

ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA

Antonio Alomar Rotger. Servicio Obstetricia y Ginecología

Definición

Comprende un espectro de desórdenes inflamatorios del tracto genital superior, incluyendo una combinación de endometritis, salpingitis, abscesos tubo-ováricos y pelviperitonitis. Si bien los patógenos más implicados son la *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*, se considera que la infección es polimicrobiana. Habiéndose aislado aerobios (*Streptococos* del grupo B, *Escherichia coli*, *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis*), anaerobios (*Peptoestreptococos*, *Bacteroides*) y un 5% de los casos gérmenes patógenos respiratorios (*Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*)

Diagnóstico

El síntoma más frecuente es el dolor hipogástrico, bilateral, de intensidad variable. Pudiendo ser muy intenso en casos de con componente peritoneal importante a totalmente ausente. Esta variabilidad algica provoca confusiones diagnósticas así como infradiagnosticarse en casos leves con posterior aparición de secuelas. Si hay afectación peritoneal hay náuseas y vómitos. En un 65% de pacientes con E.I.P se cumplen los criterios diagnósticos y en 35% de pacientes que sí los presentan son portadoras de otra patología.

El diagnóstico clínico se basa en los criterios de Hager, siendo requeridos para un diagnóstico positivo los conocidos como mayores y al menos uno de los menores.

Criterios Mayores

1. Presencia de dolor en abdomen inferior
2. Dolor a la movilización cervical en la exploración
3. Dolor anexial en la exploración abdominal
4. Historia de actividad sexual en los últimos meses
5. Ecografía no sugestiva de otra patología.

Criterios Menores

1. Temperatura >38°C
2. Leucocitos < 10.500
3. VSG elevada
4. Gram de exudado intracervical sugestivo de gonococo o cultivo positivo u observación directa por inmunofluorescencia directa de *Chlamydia*

Criterios para hospitalización:

- Dolor intenso, Náuseas y vómitos, fiebre alta
- Presencia de abscesos tubo-ováricos
- Sin respuesta clínica a tratamiento oral
- Seguimiento problemático de la paciente con tratamiento ambulatorio
- Inmunodeprimidas
- Gestantes
- Adolescentes
- Portadoras de DIU
- Diagnóstico dudoso con patologías como apendicitis

Tratamiento antibiótico en pacientes ingresadas

Regimen A Cefoxitina 2g IV/ 6h y Doxiciclina 100mg IV u oral cada 12h.

El tratamiento parenteral se puede interrumpir después de 24 horas de mejoría clínica. La doxiciclina se continúa hasta completar 14 días. En casos de Abscesos tubo-ováricos mejor asociar clindamicina o metronidazol a doxiciclina, en vez de administrar sola esta última.

Regimen B - Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas más Gentamicina con dosis inicial de 2mg/K seguido de dosis de mantenimiento con 1.5 mg/K cada 8 horas. Pudiéndose sustituir por dosis única diaria.

El tratamiento parenteral se puede interrumpir tras 24 horas de mejoría clínica y seguir con Doxiciclina 100mg/12 vía oral o Clindamicina 450mg/6h hasta completar 14 días. En caso de abscesos igual que en pauta anterior mejor clindamicina que doxiciclina.

Tratamiento antibiótico ambulatorio

Regimen A Ceftriaxona 250mg IM dosis única y Doxiciclina 100mg/12 h durante 14 días.

Regimen B Ofloxacino 400mg/12 h y Metronidazol 500 mg/12h. Ambos durante 14 días

BIBLIOGRAFÍA

1. Pelvic Inflammatory Disease. Centers for Disease Control, MMWR 1998;47:79-96
2. Guía Sanford de Terapéutica Antimicrobiana 2001. Ed. Díaz de Santos, Madrid.pp 56.
3. Enfermedad Inflamatoria Pélvica. En: Actualización en Obstetricia y Ginecología. Precis V (ed.esp). Medical Trends , SL; Barcelona, 1998; pp 94-95.
4. Enfermedad Inflamatoria Pélvica. En Protocolos Asistenciales en Ginecología y Obstetricia. Laboratorios Pfizer cap 50 actualización año 2000.