

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

PROTOCOLO DE INVESTIGACION

ASOCIACION DEL ABSCESO PELVICO Y LA PRESENCIA DE
DISPOSITIVO INTRAUTERINO EN LA UNIDAD MEDICA DE ALTA
ESPECIALIDAD HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA No. 3 LA RAZA

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN:

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

DRA. FLOR DE MARIA ZEPEDA RAMIREZ

ASESOR DE TESIS:

DR. ROBERTO LEMUS ROCHA
DR. MANUEL MATUTE GONZALEZ

MEXICO D.F. FEBRERO 2007



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.

I. INDICE.

I. INDICE.	1
II. RESUMEN	¡Error! Marcador no definido.
<u>III INTRODUCCION.....</u>	<u>5</u>
IV. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.¡Error! Marcador no definido.	
V. JUSTIFICACION.	¡Error! Marcador no definido.
VI. HIPOTESIS.....	¡Error! Marcador no definido.
VII. OBJETIVO DEL ESTUDIO.	¡Error! Marcador no definido.
A) OBJETIVO GENERAL.	¡Error! Marcador no definido.
B) OBJETIVOS SECUNDARIOS.¡Error! Marcador no definido.	
VIII. MATERIAL Y METODOS.	¡Error! Marcador no definido.
IX. FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ETICOS.¡Error! Marcador no definido.	
X. RECURSOS HUMANOS, FISICOS, FINANCIEROS.	¡Error! Marcador no definido.
XI. CRONOGRAMA.....	¡Error! Marcador no definido.
XII. ANEXO 1 BASE DE DATOS	¡Error! Marcador no definido.
XIII. RESULTADOS	15
XIV. CONCLUSIONES	20
XV. BIBLIOGRAFIA	22

II. RESUMEN

TITULO: ASOCIACION DEL ABSCESO PELVICO Y LA PRESENCIA DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO EN LA UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA No. 3 LA RAZA.

ANTECEDENTES: El absceso pélvico es el 10% de las complicaciones de la enfermedad pélvica inflamatoria, se presenta en un 85% en pacientes con anatomía genital intacta y en un 15% después de una cirugía pélvica. Se asocia en el 99% de los casos a enfermedades de transmisión sexual, como Chlamydia Trachomatis y Neisseria Gonorrea, y últimamente se ha visto asociado a Actinomyces. Uno de los factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad es la presencia de dispositivo intrauterino, según la literatura revisada contamos con 22 millones de usuarias de dispositivo intrauterino, son pocos los casos reportados a nivel mundial y a pesar de la alta población usuaria de dispositivo intrauterino, son muy pocos los casos y la literatura reportada sobre la presencia de absceso pélvico en pacientes portadoras de dispositivo intrauterino.

OBJETIVO: Determinar si las pacientes con absceso pélvico contaban con la presencia de dispositivo intrauterino como único factor para desarrollar la enfermedad.

Reconocer que el DIU tiene alta frecuencia de desarrollar absceso pélvico en nuestra población.

MATERIAL Y MÉTODOS: Diseño: será a través de un estudio clínico retrospectivo, observacional y descriptivo. Muestra: se incluyeron a todas las pacientes hospitalizadas por absceso pélvico con la presencia de dispositivo intrauterino en el periodo de enero 2006 a septiembre 2006. Descripción del estudio: Se recabará la información de los expedientes clínicos de las pacientes que cumplan con los criterios de inclusión.

RESULTADOS:

III ANTECEDENTES

ASOCIACION DE ABSCESO PELVICO EN PACIENTES CON DISPOSITIVO INTRAUTERINO EN LA UMAE GO 3 CMNR

La enfermedad pélvica inflamatoria se presenta en el 1 a 2 % de mujeres jóvenes, afecta cerca de 1 millón de mujeres en EUA cada año, y el 10% de los casos están complicados con absceso tuboovárico, así como en un 16% de las pacientes que presentan un cuadro de salpingitis aguda (4). La mayoría de los abscesos tuboováricos se presentan en mujeres con anatomía cervical y uterina intacta, con una frecuencia de 85% en mujeres sexualmente activas y en edad reproductiva (4,1) pero también se han reportado después de una cirugía pélvica, en el 15% restante.

La fisiopatología de la formación de un absceso pélvico resulta de una infección ascendente a través del cervix y útero en el 99% de los casos (1,2), asociado comúnmente a patógenos transmitidos sexualmente (2) de los cuales *Neisseria gonorrhoea* y *Chlamydia trachomatis* son los organismos más comunes para la enfermedad pélvica inflamatoria, sin embargo la formación de un absceso tubo-ovárico es polimicrobiano, (1) principalmente gérmenes anaerobios y aerobios que colonizan el tracto genitourinario, (4) también se han reportado casos resultado de organismos gastrointestinales o de otros organismos poco frecuentes, como lo son *Actinomyces*, que lejos de ser un comensal del tracto genital, se convierte en un germen oportunista y a últimas fechas se ha relacionado con mujeres portadoras de dispositivo intrauterino. Estamos obligados a realizar diagnóstico diferencial con padecimientos pélvicos

con fiebre aguda incluso en mujeres sin factores de riesgo para la enfermedad pélvica inflamatoria. Estos gérmenes se diseminan de una manera ascendente a través de la vagina y el cervix atravesando la mucosa del endometrio y el oviducto y pueden producir una o más de las siguientes condiciones inflamatorias: endometritis, salpingitis, absceso tuboovárico y peritonitis pélvica (4)

La sintomatología suele ser fiebre ocasionalmente, náusea y vómito, diarrea (6), dolor abdominal y metrorragia así como abundante flujo con o sin pérdida de peso (8)

Como factor de riesgo en infecciones pélvicas o del tracto genital inferior encontramos los traumatismos que produce el dispositivo intrauterino y los cambios químicos, además de que estos mismo aumentan cuanto más sea el tiempo de uso del dispositivo y aumenta el riesgo de infección (8). Se calcula que a nivel mundial hay alrededor de 22 millones de usuarias de dispositivo (8)

Todo dispositivo intrauterino produce cambios bioquímicos, histopatológicos, celulares en el endometrio, en el fluido uterino y también muchos efectos secundarios indeseables que estimulan la formación de prostaglandinas dentro del útero (8).

Los modelos del dispositivo intrauterino varían en; la forma, el material y la cantidad de este mismo que contengan ya sea cobre u hormonal, al que se agrega sulfato de bario para darle visibilidad radiológica, aproximadamente tienen una duración de 2 a 6 años, sin embargo algunos como el Asa de Lippes no le han determinado tiempo de vencimiento pero ahora se le han encontrado atribuciones nocivas tales como una incidencia elevada de infecciones (8)

El dispositivo facilita el ascenso de microorganismos a través de los hilos que se dejan en el exocervix sirviendo como guía, además de que el dispositivo cambia el metabolismo de los carbohidratos de las células endometriales, favoreciendo aún más la inflamación pudiendo observarse desde colonización cervical (lo más frecuente) hasta enfermedad pélvica inflamatoria, y/o absceso pélvico(8)

Se refiere que el dispositivo de cobre durante 1 año, respeta las cantidades precisas de secreción de cobre , produciendo así su efecto anticonceptivo, pero al sobrepasar el año, las cantidades de cobre no son muy controladas, propiciando así el cobre un medio anaerobio ideal para la proliferación de anaerobios, principalmente los oportunistas, además se considera que el dispositivo genera una reacción a cuerpo extraño y puede ocasionar leves traumatismos en el endometrio, dando así un factor de riesgo para el oportunismo, logrando una infección(8).

Los lugares en donde se ha encontrado el dispositivo intrauterino son raros pero se han reportado casos en la literatura encontrándolos implantado en un mioma degenerado intraligamentario (6) La perforación uterina por dispositivos intrauterinos (DIU), constituye una complicación poco frecuente, y puede acompañarse de perforación de otras vísceras en el 15%, de los casos principalmente del intestino.(10) también se ha encontrado en el hidrosalpinx (11).

El tratamiento del absceso tuboovárico tradicionalmente se realiza con antibiótico parenteral, seguido de cirugía si estos mismos fallan, o un procedimiento de drenaje mínimamente invasivo como drenaje con aguja guiada por ultrasonido (13) asociado con el antibiótico apropiado puede disminuir la morbilidad así como conservar el ovario (2)

En la inserción de dispositivo intrauterino, se aconsejan medidas profilácticas que constan de la revisión periódica de la paciente, usuaria

del dispositivo y cambio de este cada tres años como máximo, dependiendo del modelo como ya lo hemos mencionado y evitar una excesiva e innecesaria reacción inflamatoria con inhibidores de prostaglandinas (8).

IV. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

El Dispositivo Intrauterino es la causa de la mayoría de los casos de absceso pélvico.

V. JUSTIFICACION.

Conocer de la frecuencia de la asociación del dispositivo intrauterino con absceso pélvico nos permite primero reconocer que la presencia de éste en los abscesos pélvicos encontrados es factor importante lo que permitirá atender y mejorar la revisión y el control de las pacientes que son portadoras de dispositivo intrauterino así como mejorar el tratamiento conservador ó quirúrgico para el manejo de esta patología.

VI. HIPOTESIS.

La frecuencia de pacientes con absceso pélvico y dispositivo intrauterino es alta.

VII. OBJETIVO DEL ESTUDIO.

A) OBJETIVO GENERAL.

- Determinar la asociación de absceso pélvico y dispositivo intrauterino en las pacientes de la UMAE GO 3 CMNR.

B) OBJETIVOS SECUNDARIOS.

- Determinar las características clínicas de las pacientes con diagnostico de absceso pélvico

- Determinar características clínicas relacionadas con el uso del Dispositivo intrauterino
- Conocer el manejo médico y/o quirúrgico de dichas pacientes
- Conocer la evolución clínica de dichas pacientes.

VIII. MATERIAL Y METODOS.

1. CARACTERISTICAS DEL LUGAR DONDE SE REALIZARA EL ESTUDIO.

El estudio se realizara en el Servicio de Ginecología de la UMAE GO 3 CMNR

2. DISEÑO.

El tipo de diseño será a través de un estudio clínico retrospectivo, observacional y descriptivo.

3. CRITERIOS DE SELECCION.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

1.- Pacientes a las que se hayan hospitalizado por sospecha de absceso pélvico, hayan o no tenido antecedente de aplicación de DIU.

2.- Pacientes con diagnóstico de masa tumoral anexial sospechosa de absceso pélvico que hayan sido o no manejadas quirúrgicamente

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

1.- Pacientes portadoras de anexitis sin masa tumoral anexial no demostrable por clínica y gabinete.

4. TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Se hará no probabilística por conveniencia, incluyendo a todas las pacientes que hayan ingresado con diagnóstico de absceso pélvico en el periodo de enero 2006 septiembre 2006.

5. DEFINICION DE LAS VARIABLES.

Definición operativa de las variables:

Variables dependientes:

1. Edad
 - a. Definición conceptual: es el transcurrido desde el nacimiento de la paciente hasta el momento del estudio.
 - b. Definición operacional: Tiempo medido en años completos desde el nacimiento de la paciente hasta el momento del estudio.
 - c. Tipo de variable: cuantitativa continua y la escala es de razón.
2. Inicio de Vida Sexual:
 - a. Definición conceptual: es la edad cronológica en la cual tuvo su primera relación sexual
 - b. Definición operacional: edad en años de inicio de vida sexual, obteniendo la información del interrogatorio de la historia clínica del expediente.
 - c. Tipo de variable: cuantitativa, continua, con escala de razón.
3. Numero de parejas sexuales:
 - a. Definición conceptual: es la cantidad de personas con las cuales ha tenido alguna relación sexual

- b. Definición operacional: es el numero total de personas con que ha tenido contacto sexual antes de desarrollar absceso pélvico
 - c. Tipo de variable: cuantitativa, discontinua, con escala de razón
4. Historia de cervicovaginitis:
- a. Definición conceptual: Presencia del antecedente ginecoobstétrico patológico de infecciones recurrentes de cervicovaginitis tratadas o no tratadas con antibiótico.
 - b. Definición operacional: Presencia del antecedente positivo o negativo de cervicovaginitis previas, obteniendo dicho dato de la historia clínica del expediente.
 - c. Tipo de variable: cualitativa, nominal, unidad de medición, presenta cervicovaginitis previas sí o no.
5. Historia de enfermedades de transmisión sexual
- a. Definición conceptual: presencia del antecedente ginecoobstétrico patológico de enfermedades originadas por vía sexual tratadas o no médicamente.
 - b. Definición operacional: presencia del antecedente de enfermedad de transmisión sexual antes de desarrollar la enfermedad.
 - c. Tipo de variable: cualitativa, nominal, unidad de medición razón.
6. Comorbilidad:
- a. Definición conceptual: Presencia de alguna patología crónica degenerativa en la paciente con absceso pélvico.
 - b. Definición operacional: presencia del antecedente positivo o negativo de patología crónico degenerativa, obteniendo la información de la historia clínica del expediente.

- c. Tipo de variable: cualitativa, nominal, unidad de medición, presenta comorbllidad sí o no.

7. Tipo de comorbilidad:

- a. Definición conceptual: Nombre de la patología crónico degenerativa presentada por la paciente con absceso pélvico.
- b. Definición operacional: Nombre completo de la patología asociada a la paciente con absceso pélvico tomado del interrogatorio de la historia clínica en el expediente.
- c. Tipo de variable: Variable nominal.

8. Presencia de dispositivo intrauterino

- a. Definición conceptual: es la presencia de dispositivo intrauterino al momento de desarrollar absceso pélvico.
- b. Definición operacional: es la presencia o no de dispositivo intrauterino en la paciente antes de desarrollar un absceso pélvico.
- c. Tipo de variable: cualitativa, nominal, con escala de medición presenta dispositivo intrauterino si o no.

9. Tiempo de utilización del dispositivo intrauterino

- a. Definición conceptual: es el tiempo transcurrido desde la aplicación del dispositivo intrauterino actual hasta el momento de presentación del absceso pélvico
- b. Definición operacional: tiempo medido en años con meses el cual ha portado el dispositivo intrauterino actual hasta el momento de desarrollar un absceso pélvico
- c. Tipo de variable: cuantitativa continua, nivel de medición razón.

Variable independiente:

Absceso pélvico:

Definición conceptual: presencia masa tumoral en alguno de los anexos de tamaño variable, demostrable clínicamente por crecimiento a este nivel con o sin presencia de datos peritoneales y que sea compatible con los hallazgos ecocsonográficos compatibles con esta patología.

Definición operacional: Presencia masa tumoral anexial de origen infeccioso.

Tipo de variable: nominal, Escala de medición:

6. DESCRIPCION DEL ESTUDIO.

Se recabará la información de los expedientes clínicos de las pacientes que cumplan con los criterios de inclusión,

7. ANALISIS DE DATOS.

La captura de datos se realizará en una base de datos de SPSS para las pruebas estadísticas. Se calcularán los porcentajes de los diversos factores de riesgo. En las variables cuantitativas se calcularán medidas de tendencia central y de dispersión. Se calcularán las frecuencias de factores de riesgo por grupos etarios.

IX. FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ETICOS.

El estudio es factible ya que se cuenta con los recursos necesarios. Se maneja confidencialmente la información. Se respetará cabalmente los contenidos en el código de Nuremberg, la declaración de Helsinki, la enmienda de Tokio, el informe de Belmont.

X. RECURSOS HUMANOS, FISICOS, FINANCIEROS.

Recursos humanos: Investigadores.

Recursos físicos: expedientes clínicos ya existentes, papelería y computadora de los investigadores.

Recursos financieros: Correrán a cargo de los investigadores.

XI. CRONOGRAMA.

	2006				2007		
	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	
Planeación	X						
Redacción de protocolo		X					
Presentación al comité local de ética			X				
Captura de datos			X				
Análisis estadístico				X			
Resultados y conclusiones				X	X		
Elaboración de tesis						X	

XII. ANEXO 1 BASE DE DATOS

Paciente	Edad	IVSA	NPS	CV	ITS	comorbilidad	DIU	Tx	Hallazgos
1. VMS	34	18	1	--	---	SM	SI	HTA SOB Drenaje de absceso, omentectomía parcial	200cc pus, estructuras abscedadas y despulidas
2. GSR	51	14	1	--	--	HAS	OTB 25a	ENVIO A HGZ Pb apendicitis	Se desconoce
3. LRV	49	18	4	--	--	HAS	SI 4a	HTA, SOB Adherenciolisis y drenaje de absceso	Absceso de AI, con despulimiento y estructuras abscedadas
4. SHA	53	16	2	--	--	IRC	No	Qx Drenaje	
5. TPJ	42	18	2	--	--	No	No	Conservador	
6. SCL	24	18	1	--	--	No	SI	LAPE, drenaje de absceso	Absceso tuboovarico derecho 50cc
7. MHA	33	24	1	--	--	SM	No	LAPE, drenaje de absceso, adherenciolisis	Absceso pélvico 1000cc pus, despulimiento
8. GRM	55	20	2	--	--	No	No	LAPE, adherenciolisis, exceresis de tumor anexial derecho	Cuerpo amarillo hemorrágico no roto, cúpula limpia
9. CVM	39	20	1	--	--	SM	SI 10a	Qx Drenaje, OTB, adherenciolisis	Absceso pélvico, despulimiento
10. EHB	37	21	1	--	--	SM	Si 10a	LAPE, Adherenciolisis	Absceso pélvico 350cc, despulimiento, sd adherencial severo

11.BRK	26	18	2	--	--	NO	NO	LAPE Adherenciolisis, drenaje de abescoso	Despulimiento, drenaje 400cc pus
--------	----	----	---	----	----	----	----	--	--

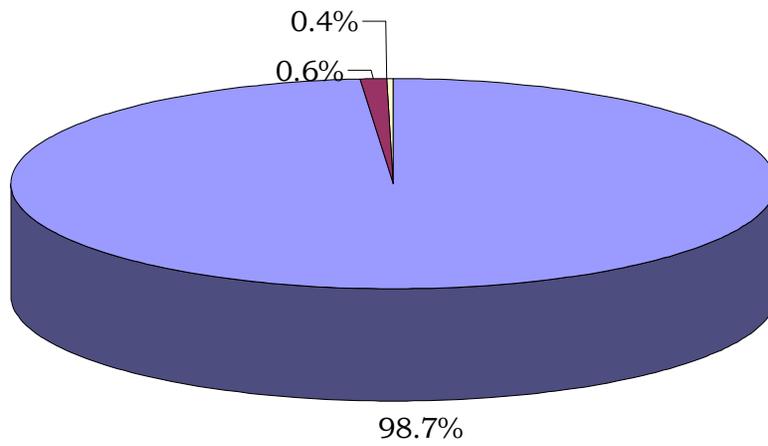
XIII. RESULTADOS

En nuestro universo de pacientes encontramos que durante el 2006, de enero a septiembre, se tuvieron de 1214 ingresos hospitalarios al servicio de ginecología, de los cuales 11 casos pertenecieron a absceso pélvico (VER GRAFICA 1), siendo el (.9%). De estos 3 fueron en forma programada y 8 en forma no programada. Haciendo un análisis de nuestros resultados encontramos, que las pacientes contaban con una media de edad de 36.6 años (VER GRAFICA 3), un promedio de 18.6 años de IVSA (VER GRAFICA 4) , teniendo un promedio de parejas sexuales 1.8 (VER GRAFICA 5), en el análisis de los antecedentes de nuestras pacientes observamos que no se logró documentar el antecedente de cuadros de cervicovaginitis ya fuese con o sin tratamiento, esta situación creemos que se debió ya sea porque no se reporto en el expediente al estudiar clínicamente a la paciente o no fue buscado intencionalmente debido a la urgencia del padecimiento, por consiguiente tampoco se estableció el antecedente de Infecciones de transmisión sexual. Se encontró que 4 de nuestras pacientes en estudio fueron portadoras de intolerancia a los carbohidratos sin llegar a estar diagnosticadas como Diabetes Mellitus, 2 con Hipertensión Arterial. Se pudo corroborar que de las 11 pacientes con diagnóstico de absceso pélvico, 5 se asociaban a DIU (45%) (Gráfica 6), mismas que se trataron de manera quirúrgica con Laparotomía exploradora, documentándose como hallazgos la presencia de absceso pélvico en alguno de los anexos, así como la presencia de material purulento en el 100% de los casos, de estas 5 pacientes intervenidas a 2 de ellas se les realizo Histerectomía Total Abdominal con Salpingooforectomia Bilateral, Adherenciolisis,

Omentectomía, lavado y drenaje de cavidad y 3 solamente lavado de cavidad y drenaje. Se obtuvieron un total de 6 casos no asociados a DIU, correspondiendo a (54%), solo 5 de ellas (45%) recibieron tratamiento quirúrgico y en uno de los casos no se realizó tratamiento en la unidad por traslado a su HGZ con diagnóstico de probable apendicitis de la cual no tenemos más información. Del total de pacientes con y sin asociación a DIU en 2 (18%) de los casos presentaron cuadro de recidiva, 1 de ellos se envió a HE CMN La Raza a cargo de cirugía desconociendo hasta fecha la evolución de la paciente y en el segundo de los casos se manejó con segunda laparotomía, para drenaje del mismo, evolucionando favorablemente.

GRAFICA 1

Ingresos totales a ginecología

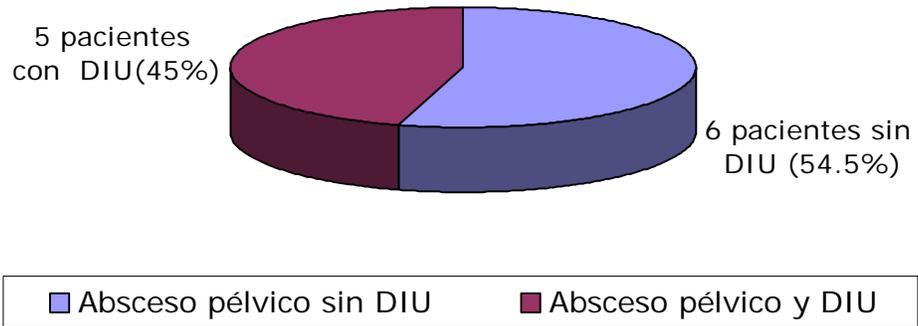


■ Numero de ingresos
■ Absceso pélvico y DIU

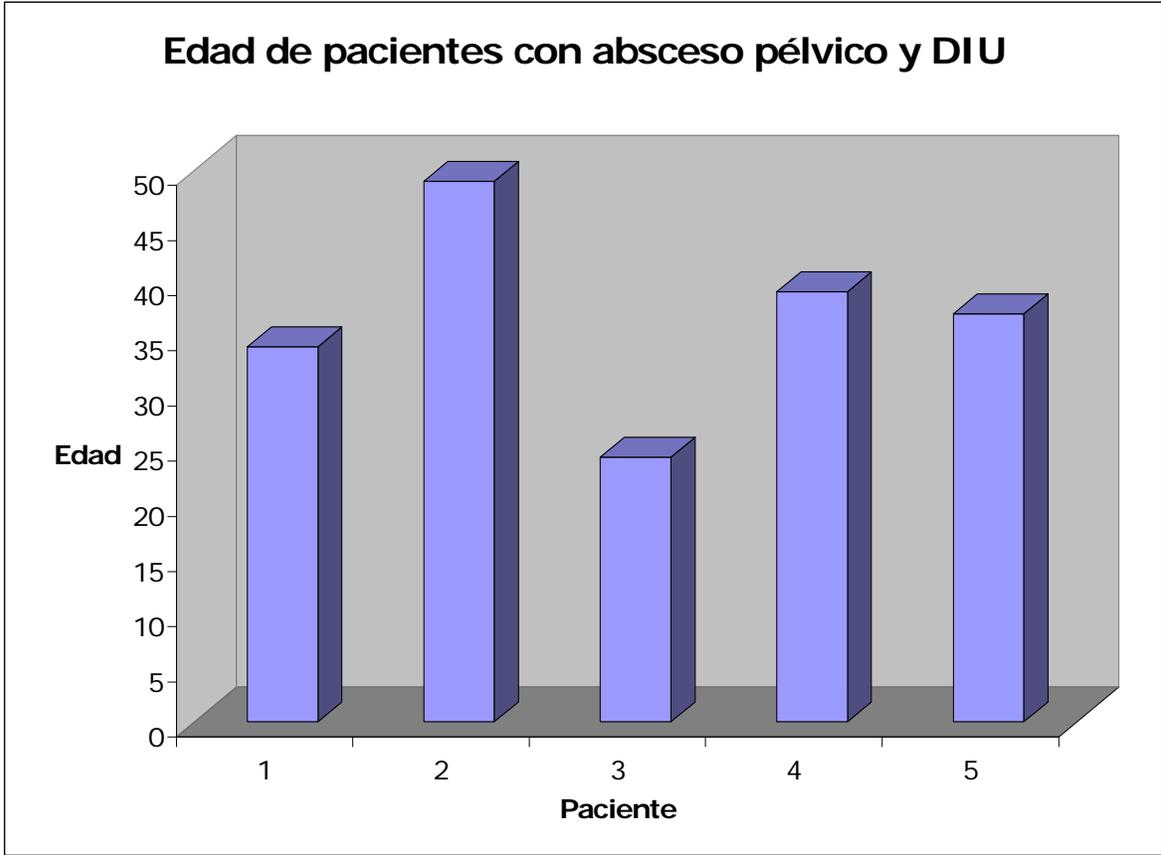
■ Absceso pélvico sin DIU

GRAFICA 2

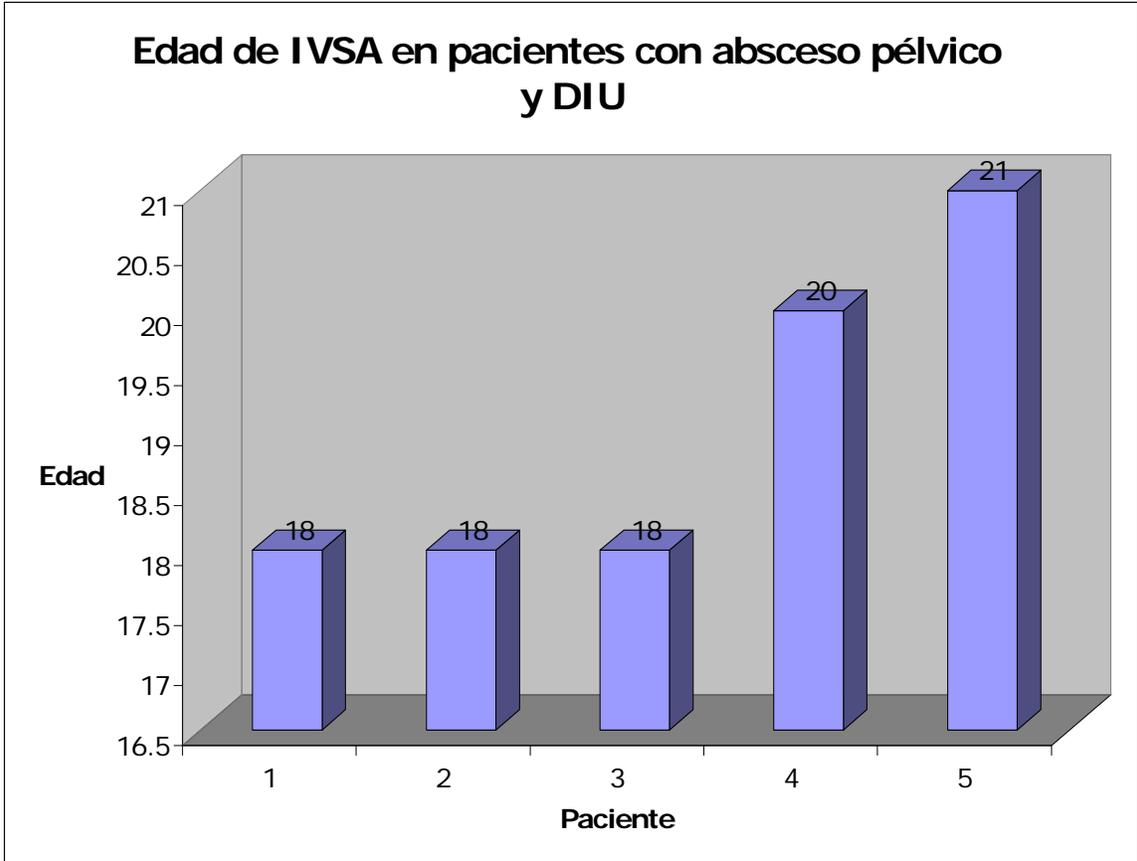
Ingresos totales por absceso pelvico



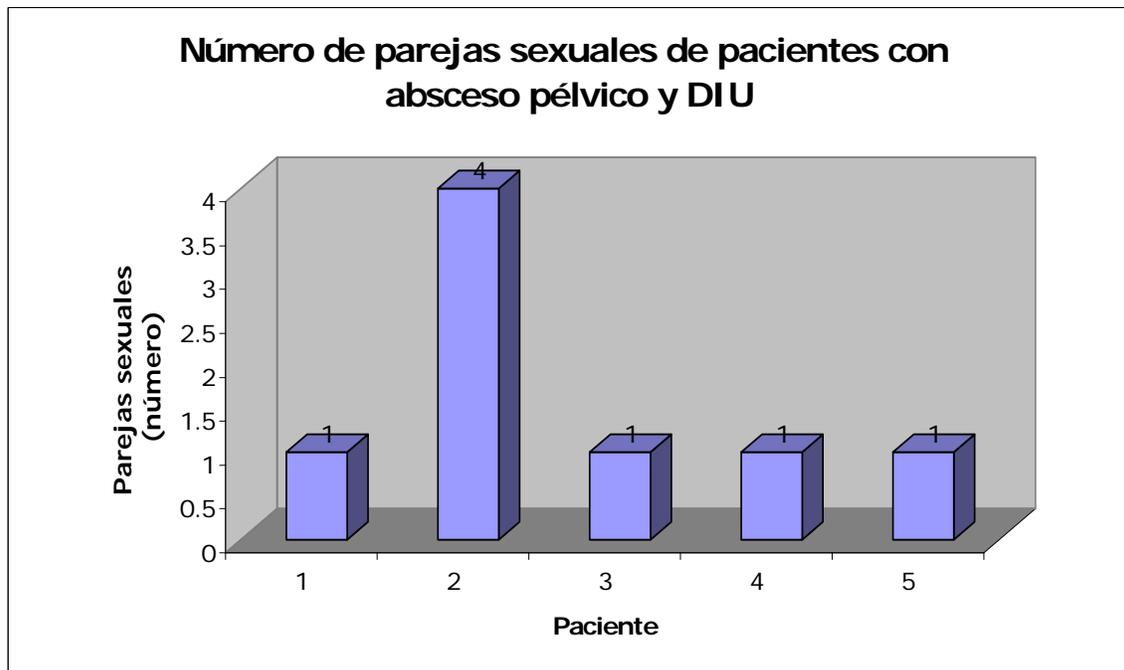
GRAFICA 3



GRAFICA 4

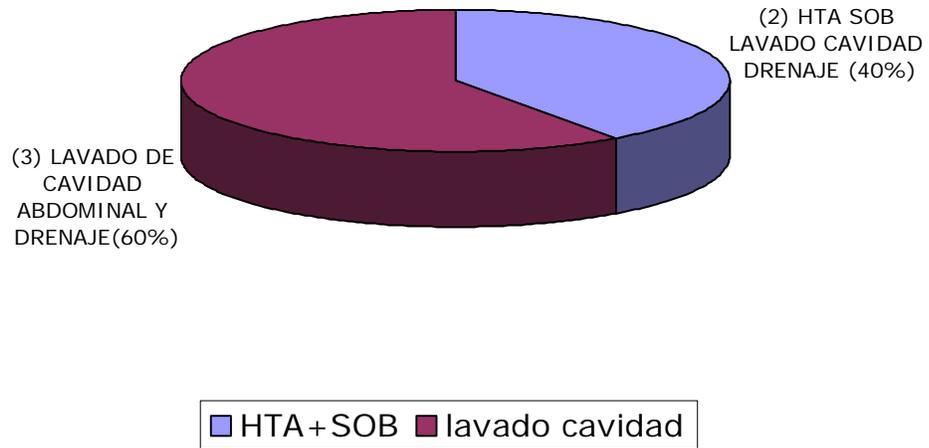


GRAFICA 5



GRAFICA 6

**TRATAMIENTO QUIRURGICO DE PACIENTES
CON DIU**



XIV CONCLUSIONES

1. El absceso pélvico secundario al uso de DIU aunque no muy frecuente dentro de los ingresos hospitalarios a nuestra UMAE, como lo hicimos notar en nuestro trabajo, continua siendo causa importante en el desarrollo de patología anexial infecciosa, siendo motivado por diversos factores como lo son el nivel socioeconómico, la mala o nula vigilancia del DIU en nuestra población, el escaso manejo de las infecciones vaginales, la presencia de factores sistémicos como son la diabetes e hipertensión, que coadyuvan a la formación y progresión de estos procesos y sus complicaciones .
2. Su manejo requiere pensar primero que con la presencia de dolor y de tumoración anexial, en forma conjunta con el uso de DIU, pueda ser el desarrollo de un absceso pélvico.
3. Hoy por hoy el manejo quirúrgico continua siendo el estándar de oro en el manejo, que aunado con el manejo médico multidisciplinario que se le pueda proporcionar a la paciente podrá disminuir las complicaciones y la morbimortalidad de este padecimiento.
4. En nuestra serie de casos quedo demostrado que el absceso pélvico continuo siendo en nuestro hospital un padecimiento en donde el diagnóstico adecuado y su manejo requiere de una buena estrategia clínica y de manejo quirúrgico eficiente y especializado.
5. También queda demostrado que en nuestro ámbito no se le da la importancia necesaria a la presencia o no de las infecciones vaginales, cuanto menos a las de transmisión sexual, lo que nos motiva para que en lo sucesivo quede establecido siempre contar

con un interrogatorio adecuado de esta proceso infeccioso y tener un diagnóstico documentado del mismo, sin dejar de pasar por alto establecer siempre un tratamiento oportuno.

XV BIBLIOGRAFIA

1. Canas, Adriana M. MD; Holloran-Schwartz, Brigid MD; Myles, Thomas MD, TUBOOVARIAN ABSCESS 12 YEARS AFTER TOTAL ABDOMINAL HYSTERECTOMY, *Obstetrics & Gynecology*, April 15, 2004.
2. Myckan, Kerry A. MD¹; Booth, Christopher M. MD¹; Mocarski, Eva MD, PASTEURELLA MULTOCIDA TUBOOVARIAN ABSCESS. *Obstet Gynecol* 2005
3. Walsh, Terri; Grimes, David; Freziers, Ron; Nelson, Anita; Bernstein, Leslie; Coulson, Anne; Bernstein, Gerald, RANDOMISED CONTROLLED TRIAL OF PROPHYLACTIC ANTIBIOTICS BEFORE INSERTION OF INTRAUTERINE DEVICES, *Lancet*. 351(9108):1005-1008, April 4, 1998.
4. Rosario Manalo MD, Haris Mirsa MD, and Steven Opal MD, STREPTOCOCCUS PYOGENES TUBOOVARIAN ABSCESS, *American Sexually Transmitted Diseases Asociation*, Dec 26, 2001, Vol 29 No. 10 pp 606-607.
5. Duckman, S. Suarez, J. Tantakesem, P, TUBOOVARIAN ABSCESS AND THE INTRAUTERINE DEVICE (MAJZLIN SPRING). *Am J Obstet Gynecol*. 115(8):1157-8, 1973 Apr 15.
6. Habek, D. Has, B. Habek, J Cerkez. TUBOOVARIAN ABSCESS MIMICKING INTRALIGAMENTAR UTERINE MYOMA AND A INTRAUTERINE DEVICE: A CASE REPORT. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. 10(3):168-70, 2005 Sep.
7. Kanter, E. Letter: TUBOOVARIAN ABSCESS ASSOCIATED WITH LAPAROSCOPIC TUBAL CAUTERIZATION AND THE INTRAUTERINE CONTRACEPTIVE device *Am J Obstet Gynecol*. 121(2):291, 1975 Jan 15
8. Sánchez J., Mercado N., USO DEL DIU ASOCIADO A LA INFECCION SECUNDARIA A ACTINOMYCES EN TRACTO GENITAL FEMENINO. *REV ESP PATOL.*, 2004, Vol. 37, No.4 pp 383-390.
9. Anthony S. Fiorrino. PhD. INTRAUTERINE CONTRACEPTIVE DEVICE- ASSOCIATED ACTYNOMICOTIC ABSCESS ACTINOMYCED DETCCION ON CERVICAL SMEAR *Obstetrics & Gynecology*, Vol 87 No 1 January 1996.

10. I
ván Toribio- Membreño, María Raquel Gutiérrez- Miranda
PERFORACIÓN UTERINA Y DE COLON POR T DE COBRE, Acta
méd. costarric v.47 n.1 San José ene. 2005

11.