino que origina acumulación de pus y aumento de volumen del útero. Sorprende que este estado pueda ser infección insidiosa con pocas manifestaciones generales. Las circunstancias clínicas incluyen las siguientes:

- 1) Carcinoma de cuello uterino o de endometrio, que se observa en aproximadamente 70 por 100 de las pacientes;
- 2) radioterapia de la pelvis;
- 3) cauterización previa;
- 4) estenosis cervical espontánea en posmenopáusicas;
- 5) pólipos o liomiomas que obstruyen el cuello uterino, y
- 6) tuberculosis, causa poco frecuente que origina estenosis cervical.

Las bacterias que causan piómetra provienen de la flora vaginal normal y guardan semejanza con las descritas para los abscesos pélvico y ovárico. El tratamiento debe comenzarse con antibióticos y métodos conservadores. Después de estalización, suele estar indicado operar.

TROMBOFLEBITIS PELVICA SEPTICA

La trombosis de las venas pélvicas concomitante con estados inflamatorios es amenaza grave para la paciente. Además de la supuración local, hay peligro de embolia pulmonar o renal. Prácticamente todas las formas de cirugía pélvica y complicaciones obstétricas pueden motivar tromboflebitis. Las circunstancias más corrientes son estas:

- 1) parto por vía vaginal, particularmente relacionado con rotura duradera de las membranas o sepsis puerperal;
- 2) aborto, criminal o terapéutico;
- 3) operaciones pélvicas de la índole de histerectomía;
- 4) operación cesárea, y
- 5) enfermedad pelviana inflamatoria y absceso pélvico.

El estado trombótico afecta muchas venas. Las más a menudo atacadas son, en orden decreciente, ovárica, uterina, iliaca primitiva, iliaca interna, vaginal y cava inferior. Los datos anatomopatológicos incluyen edema, endurecimiento de la pared del bazo que a menudo progresa a supuración y destrucción parietal por la infección. Los patógenos principales que guardan relación con tromboflebitis séptica de la pelvis son estreptococos anaerobios y especies de *Bacteroides*, particularmente *B. fragilis* y *B. melanogenicus*. Pocos casos son causados por *Streptococcus pyogenes* o *Staphylococcus aureus*.

Se sospecha tromboflebitis séptica en una paciente de enfermedad supurada de la pelvis que no reacciona a la antibioticoterapia acostumbrada. Apoyan al diagnóstico los signos de embolia pulmonar. Los antibióticos deben ser adecuados para los patógenos principales, el estreptococo y *Bacteroides fragilis*.

anaerobios. Ello significa que deben utilizarse en el régimen cloramfenicol o clindamicina. También pueden participar coliformes en el estado supurado primario, de modo que deben combinarse con el fármaco contra anaerobios gentamicina o Kanamicina.

Un componente importante del tratamiento es la heparina. Se han propuesto varios regímenes terapéuticos, pero se acepta, en general, que el tiempo de sangría debe conservarse en el doble o el triple del normal. En el caso de que los antibióticos adecuados y los anticoagulantes apropiados resulten ineficaces, se aconseja operación exploradora para tratar el estado supurado primario y eliminar coágulos infectados de las venas pélvicas.

INFECCIONES ESTREPTOCOCICAS

Una de las causas clásicas de fiebre puerperal es infección por *Streptococcus pyogenes* hemolítico beta de grupo A. Este microorganismo puede guardar relación con cirugía pélvica y también se ha observado concomitantemente con el uso de aditamento intrauterino (asa de Lippes o escudo Dalkon). La sepsis puerperal y la infección posoperatoria dependiente de este microorganismo suelen ser propagadas por un médico o una enfermera a causa de contaminación por la boca o la nariz o, en raros casos, por lesión estreptocócica en los dedos. Aumenta el riesgo cuando coexisten parto duradero y hemorragia excesiva, aunque pueden ocurrir infecciones estreptocócicas en circunstancias por lo demás sin complicaciones.

El carácter más notable es la fiebre alta en agujas que ocurre en etapa muy temprana de la evolución. Muchas pacientes tienen síntomas en término de 12 horas del parto o la cirugía; 66 por 100 de los casos han ocurrido en término del primer día, y el resto se ha presentado para el segundo día. A menudo hay dolor pélvico y enrojecimiento difuso y en propagación que sigue los

vasos linfáticos. Puede haber flujo delgado acuoso. La dehiscencia de la herida es complicación temprana. La peritonitis estreptocócica es eritema difuso con pocas adherencias y raras veces loculación de pus. Alrededor de 40 por 100 de las pacientes presentan bacteriemia que puede guardar relación con coagulación intravascular diseminada y anemia hemolítica.

El tratamiento consiste en grandes dosis de penicilina G (5 millones de unidades por vía intravenosa cada 4 a 6 horas). Además de los antibióticos, para obtener buen resultado son indispensables los métodos de sostén. Las pacientes a menudo presentan choque séptico con disminución del volumen intravascular; siempre está indicada la reposición de líquidos y electrólitos. Pueden necesitarse coloides y en muchas pacientes es indispensable transfusión a causa de la coagulación intravascular diseminada y la hemólisis. No suele haber indicación para operar, excepto en circunstancias en las cuales hay tejido necrótico, y en ellas solo se necesita desbridamiento sencillo. Si se emprende lo suficientemente temprano el tratamiento adecuado, la perspectiva es favorable para pacientes de infecciones estreptocócicas; sin embargo, la dilación en el diagnóstico puede originar curso de desmejoría rápida y muerte.

Los estreptococos de grupo B son causa corriente de infección en neonatos y pueden provocar enfermedad benigna en la madre a causa de su importancia en el neonato, se brindan las siguientes orientaciones para comparar los estreptococos de grupo A y de grupo B:

	Estreptococos de grupo A - Grupo B	
Portadora vaginal	Poco frecuente	5 por 120 a 14 por 100
Aparición de infección en neonatos	Poco frecuente	Frecuente
Mecanismo de transmisión	Médicos, enfermeras y asistentes	Flora vaginal adquirida durante el nacimiento
Enfermedad materna	Grave	Benigna
Pronóstico para la madre	Reservado	Bueno
Pronóstico para el neonato.	Bueno	Malo (mortalidad 50 X 100)

Los estreptococos de grupo B son susceptibles a la penicilina; el neonato debe tratarse con dosis grandes de ampicilina (200 mg/Kg día en seis dosis para menores de siete días de edad.)

INFECCIONES ESTAFILOCOICAS

Pueden adquirirse estafilococos de la flora nasofaríngea de la paciente o del personal médico y de enfermeras. En el personal hospitalario hay frecuencia alta de portadores (aproximadamente 40 por 100) de estafilococos en fosas nasales, garganta y ano.

Las infecciones estafilocócicas pueden ocurrir en la piel y producir abscesos discretos o formación de ántrax o celulitis difusa. Los microorganismos de este grupo a veces producen endometritis o infecciones de heridas. La neumonía estafilocócica se observa de cuando en cuando como resultado de aspiración durante la inducción de la anestesia.

El tratamiento consiste en una penicilina semisintética o en una cefalosporina, pues estos microbios suelen ser resistentes a la penicilina G. Entre los fármacos que se aconsejan se cuentan cefazolina (1 g cada 6 a 8 horas por vía intravenosa o intramuscular), nafcilina (1.5 g cada 6 horas por vía intravenosa o intramuscular), u Oxacilina (2 g cada 6 horas por vía intravenosa o intramuscular). En casos benignos puede hacerse el tratamiento por vía bucal.

ANTIBIOTICOS CON FINES PROFILACTICOS

El uso de antibióticos con fines profilácticos en cirugía ginecológica es tema muy discutido. Hay médicos que aconsejan antibióticos para parto no complicado, dilatación y raspado y otros procedimientos con frecuencia baja de infecciones. Sin embargo, los antibióticos no deben utilizarse para tranquilizar la paranoia microbiana del cirujano, particularmente en situaciones de riesgo bajo. A pesar de este entusiasmo desenfrenado, hay investigaciones

recientes que revelan sitio neto de la profilaxia antimicrobiana preoperatoria en determinadas circunstancias.

La histerectomía vaginal se acompaña de frecuencia alta de infección posoperatoria, que varía entre 25 por 100 y 40 por 100 en distintas clínicas. En la actualidad, se dispone de pruebas convincentes de que los antibióticos preoperatorios disminuyen de manera importante las infecciones del manguito vaginal. Se han utilizado con buen éxito varios regímenes profilácticos que incluyen cefalotina, cefaloridina, clindamicina y metronidazol. Ledger y colaboradores en fecha reciente aconsejaron un enfoque muy convincente; se administró cefaloridina en dosis de 1 g por vía intramuscular en tres ocasiones; a saber: cuando la enferma es llevada al quirófano, al regresar de la sala de recuperación y a la hora de dormir en la noche después de la operación. Este régimen se acompañó de disminución importante de la frecuencia de infecciones pélvicas posoperatorias. Un antibiótico alternativo que evita la posibilidad de daño renal es la cefazolina en las dosis enumeradas para la cefaloridina.

Otro estado que puede justificar antibióticos con fines profilácticos es la operación cesárea; este procedimiento se acompaña de peligro de 30 por 100 a 40 por 100 de infección posoperatoria; estudios recientes han comprobado que la frecuencia puede disminuirse en aproximadamente 66 por 100 por el uso transoperatorio de cefalosporina, en un régimen semejante al antes aconsejado. El uso a breve plazo de antibióticos en esta situación entraña peligro bajo de efecto tóxico. Cabe suponer que la disminución importante de la sepsis posoperatoria justifique este régimen profiláctico.

La valoración lógica de los antibióticos con fines profilácticos debe tomar en cuenta los peligros potenciales del uso demasiado amplio de los agentes. Estos peligros son en términos de daño a cada paciente que recibe el fármaco y daño al medio hospitalario donde los pacientes quedan expuestos a patógenos nosocomiales. Por estos motivos, es atractiva la noción de un

régimen breve transoperatorio, especialmente en circunstancias en las cuales estudios controlados han comprobado disminución importante de la mortalidad por sepsis.

PRESENTACION DE RESULTADOS Y GRAFICAS

CUADRO No. 1

EDAD	No. de casos	o/o
0 - 15 a	2	2.77
16 - 30 a	47	65.27
31 - 45 a	21	29.19
46 o + a	2	2.77
	<hr/>	
	72	

CUADRO No. 2
MOTIVO DE CONSULTA

MOTIVO DE CONSULTA	No. de casos	o/o
Dolor abdominal	53	73.6
Fiebre elevada	24	33.3
Flujo vaginal	23	32.
Vómitos	7	9.7
Diarrea	4	5.5
Otros	10	14.
Sin historia	3	4.1

CUADRO No. 3

SIGNOS	No. de casos	o/o
Fiebre elevada	14	19.4
Útero aumentado de tamaño	19	26.4
Dolor abdominal a la palpación	60	83.3
Flujo vaginal	23	32.
Masas en anexos	17	23.6
Fetidéz	18	25.
Cervicitis	13	18.
Otros	4	5.5
Sin Ginecológico	30	41.6
Sin signos	5	7.

CUADRO No. 4

	No. de casos	o/o
Con examen ginecológico	42	48.33
Sin examen ginecológico	30	41.67

CUADRO No. 5

LABORATORIOS	GLOBULOS BLANCOS	
No.	No. de casos	Porcentaje
2500 - 5000 mm ³	8	14
5000 - 8000 "	21	37
8000 - 10000 "	11	19.2
10000 - 12000 "	10	17.5
12000 - 15000 "	3	5.2
15000 - 30000 "	3	5.2
+ - 30000 "	1	1.7
TOTAL	57	79. o/o

CUADRO No. 6

HEMOGLOBINA GRAMOS	No. de casos	Porcentaje
3 - 5	1	1.7
6 - 8	7	12.
9 - 11	17	29.
12 - 14	33	56.
TOTAL	59	82. o/o

CUADRO No. 7

HEMATOCRITO o/o	No. de casos	Porcentaje
5 - 15	1	1.7
16 - 30	19	32.2
31 - 42	38	64.4
TOTAL	59	82. o/o

CUADRO No. 8

VELOCIDAD DE SEDIMENTACION	No. de casos	Porcentaje
mm/hora		
0 - 10	6	10.3
11 - 20	4	7.
21 - 30	4	7.
31 - 40	4	7.
41 - 50	6	10.3
51 - 70	7	12.
71 - 90	3	5.
91 - 110	12	20.6
111 - 120	7	12.
+ 120	5	8.6

CUADRO No. 9

	No. de casos	Porcentaje
Frote y cultivo	4	5.5
Orina Patológica	20	27.7
Sin Laboratorios	11	15.2 o/o

CUADRO No. 10
DIAGNÓSTICOS

DIAGNOSTICO	No. de casos	Porcentaje
Anexitis	25	34.7
Endometritis	20	27.7
Absceso pélvico	12	16.8
Absceso tubo Ovárico	1	1.3
Infección Pélvica	11	15.6
Salpingooforitis	1	1.3
Adherencias pélvicas	1	1.3
Obstrucción Tubárica	1	1.3
TOTAL	72	1000

CUADRO No. 11

TRATAMIENTO QUIRURGICO

OPERACION	No. de casos	Porcentaje
Laparotomía exploradora	10	47.6
Exploración Pélvica	8	38.
Histerectomía Abdominal	3	14.3
TOTAL	21	29.1

CUADRO No. 12

ANESTESIA

TIPO	No. de casos	Porcentaje
General	3	14.3
Raquidea	18	85.7
		100.0

CUADRO No. 13

TRATAMIENTO MEDICO

ANTIBIOTICO	No. de casos	Porcentaje
Penicilina Procaína	5	7.
Penicilina cristalina	1	1.4
Lincomicina	1	1.4
Eritromicina	2	2.7
Cloramfenicol	2	2.7
Bactrim	1	1.4
TOTAL	12	16.6

CUADRO No. 14

ANTIBIOTICO	No. de casos	Porcentaje
Penicilina procaína + Bactrim	2	2.7
Penicilina procaína + P. cristalina	2	2.7
Penicilina procaína + cloramfenicol	4	5.5
Penicilina procaína + estreptomina	5	7.
Penicilina procaína + eritromicina	1	1.4
Penicilina cristalina + ampicilina	1	1.4
Penicilina cristalina + cloramfenicol	5	7.
Penicilina cristalina + gentamicina	1	1.4
Tetraciclina + bactrim	1	1.4
	22	30.5

CUADRO No. 15

ANTIBIOTICOS	No. de casos	Porcentaje
P. cristalina + P. procaína + cloramfenicol	12	16.6
P. cristalina + P. procaína + estreptomina	1	1.4
P. cristalina + P. procaína + gentamicina	1	1.4
P. cristalina + estreptomina + cloramfenicol	1	1.4
P. procaína + ampicilina + estreptomina	1	1.4
P. procaína + ampicilina + cloramfenicol	1	1.4
P. procaína + tetraciclina + cloramfenicol	1	1.4
P. procaína + lincomicina + cloramfenicol	1	1.4
P. procaína + lincomicina + gentamicina	1	1.4
P. procaína + estreptomina + cloramfenicol	1	1.4
TOTAL	<u>21</u>	29.1

CUADRO No. 16

ANTIBIOTICOS	No. de casos	Porcentaje
P. cristalina + P. procaína + cloramfenicol + gentamicina	2	2.27
P. procaína + cloramfenicol + gentamicina + bactrim	1	1.4
P. procaína + P. cristalina + gentamicina + lincomicina	1	1.4
P. procaína + P. cristalina + cloramfenicol + bactrim	<u>1</u>	1.4
TOTAL	5	7.

CUADRO No. 17

ANTIBIOTICOS	No. de casos	Porcentaje
P. procaína + cloramfenicol + cefalexina + gentamicina + tetraciclina	1	1.4
P. procaína + P. cristalina + ampicilina + cloramfenicol + bactrim	1	1.4
P. procaína + P. cristalina + estreptomina + cloramfenicol + gentamicina	1	1.4
P. procaína + P. cristalina + cloramfenicol + gentamicina + ampicilina	<u>1</u>	1.4
TOTAL	4	5.5

CUADRO No. 18

No. DE ANTIBIOTICOS	No. de casos	Porcentaje
1 antibiótico	12	16.6
2 antibióticos	22	30.5
3 antibióticos	21	29.3
4 antibióticos	5	7.
5 antibióticos	4	5.5
sin antibióticos	<u>8</u>	11.1
TOTAL	72	100.0

CUADRO No. 19

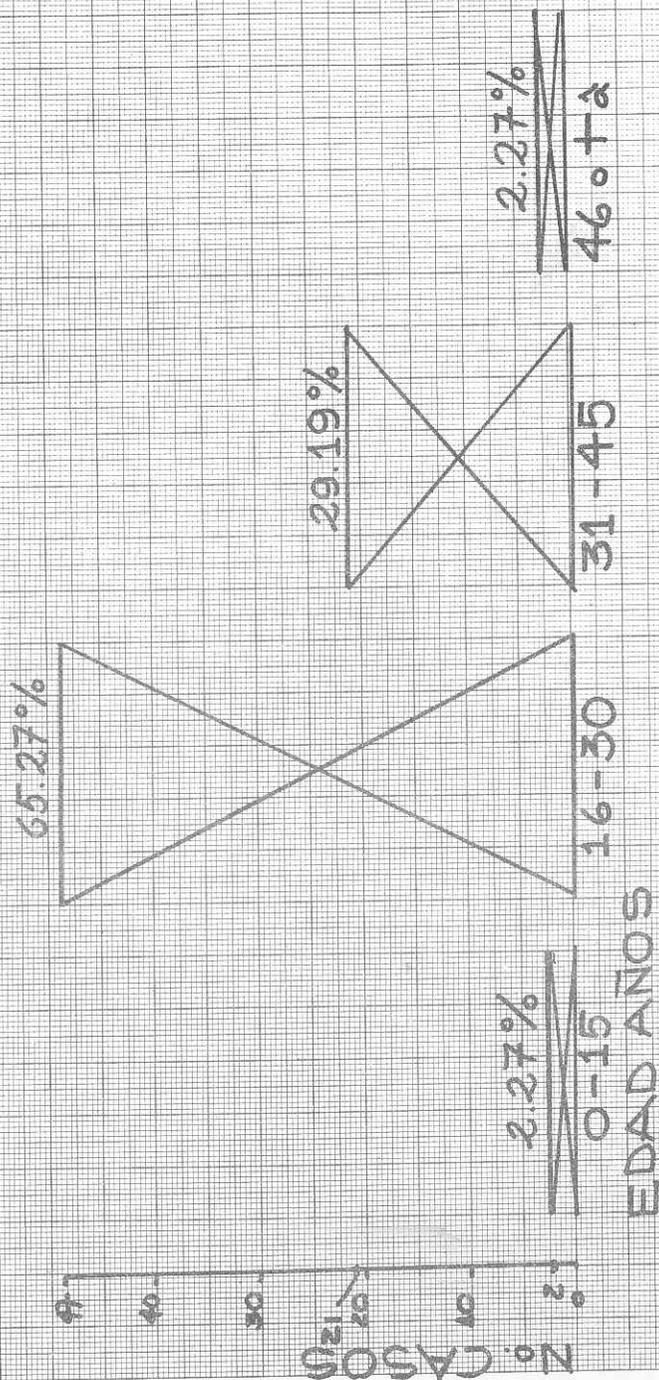
No. DE DIAS	No. de casos	Porcentaje
1 a 5 días	19	26.5
6 a 10 días	25	34.7
11 a 15 días	8	11.1
16 a 20 días	8	11.1
21 a 25 días	5	7.
26 a 30 días	4	5.5
31 a 46 días o +	3	4.1
TOTAL	<u>72</u>	100.0

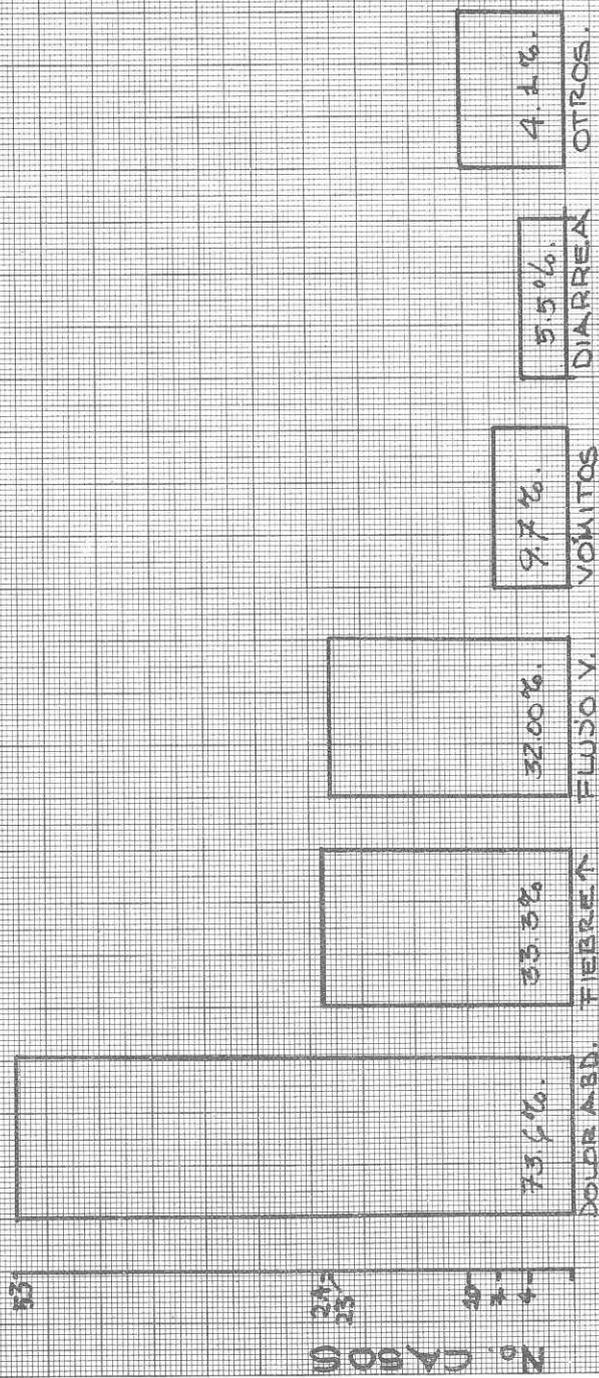
Promedio de días por paciente: 12.25 días

CUADRO No. 20

CONDICION	No. de casos	Porcentaje
Curada	39	54.1
Mejorada	27	37.5
Salida exigida	5	7.
Fallecida	1	1.4
TOTAL	<u>72</u>	100.0

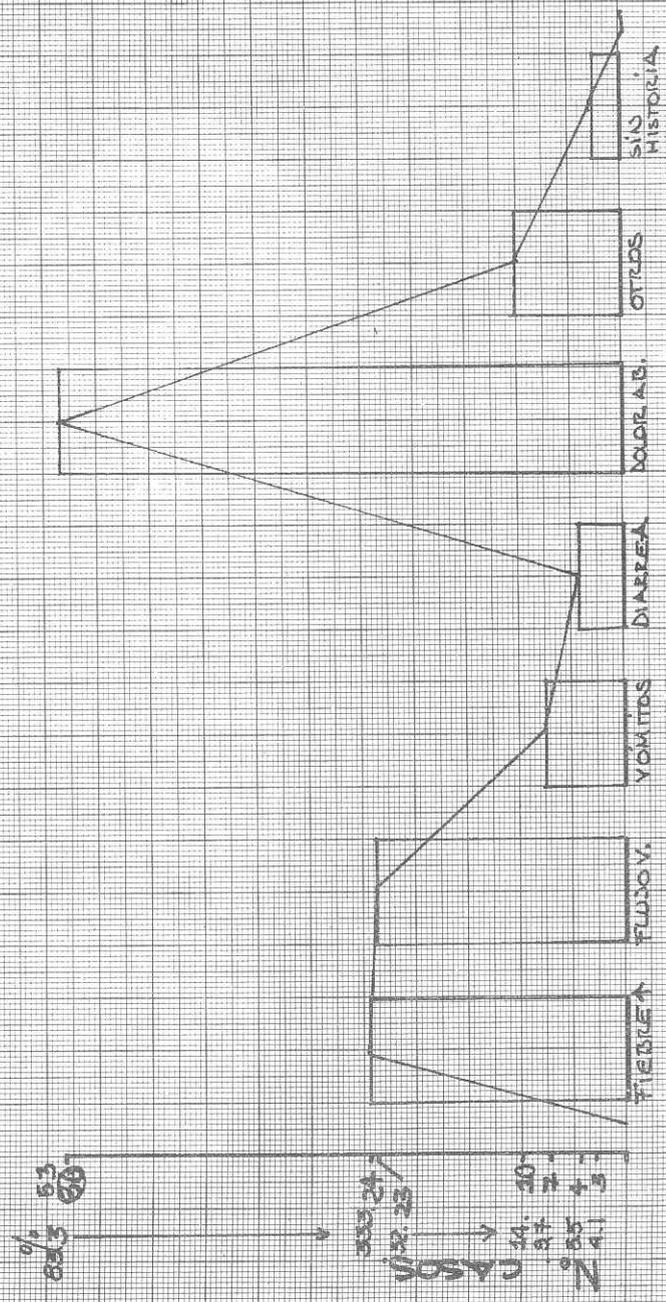
GRAFICA No. 1 EDAD





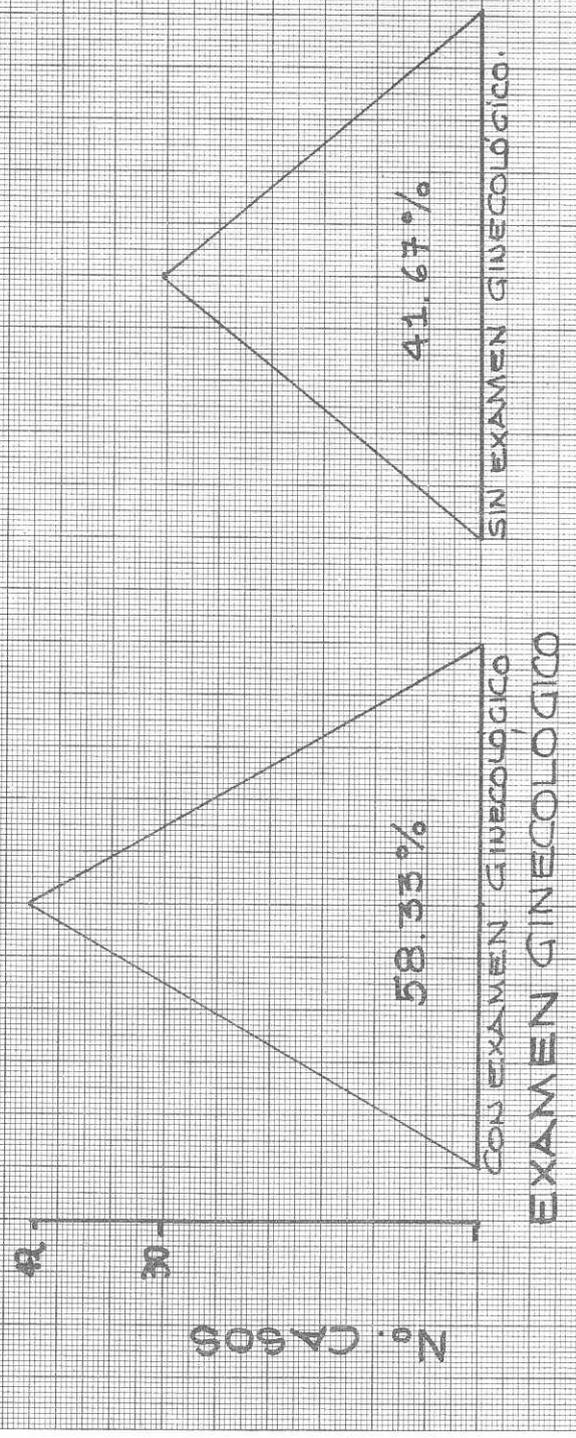
MOTIVO DE CONSULTA

GRAFICA N.º 3 SIGNOS AL EXAMEN

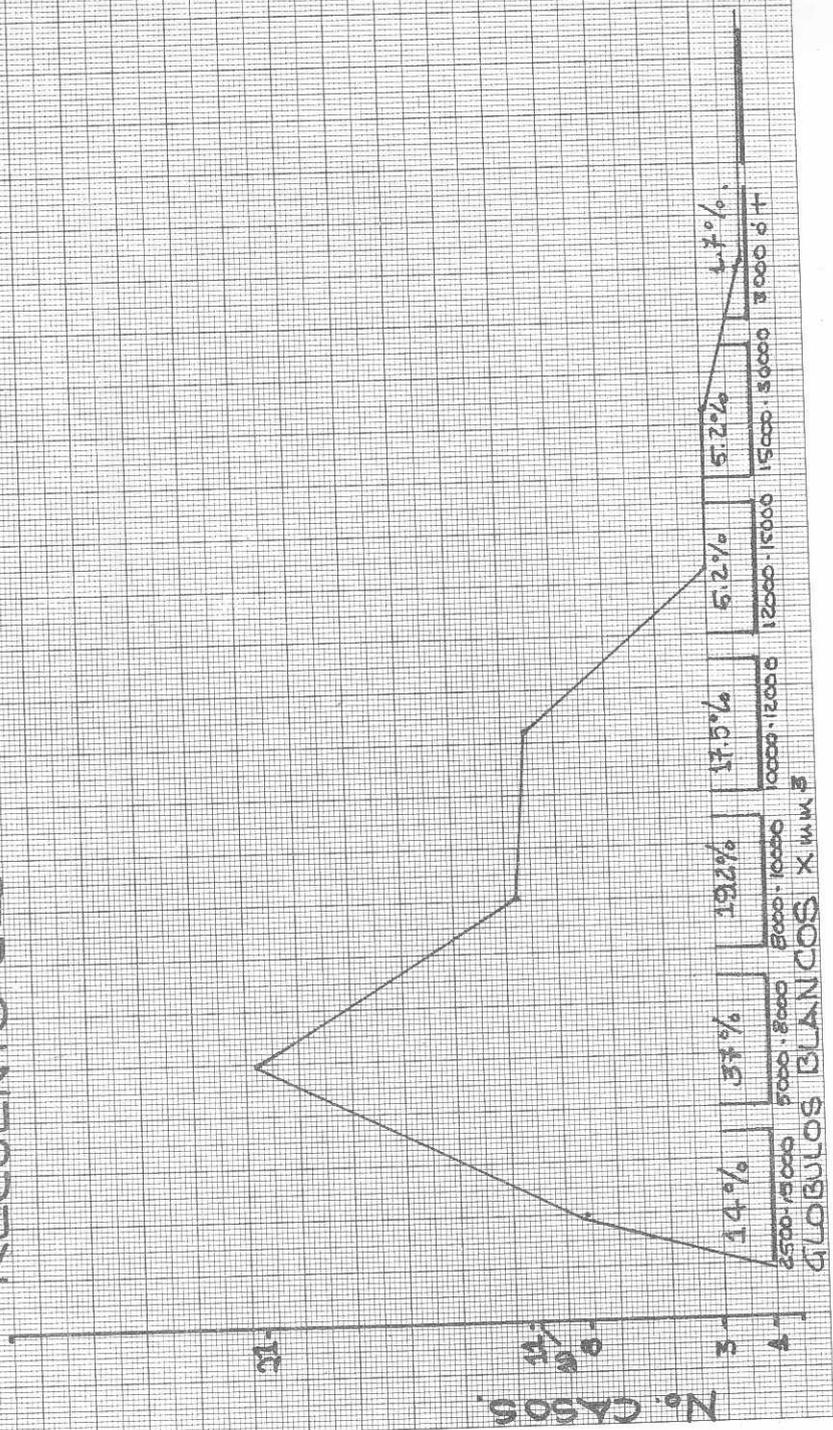


SIGNOS

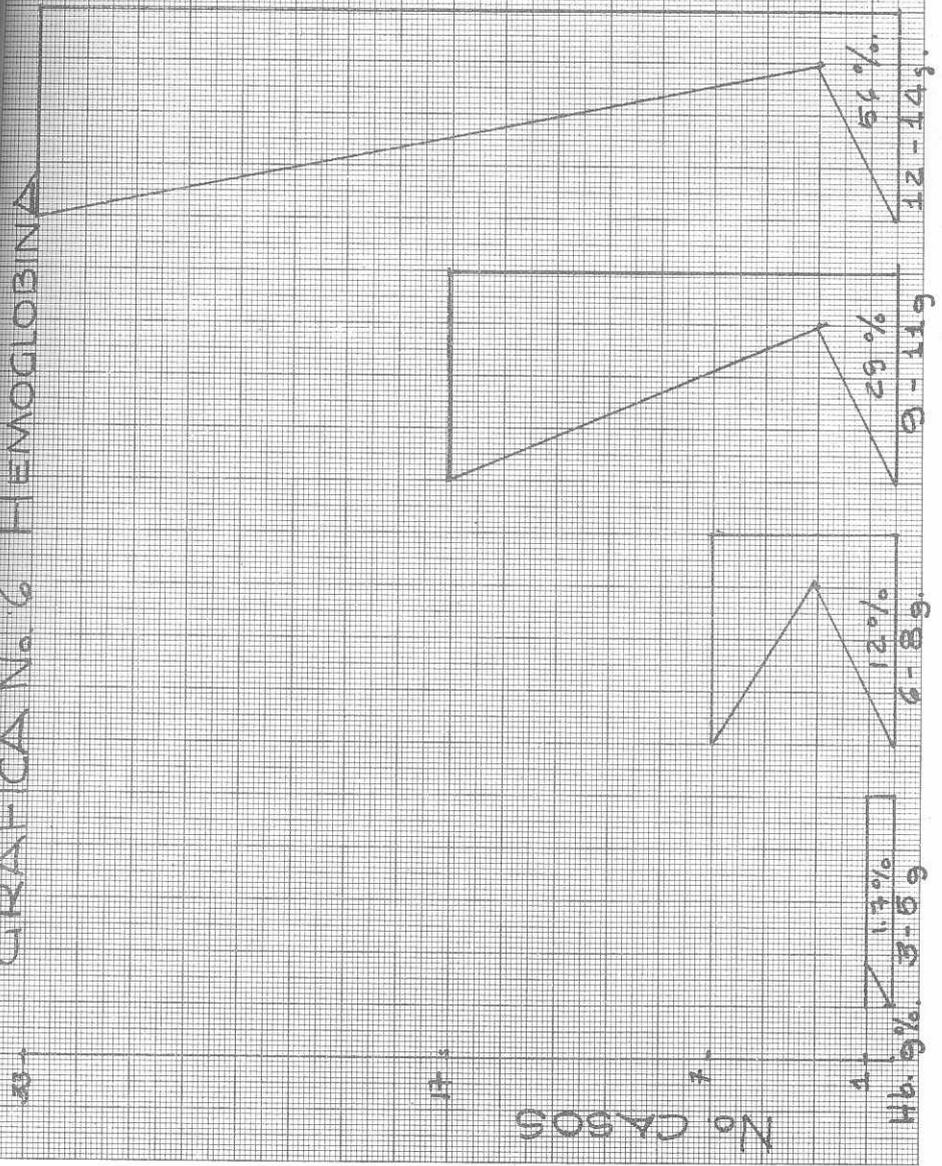
GRAFICA No. 4
CON & SIN EXAMEN GINECOLÓGICOS



GRAFICA No.5 RECUENTO GLOBULOS BLANCOS



GRAFICA No. 6 HEMOGLOBINA



No. CASOS

Hb

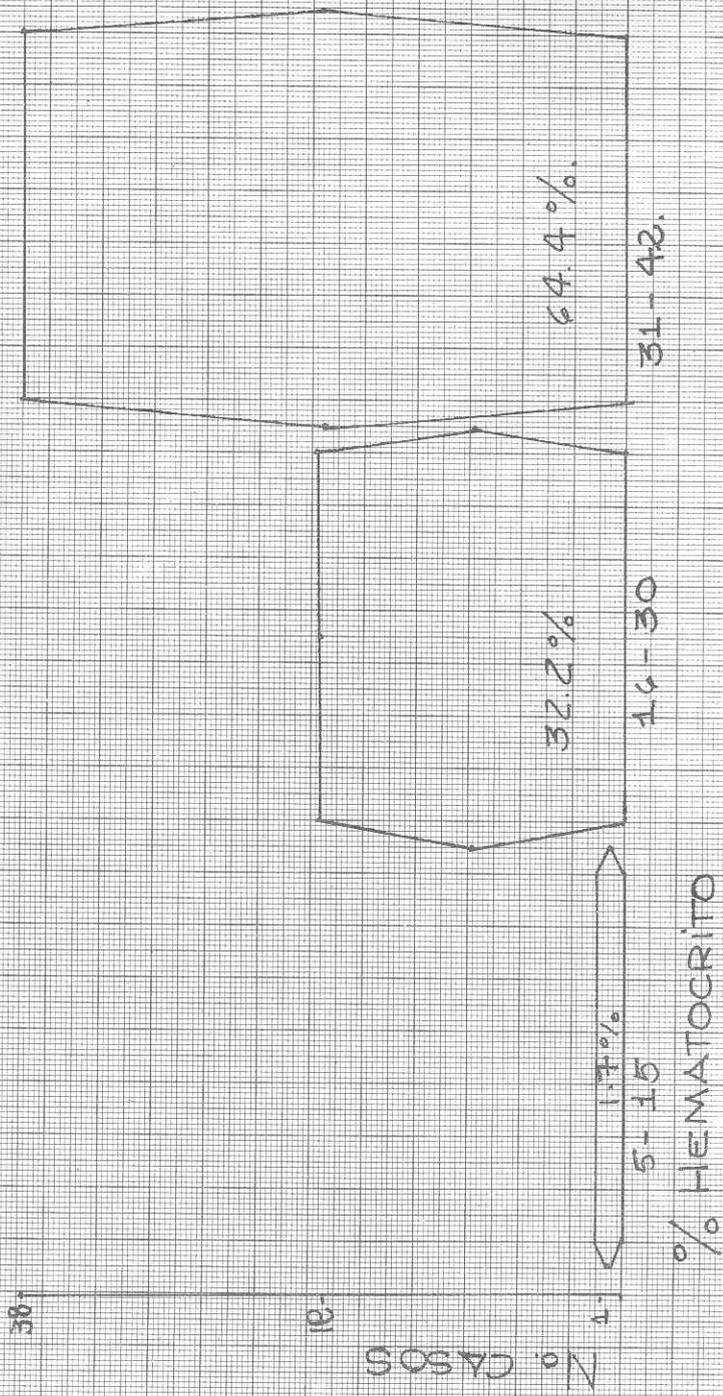
1.7% 3-5g

12% 6-8g

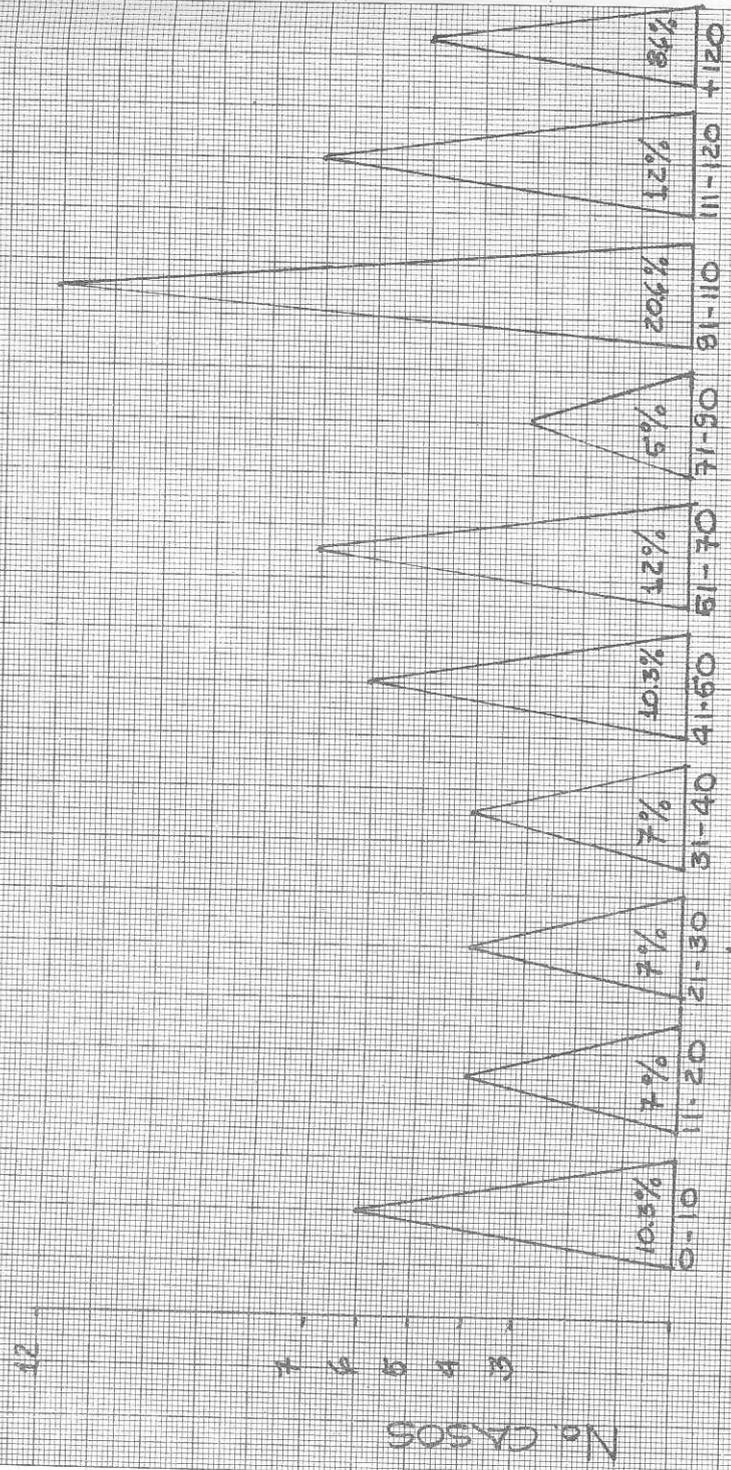
29% 9-11g

54% 12-14g

GRAFICA N.º 7 HEMATOCRITO

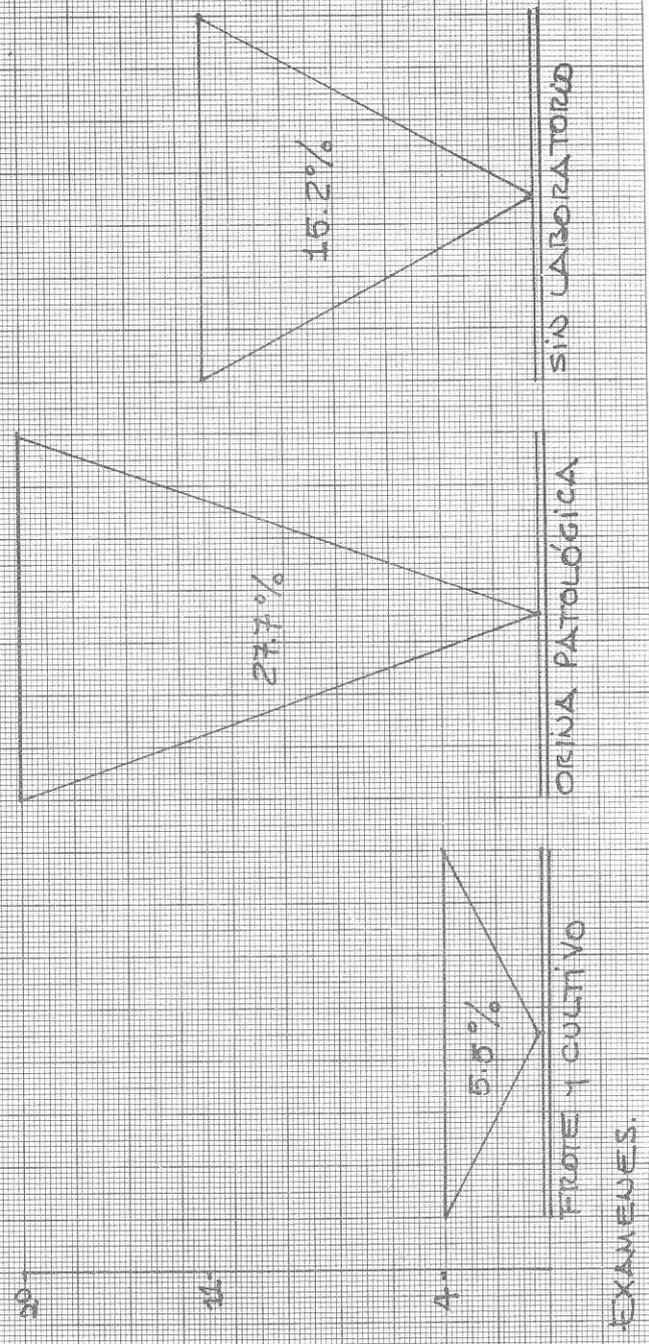


GRAFICA No. 8 SEDIMENTACION mm H₂O.

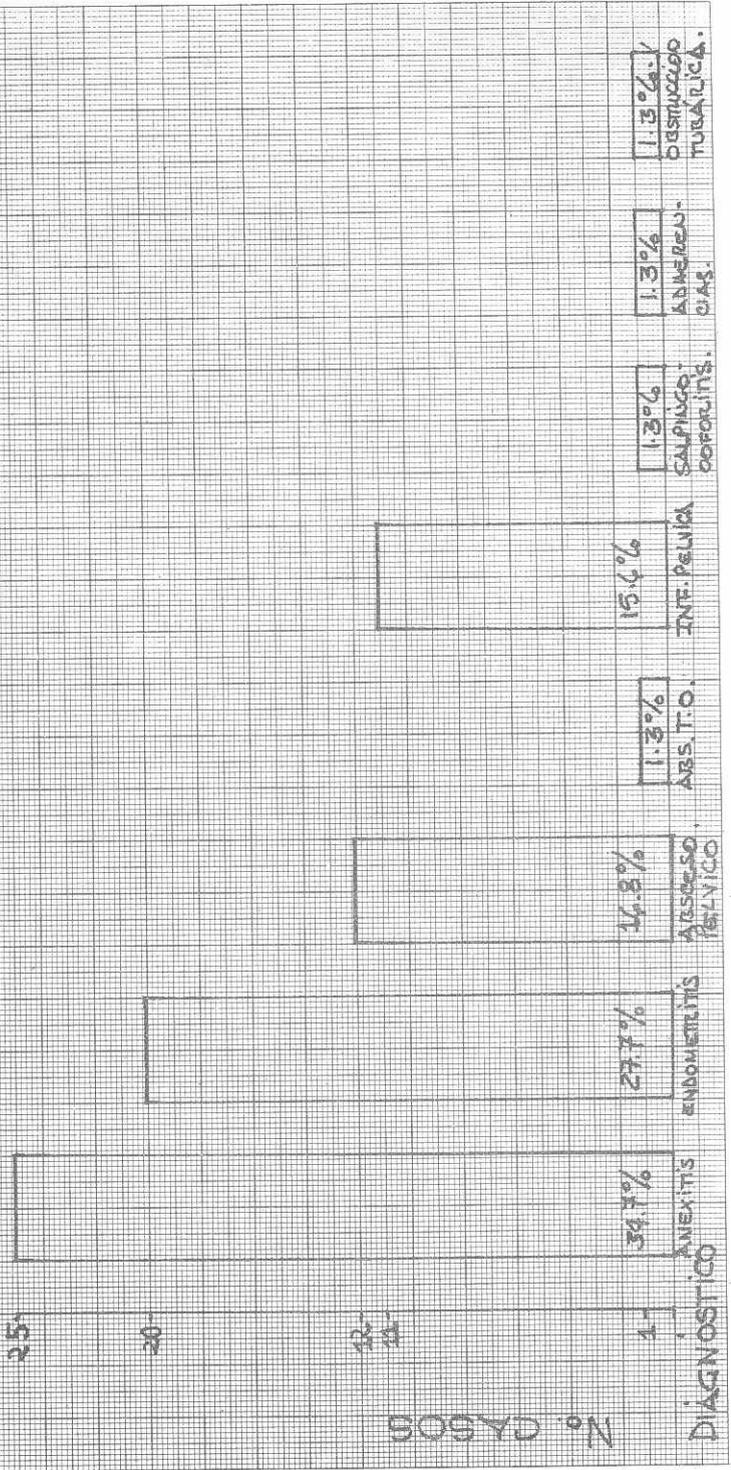


SEDIMENTACION mm H₂

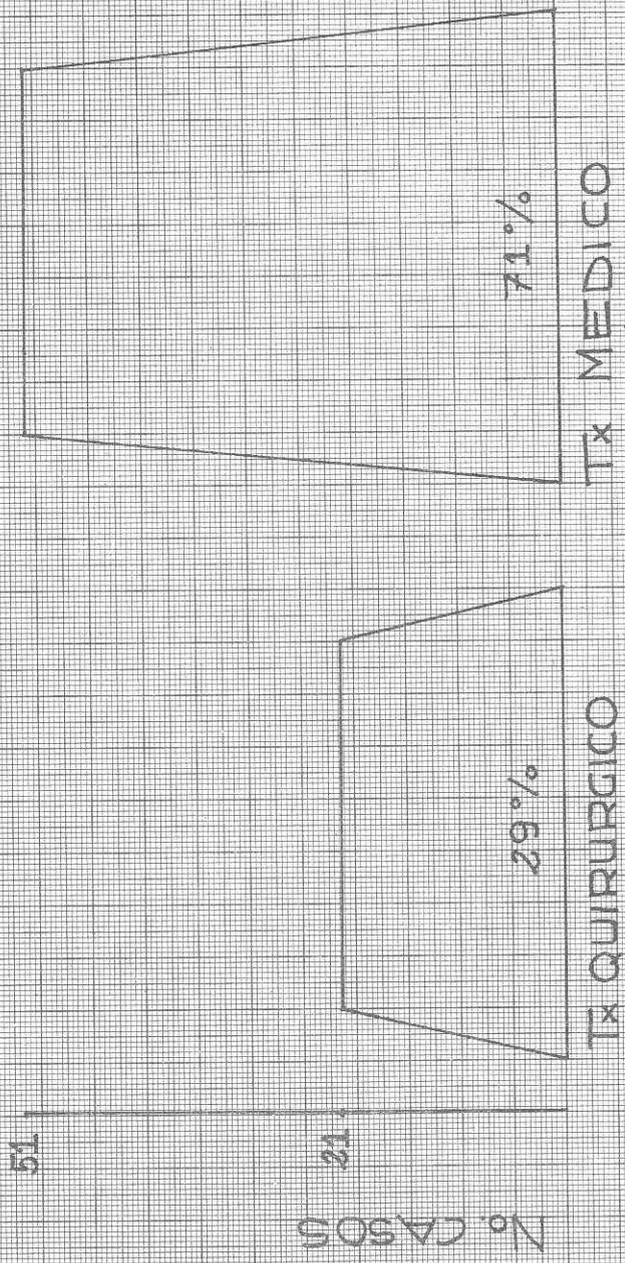
GRAFICA No. 3. EXÁMENES DIVERSOS.



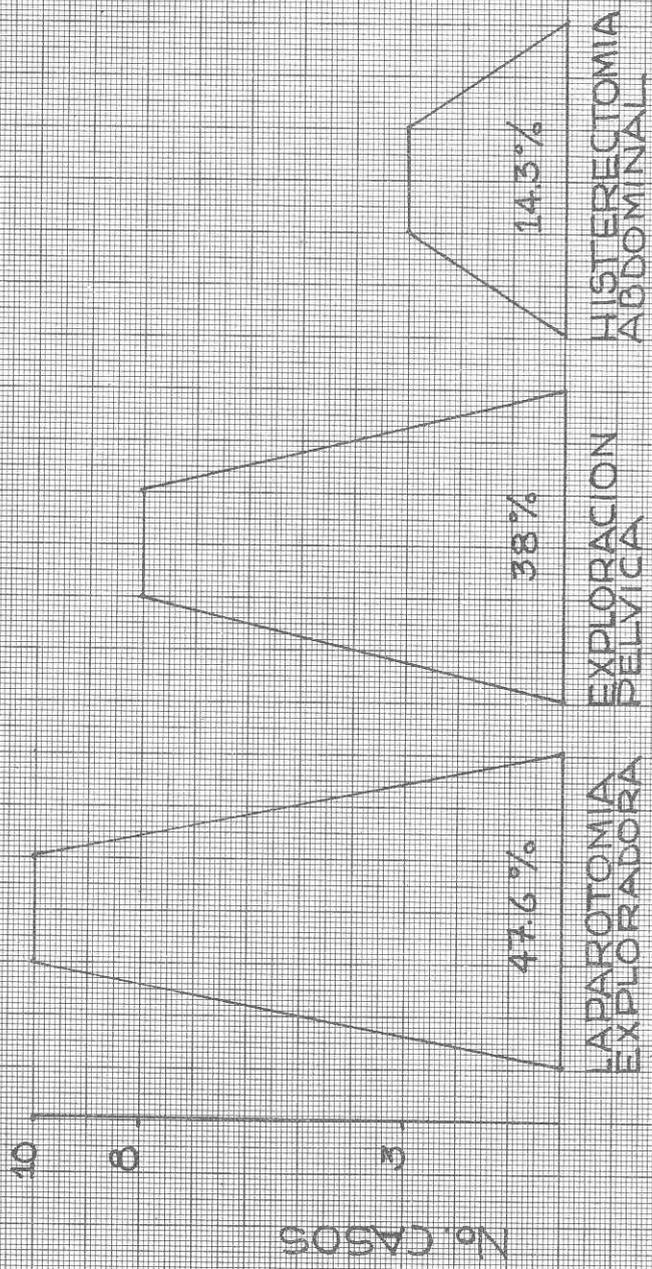
GRAFICA N° 10 DIAGNOSTICO

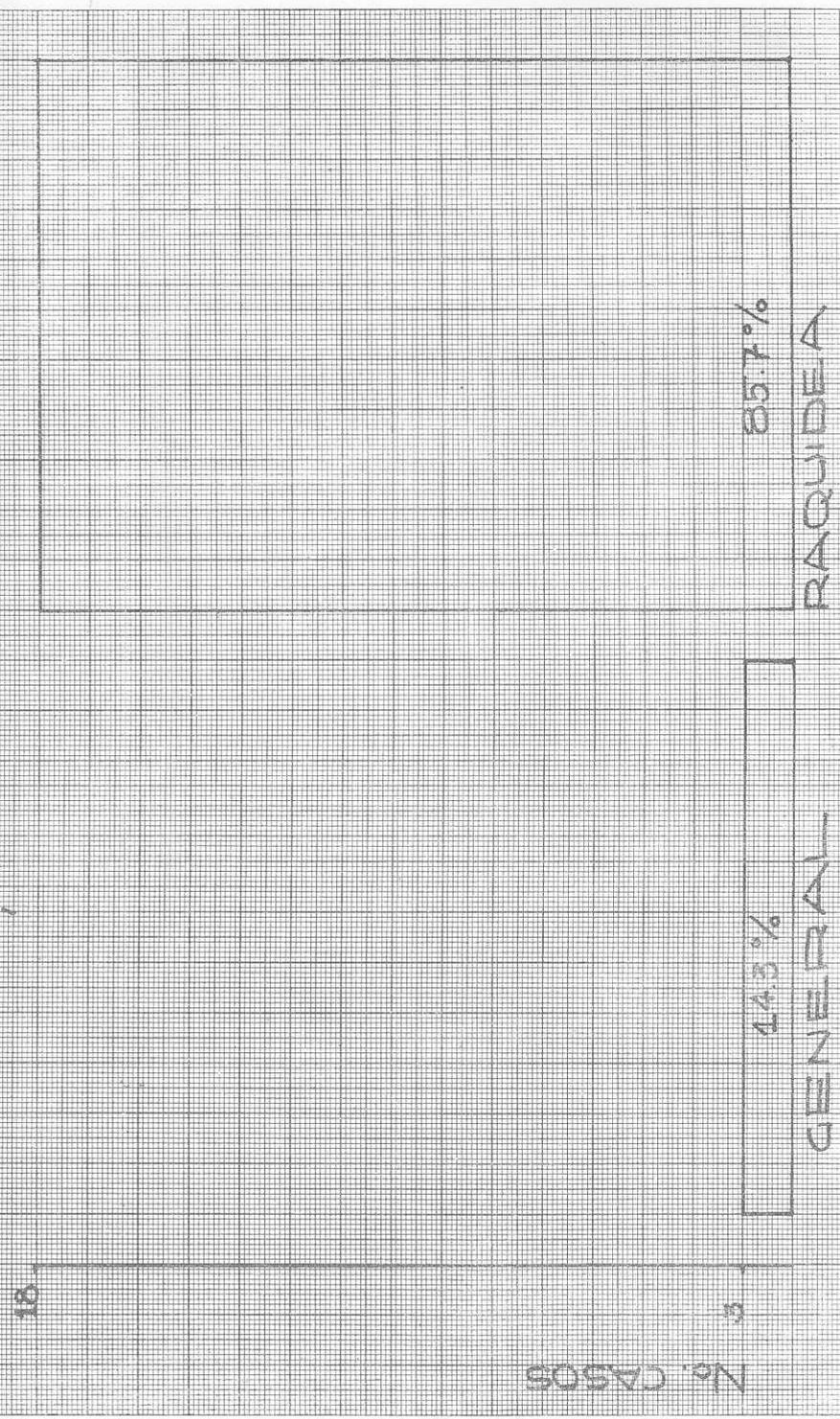


GRAFICA N° 11 TRATAMIENTO



QUIRURGICA No. 12
TIPO DE TRATAMIENTO QUIRURGICO





GRAFICA No. 14

No. ANTIBIOTICOS USADOS

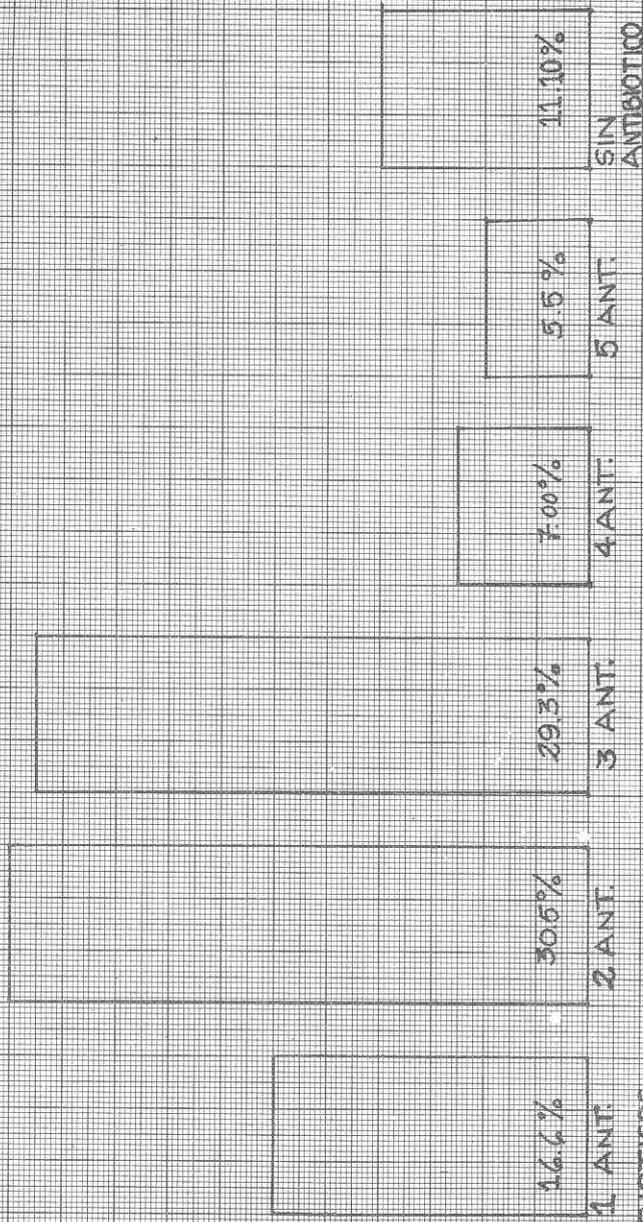
22
21

12

8

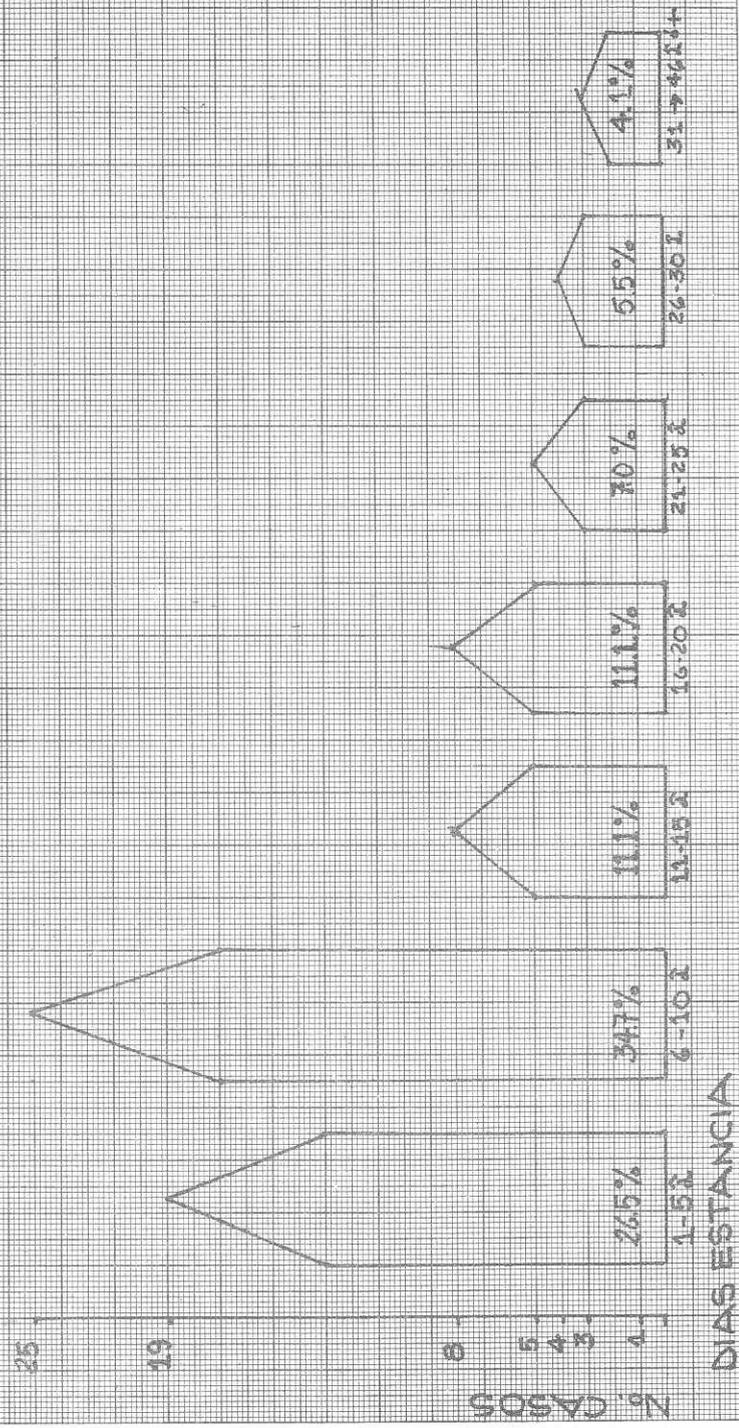
5
4

No. CASOS



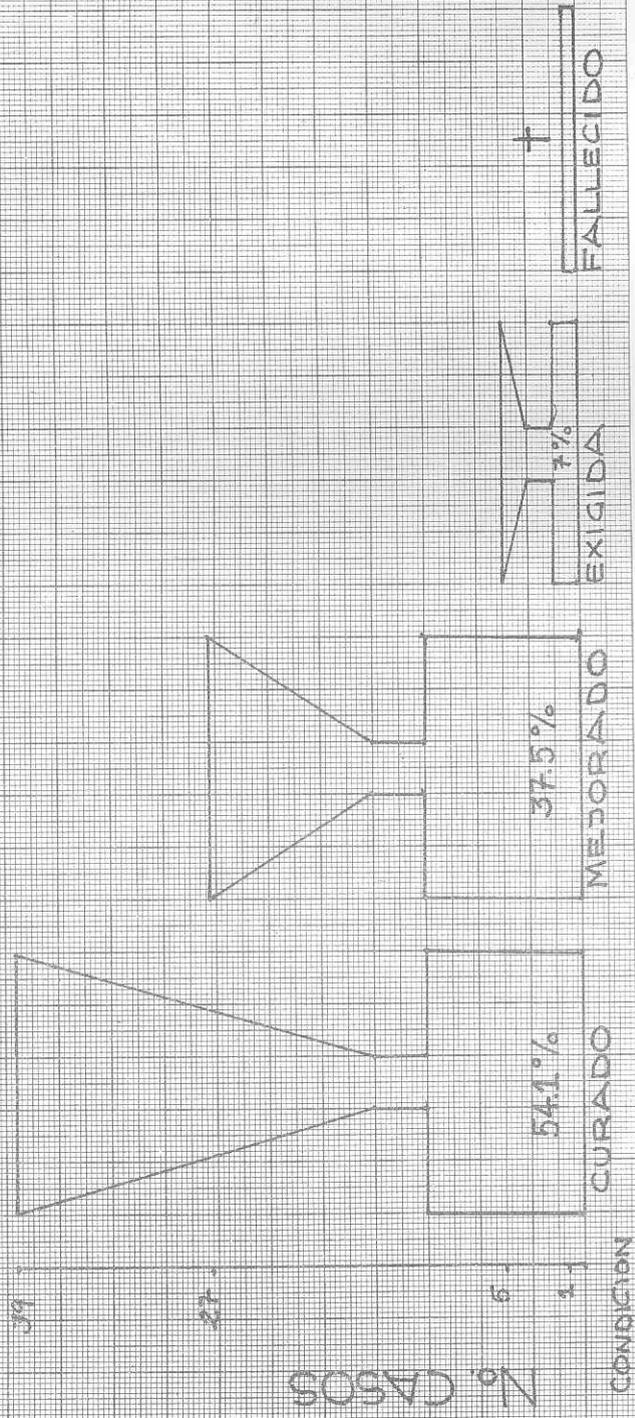
No. ANTIBIOTICOS

GRAFICA No. 10
 DIAS ESTANCIA HOSPITALARIA. PROMEDIO X PTE: 12.25 d.



DIAS ESTANCIA

GRAFICA No. 16
CONDICION DE EGRESO



En base a los cuadros anteriormente presentados podemos analizar lo siguiente:

Que la edad más afectada estuvo comprendida entre el grupo de 16 a 45 años con un porcentaje elevado, casi en su totalidad; lo cual deja entrever que la Infección Pélvica es una enfermedad casi exclusivamente de la edad reproductiva.

Esto lo podemos observar notando que en los hallazgos clínicos, siempre se encontraron otras entidades asociadas con embarazo o sus componentes.

Observamos que como síntoma más frecuentemente asociado a la Infección Pélvica, es el dolor abdominal, con un alto porcentaje seguido luego de fiebre y flujo vaginal y de síntomas que en menor porcentaje estuvieron presentes tales como vómitos y diarrea.

Los casos clasificados como otros; se refieren a infecciones de heridas operatorias, post-cesareas, manipulaciones obstétricas, etc.

Podemos pues resumir; que en toda paciente que consulte por dolor abdominal y se encuentre en edad reproductiva, acompañado de fiebre y/u otros síntomas, deberá descartarse problemas pélvico. Y debe tomarse como un signo casi patognomónico, al instalarse en hipogastrio; naturalmente descartando otras patologías.

Se ratifica lo anteriormente explicado, mostrando que el dolor abdominal a la palpación, se encuentra elevado en un alto porcentaje, seguido de flujo vaginal y útero aumentado de tamaño. Es de hacer notar que la fiebre no se presentó en un mayor porcentaje. Se presentaron en porcentaje similares, la fetidez, las masas anexiales y la cervicitis.

En lo que se clasifica en otros casos, se presentaron; supuración de herida operatoria, vómitos, etc.

Continúa siendo el dolor abdominal, sobre todo localizado en hipogastrio, además de un síntoma clave, en signo clave en el diagnóstico de la enfermedad pélvica inflamatoria.

En lo que se refiere a examen ginecológico, se observa que a un porcentaje menor del que se esperaba, se efectuó, en tanto que un gran porcentaje en relación ingresaron sin examen ginecológico, siendo inconcebible que no se realice. Creemos pues de vital importancia que a toda paciente en edad reproductiva, con cualquiera de los signos y síntomas anteriormente descritos, o algunos otros, debe efectuársele examen ginecológico o en su defecto, tacto rectal si el caso así lo ameritare.

Entrando a exámenes de laboratorio, específicamente a recuento de glóbulos blancos. Observamos que el porcentaje mayor se encontró en el grupo comprendido de 5000 a 8000/mm³. Y porcentajes similares en el grupo de 8000 a 12,000 leucocitos por mm³.

El resto tuvieron valores de menor significación, aunque sí de importancia suficiente.

Se puede afirmar que el recuento leucocitario se encuentra elevado en la mayoría de los casos, y es de importancia muy significativa para confirmar el diagnóstico, sin llegar a una leucocitosis franca.

La determinación de la hemoglobina, nos demuestra que no es dato importante en el diagnóstico. Aunque debe siempre de tomarse en cuenta para el tratamiento auxiliar, que el caso así lo requiera.

Además como dato valioso, si se necesitara intervención quirúrgica, aunque la hemorragia que presentan los procedimientos ginecológicos no sea considerable.

Vemos también que el o/o de Hematocrito, guarda íntima relación con la determinación de la hemoglobina.

En lo que se refiere a velocidad de sedimentación, vemos que únicamente una cuarta parte de los casos, presentaron cifras normales. Lo cual nos indica que en los procesos pélvicos se encontrará este dato elevado, guardando relación con el cuadro presentado.

Debe considerarse entonces como una posibilidad casi absoluta, de tratarse de una enfermedad pélvica inflamatoria y posiblemente el curso de la enfermedad vaya de acuerdo con el grado de elevación de la sedimentación.

O sea que la cronicidad de esta entidad es directamente proporcional a su elevación.

A las pacientes que se les efectuó frote y cultivo de secreciones que fueron en número de cuatro, se encontraron que a 3 pacientes se les efectuó frote de gram, y solamente un caso se efectuó cultivo, el cual indicó presencia de *S. epidermidis*.

La literatura indica que la frecuencia de Infecciones Pélvicas por microorganismos anaerobios es alta, pero en nuestro medio, todavía no se pueden efectuar cultivos de los mismos. Es de hacer notar el bajo porcentaje de exámenes de ese tipo; debiendo de ser rutinario en los pacientes sospechosas de esta enfermedad.

Los frotos de secreción que en número de cuatro se efectuaron, dan cuenta del predominio de microorganismos gram positivos. Concordando con lo que también afirma la literatura, sobre la etiología, sobre todo en nuestro medio de este tipo de patología.

Se presentaron además 20 exámenes de orina patológica, y casi en su totalidad a expensas de los leucocitos.

Debe deducirse, pues, que uno de los diagnósticos diferenciales de mayor prioridad se refiere a Infección Urinaria.

Se presentaron dos casos sin ningún laboratorio, error grave si se considera que la confirmación del diagnóstico es primordialmente por los exámenes de laboratorio. Consideramos que toda paciente debe llevar por lo menos los exámenes básicos.

En los diagnósticos presentados tenemos que el de mayor incidencia es el que se refiere a anexitis, no especificando si en estado agudo o crónico, con 25 casos y 34.70/o; esto es de importancia, debido a el criterio que debe seguirse con respecto al tratamiento. Ya que los diferentes autores se refieren al tratamiento de esta entidad en particular, separadamente, cosa que nos debe orientar al evaluar pacientes con distinto tiempo de evolución y poder prevenir complicaciones posteriores.

Los casos con diagnóstico de Endometritis que en número de veinte y un 27.70/o que se presentaron, obedecían casi en su totalidad a infecciones de causa obstétrica, que comparándola con estadísticas de otros centros su incidencia es alta. Esto obedece a la precaria organización de salud, en lo que se refiere al grupo Materno especialmente, un adiestramiento deficiente de parte del personal especializado, y condiciones ambientales contaminadas. También influye el criterio quirúrgico del médico tratante en los casos que lo demandaren, ya que se reportan casos de endometritis post-operatorias.

Consideramos pues, debe tomarse especial cuidado en las pacientes que hayan sido manipuladas previamente, que aunque no presenten signología y sintomatología que oriente a este diagnóstico, sí debe observarse y tratarse potencialmente como una endometritis.

El absceso pélvico es una entidad, hasta cierto punto también frecuente, aunque en menor porcentaje que las dos entidades anteriores, si representa un problema de urgencia.

Se hablará más adelante del tratamiento de esta entidad, y de los diferentes criterios quirúrgicos que hacen que se tenga una mejor evolución post-operatoria.

Se presentaron 11 casos con un 15.60/o con diagnóstico de Infección pélvica, consideramos que haya tomado un concepto general de este grupo de enfermedades, no especificándose el tipo de infección, ni su localización anatómica. Dato muy importante, sobre todo para evaluar la conducta a seguir en los diferentes grupos de entidades, especialmente en lo que a tratamiento quirúrgico se refiere, previendo complicaciones por errores técnicos.

El resto de diagnósticos, no revistieron importancia mayor ya que podemos observar que la mayoría de ellos resultaron como complicación de alguna entidad de las anteriormente descritas.

Es de hacer notar que se hicieron diagnósticos basados en el examen ginecológico, sin embargo, un alto porcentaje de casos ingresó sin el mismo.

Entramos a analizar ahora la parte más importante o de las más importantes, y es la que se refiere a tratamiento.

Tenemos entonces que en cuanto al tratamiento quirúrgico, se efectuaron 21 intervenciones. Siendo las más frecuentes, la laparotomía exploratoria con 10 casos y un 47.60/o; es de hacer notar que este procedimiento se utilizó casi exclusivamente en los casos con Dx. de absceso pélvico, efectuándosele drenaje, esto va en contraposición con los diferentes autores, quienes recomiendan la colpotomía posterior como procedimiento de elección en esta entidad.

Consideramos más conveniente este procedimiento ya que disminuirá la incidencia de infecciones de herida operatoria, y sus complicaciones sub-secuentes.

La exploración pélvica propiamente dicha, se utilizó cuando se tuvo la certeza de una enfermedad pélvica, insalada; y aparece con 8 casos y 38.0/o.

En este procedimiento se incluyen, la liberación de adherencias, permeabilización de trompas, drenaje de absceso tuboovárico, etc.

Se efectuaron 3 Histerectomías abdominales totales, y todas ellas por tratarse de diagnósticos competibles con endometritis, esto viene a confirmar la gravedad de las complicaciones de esta entidad y el riesgo en que se pone a la paciente.

En lo que a anestesia se refiere, tenemos que 18 procedimientos se efectuaron con anestesia raquídea con un 85.70/o, y únicamente 3 con anestesia general con 14.30/o, dicha anestesia se refiere a los casos en que se efectuó Histerectomía abdominal.

Es de hacer notar que las operaciones efectuadas bajo anestesia raquídea, hubo una buena respuesta de parte de la paciente. Por lo que consideramos debe de tomarse en cuenta en este tipo de cirugía, ya que evidentemente resulta menos riesgoza.

En el aspecto referente a tratamiento médico, observamos que la administración de un solo antibiótico se observó en un total de 12 casos, y un 16.60/o, presentándose la penicilina procaína como el de elección. Esto viene a diverger con los esquemas de tratamiento de los diversos autores, quienes recomiendan tratamiento múltiple, dadas las diferentes etiologías que se presentan. Los demás antibióticos presentados, si bien revisten importancia, no representan la unificación de criterios de las diferentes literaturas consultadas, vienen siendo pues, administrados de manera irracional.

En la asociación de 2 antibióticos, las más significativas fueron de penicilina procaína; estreptomycin; y penicilina cristalina + cloramfenicol con 5 casos cada uno y 70/o respectivamente.

También es de observar la asociación de penicilina procaína + cloramfenicol con 4 casos y 5.50/o.

Esto viene a tener significación importante, ya que en la diferente literatura, es bastante aceptada, y los resultados obtenidos son evidentes.

El resto de asociaciones, si bien obedecen a esquemas válidos de tratamiento, se ha demostrado por estudios y estadísticamente que las asociaciones anteriormente expuestas han dado resultados más satisfactorios. Además cubren espectro amplio sobre los microorganismos más frecuentes en esta patología, y son de mayor accesibilidad.

En lo que se refiere a tratamiento con 3 antibióticos diferentes se puede ver palpablemente la efectividad de la penicilina en todas las asociaciones, quedando demostrado que es uno de los medicamentos de máxima elección. Y aun más, la asociación de p. procaína; P. cristalina + Cloramfenicol, se presentó en 12 casos de los 21 reportados, correspondiendo un 16.60/o, y el resto de asociaciones han sido intercambiando antibióticos, que por diferentes causas como etiología, sensibilidad, problemas sobreagregados, etc. se han utilizado.

La estancia hospitalaria, consideramos es dato importante, ya que de ella se pueden sacar las deducciones sobre las complicaciones de esta entidad. Así podemos ver que el período comprendido entre los 6 y los 10 días de estancia tuvo el mayor número de casos con 25 y un 34.70/o.

Luego el período entre el 1o. y 5o. día presentó 19 casos con un 26.50/o. Deja esto entrever que relativamente hubo pocas complicaciones; y respondieron bien al tratamiento.

Los demás períodos, si bien son significativos, obedecen a diferentes causas que como complicaciones, otra patología

asociada, mal manejo de la paciente, etc. Y el total de ellos está debajo de los dos períodos anteriormente descritos.

El promedio de días por paciente fue de 12.25 días. Consideramos un promedio aceptable, tomando en cuenta la falta de recursos de que se disponen, y fue afectada también dicha estancia, por los pacientes que ameritaron cirugía.

El pronóstico de la enfermedad, podemos verlo analizando la condición de egreso.

Se puede observar que 39 casos, fueron reportados como curadas, con un 54.1o/o. Los casos reportados como mejorados sumaron 27 y un 37.5o/o. El mayor porcentaje de los casos fueron dados de alta con estos dos parámetros; y que únicamente hubo 1 defunción. Dicho caso falleció con diagnóstico de endometritis, lo cual viene a corroborar que esta entidad representa el mayor riesgo de morbi-mortalidad, en la enfermedad pélvica inflamatoria.

Podemos pues decir que la Infección Pelviana, es de buen pronóstico, con tratamiento adecuado, tomando en cuenta los hallazgos tempranos en base a los signos y síntomas cardinales anteriormente analizados.

COMENTARIO FINAL

Basándonos en la hipótesis anteriormente enumerada, y en base a los resultados presentados; podemos decir que se ha demostrado que la Infección Pélvica es una entidad poco frecuente. Ya que los casos presentados en el período de tiempo así lo demuestran, además tomando en cuenta todos los parámetros utilizados, a saber, edad, signos, síntomas, laboratorios, etc., mediante un diagnóstico temprano se puede prevenir fácil y adecuadamente.

Es menester de las autoridades de salud correspondientes, organizar programas de salud, dirigidos a la población femenina en edad reproductiva. Llevándose a cabo, jornadas de educación sexual, control pre y post natal adecuado y constante, y sobre todo tratar el problema socio-económico, factor base para el desarrollo, control y prevención de esta enfermedad.

En resumen creemos que se haya demostrado lo enunciado en la hipótesis.

A manera de crítica debe de tenerse mucho cuidado con el manejo de las historias clínicas de los pacientes hospitalarios, para no incurrir en errores graves que pueden ir en perjuicio de los mismos y así aumentar el riesgo de morbi-mortalidad.

CONCLUSIONES

- 1) La Infección Pélvica es una enfermedad de la mujer, que se presenta casi exclusivamente en la edad reproductiva.
- 2) El signo y síntoma cardinal fue el dolor abdominal, referido sobre todo en hipogastrio.
- 3) Se presentó un alto porcentaje de pacientes sin examen ginecológico.
- 4) Se observó leucocitosis moderada en casi todos los casos, dato casi absoluto en el Dx. de la enfermedad.
- 5) En todos los casos se observó velocidad de sedimentación elevada.
- 6) Debe de tomarse en cuenta como diagnóstico diferencial importante, el de Infección Urinaria.
- 7) Se efectuaron muy pocos exámenes bacteriológicos.
- 8) El diagnóstico más frecuente, fue la anexitis.
- 9) La Endometritis presentó más complicaciones que otras entidades.
- 10) Hubo un bajo porcentaje de intervenciones quirúrgicas.
- 11) La laparatomía exploratoria, con drenaje de absceso, fue el procedimiento que mayor se efectuó.
- 12) La histerectomía abdominal, se efectuó exclusivamente en casos de Endometritis.
- 13) La anestesia raquídea, se utilizó en casi todos los procedimientos.

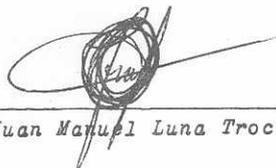
- 14) La anestesia general, se utilizó únicamente en las hysterectomías abdominales.
- 15) La combinación de 2 antibióticos fue la que mayor se utilizó.
- 16) Las asociaciones de P. procaína + Estreptomicina, P. procaína + Cloramfenicol; y de 3 antibióticos a saber, P. procaína + P. cristalina + Cloramfenicol, fue la que más se utilizó con mejores resultados.
- 17) El antibiótico de primera elección fue la Penicilina, asociada a otros antibióticos.
- 18) El promedio de estancia hospitalaria fue relativamente bajo, ya que incidió el No. de pacientes que ameritaron tratamiento quirúrgico.
- 19) El pronóstico de la Infección Pélvica es bueno, si se trata tempranamente.
- 20) Existió un mal manejo en casi la totalidad de los casos.

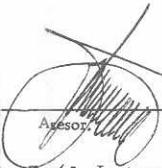
RECOMENDACIONES

- 1) Organizar programas dirigidos a la población femenina en edad reproductiva, con una mejor evaluación en el embarazo, parto y puerperio.
- 2) Efectuar examen ginecológico y/o rectal a toda paciente en edad reproductiva aunque consulte por otra sintomatología.
- 3) Tratar de mejorar los recursos hospitalarios, a fin de contar con medios de cultivo adecuados y rápidos para el diagnóstico.
- 4) Efectuar cultivos con antibiograma a todo caso que lo amerite.
- 5) Consideramos la Colpotomía Posterior como procedimiento de elección, antes de la laparotomía exploratoria en el tratamiento del Absceso Pélvico.
- 6) Utilizar los antibióticos que hayan reportado mayor efectividad. Y utilizar otros, si se comprueba resistencia previa por parte del microorganismo.

BIBLIOGRAFIA

1. EDMUND R. NOVAK, Georgeanna Seegar Jones, Howard W. Jones Jr. TRATADO DE GINECOLOGIA, Novena edición, Editorial Interamericana 1977, pp. 385, 407.
2. ALFREDO GIULIANO, CLINICA Y TERAPEUTICA QUIRURGICA, Tercera edición, Editorial "El Ateneo" 1976. pp. 436, 437.
3. SHERWOOD L. GORBACH, ANTIBIOTICOTERAPIA DE INFECCIONES OBSTETRICAS Y GINECOLOGICAS, Clínicas quirúrgicas de Norteamérica, Editorial Interamericana, 1975, p.p.1,379 a 1,383.
4. RICHARD L. SWEET, USE OF LAPAROSCOPY TO DETERMINE THE MICROBIOLOGIC ETIOLOGY OF ACUTE SALPINGITIS. American Journal of Obstetrics and Gynecology. May-1-1979, Vol.134-No.1, pp.68-73.
- 5) FELIX OMAR LOZADA, VICTOR AYALA, FRANCISCO SANCHEZ CARRILLO, INFECCION POST-OPERATORIA EN CIRUGIA GINECOLOGICA. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. Vol.38-No.1-1978, pp. 58-60.
6. JUAN CHOJOJ MUX, INFECCION PELVICA DE CAUSA OBSTETRICA. (Experiencia en Hospital Nacional de Huehuetenango, año 1977). Tesis: 1978.

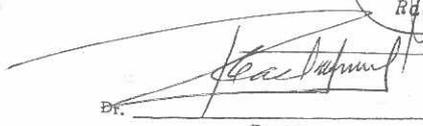
Br. 
Juan Manuel Luna Troccoli

Dr. 
Asesor.
Otto Raúl Letona S.

Dr. 
Revisor.
Arturo Carranza H.

Dr. 
Director de Fase III
Héctor Nuila

Dr. 
Secretario
Raúl Castillo R.

Vo. Bo. 
Dr.
Decano.
Rolando Castillo Montalvo