

11217

**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NO. 4
"DR. LUIS CASTELAZO AYALA"**

**DIAGNOSTICO CLINICO DE LA ENFERMEDAD
PELVICA INFLAMATORIA AGUDA CONTRA
DIAGNOSTICO LAPAROSCOPICO**

281950

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN :
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

DRA. MARIA DE GUADALUPE CUEVAS RAMIREZ



IMSS

ASESOR: **DR. FELIPE REPPER CAMACHO**

MEXICO, D. F.

NOVIEMBRE

2000



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS:

A DIOS.

 Mi gran y fiel compañero.
 mil gracias, por esa presencia
 en el momento más justo.

A MIS PADRES:

Laurentina Por su amor, confianza
 y y sobre todo por su apoyo
Oscar V. incondicional.

A MIS MAESTROS.

 Que con su sabiduría,
 sembraron en mí, el
 hábito del saber.

A TODAS LAS PACIENTES.

 Que han sido un libro
 abierto en mi vida.

DEDICATORIAS.

A ustedes hermanos, mis grandes amigos: Carmen,
Oscar, Ely, Emilio, Pily, Jesús, Juan
y Eriblaura: con afecto y cariño.

Con admiración, respeto y cariño sincero
para mi asesor de Tesis:
Dr. Felipe Repper Camacho.

De una forma especial a:
mi Esposo, a Jady, a Hugo y Fidel.

I N D I C E.

P A G I N A S.

RESUMEN.....	1
INTRODUCCION.....	2
MATERIAL Y METODOS.....	7
RESULTADOS.....	9
GRAFICAS.....	13
DISCUSION.....	36
CONCLUSIONES.....	40
BIBLIOGRAFIA.....	41

RESUMEN.

Diagnóstico clínico de la Enfermedad Pélvica Inflamatoria Aguda contra diagnóstico Laparoscópico.

Cuevas Ramírez Ma. de Guadalupe, Repper Camacho Felipe.

Hospital de Gineco-Obstetricia No.4. Dr. Luis Castelazo Ayala, IMSS.

OBJETIVO. Determinar la utilidad de la Laparoscopia en la confirmación del diagnóstico clínico de la Enfermedad Pélvica Inflamatoria Aguda

MATERIAL Y METODOS. Del 10. de Diciembre de 1974 al 31 de Octubre de 1975, se investigaron 20 mujeres, con edad de 20 a 29 años; con sospecha clínica de Enfermedad Pélvica Inflamatoria Aguda, por la presencia de 3 o más de los siguientes criterios de inclusión: dolor pélvico agudo, leucorrea, hipersensibilidad anexial, dolor a la movilización cervical. Con antecedente de inicio de vida sexual a temprana edad, uso de Dispositivo Intrauterino y más de 1 compañero sexual; a todas se les realizó cultivos endocervicales y de fondo de saco posterior, se sometieron a laparoscopia diagnóstica y se les tomó cultivos translaparoscopia.

RESULTADOS. Se confirmó el diagnóstico por Laparoscopia en un 40% como enfermedad pélvica inflamatoria leve y otro 40% como moderada, el restante 20% se confirmó como crónica. Los microorganismos patógenos vaginales predominantes fueron la *Trichomona vaginalis*, *Gardnerella vaginalis* y la *Candida albicans*. Los resultados de los cultivos del exudado peritoneal reportaron aerobios (*E. coli*, *Estreptococo alfa hemolitico* y *Haemophilus influenzae*; y de los anaerobios al *Bacteroides fragilis*

CONCLUSION. La Enfermedad Pélvica Inflamatoria Aguda, es la consecuencia más importante de las infecciones de transmisión sexual. Los actuales incrementos de esterilidad y embarazo ectópico son el resultado de este problema médico, social y económico, por lo que es imperativo emplear técnicas de precisión diagnóstica, tal como la Laparoscopia en forma oportuna para prevenir las secuelas a largo plazo, ya que de lo contrario marcará para siempre la vida de la mujer.

INTRODUCCION

Se define como Enfermedad Pélvica Inflamatoria Aguda, aquel Síndrome - infeccioso genital que se disemina en forma ascendente, con una puerta de entrada que es la vagina, continúa al cervix, al útero hasta alcanzar las trompas uterinas y salirse a través de ellas; diseminándose al peritoneo, formando colecciones de secreción, lo que condiciona abscesos y si ésta no es tratada adecuadamente puede recurrir y tornarse - crónica. De una forma secundaria puede transmitirse por vía de contigüidad o bien hematógena. (1,2,3).

La etiología más común es la siguiente:

1. Enfermedades de transmisión sexual.
2. Infecciones causadas por introducción de cuerpos extraños al útero: Dispositivos intrauterinos, durante la realización de la Histerosalpingografía, así como de legrados uterinos instrumentales.
3. Posterior a cirugía Ginecológica.
4. Infecciones durante el puerperio: Deciduitis.
5. Secundaria a una patología primaria del tracto gastro-urinario. (4,5,7,8).

El problema de la Enfermedad Pélvica Inflamatoria ha sido considerado como una molestia menor para las mujeres, a pesar de las alteraciones emocionales y físicas que ocasiona dicha enfermedad. (9).

Es particularmente frecuente en la mujer de área urbana.

En EE.UU. se estima una frecuencia de 1 millón de casos de la enfermedad por año, incrementando los ingresos de internamiento hospitalario, que generó incapacidades laborales, con pérdidas de aproximadamente - 270 millones de dólares en 1990. (2,10).

En muchos estudios se ha investigado la epidemiología de la enfermedad pélvica inflamatoria, concluyéndose que los factores de riesgo más frecuentes son los siguientes:

1. Ser mujer joven, debido a que durante la adolescencia con mucha frecuencia se inicia la vida sexual, donde se adquieren enfermedades - venéreas.

Las características anatómicas y fisiológicas propia de esta edad, permiten el ascenso de la infección, debido a la inmadurez del mecanismo de protección: la extensión del epitelio columnar del endocervix, llamada ectopia cervical, produce una gran área de epitelio columnar y escamoso que lo hace susceptible a la infección. Por otro lado los cambios hormonales de la menstruación pueden favorecer la diseminación de la infección, los cambios en el moco cervical contribuyen para el ascenso de los microorganismos patógenos, particularmente cuando los niveles de estrógenos alcanzan el pico más alto y la progesterona el más bajo.

2. Con historial de actividad sexual (múltiples compañeros sexuales). La promiscuidad trae como consecuencia infecciones de transmisión sexual y si a esto se agrega una mala atención por parte de la paciente, la infección genital progresa y recurre.
3. Uso de contraceptivo, en particular el Dispositivo Intrauterino considerado, como un factor predisponente, especialmente para los casos de enfermedad pélvica inflamatoria aguda, no ocasionada por gongoco ni por Chlamydia. La mayor parte de los riesgos, se presentan durante los primeros días después de la inserción del dispositivo. Estudios recientes han sugerido que la ducha vaginal pudiera ser un factor predisponente. (11,12).

Estadísticamente en la actualidad los principales microorganismos patógenos son los que a continuación se describen.

1. Chlamydia trachomatis y Neisseria gonorrhoeae.
2. Microorganismos entéricos como la E. coli.
3. Estreptococo alfa hemolítico y Haemophilus influenzae.
4. Mycoplasma hominis y Ureoplasma urealyticum.
5. Dentro de los anaerobios, el Bacteroides fragilis.
6. Más del 50% de los casos son ocasionados por 2 o más microorganismos patógenos. (2,13,29).

La enfermedad pélvica inflamatoria es en la mayoría de los casos una entidad clínica polimicrobiana, que se caracteriza por la alteración de la ecología microbiana normal, con la proliferación predominante de los aerobios. La E. coli siendo un microorganismo entérico se puede encontrar secundario a un proceso infeccioso gastro-urinario, transmitido por vía de contigüidad o bien hematológica. (14).

La enfermedad pélvica inflamatoria aguda ocasionada por gonococo se manifiesta de una forma más abrupta y con síntomas severos que van de la hipertermia de más de 38°C, hasta irritación peritoneal.

Las características clínicas más comunes son:

1. Dolor pélvico bilateral.
2. Secreción vaginal anormal.
3. Hipersensibilidad de los anexos.
4. Dolor a la movilización cervical.
5. Presencia de masa anexial.
6. Leucocitosis (leucocitos de más de 10,000).
8. Aumento del ritmo de la eritrosedimentación. (3,11,12,15).

Los grados de enfermedad pélvica inflamatoria aguda, basados en el examen clínico son los siguientes:

Grado I.

Salpingitis o salpingooforitis no complicada uni o bilateral.

- A. Sin peritonitis pelviana.
- B. Con peritonitis pelviana.

Grado II.

Salpingitis, salpingooforitis, piosálpinx o absceso tuboovárico complicado con bulto(s) anexial(es) inflamatorio(s) uni o bilateral(es).

- A. Sin peritonitis pelviana.
- B. Con peritonitis pelviana.

Grado III.

Gran absceso(s) tuboováricos o pelvianos (más o igual a 8 cm). diseminación de la infección al abdomen superior o rotura del absceso tuboovárico. (2).

El diagnóstico por laboratorio consiste en tomar primero. cultivos - endocervicales y de fondo de saco posterior y el diagnóstico confirmativo de la enfermedad nos lo va a dar la Laparoscopia con toma de cultivos del liquido peritoneal.

En la enfermedad inflamatoria de las trompas uterinas y de las estructuras pélvicas, un criterio riguroso para el diagnóstico. es la evidencia Laparoscópica de la infección, dando la ventaja de tomar cultivos directamente de la trompa uterina o bien del exudado del liquido peritoneal encontrado en ese momento, el cual se envia a laboratorio para su análisis. (14,16).

La laparoscopia debe realizarse en pacientes con diagnóstico clínico, de la enfermedad, las cuales cumplan con 3 o más de los criterios de inclusión porque la clínica no es del todo fidedigna para establecer la Enfermedad Pélvica Inflamatoria Aguda, por lo que se le considera a la Laparoscopia la regla de oro para confirmar el diagnóstico. (15,17,18, 19).

La Clasificación de la Enfermedad Pélvica Inflamatoria por Laparoscopia es la siguientes:

LEVE.

Eritema, edema sin exudado espontáneo.

MODERADA.

Material purulento evidente, edema y eritema, trompas fijas y orificio fimbrial obstruido.

SEVERA.

Psoaspinx, complejo inflamatorio o abscesos. (20,21).

Las pacientes con enfermedad pélvica inflamatoria leve y moderada son tratadas en forma ambulatoria y las severas en forma intrahospitalaria. En la Industria Farmacéutica se encuentra una gran variedad de esquemas terapéuticos, los cuales hacen incapié en los tratamientos combinados y hasta con triple esquema.

Los centros para el control y prevención de las enfermedades, estipulan lineamientos para el manejo ambulatorio y hospitalario; indicando nombres de medicamentos y número de medicamentos empleados, dosis y tiempo de duración del tratamiento. (19,21,23,25,26,27).

Se observa con mucha frecuencia negligencia por parte de las pacientes para cumplir en forma correcta y adecuada con el tratamiento prescrito por el médico. (24).

OBJETIVO: Determinar la utilidad de la Laparoscopia en la confirmación del diagnóstico clínico de la Enfermedad Pélvica Inflamatoria Aguda.

MATERIAL Y METODOS.

Del 1ro. de Diciembre de 1994 al 31 de Octubre de 1995.

En el Hospital de Gineco-Obstetricia No.4 Luis Catelazo Ayala.

En el Servicio de Biología Reproductiva. se captaron 20 pacientes que ingresaron con diagnóstico clínico de Enfermedad Pélvica Inflamatoria Aguda, las cuales cumplieron con 3 o más de los presentes criterios de inclusión.

1. Dolor pélvico.
2. Leucorrea.
3. Hipertérmia.
4. Presencia de masa anexial.
5. Hipersensibilidad anexial.
6. Dolor a la movilización cervical.
7. Leucocitosis.

Se tomó en cuenta los siguientes parámetros:

1. Edad de la paciente.
 2. Estado civil.
 3. Estado socioeconómico.
 4. Edad de inicio de vida sexual.
 5. Número de compañeros sexuales.
 6. Gestaciones, paras, abortos, cesáreas.
 7. Método contraceptivo, específicamente el DIU.
 8. Antecedentes de Enfermedades Gastro-urinarias.
- Todos esto se vació en una hoja de recolección de datos.

En ese momento se procedió a realizar exámenes de laboratorio urgente, tales como:

1. Biometria Hemática Completa.
2. Gpo. sanguíneo y Rh.
3. Tiempo de Protombina y Tiempo de tromboplastina.
4. Química sanguínea. y
5. Examen general de orina.

en seguida, pero en ese mismo momento se realizó toma de:

- * Los primeros cultivos, endocervical y de fondo de saco posterior.
- * Se procedió a la exploración ginecológica.
- * Se programó para Laparoscopia con carácter urgente por sospecha clínica de Enfermedad Pélvica Inflamatoria Aguda, y
- * Se tomarón los segundos cultivos, del liquido peritoneal para aerobios y anaerobios.
- * Terminando con la clasificación de la enfermedad por laparoscopia.
- * Y prescribiendo el manejo para cada caso.

RESULTADOS.

Se revisaron 20 pacientes a las cuales se les realizó Laparoscopia por sospecha clínica de Enfermedad Pélvica Inflamatoria Aguda, encontrando los siguientes factores de riesgo:

Edad, encontrando un rango de 20 a 29 años, con un promedio de 24.5 - años; 6(30%) de 29 años, 4(20%) de 21 años, 3(15%) de 20 años, 2(10%) de 22, 2(10%) de 26, 2(10%) de 27, 1(5%) de 25, (Gráfica No.1).

Estado civil, encontrándose que predominó en las mujeres que vivían en unión libre, 13(65%); casadas 7(35%), ver Gráfica No.2.

Estado socioeconómico, siendo más frecuente en el estado socioeconómico medio bajo, 16(80%); y con estado socioeconómico bajo 4(20%), como se observa en la Gráfica No.3.

El inicio de la vida sexual, se presentó con rangos de 14 a 20 años de edad, con un promedio de 16 años, 6(30%) a los 16 años, 4(20%) a los 14 años, 3(15%) a los 17, 2(10%) a los 15, 2(10%) a los 19, 2(10%) a los 20 y 1(5%) a los 18 años de edad, ver Gráfica No.4.

El número de compañeros sexuales varió de 1 a 5; predominando en las que tuvieron 2 compañeros sexuales 9(45%), 3 compañeros sexuales 4(20%) 1 compañero sexual 4(20%), 4 compañeros sexuales 2(20%), 5 compañeros sexuales 1(10%), (Gráfica No.5).

La paridad varió de Nuligesta hasta gesta 6. Encontrándose que predominó en nuligestas y primigestas: primigestas 8(40%), nuligestas 5(25%), 2 gestas 3(15%), 3 gestas 2(10%), 4 gestas 1(5%), 6 gestas 1(5%). (Gráfica No.6)

El antecedente de aborto estuvo presente únicamente en 6(30%), el resto fué negativo, ver Gráfica No.7

Una minoría de pacientes tuvo cesárea previa, sólo 3(15%), el resto no tuvo cesárea previa, (Gráfica No.8).

Las mujeres que usaron contraceptivos, específicamente el DIU, fuerón- 12(60%), OTB 4(20%) y el restante 20% sin método de contracepción, como se observa en la Gráfica No.9.

La asociación de la enfermedad pélvica inflamatoria con enfermedades - gastrointestinales fué de la manera siguiente: gastritis 9(45%), colitis 9(45%), haciendo un total de 18(90%). (Gráfica No.10).

11 pacientes(55%) refirieron antecedentes de infecciones urinarias, el resto lo negó, ver Gráfica No.11.

Se encontraron los siguientes parámetros clínicos para la integración del diagnóstico de la Enfermedad pélvica inflamatoria aguda:

El dolor pélvico agudo estuvo presente en el 100% de las 20 mujeres - estudiadas, el cual fué de intensidad variable: 8(40%) dolor severo, - 7(35%) dolor moderado y 5(25%) dolor leve, (Gráfica No.12).

La leucorrea estuvo presente en el 100% de las mujeres. Grafica No.13.

La hipersensibilidad anexial se presentó predominantemente en 18 pacientes(90%), sin datos de irritación peritoneal; el resto 10% no presentó, como se observa en la Gráfica No.14.

El dolor a la movilización cervical estuvo presente en el 100% de las- 20 pacientes estudiadas, pero de intensidad variable: dolor severo - 1(5%), dolor moderado 17(85%), dolor leve 2(10%), (Gráfica No.15).

La presencia de masa anexial, sólo se corroboró en 8 pacientes (40%) y el resto 12(60%) sin presencia de masa anexial. (Gráfica No.16).

Analizando los datos de laboratorio se encontró que la leucocitosis (mayor de 10,000) estuvo presente en 11 pacientes(55%) y el resto 9(45%)con leucocitos normales. ver Gráfica No.17.

Los hallazgos laparoscópicos fueron los siguientes:

En 8 pacientes (40%) se les encontró eritema y edema de trompas uterinas sin exudado espontáneo, corroborándose la enfermedad pélvica inflamatoria como leve; pero en una de éstas pacientes también se corroboró Miomatosis Uterina. En otras 8 pacientes (40%) se encontró material purulento, edema y eritema de trompas uterinas y útero, corroborándose la enfermedad como moderada, pero en una de ellas también se integró el diagnóstico de probable Adeniosis; el resto 4(20%) se corroboró enfermedad inflamatoria crónica por presencia de adherencias densas. (Gráfica No.18).

De los cultivos endocervicales y de fondo de saco posterior se reportó el mismo microorganismo patógeno en 14 pacientes (70%) y solamente en 2 pacientes (10%) se reportó flora mixta y el restante 4(20%) se reportaron negativos. (Gráfica No.19).

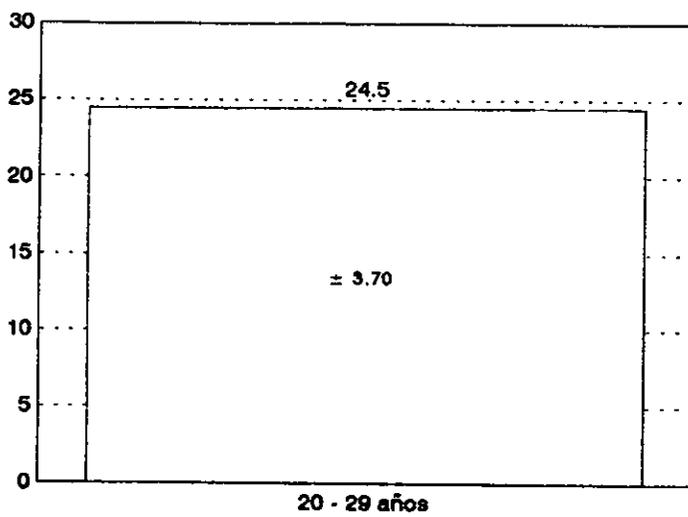
De los cultivos endocervicales la Gardnerella vaginalis estuvo presente en 5 pacientes (25%), Trichomona vaginalis 5(25%), Candida albicans 3(15%), Bacteroides fragilis 1(5%), Proteus mirabilis 1(5%), Estreptococo alfa hemolítico 1(5%), como se observa en la Gráfica No.20.

De los cultivos de fondo de saco posterior se encontró a la trichomona vaginalis en 5 pacientes(30%), Gardnerrella vaginalis 6(30%), Candida albicans 3(15%), Bacteroides fragilis 1(15%), como puede observarse en la Gráfica No.21.

De los cultivos del liquido peritoneal tomados translaparoscopia se reportaron 9 casos(45%) con flora mixta(Aerobios y anaerobios), 7(35%) con un sólo microorganismo y 4(20%) negativos, ver Gráfica No.22.

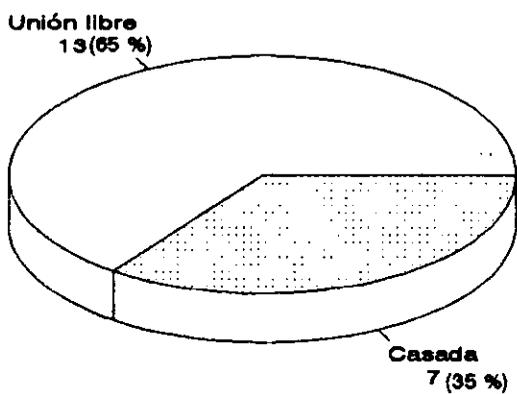
La E.coli estuvo presente en 13 pacientes(65%), Bacteroides fragilis 9(45%), Streptococo alfa hemolítico 3(15%), Haemophilus influenzae 2(10%),ver Gráfica No.23.

Gráfica N° 1. Edad

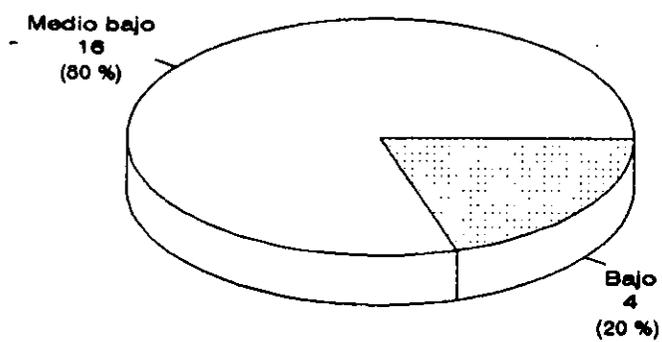


Pág. 13

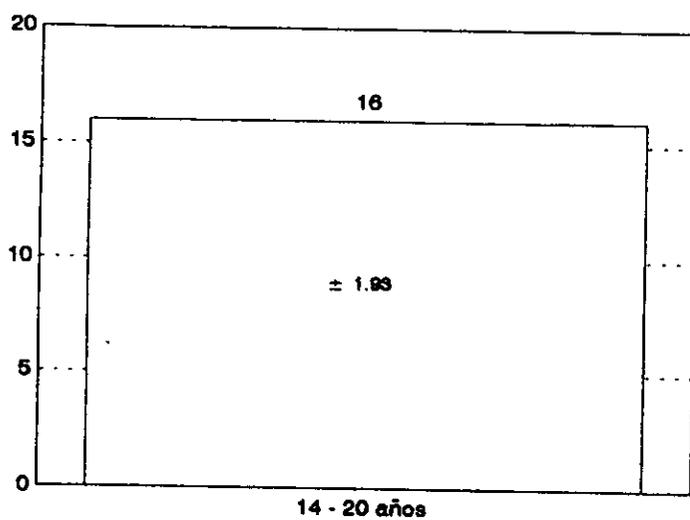
Gráfica N° 2. Estado civil



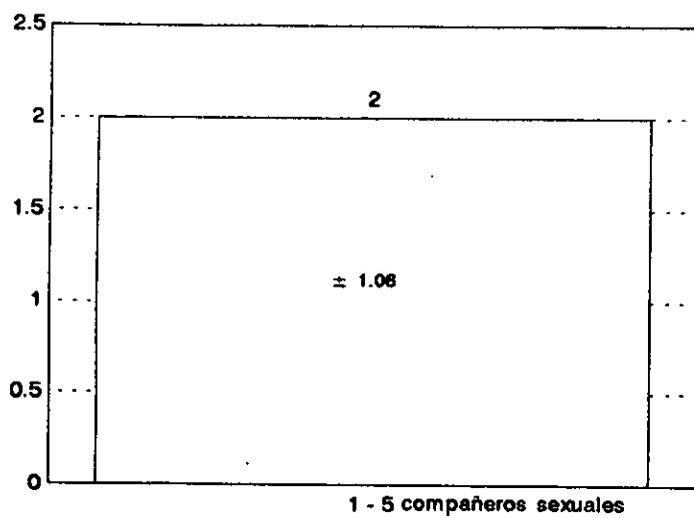
Gráfica N° 3. Estado socioeconómico



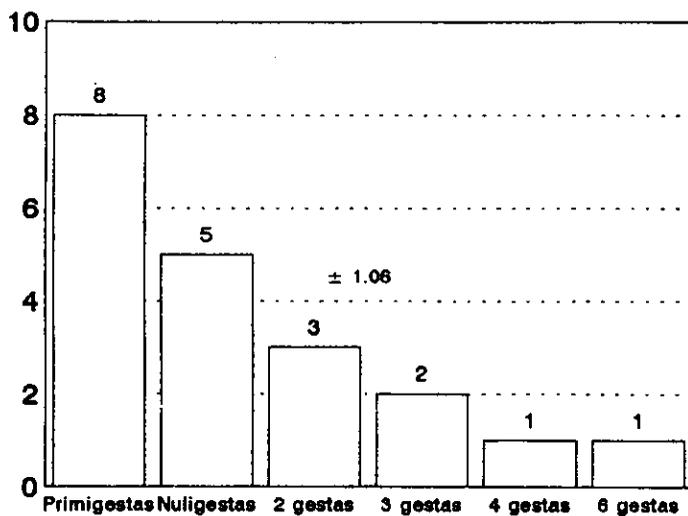
Gráfica N° 4. Inicio de vida sexual



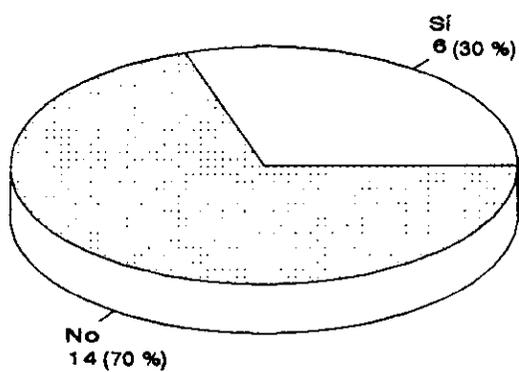
Gráfica N° 5. Compañeros sexuales



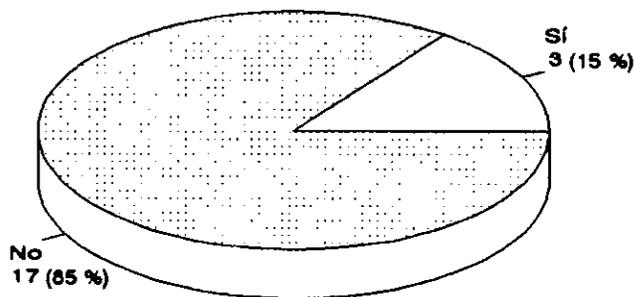
Gráfica Nº 6. Gestaciones



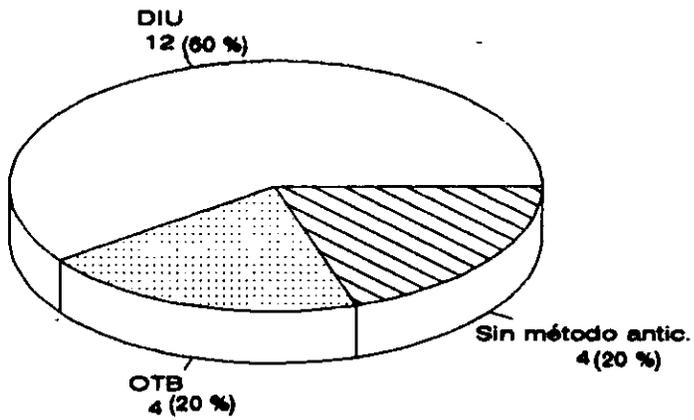
Gráfica N° 7. Abortos



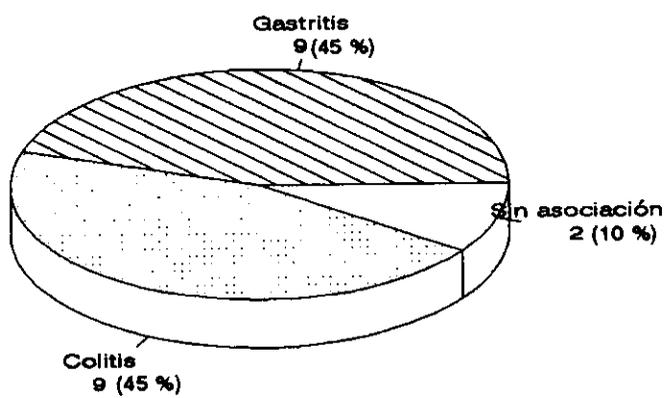
Gráfica N° 8. Cesáreas



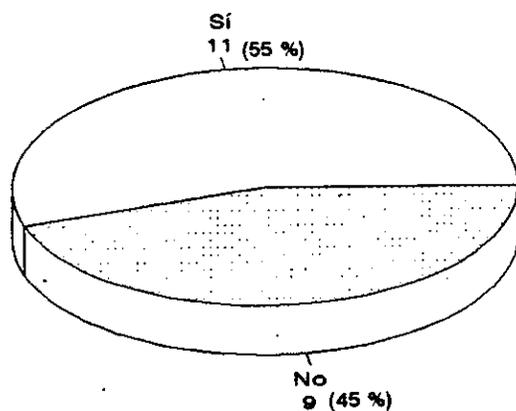
Gráfica N° 9. Método anticonceptivo



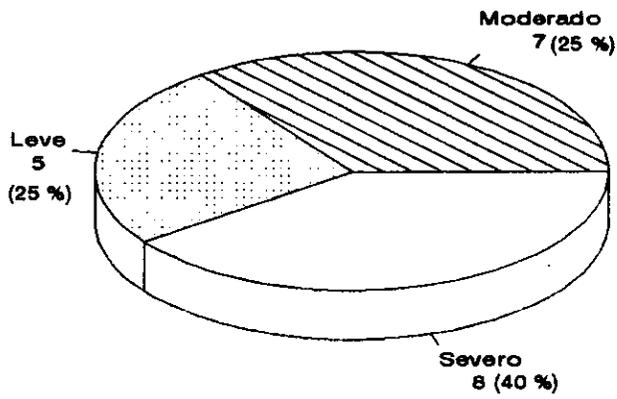
Gráfica N° 10. La asociación de la enfermedad pélvica con enfermedades gastrointestinales



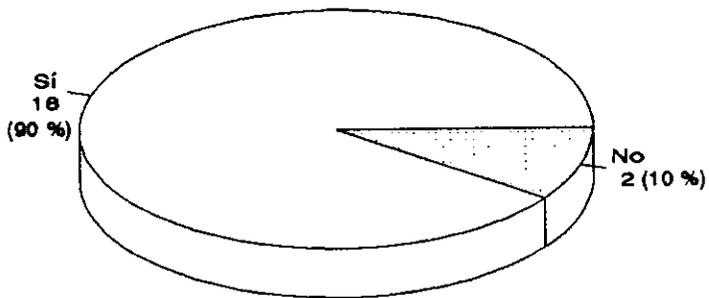
Gráfica N° 11. Antecedente I. V. U.



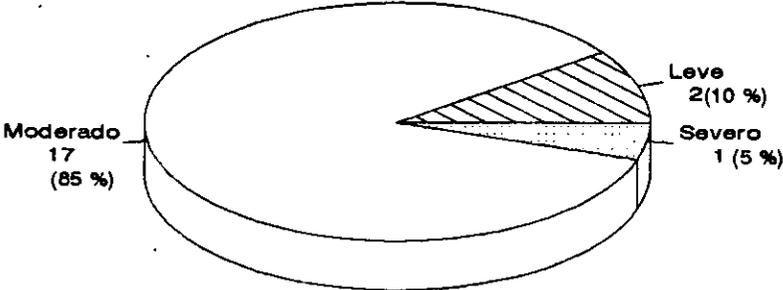
Gráfica N° 12. Dolor pélvico



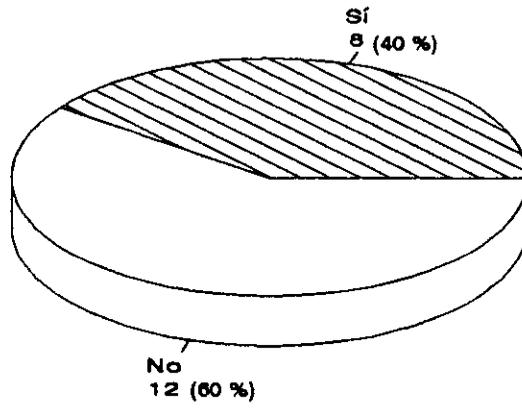
Gráfica N° 14. Hipersensibilidad anexial



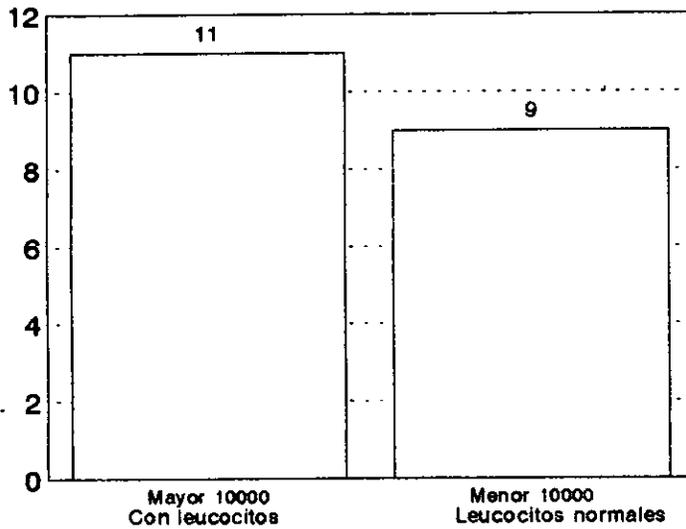
Gráfica N° 15. Dolor a la movilización cervical



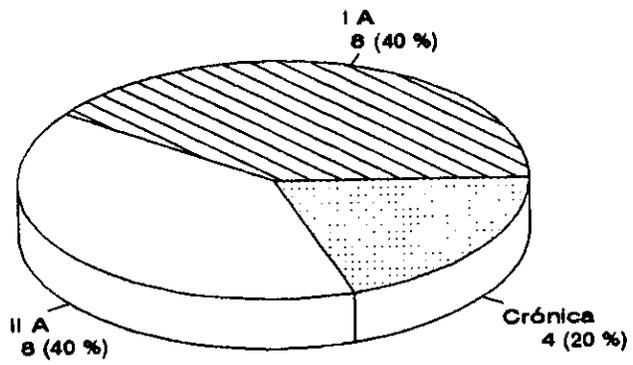
Gráfica N° 16. Masa anexial



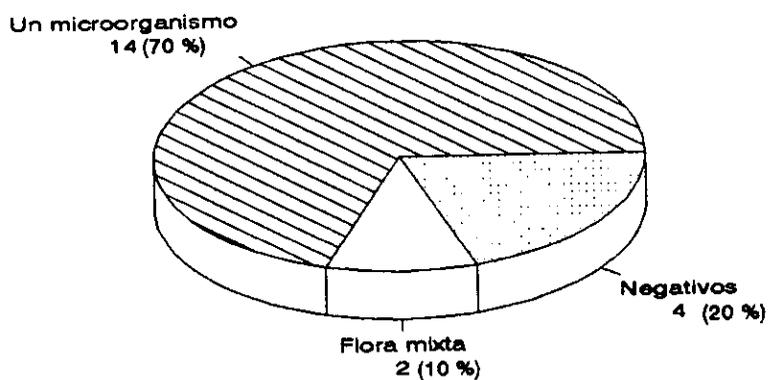
Gráfica N° 17. Promedio de cuenta leucocitaria



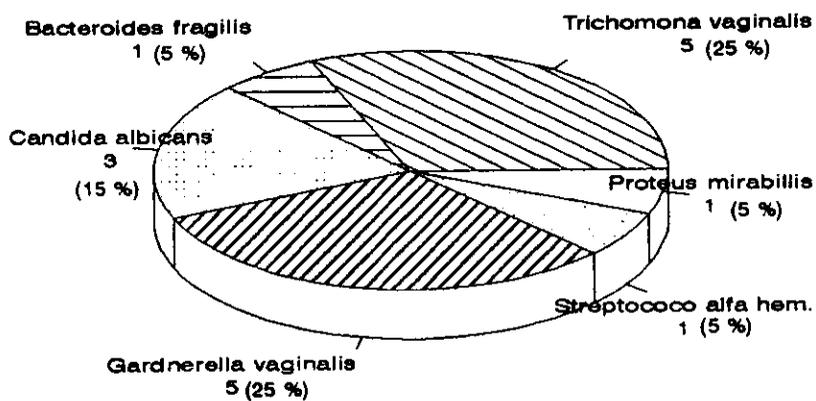
Gráfica N° 18. Etapa clínica



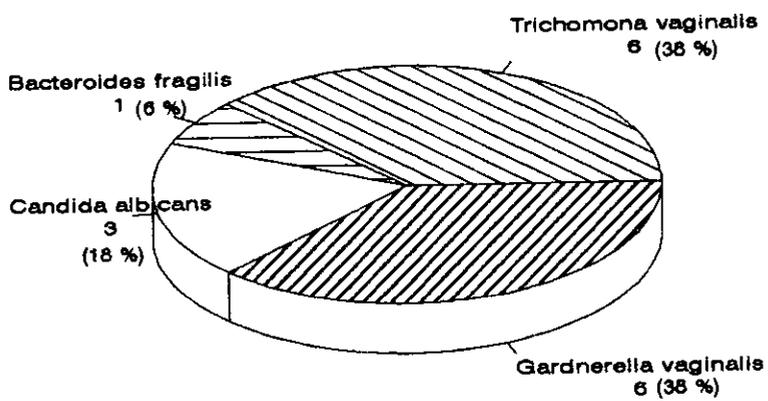
Gráfica N° 19. Cultivos endocervicales y de fondo de saco posterior



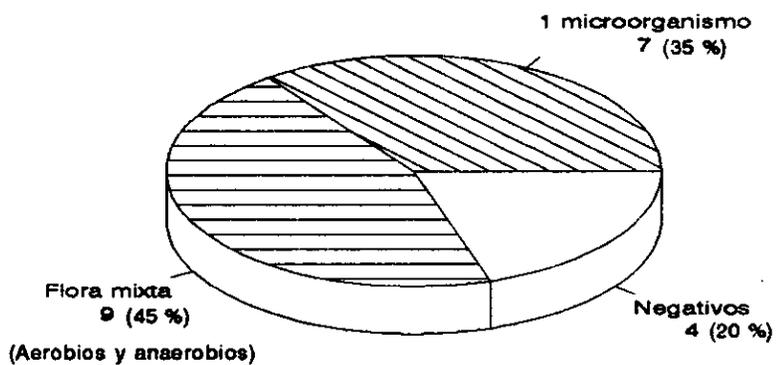
Gráfica N° 20. Cultivo endocervical



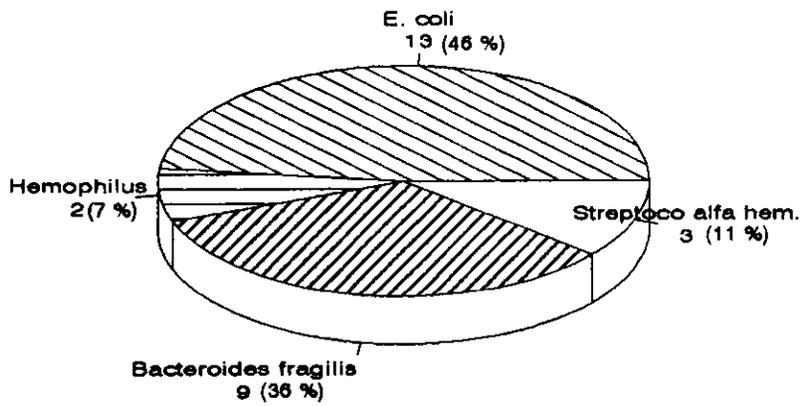
Gráfica N° 21. Cultivo de fondo de saco posterior



Gráfica N° 22. Cultivo del líquido peritoneal
translaparoscopia



Gráfica N° 23. Cultivo translaparoscopia
(líquido peritoneal)



DISCUSION.

De el análisis de este grupo de pacientes encontramos que dentro de los factores de riesgo para la enfermedad pélvica inflamatoria aguda, fué que se encontró más frecuente durante la segunda década de la vida dato que no concuerda con la bibliografía revisada (ésta dice que es frecuente en mujeres adolescentes); debido a que en el Hospital en donde se realizó el presente trabajo, NO se maneja el rango de edad de la adolescencia por ser un Hospital de Concentración, de 3er. Nivel de atención medica, por lo que propongo que se realizó un nuevo trabajo donde si se incluyan a ese tipo de población.

El estado civil de las pacientes, que predominó fué la unión libre, esto es explicable, debido a que en este estado civil la mujer no se encuentra moralmente comprometida para la fidelidad, hecho que cada vez es más frecuente, según Lee y cols. quienes también reportan un incremento para adquirir enfermedades de transmisión sexual.

Se encontró mayor riesgo para la enfermedad pélvica inflamatoria, en mujeres de estado socioeconómico medibajo, debido a que poseen un bajo nivel cultural y un comportamiento sexual no muy adecuado, como lo reporta Lee y cols.

La edad del inicio de la vida sexual, predominó en las mujeres de 16 años dato que concuerda con lo reportado por Cates y su grupo y Rice, cols; quienes agregaron que es debido a que se ha visto que entre más jóvenes más susceptibles para la enfermedad, secundario a la falta de anticuerpos que las ayude a defenderse de la enfermedades de transmisión sexual, porque presentan ectopía cervical e inmadurez del moco cervical.

Lo cual facilita la penetración de microorganismos patógenos que dañan la salpíngex, sobreviniendo con ello un proceso inflamatorio. secundario a que la actividad uterina durante el coito, facilita el ascenso de los microorganismos al tracto genital superior, el semen altera las defensas del huésped y los espermatozoides sirven de acarreadores de los mismos microorganismos patógenos.

Se observó que las mujeres que tuvieron más de 1 compañero sexual, eran susceptibles a la enfermedad, dato también reportado por Mc. Cormack, y Lee.

En relación a la paridad, se observó con mayor frecuencia en Nulli y primigestas, este grupo de pacientes en nuestra serie no correspondió a mujeres jóvenes por lo que no esa través de éste hecho, explicar la frecuencia y la correlación con los demás factores de riesgo, no establece la evidencia de que la poca paridad sea un factor favorecedor para la enfermedad pélvica inflamatoria, incluso el antecedente se encontró en la bibliografía cotejada.

El antecedente de aborto y de cesárea previa no fueron significativos en este trabajo, sin embargo Te Linde y cols. los mencionan como etiopatogenia.

La mayoría de los estudios: Kessel, Sevgi, Lee, Kaufman y cols. han relacionado al dispositivo intrauterino como un factor predisponente, especialmente para los casos de enfermedad pélvica inflamatoria no ocasionada por Gonococo ni Chlamydia, debido al proceso inflamatorio local que produce como agente extraño.

La asociación de la enfermedad pélvica inflamatoria con enfermedades gastrointestinales fué muy relevante en los resultados de este trabajo pero Te Linde y cols. la mencionan como una causa ocasional, sin embargo nosotros no tenemos una explicación fisiopatológica para este hecho. Entre las características clínicas más relevantes se encontró al dolor pélvico agudo, dolor a la movilización cervical y la hipersensibilidad anexial, datos que coinciden con Hegar y cols. quienes los catalogaron como los 3 criterios patognómicos de dicha enfermedad.

La leucocitosis estuvo presente en más del 50% del total de las pacientes estudiadas, tal y como lo describe Te Linde.

La enfermedad pélvica inflamatoria se corroboró por laparoscopia en un 80% de nuestras pacientes estudiadas, hecho que coincide con lo reportado en la literatura mundial, como lo describe la serie de Morcos y cols. con un porcentaje similar (80.1%).

Eschenbach, Sweet y col. demostraron en su trabajo que la mayoría de casos de enfermedad pélvica inflamatoria eran ocasionadas por gonococo y Chlamydia y en otros casos menos frecuente encontró a la E. coli, estreptococo alfa hemolítico, Hemophilus influenza; concluyendo que la mayoría de los casos son producidos por 2 o más microorganismos patógenos, datos que concuerdan relativamente con lo encontrado en nuestro trabajo, debido a que no se contó con el recurso de los medios de cultivos para gonococo y Chlamydia; sólo se logró aislar E. coli.

De los aerobios que predominaron en los resultados de los cultivos del exudado peritoneal, fué la E. coli y de los anaerobios fué el Bacteroides fragilis, tal como lo apoya la serie de Eschenbach y su grupo y la serie de Sweet y cols. ésto se explica primero, debido a la relevancia que tuvieron las enfermedades gastrourinarias en nuestro trabajo, y - otra explicación más lógica, es la contaminación por contigüidad de la vagina con la uretra y el recto, y siendo la E. coli un microorganismo de la flora normal de uretra y recto es normal que se haya aislado; y segundo a que no se tuvo el cultivo especial para Neisseria ni para - Chlamydia, pero aún así habría que profundizar más acerca de éste dato en los próximos trabajos a realizar.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

CONCLUSIONES.

1. Dentro de los factores de riesgo se encontró ser mujer joven, de la segunda década de la vida; inició temprano de la vida sexual (con promedio a los 16 años); con estado civil de unión libre; con múltiples compañeros sexuales y por último, pero no el menos importante fué el uso de Dispositivo Intrauterino, como método anticonceptivo.
2. Las características clínicas más comunes fueron: dolor pélvico agudo, leucorrea, dolor a la movilización cervical, hipersensibilidad anexial, y por la boratorio la leucocitosis.
3. Dentro de los antecedentes relevantes se encontró la asociación de la Enfermedad Pélvica Inflamatoria a enfermedades Gastrointestinales y de vías urinarias.
4. La Enfermedad Pélvica Inflamatoria Aguda se corroboró por Laparoscopia en un 80% de los casos, dato que coincide con lo reportado mundialmente.
5. Los agentes causales encontrados en los cultivos vaginales reportaron un sólo microorganismo y los cultivos del exudado peritoneal tomados tras laparoscopia reportaron flora mixta, datos corroborados por la bibliografía revisada.
6. Se concluye que la Enfermedad Pélvica Inflamatoria aguda no producida por gonococo ni por Chlamydia; fué producida en éste trabajo predominantemente por los aerobios, como la E. coli y el Bacteroides fragilis como anaerobio.

BIBLIOGRAFIA.

1. Washington A. and Katz P. Pelvic Inflammatory Disease JAMA 1991;266: 2565-70.
2. Te Linde Thompson Rock, Ginecologia Quirúrgica. Editorial Panamericana. 7a. edición 1993.
3. Mac Cormack W. Pelvic Inflammatory Disease N Engl J Med 1994;330 - :115-9.
4. Kessell et al. Pelvic Inflammatory Disease with intrauterine device use a reassessment. fertility and sterility 1989;51:1-11-
5. Lee N, Rubin G, Dry H. et al Type of Intrauterine Device and the - Risk of Pelvic Inflammatory Disease Obst. and Ginecol 1983;62:1-6.
6. Kaufman D, Shapiro S, Rosenberg L. et al Intrauterine contraceptive device use and pelvic inflammatory disease Am J Obstet-Ginecol 1980 ;136:159-62.
7. Aral S, Mosher W. and Cates W. Contraceptive use pelvic inflammatory disease and fertility problems among American women: 1982. Am J Obstet-Ginecol 1987;157:59-69.
8. Lee N, Rubin G. and Grimes D. Measures of Sexual Behavior and the - Risk of Pelvic Inflammatory Disease Obstet Gynecol 1991;77:425-30.
9. Kent HL. Epidemiology of Pelvic Inflammatory Disease Am J Obstet - Ginecol 1991;165:1168-74.
10. Aral S, Mosher W. and Cates W. Self-reported Pelvic Inflammatory - Disease in the United States, 1988. JAMA 1991;266:2570-3.
11. Buchan H, Vessey M, Goldacre M. et al Morbidity following Pelvic - Inflammatory Disease Br. J Obstet Ginecol 1993;100:558-62.

12. Cates W, Joesoef R, and Goldman M. Atypical Pelvic Inflammatory - Disease: Can we identify clinical Predictors? Am J Obstet Gynecol 1993; 169:341-6.
13. Rice P, Schachter J. Pathogenesis of Pelvic Inflammatory Disease - what are the questions JAMA 1991;266:2587-93.
14. Eschenbach D, Buchanan T, Pollock et al Polimicrobial etiology of acute Pelvic Inflammatory Disease N Engl J Med 1995;293:166-71.
15. Morcos R, Frost N, Hnat M, et al Laparoscopic versus clinical diagnosis of acute Pelvic Inflammatory Disease J Rep Med 1993;38:53-6.
16. Sweet R, Mills J, Hadley et al Use of Laparoscopy to determine the microbiologic of acute salpingitis Am J Obstet Gynecol 1979;134: - 68-74.
17. Allen Leslie A, and Shoon Marthinus G. Laparoscopic diagnosis of - acute Pelvic Inflammatory Disease Br J Obstet Gynecol 1983;90: - 966-68.
18. Jacobson L, and Westrom L. Objectivised diagnosis of acute Pelvic - Inflammatory Disease Am J Obstet Gynecol 1989;105:1088-98.
19. Hegar WD, Eschenbach DA, Soencer MR, et al Criteria for diagnosis and grading of salpingitis Obstet Gynecol 1983;61:114-7.
20. Sellors J, Mahony J, Goldsmith C, et al The accuracy of clinical - findings and laparoscopy in pelvic inflammatory disease Am J Obste Gynecol 1991;164:113-6.
21. Livengood Ch, Hill Gale B, and Addison Allen Pelvic Inflammatory - Disease: finding during inpatient treatment of clinically severe. - laparoscopy-documented disease Am J Obstet Gynecol 1992;166:519-24
22. Stacey C, Munday P, Taylor-Robinson D, et al A longitudinal study of pelvic inflammatory disease Br J Obstet Gynecol 1992;99:338-40.
23. Brillmier Ch, Kalling I, Nord C, et al Second look Laparoscopy evaluation of two different antibiotic regimens after treatment of Acute Salpingitis Eur J Obstet Gynecol 1989;30:761-63.

24. Peterson H, Walker G, Fahn J. et al Pelvic Inflammatory Disease. - Key treatment Issues and Options JAMA 1991;266:2605-11.
25. Landers D, Hanssen P, Paavonen J. et al Combination antimicrobial - in the treatment of acute pelvic inflammatory disease Am J Obstet - Gynecol 1991;164:849-58.
26. Thompson S, Brooks C, Eschenbach D. et al High Failure Rates in - Outpatient Treatment of Salpingitis with Either Tetracycline Alone - or Penicillin/Ampicillin Combination. Am J Obstet Gynecol 1985;152 :111-5.
27. Meittinen A, Heinonen P, Laippala P et al Piperacilin and Tazobag - tan versus Clindamycin and Gentamicin in the treatment of hospital - ized women with pelvic infection Obstet Gynecol 1994;83:2-5.
28. Walter M. and Gibbs R. Comparison Gentamicin and clindamycin - versus Cefalotyn and Doxyciclin in the treatment of the pelvic - inflammatory disease Obstet Gynecol 1990;75:867-72.
29. E. David, Soper M. and J. Nancy Microbial etiology of urban emer - gency department acute salpingitis: Treatment with ofloxacin Obstet - Gynecol 1992;167:653-60.
30. Safrin S, Achachter J, Dahrouge D. et al Long-term sequelae of acu - te pelvic inflammatory disease A retrospective cohort study Am J - Obstet Gynecol 1992;166:1300-5.
31. Brunham R, Binns B, Guijon F et al Etiology and Outcome of acute - pelvic inflammatory disease J Infect Dis 1988;158:473-5.
32. Hillis S, Joesoef R, Marchbanks P. et al Delayed Fertility Am J - Obstet Gynecol 1993;168:109-11.
33. Adduci JE Laparoscopy in the diagnosis and treatment of pelvic in - flammatory disease with abscess firmation Int Surg 1991;66:359-64.