

ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA (EIP)

Justificación

Aprender el manejo clínico y terapéutico de la infección del tracto genital superior en la mujer que requiere hospitalización.

HISTORIA CLÍNICA

-Motivo de consulta: dolor abdominal y fiebre.

-Anamnesis: Paciente de 43 años que acude a urgencias por dolor abdominal en hipogastrio de una semana de evolución junto con fiebre de 38°C en domicilio.

-Antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas. Rinoconjuntivitis. No cirugías. Fumadora. No tratamientos crónicos.

-Antecedentes ginecológicos: Menarquia 11 años. Fórmula menstrual 6/30. Fecha de última regla: 17/9/2018. Secundigesta con un parto y una cesárea anterior.

-Exploración física: Buen estado general, febrícula 37.7°C, demás constantes normales. Especuloscopia: Genitales externos normales. Leucorrea inespecífica. Tacto bi-manual: movilización cervical dolorosa. Abdomen doloroso a la palpación profunda en fosa iliaca izquierda. Blumberg negativo.

-Pruebas complementarias: Analítica: leucocitos 14.93, PCR 11.9, resto normal; Ecografía transvaginal (Figura 1): endometrio homogéneo de 8 mm. medial y superior al ovario izquierdo se observa un fragmento tubárico de 38 x 13 mm con paredes gruesas y vascularizadas y contenido ecogénico uniforme de baja intensidad. Moderada cantidad de líquido libre con algún septo fibrinoso, de aspecto purulento. Ovario derecho normal. Test de gestación en orina negativo. Se toman exudados endocervical y vaginal para cultivo.

DIAGNÓSTICO

Enfermedad inflamatoria pélvica ESTADÍO II.

TRATAMIENTO

Nolotil iv c/8h alterno con paracetamol c/8h si dolor, ceftriaxona 2g/24h, doxiciclina 100 mg/12h y metronidazol 500 mg/12h intravenoso.

COMENTARIOS

Se entiende por enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) la inflamación e infección del tracto genital superior en la mujer. Habitualmente afecta a las trompas de Falopio, ovarios y estructuras adyacentes. En su origen están implicados gérmenes transmitidos por contagio sexual, especialmente *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*, aunque

los microorganismos habituales de la flora vaginal pueden estar también implicados en su desarrollo. Entre los factores de riesgo más aceptados se encuentran: edad inferior a 25 años, múltiples compañeros sexuales, enfermedades de transmisión sexual, historia previa de EIP, dispositivo intrauterino, adicción tabáquica, ligadura tubárica.

Las manifestaciones clínicas de la enfermedad pueden variar desde la forma silente hasta la sepsis con afectación grave del estado general pero se han clasificado clásicamente en cuatro categorías clínico-patológicas.

-**Estadio I:** salpingitis aguda sin pelviperitonitis.

-**Estadio II:** salpingitis aguda con pelviperitonitis.

-**Estadio III:** salpingitis con formación de abscesos tubo-ováricos.

-**Estadio IV:** rotura de absceso tubo-ovárico.

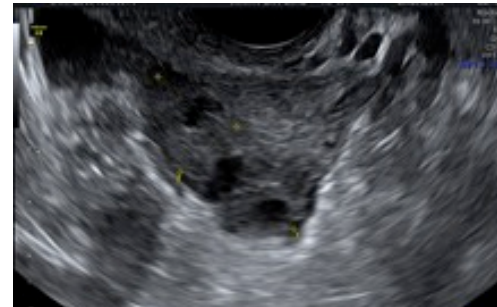


Figura 1. Ecografía transvaginal.

La apendicitis aguda es uno de los cuadros clínicos que más frecuentemente nos plantea el diagnóstico diferencial con la EIP. También es importante descartar embarazo ectópico (determinación de β HCG) y quiste ovárico torsionado.

La primera línea de tratamiento médico hospitalario de la EIP consta de ceftriaxona 2g/24h, doxiciclina 100 mg/12h y metronidazol 500 mg/12h intravenoso. La duración del tratamiento intravenoso sería hasta 24-48h después de la mejoría clínica de la paciente, completando con tratamiento oral (doxiciclina y metronidazol) un total de 14 días. Entre otras líneas de tratamiento se encuentra la combinación de gentamicina y clindamicina intravenoso.

Las secuelas más frecuentes de la EIP son la esterilidad de origen tubárico, el embarazo ectópico y el dolor pélvico crónico.

Referencias

- Savaris et al. Antibiotic therapy for pelvic inflammatory disease. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017.
- Ross et al. United Kingdom National Guideline for the management of pelvic inflammatory disease. 2018; 13.
- Sego.es Barcelona Documentos de consenso S.E.G.O: Enfermedad inflamatoria pélvica.



Notas