

11217 10
23



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
"DR. LUIS CASTELAZO AYALA"

SALPINGITIS Y SUS SECUELAS EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DE GINECO- LOGIA Y OBSTETRICIA No. 4 "LUIS CASTELAZO AYALA"

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE POSTGRADO EN

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A:

DRA. ELVIA EUNICE ARZUAGA MENDOZA



IMSS

[Handwritten signature]

ASESOR: DR. ANTONIO GARCIA LUNA

[Handwritten signature]

MEXICO D. F.

ENERO DE 1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 POR SU APOYO Y PROTECCION

A MIS PADRES: JULIO CESAR Y ELVIA TERESA
POR SU AMOR, APOYO, PACIENCIA COMPRESION Y DEDICACION

A MIS HERMANOS: ARIEL ARTURO, ALEYDA TERESA, JULIO JOSE
POR SUS ESTIMULOS, CARIÑO Y COMPRESION

A MI ABUELO JULIO: PORQUE SIN SU APOYO NO HUBIERA
EMPRENDIDO ESTA META

AGRADEZCO A MI ESPOSO:

**CARLOS RAMON LAFAURIE PITRE
DE MANERA MUY ESPECIAL
POR QUE GRACIAS A SU PROFUNDO AMOR, SU APOYO, Y
COMPRENSION ME IMPULSO A CULMINAR ESTA DIFICIL TAREA**

A MI HIJO:

**QUE TRAIGO EN MIS ENTRAÑAS POR DARME TANTA FELICIDAD
Y OPTIMISMO A SEGUIR EN LOS SENDEROS DE LA VIDA**

AGRADEZCO A MI ASESOR:

DR. ANTONIO GARCIA LUNA

**MEDICO GINECOOBSTETRA Y JEFE DEL DEPARTAMENTO
DEL SERVICIO DE BIOLOGIA DE LA REPRODUCCION
DEL HOSPITAL " LUIS CASTELAZO AYALA "**

CON MUCHO CARIÑO, RESPETO Y ADMIRACION

INDICE

INTRODUCCION	1
OBJETIVO	5
MATERIAL Y METODOS	5
RESULTADOS	6
DISCUSION	16
CONCLUSIONES	16
BIBLIOGRAFIA	18

INTRODUCCION:

JUSTIFICACION DEL PROYECTO

La enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), es una de las complicaciones mas frecuentes de la epidemia que actualmente se conoce como la enfermedad de transmisión sexual.

El diagnóstico de este padecimiento representa un tema de cierta dificultad, en virtud de que se cuenta con pocos criterios para fundamentar una precisión diagnóstica.

Asimismo, hay dificultades para el libre acceso a la cavidad pélvica y obtener muestra adecuadas para efectuar estudios diversos que apoyen las impresiones diagnósticas.

Y, finalmente, la etiología polimicrobiana complica aún mas las cosas, ya que no solo participan en la génesis de este padecimiento *N. GONORRHOEAE*, algunos aerobios y anaerobios como se creía anteriormente; ahora se sabe que son diversos y de índole diferentes los microorganismos causales.

Por lo anterior y otros, aspectos mas, es de vital importancia conocer a fondo este padecimiento y estar al día con respecto a las investigaciones tendientes al manejo adecuado de la EPI (1).

Como se ha dicho, los problemas para diagnosticar e identificar la etiología de la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) son grandes, principalmente porque no se ha estandarizado los criterios para el diagnóstico de este padecimiento; además tanto las trompas de falopio como los tejidos perineales son difíciles de investigar (2).

LA SALPINGITIS es polimicrobiana y la mayoría de los laboratorios no son confiables en lo que se refiere al aislamiento de anaerobios y micoplasma.

En la revisión de cinco estudios diferentes a este respecto, se vio que la gonorrea se encuentra en alrededor del 12 % de las mujeres con EPI; la chlamydia trachomatis, por si sola, se encuentra en el 10 % de los casos, mezcladas con otros organismos en alrededor del 70 % (3).

Todo esto indica que en el 70 %, mas de un microorganismo esta presente.

Hay que recordar que la EPI es una enfermedad que se transmite sexualmente y que afecta, útero, trompas de falopio, ovarios, peritoneo o estructuras adyacentes a cualquier extensión a partir de estos órganos.

Los factores de riesgo para el desarrollo de EPI, son: múltiples parejas sexuales, inicio de vida sexual activa en la adolescencia, pareja sexual con uretritis, o con gonorrea, uso de dispositivo intrauterino (DIU), diagnóstico previo de EPI (4, 5).

La edad mas frecuente se encuentra entre los 20 - 30 años y un 20 - 59 % son pacientes nulíparas.

GRADOS DE EPI A PARTIR DEL EXAMEN CLINICO

NO COMPLICADA: (limitada a las trompas, ovarios o ambas)

- SIN PERITONITIS PELVICA

- CON PERITONITIS PELVICA

COMPLICADA: (masa o absceso inflamatorio que afecta las trompas y ovarios)

SIN O CON PERITONITIS PELVICA

Diseminada a estructuras extrapélvicas (rotura de absceso tubo - ovárico)
(6, 7, 8)

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE LA EPI

Dolor e hipersensibilidad en la parte baja del abdomen.
Hipersensibilidad a la movilización del cuello uterino.
Sensibilidad de los anexos.
Temperatura mayor de 30 grados
Leucocitos mas de 10,000.
Aumento del ritmo de eritrosedimentación.
Visualización sonográfica de una masa inflamatoria.
Material purulento obtenido por culdocentesis (tinción de Gram).
Laparoscopia es el método de diagnóstico preciso. (9)

Así mismo los métodos modernos de tomografía axial computarizada (TAC), e imagenología pueden ser de gran utilidad en el diagnóstico de la EPI.

Las complicaciones de la EPI se dividen en dos grandes grupos: AGUDAS Y CRONICAS.

Entre las primeras, tenemos el absceso que se puede formar en la trompa, constituyendo lo que se llama piosálpinx, en el ligamento ancho o en el fondo del saco de douglas y en la trompa y ovario, dando lugar al absceso tuboovárico que es el mas frecuente entre las complicaciones agudas.

Las complicaciones mas frecuentes de este padecimiento son el resultado de diagnósticos incorrectos o tratamiento inadecuados.

El absceso tiene como peligro primordial el hecho de que se puede romper; esto depende de varios factores casi siempre de orden mecánico o de manera espontánea.

El tratamiento de esta ruptura debe ser lo mas temprano posible, para así poder asegurar; este tratamiento se debe instituir en las primeras 24 o 48 horas, para que no se realice histerectomía.

Los tratamientos tardíos de cualquier absceso ponen en peligro la fertilidad futura de la paciente, así como sus órganos vitales e incluso su vida, cuando el absceso es menos de ocho centímetros de diámetro se puede tratar como drenaje y lavado de cavidad. En otras circunstancias la única terapia es la salpingectomía.

Puede llegar también a presentarse una perihapatitis que al parecer se debe a chlamydia o al gonococo.

Entre las complicaciones crónicas, tenemos en primer lugar el dolor pélvico crónico que suele presentarse cuando hay adherencias en intestino, útero y anexos, que se hacen sintomáticas por tracción.

Otra secuela importante es la infertilidad secundaria; Los estudios a este respecto muestran que 21 % de las pacientes con EPI llegan a presentar problemas de esterilidad y de estas, 17 % tienen obstrucción tubaria.

Otra secuela mas de la incidencia de embarazo ectópico, que se llega a observar en el 24 % del total de mujeres con EPI (10).

Pensando en términos de estrategias terapéuticas, se puede decir que antes de iniciar cualquier tratamiento con antimicrobiano, se debe determinar la acción de éste frente a anaerobios, aerobios, gonococos y chlamydia, ya que cualquiera de éstos pueden estar implicados en la infección.

Debido a la multiplicidad de gérmenes que participan en la etiología de esta infección y la imposibilidad que exista un solo antibiótico capaz de tener un espectro tan amplio, no se recomienda la monoterapia en el tratamiento de esta afección (11).

El centro de control de enfermedades recomiendan dos esquemas de tratamientos terapéuticos:

1. Cefalosporinas de tercera generación, que afecta frente a aerobios y tiene cierta actividad frente a los anaerobios, mas Doxicilina, que actúa fundamentalmente sobre chlamydia.

2. Clindamicina mas gentamicina.

Los dos tratamientos son de administración intrahospitalaria.

En aquellas grupos en los que se emplea clindamicina, los resultados son mejores frente a los demás grupos (12, 13, 14).

El objetivo de este trabajo es investigar la frecuencia de salpingitis de primera vez en pacientes de 20 a 35 años, que acudieron al hospital " Luis Castelazo Ayala ", entre el primero de septiembre de 1994 y el 31 de agosto de 1995.

En las que se confirmó el diagnóstico por métodos clínicos y paraclínicos.

Se ubicará el grado de complicación en que se recibió a la paciente y se estudiaron las secuelas a pesar del tratamiento recibido.

MATERIAL Y METODOS

MATERIAL HUMANO:

1. Médicos residentes.
2. Médicos de base adscritos al Servicio de Medicina de la Reproducción.
3. Enfermeras del piso.
4. Personal de laboratorio.
5. Pacientes con diagnóstico de EPI que cubren los criterios de selección.

EQUIPO:

1. Hoja de recolección de datos
2. Expedientes clínicos
3. Computadoras
4. Hojas de papel
5. Lápiz

RESULTADOS:

EDAD:

Se valoraron 70 casos de pacientes con diagnóstico de EPI, fluctuando su edad, de los 20 a los 35 años, en promedio fue de 27.3 años.

Las pacientes según la edad se dividieron en tres grupos (Gráfica 1).

20 - 25 años = 20 pacientes (28.6 %)

26 - 30 años = 31 (44.3 %)

31 - 35 años = 19 (27.1 %)

ESTADO CIVIL:

Una de las repercusiones de tomar en cuenta son las características relacionadas con la condición del estado civil.

La mayoría de las pacientes estaban casadas, el menor porcentaje lo constituyó la unión libre (tabla 2).

NIVEL SOCIOECONOMICO

La totalidad de las pacientes son derechohabientes del IMSS.

Pertenecieron al estrato medio y medio alto, se especifica en la tabla 3.

ANTECEDENTES GINECOLOGICOS:

En este apartado, se mencionan el número de gestaciones, paridad, abortos, cesárea y antecedentes de embarazos ectópicos, compañeros sexuales.

GESTA	Nº
0	31
1 - 3	37
4 ó mas	2

PARIDAD	Nº
0	31
1 - 3	27
4 ó mas	0

ABORTOS	Nº
0	52
1 - 3	18
4 ó mas	0

CESAREA	Nº
0	0
1 - 3	8
4 ó mas	0

EMBARAZO ECTOPICO	Nº
0	0
1 - 3	2
4 ó mas	0

COMPAÑEROS SEXUALES	Nº
0	3
1	46
2	18
3 ó mas	3

PLANIFICACION FAMILIAR

Ninguno:	34 - 48.6 %
DIU:	16 - 22.9 %
H. ORALES:	6 - 8.6 %
RITMO:	3 - 4.3 %
OTB:	5 - 7.1 %
H. DE DEPOSITO:	1 - 1.4 %
OTROS:	5 - 7.1 %

DATOS CLINICOS

DOLOR ABDOMEN BAJO:	70 pacientes
HIPERSENSIBILIDAD A LA MOVILIDAD DEL CUELLO UTERINO:	52 pacientes.
SENSIBILIDAD A LOS ANEXOS:	70 pacientes.
TEMPERATURA MAS DE 38 GRADOS:	56 pacientes.
LEUCOCITOS + 10,000:	61 pacientes.
VELOCIDAD DE SEDIMENTACION GLOBULAR:	61 pacientes.
VISUALIZACION SONOGRAFICA DE MASA INFLAMATORIA:	12 pacientes
LAPAROSCOPIA: SALPINGES EDEMATOSAS	
UNICA (25)	BILATERAL (45)
COLECCION DE PUS EN FONDOS DE SACOS (14)	

CULTIVO VAGINAL

Antes del tratamiento, se realizó en:

42 de 70 pacientes

No se realizó en 28 de 70 pacientes.

GERMEN	Nº	%
CHLAMYDIA T.	20	47.6 %
TRICOMONAS	7	16.6 %
NEISSERIA	15	35.8 %
CHLAMYDIA + GONOCOCO	35	83 %

SECUELAS:

INFERTILIDAD	14
EPIC	26
PERITONITIS	2

PAPANICOLAU:

CLASE I	7
CLASE II	57
CLASE III	0
NO REALIZADO	6

No hubo antecedente de enfermedad de transmisión sexual.

A todas las pacientes se les realizó laparoscopia.

TRATAMIENTO:

PENICILINA-AMIKACINA	28	40.1 %
AMIKACINA-CLINDAMICINA	37	52.8 %
AMIKACINA-CLINDAMICINA-METRONIDAZOL	5	7.1 %

MICROORGANISMO AISLADO EN EXUDADO VAGINAL

Después del tratamiento:

NEGATIVO	53 pacientes	75.7 %
POSITIVO	17 pacientes	24.3 %

TRICOMONAS	7	41.2 %
CHLAMYDIA	10	58.8 %

Tabla 2

ESTADO CIVIL

	Casos	Nº
CASADAS	39	55.7
SOLTERAS	24	34.3
U. LIBRE	7	10

Tabla 3

NIVEL SOCIOECONOMICO

E. S. E.	Nº	%
MEDIO	69	98.5%
MEDIO ALTO	1	1.5 %

Tabla 4

PLANIFICACION FAMILIAR

METODO	Nº DE PACIENTES
NINGUNO	34
DIU	16
HORMONALES ORALES	6
RITMO	3
OTB	5
HORMONALES DE DEPOSITO	1
OTROS	5

Tabla 5

COMPAÑEROS SEXUALES

Nº COMPAÑERO SEXUAL	PACIENTE
0	3
1	46
2	18
3 ó mas	3

CONCLUSIONES

Del 1° de septiembre de 1994 al 31 de agosto de 1995, se revisaron los expedientes del archivo del Hospital de Ginecología y Obstetricia "Luis Castelazo Ayala" correspondientes al Servicio de "Biología de la Reproducción". Encontrando 70 casos de Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI).

Estableciéndose la edad entre los 20 y 35 años, divididos en tres grupos:

20 - 25 años: (28.6 %)

26 - 30 años: (44.3 %)

31 - 35 años: (27.1 %)

Siendo el promedio de 27.3 años. Lo que nos indica que la EPI es un evento que se presenta principalmente en la edad reproductiva, en donde existen muchos factores de riesgo como lo son: múltiples parejas sexuales, inicio de vida sexual activa en la adolescencia, parejas sexual con uretritis o gonorrea, uso de DIU, pacientes con antecedentes de EPI.

El 55.7 % de las pacientes eran casadas, 10 % en unión libre y el 34.3 % solteras, de las cuales sólo tres no habían tenido relaciones sexuales, lo que apoya aún mas el hecho de que sea la edad reproductiva la etapa de mas riesgo.

El dolor, la hipersensibilidad a la movilización del cuello uterino, sensibilidad de los anexos, la hipertermia leucocitosis y el aumento de la velocidad de sedimentación globular fueron los datos característicos de la sintomatología de las pacientes y que coincide con lo expuesto en la literatura.

Se observaron 12 imágenes de masa inflamatoria por ecasonografía, lo que constituye el 17.1 % de las pacientes y que presentaron esta complicación aguda; por lo que se debe tener en cuenta en pacientes con EPI resistentes al tratamiento y picos febriles persistentes.

La laparoscopia se realizó en el 100 % de las pacientes, demostrado la enfermedad en la totalidad de los casos, 25 % de las pacientes con una salpinge comprometida y 45 % con las dos; y se observó colección de pus en fondo de saco en 14 pacientes, lo que nos indica que la laparoscopia es el método diagnóstico mas eficaz y preciso de la EPI.

Incluso mas eficaz que el ultrasonido, ya que dos pacientes (14.3 %) que tenían colección de pus en los fondos de saco no fueron detectados por ultrasonido y en cambio sí por laparoscopia.

El cultivo vaginal realizado posteriormente al tratamiento de las pacientes, nos demuestra que el 75.7 % de las pacientes responden al tratamiento; lo que significa que el 24.3 % presentan recidivas. Eso quizás tenga que ver con el hecho de que en 28 pacientes (40 %) se dio tratamiento sin haberse realizado cultivo vaginal.

De los microorganismos encontrados en el cultivo vaginal, previo al tratamiento el mas frecuente fue *Chlamydia tracomatis* en un 47.6 %, *Neisseria* en un 35.8 % y *Tricomonas* en el 16.6 % habiendo combinaciones de gérmenes en 35 pacientes, que corresponde al 83 %.

Posterior al tratamiento 25.9 % tenían *tricomonas* y 58.8 % *Chlamydia*, tomando en cuenta 17 pacientes positivas, lo que nos indica que el tratamiento establecido es muy eficaz para gonococo.

Hay buena respuesta para *Chlamydia tracomatis* en un 58.8 % y mala para *tricomonas* 41.2 % por lo que creemos se debe realizar un cultivo previo al tratamiento, para así evitar las recidivas y complicaciones de la EPI.

Cabe destacar que el papanicolaou se presentó negativo para malignidad en todos los casos en que se realizó y demostró un predominio de inflamación e infección (81.4 %), lo que significa que constituye un buen método para determinar infecciones cervicovaginales que pudieran dar lugar a EPI.

En dos pacientes con antecedentes de EPI se presentó embarazo ectópico, lo que indica que es importante tratar adecuadamente la enfermedad pélvica inflamatoria para evitar complicaciones.

Para concluir se debe tener el diagnóstico preciso para administrar tratamiento para EPI, teniendo en cuenta los cultivos, exámenes de laboratorios, ultrasonografía, laparoscopia y principalmente el cuadro clínico, para evitar las complicaciones a corto y largo plazo que como hemos visto en este trabajo se presentan en un buen porcentaje.

BIBLIOGRAFIA

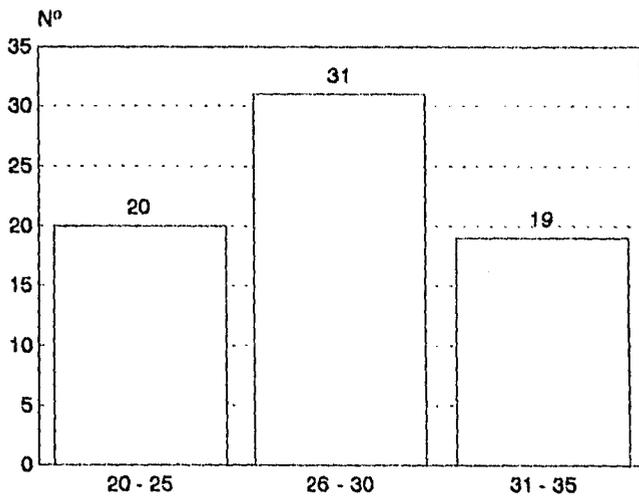
1. Higuera F, Hiller SH, McGregor J: Enfermedad pélvica inflamatoria. III Congreso Nacional de Ginecología y Obstetricia, 1992: 1 - 8
2. Stacy C, Munday P, Taylor Robinson D: A Longitudinal study of pelvic inflammatory disease. *Obstet Gynecol Surv*, 1992; 99: 994
3. Witkin S, Jeremias J, Toth M: Detection of chlamydia tracomatis by the polimerase chain reaction in the cervixes of woman with acute salpingitis *Am J Obstet Gynecol*, 1993; 168: 1438-42
4. Rice P, Schachter J: Pathogenesis of pelvic inflammatory disease, *JAMA*, 1991; 226: (18) 2587 - 2593
5. Leen N, Rubin G, Grimes D: Measures of sexual behavior and the risk of pelvic inflammatory disease. *Obstet Gynecol*, 1991; 77 (3): 425.
6. Brunham R, Binns B, Guijon F: Etiology and outcome of acute pelvic inflammatory disease; *Infect Dis*, 1988; 158: 510
7. Weström: Influence of sexually transmitted diseases on sterility and ectopic pregnancy. *Acta Eur Fertil*, 1985; 16: 21
8. Hillis S, Joesoef R, Marchbanks P: Delayed care of pelvic inflammatory disease as a risk factor for impaired fertility. *Am J Obstet Gynecol*, 1993; 168: 1508 - 1509
9. Brihmer C, Kallings I: Nord carl second look laparoscopy: evaluation of two different antibiotic regimens after treatment of acute salpingitis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 1989; 30: 263
10. Edwards L, Hakanson E, Changing stratus of tubal sterilization *Am J Obstet Gynecol*, 1973 (2): 347 - 351
11. Landers D, Wolner Hanssen P, Paavonen J: Combination antimicrobial therapy in the treatment of acute pelvic inflammatory disease *Am J Obstet Gynecol*, 1991; 164: 849 - 58

DATE: 1991-10-15
SAIN: 10-15-1991

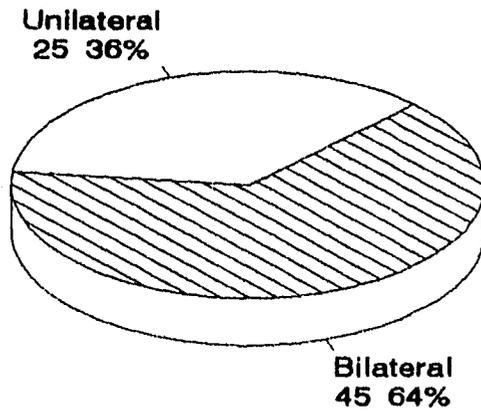
19

12. Thompson S, Brooks C, Eschenbach A: High failure rates in outpatient treatment of salpingitis with either tetracycline alone or penicillin/ampicillin combination Am J Obstet Gynecol, 1985; 152: 635
13. Duff P, Lee M, Hillier Sh: Amoxicilin treatment of bacterial vaginosis during pregnancy, Obstret Gynecol, 1991; 77(3): 431
14. Washington E, Katz: Cost of and payment source for pelvic inflamatory disease. JAMA, 1991; 266: (18) 2565 - 2569

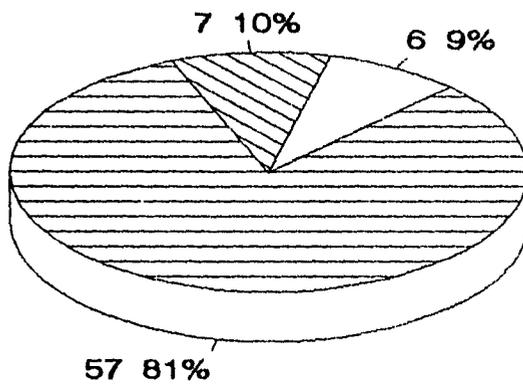
Gráfica N° 1. Distribución por edades de las pacientes



**Gráfica N° 2. Estudio de laparoscopia
Datos de enfermedad pélvica inflamatoria**

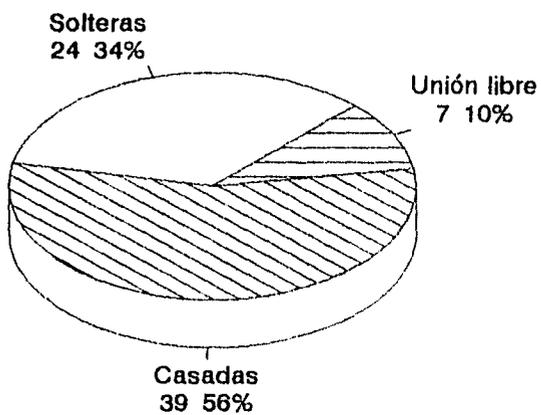


**Gráfica N° 3. Papanicolau
Clasificación**

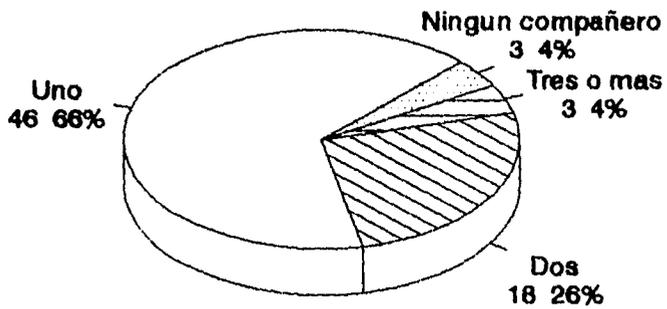


Clase I: 7 = 10 %
Clase II: 57 = 81.4 %
Clase III: 0 = 0
No realizado: 6 = 8.6 %

Gráfica N° 4. Estado civil de las pacientes



Gráfica N° 5. Número de compañeros sexuales de las pacientes



Gráfica N° 6. Uso de método anticonceptivo

