

Caso Clínico

Enfermedad Inflamatoria Pélvica. A propósito de un caso

Manuel Flores Sáenz ^{1,*}, Soledad Oñate Tejada ¹

¹ Universidad de Alcalá, Departamento de Cirugía, Ciencias Médicas y Sociales, 28871, Alcalá de Henares, España; manuel.mfloressaenz@gmail.com; <https://orcid.org/0009-0001-1049-5102>

* Autor correspondencia: manuel.mfloressaenz@gmail.com; <https://orcid.org/0009-0001-1049-5102>

DOI: <https://doi.org/10.37536/RIECS.2023.8.2.378>

Resumen: Presentamos el caso de una paciente de 35 años que acude al servicio de urgencias del Hospital Universitario Príncipe de Asturias (HUPA) por dolor en fosa ilíaca derecha, de tipo continuo y punzante de 48 horas de evolución, que no cede con analgesia domiciliar. Refiere un aumento del flujo vaginal de consistencia acuosa, aspecto sanguinolento y dispareunia de 3 meses de evolución. Actualmente refiere pareja estable. La paciente es portadora de un dispositivo intrauterino (DIU) de levonorgestrel desde marzo de 2018 con la siguiente fórmula gestacional (G1A0P1). A la exploración física se revela cérvix doloroso a la movilización. Útero en antroversión y regular. Anejo derecho doloroso a la palpación. Por otro lado, en cuanto a la ecografía transvaginal, se visualiza una imagen anexial derecha de 5 centímetros que resulta compatible con un piosalpinx. La paciente fue diagnosticada de Enfermedad Inflamatoria Pélvica grado III (Escala de Monif) e ingresada por sospecha de absceso tubo-ovárico. Durante el ingreso, se solicitó cultivo de toma de exudado vaginal y endocervical, hemograma, bioquímica, hemocultivo y se monitorizó su evolución. Se pautó antibioterapia para la paciente y su pareja, y se retiró el DIU tras el inicio de la misma. El objetivo de este caso es resaltar la importancia de la precocidad diagnóstica en la prevención de complicaciones como la infertilidad, así como también llevar a cabo una revisión del algoritmo de manejo clínico propuesto por el HUPA.

Palabras Clave: Enfermedad Inflamatoria Pélvica, Absceso tubo-ovárico, Infertilidad, Infección de Transmisión Sexual, Piosalpinx.

Abstract: We present the case of a 35-year-old female patient who attended the emergency department of the Hospital Universitario Príncipe de Asturias (HUPA) due to continuous, stabbing pain in the right iliac fossa for 48 hours, which did not subside with analgesia at home. She reported an increase in vaginal discharge of watery consistency, bloody appearance and dyspareunia for 3 months. She currently refers to a stable partner. The patient has had a levonorgestrel intrauterine device (IUD) since March 2018 with the following gestational formula (G1A0P1). Physical examination revealed a painful cervix on mobilisation. Uterus in anteroversion and regular. The right adnexa was painful on palpation. On the other hand, the transvaginal ultrasound showed a 5-centimetre right adnexal image compatible with a pyosalpinx. The patient was diagnosed with Pelvic Inflammatory Disease grade III (Monif Scale) and was admitted on suspicion of tubo-ovarian abscess. During admission, a culture of vaginal and endocervical exudate, haemogram, biochemistry and blood culture were requested and her evolution was monitored. Antibiotic therapy was prescribed for the patient and her partner, and the IUD was removed after the start of the treatment. The aim of this case is to highlight the importance of early diagnosis in the prevention of complications such as infertility, as well as to review the clinical management algorithm proposed by HUPA.

Key words: Pelvic Inflammatory Disease, Tubo-ovarian Abscess, Infertility, Sexually Transmitted Infection, Pyosalpinx.

1. Introducción y presentación del caso

La EIP es una infección del tracto genital superior que puede tener consecuencias graves si no se diagnostica y trata a tiempo. Se caracteriza por la inflamación del útero, las trompas de Falopio y los ovarios, y generalmente es el resultado de una infección ascendente, principalmente de origen bacteriano, como la *Neisseria gonorrhoeae* y la *Chlamydia trachomatis* [1]. Además, otros microorganismos, incluyendo bacterias anaerobias y aerobias gramnegativas, pueden estar implicados en la patogénesis de esta enfermedad [2].

Existen numerosos factores de riesgo que predisponen a la Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP). Entre los más destacados, la promiscuidad sexual y el inicio precoz de las relaciones sexuales se han asociado directamente con un mayor riesgo de EIP, ya que aumentan la exposición a patógenos infecciosos. La alteración de la anatomía o la colonización bacteriana que puede ocurrir durante la colocación del DIU, también se postula como uno de los factores de mayor relevancia, junto con la falta de uso de métodos anticonceptivos de barrera, como el preservativo, e incluso la cirugía uterina [3].

La importancia de diagnosticar y tratar adecuadamente la EIP radica en su potencial para generar secuelas a largo plazo. En primer lugar, el dolor pélvico crónico es una complicación común y debilitante de la EIP. Muchas mujeres afectadas experimentan una persistencia del dolor incluso después de recibir tratamiento adecuado, lo que genera un impacto significativo en la calidad de vida. Cabe destacar que las adherencias pelvianas son otra complicación frecuente de la EIP. La inflamación crónica resultante puede provocar la formación de tejido cicatricial, que probablemente pueda generar obstrucciones del tracto genital. También, estas adherencias pueden dar lugar a problemas de fertilidad, dificultad conceptiva e incluso aumentar el riesgo de embarazo ectópico. Los abscesos tubo-ováricos representan una complicación grave de la EIP. Estas colecciones de pus en las trompas de Falopio y los ovarios pueden requerir drenaje quirúrgico y, en algunos casos, incluso desembocar en la extirpación de los órganos afectados. Además de los riesgos quirúrgicos, estos pueden contribuir a la infertilidad y al dolor pélvico crónico. Por otro lado, aunque menos común, el embarazo ectópico es una complicación potencialmente mortal de la EIP, requiriendo una intervención médica inmediata.

En términos de diagnóstico, la ecografía transvaginal se ha convertido en una herramienta de gran utilidad para detectar signos inflamatorios y complicaciones como el absceso tuboovárico y el piosalpinx. Además, técnicas más avanzadas como la resonancia magnética y la tomografía computarizada han demostrado ser útiles en casos más complejos o en situaciones en las que la ecografía resulta insuficiente [4, 5].

Al tacto bimanual, se objetivó un cérvix doloroso, un útero de tamaño normal, regular y móvil. En cuanto a los anejos, la paciente refirió dolor a la movilidad del anejo derecho. En la especuloscopia se visualizaron signos de cervicitis, realizándose en este momento la toma de cultivo vaginal y endocervical. El abdomen era blando y depresible aunque resultó doloroso de forma difusa a la palpación predominante en fosa ilíaca derecha. Sin signos de irritación peritoneal. La puño percusión renal y el test de embarazo resultaron negativos.

De acuerdo con el protocolo del HUPA (Tabla I), la paciente ingresó a cargo del Servicio de Ginecología y Obstetricia y se solicitó hemograma, bioquímica, hemocultivo y se monitorizó su evolución. En las pruebas de laboratorio se obtuvo ligera leucocitosis, con desviación izquierda, **PCR = 4.5 mg/dL** y **Procalcitonina = 5.66 ng/mL**.

A la ecografía transvaginal, se pudieron observar los siguientes hallazgos: útero en antroversión, endometrio secretor de 7 milímetros e **imagen anexial derecha de 5 cm, de ecogenicidad irregular y compatible con piosalpinx**. Ambos ovarios eran normales y el fondo de saco de Douglas presentaba líquido libre.

Tabla I Criterios de hospitalización de acuerdo con el protocolo EUP. Cortesía de Hospital Universitario Príncipe de Asturias

Criterios
Diagnóstico incierto
Sospecha de absceso tuboovárico
Imposibilidad de descartar otros cuadros quirúrgicos
Adolescente
Fracaso del tratamiento oral / Paciente de difícil seguimiento
VIH positivo

2. Diagnóstico y discusión

De acuerdo con la Escala de Monif (Tabla II), la paciente fue diagnosticada de EIP en grado III. En consecuencia, dado que se trataba de un cuadro de EIP severo con requerimiento de ingreso, el régimen de antibioterapia que se pautó fue cefoxitina I.V. 2g/6h (al menos 4 días) + doxicilina 100 mg/12 h I.V. ó V.O. (hasta completar 14 días de tratamiento). Se procedió a la retirada del DIU tras el inicio de la misma, así como al tratamiento de su pareja en consulta programada.

Tabla II Estadificación de la enfermedad según Monif. Cortesía de Hospital Universitario Príncipe de Asturias

Estadificación	Columna Central	Columna Derecha
I	Salpingitis	Dolor pélvico
II	Salpingitis + Pelviperitonitis	Dolor + Náuseas / Vómitos
III	Absceso tuboovárico	Fase tardía (cobertura de anaerobios)
IV	Rotura	Abdomen agudo (urgencia quirúrgica)

La Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP) es una afección ginecológica grave que afecta a miles de mujeres en todo el mundo. Según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) [6], la EIP se define como la inflamación aguda o crónica de los órganos reproductivos femeninos, incluyendo el útero, las trompas de Falopio y los ovarios.

La EIP es principalmente causada por infecciones bacterianas, siendo la principal causa la infección por clamidias y gonococia [5]. Otros microorganismos, como los anaerobios y los microorganismos intestinales, también pueden contribuir al desarrollo de la enfermedad. Los factores de riesgo para la EIP incluyen la edad temprana en las relaciones sexuales, múltiples parejas sexuales, antecedentes de ITS y el uso de DIU. La prevalencia de la misma varía a nivel mundial, pero se estima que afecta a aproximadamente al 10% de las mujeres sexualmente activas en algún momento de su vida. En España, los datos epidemiológicos indican que la EIP es una de las principales causas de morbilidad ginecológica, con una prevalencia significativa [6].

El diagnóstico diferencial de la EIP puede resultar desafiante debido a la variedad de síntomas que puede presentar y a la superposición con otras enfermedades ginecológicas. Los síntomas comunes incluyen dolor pélvico intenso, fiebre, flujo vaginal anormal y dolor durante las relaciones sexuales. Sin embargo, estos síntomas también pueden estar presentes en otras afecciones, como apendicitis, quistes ováricos y enfermedad inflamatoria intestinal. Por lo tanto, es esencial realizar pruebas complementarias, como hemograma, PCR, Procalcitonina [7], cultivos cervicales [8], ecografía pélvica [2] y laparoscopia [9], para confirmar el diagnóstico de EIP y descartar otras enfermedades.

El tratamiento de la EIP se basa en la administración de antibióticos de amplio espectro para combatir la infección [10]. Es fundamental comenzar el tratamiento de manera temprana para prevenir complicaciones graves, como la formación de abscesos pélvicos, infertilidad y embarazos

ectópicos. En casos leves a moderados de EIP, se suele iniciar la terapia empírica con una combinación de antibióticos que cubran los microorganismos más comunes, como *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*, así como también patógenos anaerobios y aerobios gramnegativos. Entre los regímenes de primera línea se incluyen la administración oral de ceftriaxona o cefoxitina junto con doxiciclina durante 14 días [1]. Se ha observado que estos esquemas de tratamiento son efectivos y tienen una buena tolerabilidad en la mayoría de las pacientes. Además del tratamiento farmacológico, puede ser necesario el reposo, la aplicación de calor local y el uso de analgésicos para aliviar el dolor y la inflamación.

3. Conclusiones

La Enfermedad Inflamatoria Pélvica es una afección ginecológica que requiere una atención médica oportuna y adecuada. La identificación de los factores de riesgo, el diagnóstico diferencial preciso y el inicio temprano del tratamiento son fundamentales para prevenir complicaciones y preservar la salud reproductiva de las mujeres. La educación sobre las prácticas sexuales seguras y la detección temprana de las infecciones de transmisión sexual son cruciales para reducir la incidencia de la EIP. Es importante destacar que la prevención juega un papel fundamental en el control de esta enfermedad, mediante el uso adecuado de métodos anticonceptivos, el cumplimiento de prácticas sexuales seguras y la realización regular de pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual.

Conflictos de Intereses: Los autores no declaran conflictos de intereses.

Abreviaturas

Las siguientes abreviaturas son usadas en este manuscrito:

DIU: Dispositivo Intrauterino

EIP: Enfermedad Inflamatoria Pélvica

G1A0P1: Gestación 1, Abortos 0, Partos 1

HUPA: Hospital Universitario Príncipe de Asturias

I.V.: Intravenoso

ITS: Infección de Transmisión Sexual

PCR: Reacción en Cadena de la Polimerasa

SEGO: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

V.O.: Vía Oral

Referencias Bibliográficas

1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015. Pelvic Inflammatory Disease (PID). MMWR Recomm Rep. 2015;64(RR-03):1-137.
2. Weström L, Joesoef R, Reynolds G, Hagdu A, Thompson SE. Pelvic inflammatory disease and fertility. A cohort study of 1,844 women with laparoscopically verified disease and 657 control women with normal laparoscopic results. Sex Transm Dis. 1992;19(4):185-192. doi:10.1097/00007435-199207000-00001.
3. Peláez-Mendoza J. Enfermedad inflamatoria pélvica y adolescencia. Rev Cubana de Obstet y Ginecol. 2012;38(1):64-79.
4. Peipert JF, Lapane KL, Allsworth JE, et al. Bacterial vaginosis, trichomoniasis, and vaginal douching: risk factors for pelvic inflammatory disease. Sex Transm Dis. 2005;32(12):765-770.
5. Haggerty CL. Evidence for a role of Mycoplasma genitalium in pelvic inflammatory disease. Curr Opin Infect Dis. 2008;21(1):65-69.
6. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Guía de práctica clínica sobre enfermedad inflamatoria pélvica. Actualización 2020. Disponible en: https://www.sego.es/wpcontent/uploads/2020/10/Enfermedad-inflamatoria-pelvica-EOI_2020.pdf.

7. Workowski KA, Bolan GA. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep.* 2015 Jun 5;64(RR-03):1-137.
8. Brunham RC, Gottlieb SL, Paavonen J. Pelvic inflammatory disease. *N Engl J Med.* 2015 Mar 26;372(21):2039-48.
9. Soper DE. Pelvic inflammatory disease. *Obstet Gynecol.* 2010 Oct;116(4):1007-17.
10. Shreeves K, Turocy R, Wechter ME, et al. Pelvic inflammatory disease: improving awareness, prevention, and treatment. *Infect Drug Resist.* 2016;9:191-197.



© 2023 por los autores; Esta obra está sujeta a la licencia de Reconocimiento 4.0 Internacional de Creative Commons. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.