

11217

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION
HOSPITAL DE LA MUJER
SECRETARIA DE SALUD

12



HOSPITAL DE LA MUJER
SECRETARIA DE ENSEÑANZA

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA PRESENTA EL C.

DR. CECILIO SILVA VIDAL

205

TITULO :
INCIDENCIA Y FACTORES PREDISPONENTES DE ABSCESO TUBOOVARICO EN EL HOSPITAL DE LA MUJER DE LA CIUDAD DE MEXICO, DISTRITO FEDERAL. 1995 A 1999.

ASESOR :
DR. LUIS ENRIQUE BATRES MACIEL



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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

AGRADECIMIENTOS

A DIOS.

A MIS PADRES:

Delia Vidal Costa (+)

Luis F Silva López (+)

A LA MADRE DE MIS HIJOS

Dra. Eugenia García Noriega.

A MIS HIJOS

Yarabi Cecilia, Diana Berenice y Luis Daniel.

A MIS MAESTROS

A TODOS ELLOS: GRACIAS.

INDICE

INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES Y MARCO TEORICO	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
JUSTIFICACION	12
OBJETIVOS	13
MATERIAL Y METODO	14
RESULTADOS	15
DISCUSION	17
CONCLUSIONES	19
BIBLIOGRAFIAS	21
ANEXOS	24

INTRODUCCION

En nuestro medio el absceso tuboovárico (TOA) sigue teniendo un aspecto relevante, tomando en cuenta que existen múltiples factores predisponentes que inciden en el aumento de la morbimortalidad, factores que son menos evidentes en los países del primer mundo.

El impacto psicosocial de que se presente un (TOA) en una mujer en edad fértil tiene una relevancia sin parangón, ya que el limitar el futuro obstétrico en esta etapa de la vida no tiene precio. Además de la mortalidad que presentan estas pacientes es del 1 al 2% aún en los mejores hospitales por lo que dejaran hijos huérfanos con todas las repercusiones que esto conlleva.

Por todo lo anterior se plantea que el tratamiento de estas pacientes sea lo más conservador posible. Aunque esto aún no se realiza en muchos países debe hacerse ya que actualmente la literatura menciona que este manejo, en la edad fértil de la mujer tiene muchos beneficios. Entre otras ventajas del tratamiento conservador están el de volver a procrear (10 a 14%), además de evitarles la TRH (Terapia de Reemplazo Hormonal).

Consideramos de vital importancia hacer impacto en educación para la salud a las pacientes una vez conocidos los principales factores predisponentes de los TOA, ya que si bien la incidencia de esta patología es baja sus complicaciones, mortalidad y repercusiones a largo plazo son muy importantes.

ANTECEDENTES Y MARCO TEORICO

I.-DEFINICION.

El absceso tuboovárico (TOA) es una lesión pélvica cuya pared esta compuesta por trompa de falópio y el parénquima ovárico.(1,7,24).

El absceso ovárico primario es aquella lesión pélvica confinada al parénquima ovárico cuyo manejo es similar al de los TOA y son extremadamente raros.(1,24).

Un "complejo tuboovárico "consiste en una colección de pus en el interior de un espacio anatómico secundario a adherencias a los órganos vecinos (1,7,5).

El absceso tuboovárico (TAO) es una de las causas más frecuentes de tumor pélvico en mujeres de edad reproductiva, y el absceso intraabdominal más frecuente en premenopausicas 0.8% (4,5,22).

II.-EPIDEMIOLOGIA.

La Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI) afecta al 11% de las mujeres en edad reproductiva (9,22).

La incidencia de un absceso verdadero de un anexo es de aproximadamente el 10-15% en mujeres que han padecido una EPI(1,7,24).

Se desconoce con exactitud la incidencia de los TOA durante el embarazo ,sin embargo algunos autores como Laohaburnakit reportan casos aislados con muy mal pronóstico para el binomio.(23).

El índice de mortalidad por ruptura de un TOA puede ser, aún con los avances más modernos, hasta de un 10%.(1,7,18,22).

A los TOA se les encuentra asociados a EPI en un 30 a 50%.

Estos abscesos suelen ocurrir en mujeres en edad fértil con edad promedio de 20 a 40 años.(4,5,15).

III.-FACTORES PREDISPONENTES.

- Múltiples compañeros sexuales.
- Antecedentes de EPI.
- Uso de Dispositivo Intrauterino.
- Bajo nivel socioeconómico.
- Primera relación sexual a edad temprana.

- Número de relaciones sexuales.
 - Biopsia endometrial.
 - Legrado uterino instrumental.
 - Histerosalpingografía.
 - Histeroscopia.
 - Exposición a enfermedades de transmisión sexual (ETS).
 - Estado civil.
- (1,7,9,23,24).

IV.-ETIOLOGIA.

Básicamente los TOA son de etiología polimicrobiana. De acuerdo con los estudios bacteriológicos más recientes los microorganismos más frecuentes son a saber :

Escherichia Coli 37%,bacteroides fragylis 22%, otros bacteroides 26%, peptoestreptococos 18.5%, peptococos 11%.

Como podemos observar, a pesar que la Neisseria gonorreae y la Chlamydia trachomatis son los principales patógenos de EPI rara vez son cultivados en los abscesos (1,7,9,23,24).

Los microorganismos mencionados anteriormente se aíslan en un 28% en los cultivos cervicovaginales con TOA.(9,18,20).

Cuando un TOA se presenta asociado a uso prolongado de DIU debe pensarse en un anaerobio grampositivo conocido como Actinomysis israeli.(7,23,24).

V.-CUADRO CLINICO.

Estos pacientes presentan un cuadro clínico (base del diagnostico) caracterizado por :

- Antecedentes de EPI en un 46%.
- Dolor abdominopélvico de predominio a hipogastrio, con signos "peritoneales" positivos.
- Dolor a la movilización de cérvix y anexos.
- Fiebre ocasional de 38 grados centígrados.(65%).
- Leucorrea mucopurulenta.
- Anorexia y cambio en los hábitos intestinales.
- Los estudios de laboratorio son inespecificos la mayoría de las veces.
- La sensibilidad de la ultrasonografía para diagnostico de un TOA es de un 95%. Los hallazgos más comunes y característicos son: Masa

quistica anexial o en fondo de saco con paredes gruesas, irregulares y tabiques con detritus y ecos internos.

- La tomografía en realidad no tiene mayor ventaja que el USG y es más cara.
- Los rastreos con radionúclidos son inespecíficos.
- Los estudios con resonancia magnética nuclear son limitados aún.(,7,9,8,23,24).

VI.-DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Cuando el TOA no se ha roto debe diferenciarse de :

- Quistes ováricos.
- Embarazo ectópico no roto.
- Absceso periapendicular.
- Miomatosis uterina.
- Hidrosalpinx.

Cuando el TOA se ha roto el diagnostico diferencial consiste en :

- Absceso apendicular o rotura del mismo.
 - Perforación de un divertículo.
 - Úlcera péptica perforada.
 - Cetoacidosis diabética.
 - Porfiria, etc.
- (7,22,23,24).

VII.-TRATAMIENTO. (Cuadro I).

Históricamente (7,9,23,24) el tratamiento para los TOA rotos o no, uní o bilaterales era la histerectomía total abdominal con salpingooforectomía bilateral en toda paciente intervenida quirúrgicamente. Esta práctica se basaba en la posición de que la enfermedad afecta casi siempre con severidad ambos anexos.

Estudios recientes sugieren que hasta un 20 a 25% de las pacientes mostraran un ovario o trompa relativamente normal.(,7,9,13,22,23,24).

Aunque este sistema ofrecía tasas excelentes de curación dejaba mujeres jóvenes sin potencial futuro para la procreación (7,9).

El manejo de los TOA cambio espectacularmente durante la década pasada (1990) con el advenimiento de nuevas técnicas diagnósticas, antibióticos de amplio espectro así como el manejo conservador de los TOA no rotos. (7,9,18,20).

Los antibióticos de amplio espectro hicieron posible el manejo conservador de los TOA no rotos ya que entre otras ventajas, tienen la de penetrar a la cavidad del absceso sin perder efectividad.

Al disminuir las tasas de intervenciones quirúrgicas también lo hizo la morbimortalidad por las mismas.

Además de preservar la fecundidad el tratamiento conservador favorece la producción endógena de esteroides ováricos.(7,9).

El régimen antimicrobiano debe estar basado en lo recomendado por los Centers For Disease Control que son los mismos que para la EPI. (Cuadro II). Estas combinaciones se han estudiado ampliamente con tasas de curación clínica de 90 a 100%. La única modificación en cuanto al tratamiento de la EPI, es que el caso de los TOA se debe prolongar por vía intravenosa cuando menos durante 7 días. (1,4,5,7,9,12,14,18,19).

A).- CONSERVADOR.

CLINDAMICINA.

Antibiótico macrólido derivado de la lincomicina, se une al ribosoma 50S inhibe así la síntesis de proteínas. Tiene excelente actividad contra microorganismos anaerobios y es ineficaz contra bacilos gramnegativos. En dosis altas es eficaz incluso contra *Chlamydia trachomatis*. Para tratar los TOA se agrega a esta un aminoglucósido. Con este régimen, que ha mostrado ser ideal para iniciar el tratamiento médico de los TOA, se han observado tasas de buena respuesta hasta en un 70% (Reed et al). Algunos estudios (Landers et al), reportan que de 7 pacientes tratadas con este esquema solo una necesitó tratamiento quirúrgico. La colitis pseudo membranosa se presentó como una complicación en 10% de los casos (7,9,23,24).

PENICILINA Y CEFALOSPORINAS.

Hay estudios recientes (5,9,20) que demuestran que la tasa de respuesta a un régimen de tratamiento de una penicilina combinada con un aminoglucósido es solo del 42%, así como también estudios sobre la combinación de una penicilina con una cefalosporina de primera generación e incluso agregando un aminoglucósido que reportan tasa de

respuesta clínica de solo un 16%. Como sabemos la mayoría de los TOA son anaerobios y gramnegativos. (2,5,8,9,15 19).

Otras cefalosporinas (además de la cefoxitina y el cefotetan) como son ceftizoxima, cefotaxima y ceftriaxona, que actúan adecuadamente contra los anaerobios y aerobios gramnegativos facultativos, pueden utilizarse en dosis apropiadas. (5)

OTROS ANTIBIOTICOS.

METRONIDAZOL.

Antibiótico de tipo nitroimidazol, tiene la actividad más bactericida contra microorganismos anaerobios de todos los agentes disponibles. No actúa contra aerobios.

Desafortunadamente no hay estudios recientes y bien diseñados con control de USG de los TOA que respalden el uso de este. (5).

Actualmente se recomiendan los esquemas del cuadro I, los que ya están bien estudiados y fundamentados. Se requieren estudios prospectivos con grupo testigo para comparar diferentes esquemas de antibióticos en el tratamiento de los TOA, confirmados ultrasonográficamente o por laparoscopia. (5,9,18).

B).- QUIRURGICO.

INDICACIONES PARA EL MANEJO QUIRURGICO DE LOS TOA.

- Rotura intraabdominal del TOA.
- Sospecha de que el cuadro doloroso este dado por otra patología (ej. apendicitis).
- Fracaso de la antibioticoterapia después de 48 a 72 horas de tratamiento.

SON PRUEBAS DE MEJORIA :

- Remisión de los síntomas
- Disminución de la temperatura.
- Disminución de las cifras de leucocitos.
(No necesariamente la curación completa).

Ya se comento cual era el tratamiento antiguo de los TOA, aquí lo analizamos con más detalle.

Antiguamente el principal procedimiento en casos de TOA rotos era la histerectomía total abdominal con salpingooforectomía bilateral.

Actualmente el tratamiento con antibióticos intensivo con anexectomía unilateral parece ser una opción segura en pacientes con rotura unilateral de TOA interesadas en conservar su capacidad reproductiva y hormonal. Incluso en mujeres con absceso bilateral el cirujano debe intentar conservar el útero y cuando menos un ovario. En pacientes postmenopausicas solo se presenta un 17% de los casos de TOA sin embargo en estos casos se encuentra asociado, en un 4%, a cáncer ginecológico por lo que en estas pacientes se recomienda una laparatomía exploradora. Las perimenopausicas también son candidatas a histerectomía total abdominal con salpingooforectomía bilateral. (1,4,5,9,15,18,23,24).

A pesar del adelanto en la antibioticoterapia el 25% de las pacientes requerirán de cirugía en sus diferentes modalidades que más adelante comentaremos.

La laparatomía exploradora es el procedimiento de elección a pesar de la laparoscopia y del drenaje abdominal percutaneo. La incisión transversa de Maylard es el abordaje ideal. El principal objetivo del cirujano debe ser el aislamiento y la ligadura del ligamento infundibulopélvico a través de la disección del ligamento redondo que en general es fácil de identificar y más difícil que este involucrado en el TOA. Se debe revisar hígado así como diafragma para localizar otros abscesos. además se debe de realizar irrigación exhaustiva con solución salina. La cúpula debe dejarse abierta sin drenaje. Se pueden colocar drenajes con aspiración continua en pared abdominal. La aponeurosis se cierra con monofilamento no absorbible como el polipropileno, la grasa y la piel se dejan abiertas. (3,7,9,22,23,24).

El manejo quirúrgico en base a la laparoscopia reporta grandes avances. La serie más grande publicada es de 50 pacientes de los que el 90% de ellos no necesitaron de otro manejo, salvo el apoyo de la antibioticoterapia. Sin embargo se necesitan estudios multicentricos al a zar con grupos de control para poder evaluar realmente su eficacia. (7,9,11,12,16,17).

El drenaje percutaneo mediante apoyo radiológico es también una alternativa terapeutica quirúrgica evaluada recientemente con apoyo de antibioticoterapia, se prefiere para estos casos el abordaje abdominal y se comenta que el transvaginal ya esta en desuso actualmente por las complicaciones reportadas. (7,9,20,23,24).

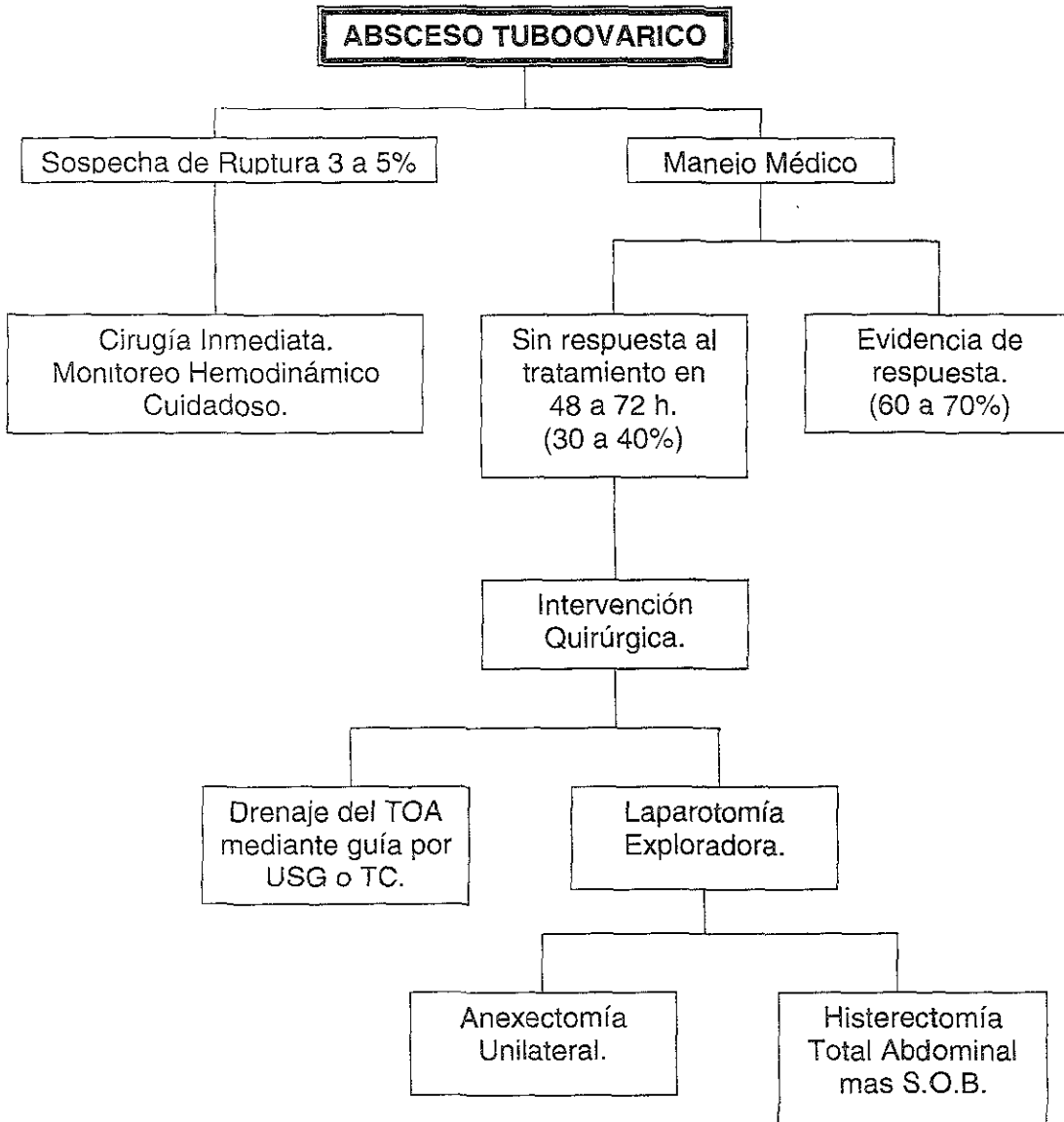
VIII.- PRONOSTICO.

Antiguamente la mortalidad por TOA era de un 85%,actualmente se considera de un 2% gracias a la antibioticoterapia.

La tasa de embarazos después de tratamiento conservador en estas pacientes es de 9 a 14%.

CUADRO I

Manejo del Absceso Tuboovarico



CUADRO II

PAUTAS DE TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO PARA LA ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA AGUDA, RECOMENDADA POR CENTERS FOR DISEASE CONTROL 1989.

1.- Cefoxitina.

2g por via intravenosa cada seis horas

O bien

Cefotetan

2g iv cada 12 horas

mas

Doxiciclina

100mg cada 12 horas oral o IV

(Esquema administrado al menos durante 48 horas después de la mejoría clínica. Luego del egreso hospitalario se continua la doxiciclina 100mg por vía oral cada 12 horas durante 10 a 14 días).

2.- Clindamicina

900mg IV cada 8 horas

más

Gentamicina

Dosis de carga: 2mg/kg IM o IV

Dosis de mantenimiento: 1.5mg/kg/día cada 8 horas.

(Régimen administrado durante al menos 48 horas después que la paciente mejora. Luego del egreso hospitalario se continúa la doxiciclina a 100mg via oral cada 12 horas durante 10 a 14 días o clindamicina 450mg vía oral cinco veces al día durante 10 a 14 días).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desafortunadamente no existen cifras exactas de la incidencia de los TOA, sino que existen datos estadísticos pero relacionados con las EPI principalmente. (5,7,9,23,24).

Encontramos que la incidencia de EPI es de un 11% de las mujeres en edad reproductiva y que de estas un 10 a 15% van a padecer un TOA. Por lo tanto indirectamente la incidencia real de los TOA desligados de las EPI debe de ser de 1a 2% de todas las mujeres en edad reproductiva. (7,9,23,24).

De tal forma que nos encontramos ante una entidad no tan rara y que, además, consideramos se debe haber incrementado con el paso del tiempo como consecuencia del advenimiento de nuevas enfermedades venéreas como el SIDA, de las secuelas del mismo, de la resistencia de los microorganismos a los antibióticos, de los cambios en los hábitos tanto sociales como sexuales, de la moral cambiante con los años, entre otros factores.

Las secuelas de esta patología son severas (Histerectomias, abscesos repetitivos o contralaterales, abscesos metastáticos, oclusiones intestinales, etc) además de tener un impacto psicosocial muy importante ya que se presenta en la edad reproductiva de la mujer dejándola muchas veces con un futuro obstétrico nulo, una autoestima devaluada y expuestas a la terapia de reemplazo hormonal con todos sus pros y contras desde muy temprana edad.

JUSTIFICACION

El conocer la incidencia de los TOA en nuestro hospital ayudara a revalorar esta patología como un problema de salud que si bien no lo es por su frecuencia si por su gravedad de tal forma que sepamos si esta patología se esta incrementado y porque esta sucediendo.

El conocer los factores predisponentes nos permitirá evaluar estos para realizar un análisis comparativo con años anteriores y saber si existen cambios o son los mismos .Si han cambiado debemos hacer impacto en el primer nivel de atención con educación para la salud enfocado a los mismos factores.

Las secuelas tan severas que ocasionan los TOA ameritan que esta patología tenga un control estadístico-analítico-terapéutico estricto ya que de lo contrario se desconoce si el manejo es adecuado y por lo tanto no se esta ofreciendo, probablemente, la mejor alternativa terapéutica a nuestros pacientes.

Si de cada 100 mujeres que acuden a nuestro hospital 1 o 2 van a presentar esta patología con todas sus complicaciones y con una mortalidad aún del 1 al 2% bien vale la pena realizar es estudio meticoloso de la misma.

OBJETIVOS

A).- PRIMARIOS.

- 1.- Determinar la incidencia de Abscesos tuboováricos en el Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México Distrito Federal durante los años de 1995 a 1999.
- 2.- Determinar los factores predisponentes de los abscesos tuboováricos.

B).- SECUNDARIOS.

- 1.- Evaluar si el manejo establecido en nuestro hospital esta acorde con la literatura más reciente a nivel mundial.
- 2.- Determinar la correlación diagnostica clínico-ultrasonográfica-histopatológica.
- 3.- Establecer la edad a la que se presentan los TOA en nuestro medio.
- 4.- Establecer que papel juega en nuestro medio el uso de DIU para el desarrollo de los TOA.
- 5.- Determinar la relación que existe entre los LUI y TOA.
- 6.- Establecer la relación que existe entre el número de gestaciones y los TOA.

MATERIAL Y METODOS

Se realizo un estudio de tipo longitudinal retrospectivo transversal y observacional. Se revisaron expedientes de pacientes que en su diagnostico diferencial se incluyera el de TOA, que estuvieron hospitalizados en el Hospital de la Mujer de la Secretaria de Salud del Distrito Federal durante los años de 1995 a 1999.

Criterios de inclusion:

Ser paciente del Hospital de la mujer.

Haber estado hospitalizada en el mismo en el lapso de 1995 a 1999.

Habersele integrado el diagnóstico de TOA mediante USG, laparotomía o laparoscopia.

Criterios de exclusión

Dolor abdominal por otras causas.

Pacientes operadas en otra institución que cursaron el posoperatorio en el Hospital de la mujer.

Duda diagnostica en cuanto a si era un absceso tuboovárico, pélvico o un complejo tuboovárico.

Criterios de eliminación: Pacientes con expediente clínico incompleto.

Se revisaron 770 expedientes que incluyeron diversas patologías como son síndrome doloroso abdominal, enfermedad pélvica inflamatoria, salpingitis, anexitis, absceso pélvico, absceso tuboovárico, colitis apendicitis, endometriosis, masas anexial, hidrosalpinx, quistes hemorrágicos, embarazos ectópicos.

Se corrobora que los expedientes analizados fueran de pacientes en los cuales se hubiera integrado el diagnóstico de TOA ya sea por ultrasonografía, laparoscopia o laparotomía, si bien a todas las pacientes se les realizo esta última.

La recolección de datos se lleva a cabo a través de una hoja tabular. De estos 770 pacientes únicamente 90 fueron incluidos en nuestro estudio por cubrir los criterios necesarios.

Se excluyeron de nuestro estudio todos aquellos casos que el dolor abdominal fue por otra razón entre otros tuvimos; hidrosalpinx, piosalpinx absceso pélvico secundario a apendicitis, etc.

RESULTADOS

El total de pacientes hospitalizadas durante los 5 años de nuestro estudio fue de 60084 de las cuales 49783 fueron obstétricas y 10301 ginecológicas. Las pacientes hospitalizadas con TOA (Absceso tuboovárico) fueron en total 90 durante los 5 años lo que corresponde a menos del 1% del total de pacientes hospitalizadas y aun 0.8% del total de pacientes ginecológicas hospitalizadas. (Gráfica I).

Además de la incidencia y los factores predisponentes de los TOA se analizaron otras variables que se desglosan también en estos resultados.

La incidencia de los TOA en el Hospital de la Mujer de la CD de México de 1995 a 1999 fue de un 0.8%.

- 1.- La edad a la que se presentaron los TOA fue en promedio entre los 15 y 45 años de edad. El grupo en que se detectaron más casos fue el de 36 a 40 años donde hubo 25 casos lo que correspondió a un 27.2%. (gráfica II)
- 2.- El número de gestaciones de estas pacientes fue en promedio de una, ya que 28 de ellas eran primigestas lo que corresponde a un 31% del total de pacientes con TOA. (Gráfica III) .
- 3.- Los principales factores predisponentes fueron a saber: (grafica IV)
 - a).- El uso de Dispositivo Intrauterino (DIU).

De tal forma que 40 pacientes de las 90 con TOA reportaron usar o haber usado DIU durante algún momento de su vida lo que corresponde a un 44%.

De estas 40 pacientes el promedio de uso del DIU fue de 4 años ya que 20 de ellas lo usaron durante ese tiempo lo que corresponde a un 50%. (gráfica V).
 - b).- Las cervicovaginitis.

Ocupan el segundo lugar como factor predisponente de TOA. De tal forma que 25 de las 90 pacientes con TOA reportaron antecedentes de cuadros de tal proceso infeccioso lo que corresponde a un 27%.

Lo que desconocemos es el número de casos de cervicovaginitis por año así como si era un padecimiento agudo o crónico para estas pacientes.
 - c).- El haber sido sometidas a Legrado Uterino Instrumental (LUI).

Este factor predisponente ocupa el tercer lugar ya que de los 90 casos de TOA 20 tenían el antecedente de haber sido sometidas a cuando menos un LUI, Lo que corresponde a un 22%. Se pudo apreciar que a mayor número de LUI mayor riesgo de presentar un TOA.(gráfica IV).

d).- Inicio de vida sexual activa (IVSA).

Se puede considerar el cuarto factor predisponente en orden de importancia de nuestro estudio ya que todas las pacientes con TOA iniciaron su vida sexual entre los 14 y 20 años de edad, grupo de edad que ocupó el segundo lugar en incidencia de esta patología.(gráfica VI)

e).- Número de parejas sexuales.

El 61% de las pacientes con TOA reportaron haber tenido únicamente una pareja sexual o sea 55 de ellas(gráfica VII).

f).-Otros datos importantes encontrados "asociados" a los TOA fueron:

- El antecedente de laparotomias previas todas ellas secundarias a apendicitis.
- El antecedente de haberse realizado salpingoclasia bilateral como método de planificación familiar.

4.-Otros datos analizados durante nuestro estudio.

a).- Tratamiento.(Gráfica VIII).

El 100% de ellos fue quirúrgico de estos predominó, como se puede ver en la gráfica VIII, la Histerectomía Total Abdominal con Salpingooforectomía Bilateral.

En el postoperatorio los medicamentos más utilizados fueron la asociación de gentamicina con clindamicina.(gráfica IX).

b).- Correlación diagnóstico clínico ultrasonográfico.(gráfica X).

Únicamente en el 20% de los casos de TOA existió correlación diagnóstica clínica ultrasonográfica. Los demás casos reportaron otras patologías y 5 de ellos no se les realizó USG ya que el diagnóstico fue clínico.

c).- Correlación diagnóstico histológico (gráfica XI).

- En 80 (88%) de los casos el diagnóstico histológico correspondió al clínico.
- En 5 (6%) casos reportaron actinomicosis.
- En 5 (6%) casos no encontramos reporte histológico.

DISCUSION

La incidencia de absceso tuboovárico(TOA) en nuestro estudio fue 0.8% coincidente con lo reportado por la literatura mundial.

Entre los factores encontrados como predisponentes de TOA tenemos a la Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI) misma que la literatura reporta que se encuentra hasta en el 50% de los casos de TOA.

La edad a la que se presentan los TOA a nivel mundial es después de los 20 años y antes de los 40. En nuestro medio su aparición es más temprana ya que el primer lugar fue ocupado por el grupo de edad comprendido entre los 36 y 40 años y el segundo lugar fue ocupado por el grupo de 15 a 20 años (4,5,15). Además en nuestro medio detectamos varios casos después de los 40 años.

El 44% de nuestras pacientes usaban o usaron DIU en algún momento de su vida ,acorde esto con lo reportado por la literatura para los factores predisponentes de TOA. Excluyendo de lo anterior a los países desarrollados. (1,7,9,23,24).

Los procedimientos invasivos de la cavidad uterina tienen una importancia vital para el desarrollo de EPI y por lo consiguiente para un TOA como es el caso de los DIU, pero también están otros factores que la literatura menciona como importantes y son :el antecedente de Legrado Uterino Instrumental (LUI), histeroscopias, histerosalpingografías, etc. En nuestro estudio únicamente encontramos información en cuanto a los LUI ya que el 22% de nuestras pacientes tenían el antecedente de haberse sometido cuando menos a uno. (7,9,11,13,17,22,23).

El número de parejas sexuales también esta considerado un factor predisponente de tal forma que en nuestro estudio encontramos que el 39% de las pacientes con TOA habían tenido dos o más parejas sexuales (3,7,9,23,24). El 100% de nuestras pacientes iniciaron su vida sexual activa antes de los 20 años, coincidiendo todo lo anterior con lo reportado en la literatura mundial.

Otro factor predisponente son las cervicovaginitis que en nuestro estudio ocuparon el segundo lugar con un 25% de las pacientes que fueron corroboradas por cultivo cervicovaginal y clínicamente por leucorrea (7,22,23,24).

Históricamente (7,9,13,16,19,22,23,24) el manejo de los TOA ha sido la histerectomía total abdominal total con salpingooforectomía bilateral (HTA+SOB).Que aunque ofrecía tasas excelentes de curación dejaba muchas pacientes sin futuro obstétrico. A partir de 1990 el manejo de los

TOA NO ROTOS ha cambiado espectacularmente (7,9,18,20) de tal forma que el tratamiento conservador (cuadro I y II) ha venido a ocupar un lugar *preponderante reportando tasas de curación de 90 a 100% dependiendo del antibiótico elegido.*

La literatura mundial reporta una sensibilidad diagnóstica de la ultrasonografía para los TOA de 95% incluyéndose como diagnósticos correctos masa anexial o masa en fondo de saco con paredes gruesas, irregulares y tabiques con detritus y ecos internos, la sensibilidad en nuestro estudio fue de un 75%.

No se detectó, durante los 5 años de nuestro estudio, ninguna muerte por esta causa. Únicamente encontramos días de estancia intrahospitalaria prolongados (diez días en promedio).

CONCLUSIONES

El absceso tuboovárico (TOA) es una lesión pélvica cuya pared esta compuesta por el parénquima ovárico y la trompa de falópio. Esta íntimamente ligado a la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), 30 a 50% de los casos.

La incidencia de los TOA en nuestro hospital fue de 0.8% de 1995 a 1999 coincidente con la literatura mundial. Contrario a lo que creíamos no se observo una mayor incidencia en nuestro hospital.

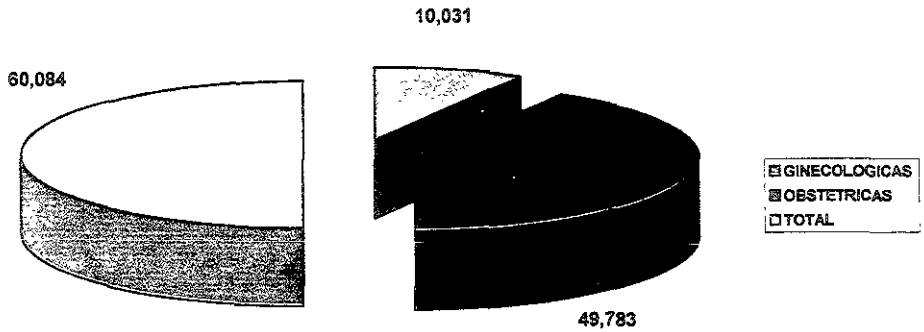
Los factores predisponentes encontrados en nuestro estudio son los mismos que se reportan en la literatura mundial. Algunos factores que cambian, en cuanto a su frecuencia únicamente, son :el uso del DIU ya que en nuestro medio este ocupo el primer lugar como factor predisponente pues es un metodo de planificación familiar usado ampliamente. La edad a la que se presentaron los TOA en nuestro medio vario ya que la mayoría reporta edad promedio de 20 a 40 años y en nuestro estudio encontramos que 22 (27%) eran menores de 20 años como consecuencia de iniciar vida sexual activa a más temprana edad con todo lo que esto implica.

En nuestro medio el 100% de los TOA tuvieron tratamiento quirúrgico debido a que al momento de diagnosticarse todos estaban rotos. Ha nivel mundial desde 1990 se ha optado por el tratamiento conservador a base de antibióticos en los TOA NO ROTOS. Incluso en las pacientes con TOA ROTOS pero sin paridad satisfecha el tratamiento es quirúrgico "conservador" (salpingooforectomía unilateral más antibioticoterapia). El tratamiento conservador nos permite tres objetivos : conservar el futuro obstétrico así como la producción de esteroides y, por último disminuir la morbimortalidad quirúrgica de nuestras pacientes.

Debemos hacer énfasis en "educación para la salud" a todas nuestras pacientes en cuanto a la detección oportuna de estos factores predisponentes y la forma de prevenir los mismos, ya que el impacto psicosocial, económico y de salud de presentar un TOA es desastroso.

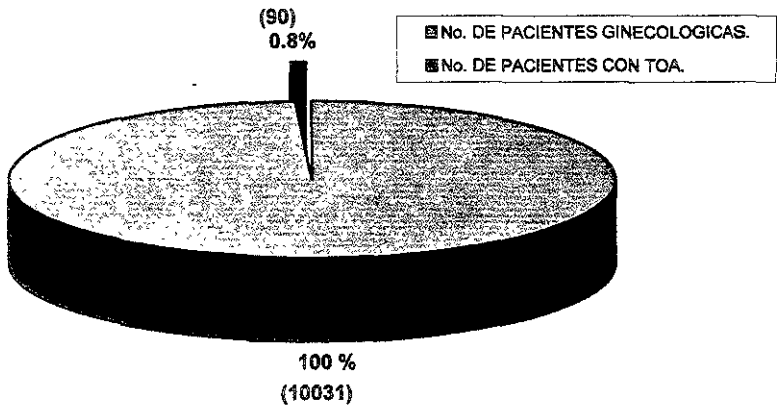
13. Huang A. Tuboovarian abscess in the adolescent. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 1997,10 :73-7.
14. Lepine AL, et al. Severity of pelvic inflammatory disease as a predictor of the probability of live birth. *Am J Obstet Gynecol.* 1997,178 :977.
15. Dehal SA. Clinically inapparent tuboovarian actinomycosis in a woman with an IUD. A case report. *J Reprod Med.* 1998,43 : :595-7.
16. Ripolles T. Diseases that simulate acute appendicitis on ultrasound. *Br J Radiol.* 1998,71 :94-8.17
17. McNeeley SG. Medically sound, cost-effective treatment for pelvic inflammatory disease and tuboovarian abscess. *Am J Obstet Gynecol.* 1998,178 :1272-8
18. Corsi PJ. Transvaginal ultrasound-guided aspiration of pelvic abscesses. *Infect Dis Obstet Gynecol.* 1999,7 :216-21.
19. Dottino P et al. Laparoscopic Management of Adnexal Masses in premenopausal Woman *Obst and Gynecol.* 1999,93 :223.
20. Zondervan K et al. Patterns of diagnosis and referral in woman consulting for pelvic chronic pain in UK primary care . *British J Obstet Gynecol.* 1999,106 :1149.
21. Richter et al. The association of interleukin 6 with clinical and laboratory parameters of acute pelvis inflammatory disease. *Am J Obstet Gynecol.* 1999 ;181 ;940.
22. Rivlin MD. Tubovaginal fistula after vaginal hysterectomy complicated by a tubo-ovarian abscess and diffuse peritonitis. *Am Coll Obstet Gynecol.* 1999 ;17 :851.
23. Mirhashemi R, et al. Trends in the Management of Pelvic Abscesses. *J Am Coll Surg.* 1999 ;188 :567.
24. Loahaburanakit P. et al. Ruptured Tuboovarian Abscess in Late Pregnancy. A case report. *J Reprod Med.* 1999 ;44 :551.

GRAFICA No I. TOTAL DE INGRESOS EN EL LAPSO DE ESTUDIO (1995 A 1999).



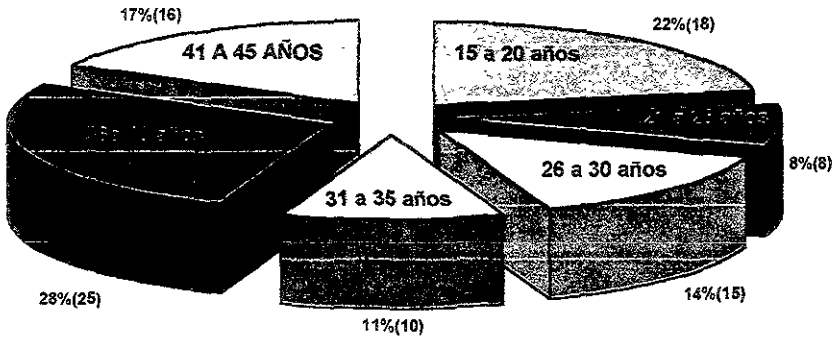
Fuente: Departamento de estadística del Hospital de la Mujer. México, D.F.

GRAFICA No. IB. TOTAL DE PACIENTES GINECOLOGICAS DEL ESTUDIO Y TOA PRESENTADOS DE 1995 A 1999



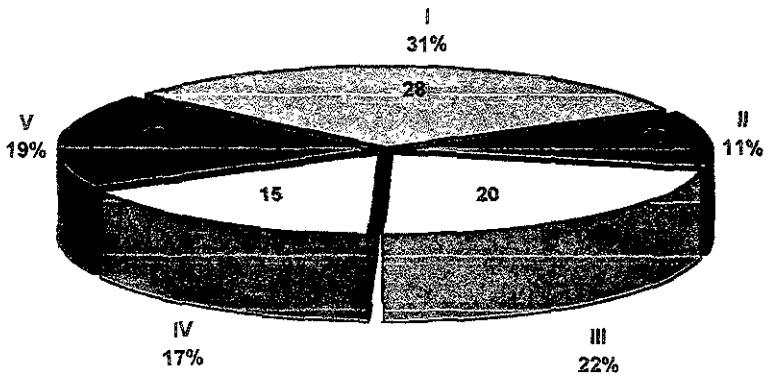
Fuente: Departamento de estadística del Hospital de la Mujer. México, D.F.

GRAFICA No II.EDAD DE LAS PACIENTES INCLUIDAS EN EL ESTUDIO.



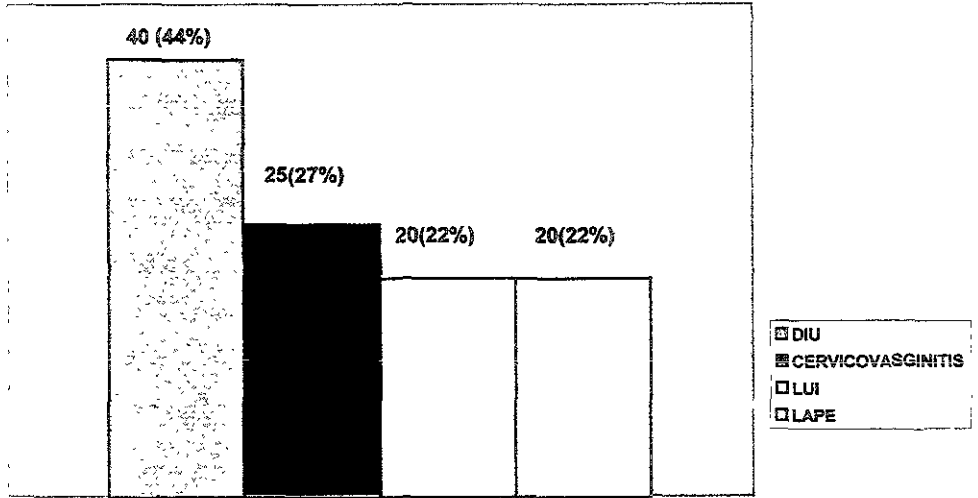
Fuente: Departamento de estadística del Hospital de la Mujer México, D F

GRAFICA No. III. NUMERO DE GESTACIONES EN PACIENTES CON TOA.



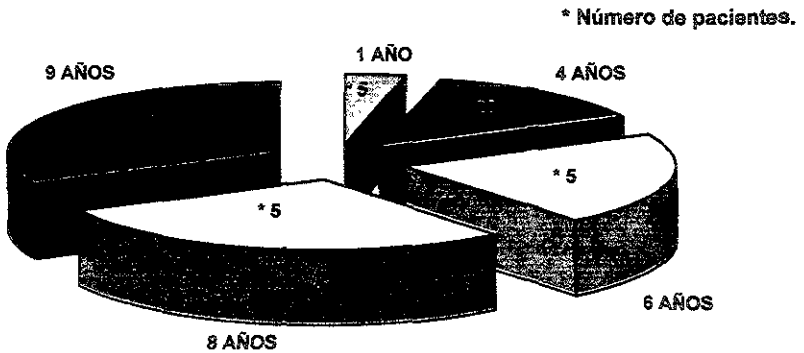
Fuente: Departamento de estadística del Hospital de la Mujer. México, D.F.

GRAFICA No IV. PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO DE LOS TOA.



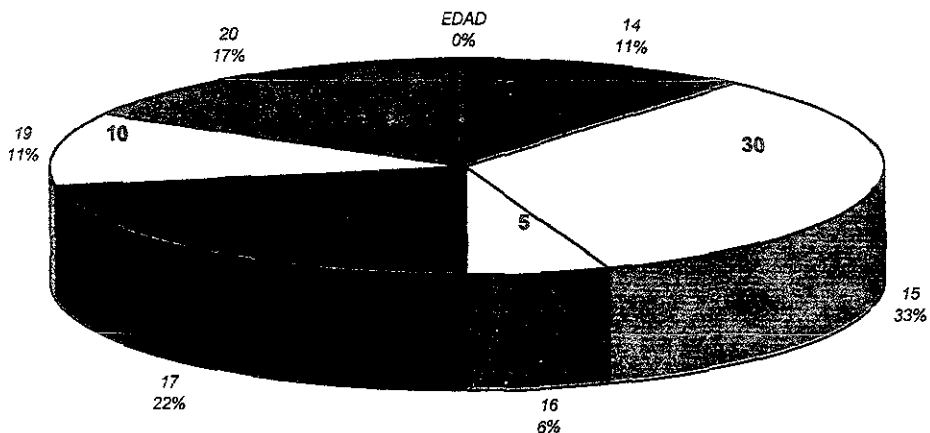
Fuente: Departamento de estadística del Hospital de la Mujer. México, D.F.

GRAFICA No. V. OTROS FACTORES PREDISONENTES DEL TOA: LAPSO DE USO DEL DIU.



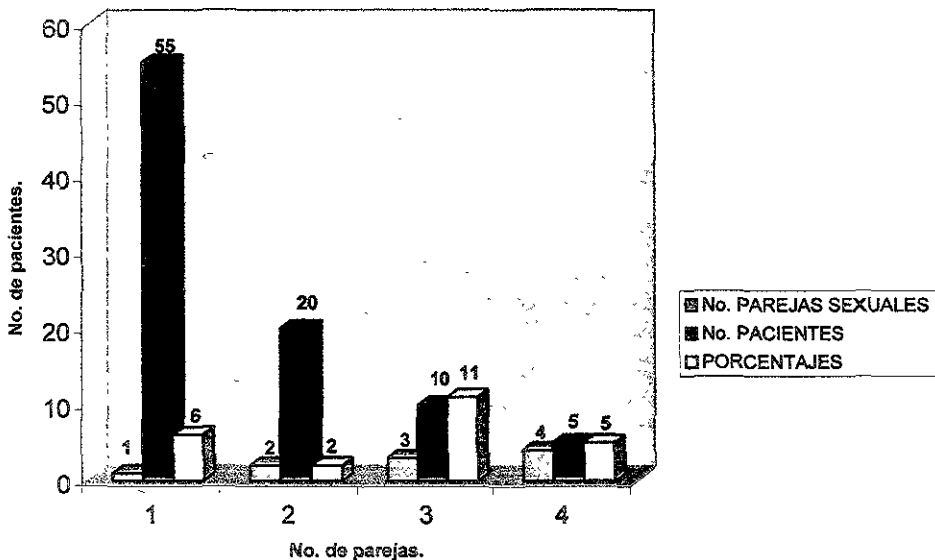
Fuente: Departamento de estadística del Hospital de la Mujer. México, D.F.

GRAFICA No VI. OTROS FACTORES PREDISPONENTES DE TOA: INICIO DE VIDA SEXUAL (IVSA)



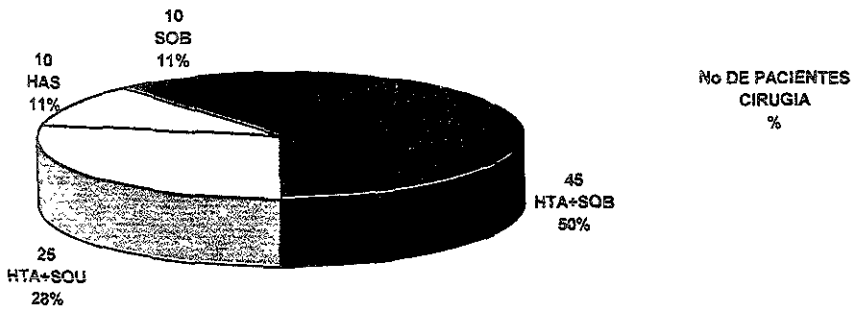
Fuente: Departamento de estadística del Hospital de la Mujer. México, D.F.

GRAFICA No. VII. OTROS FACTORES PREDISPONENTES DE TOA: NUMERO DE PAREJAS SEXUALES



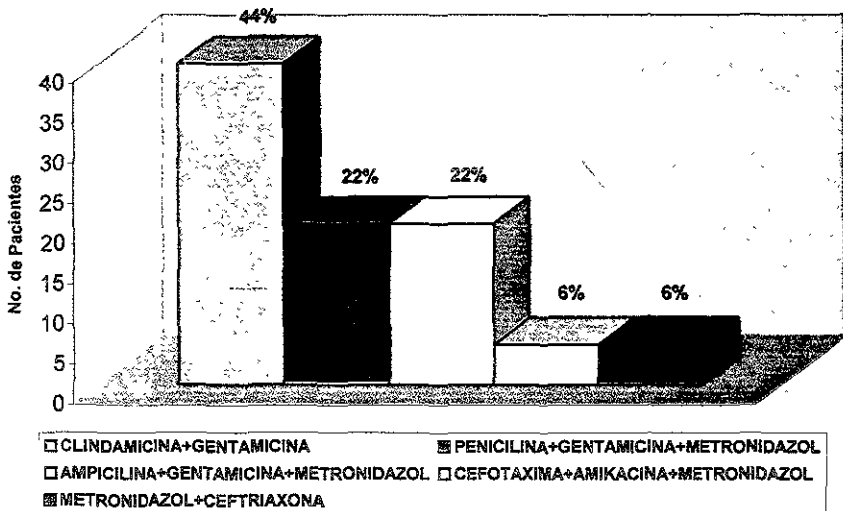
Fuente: Departamento de estadística del Hospital de la Mujer. México, D.F.

GRAFICA No.VIII.TRATAMIENTO:ALTERNATIVAS QUIRURGICAS EN LOS TOA



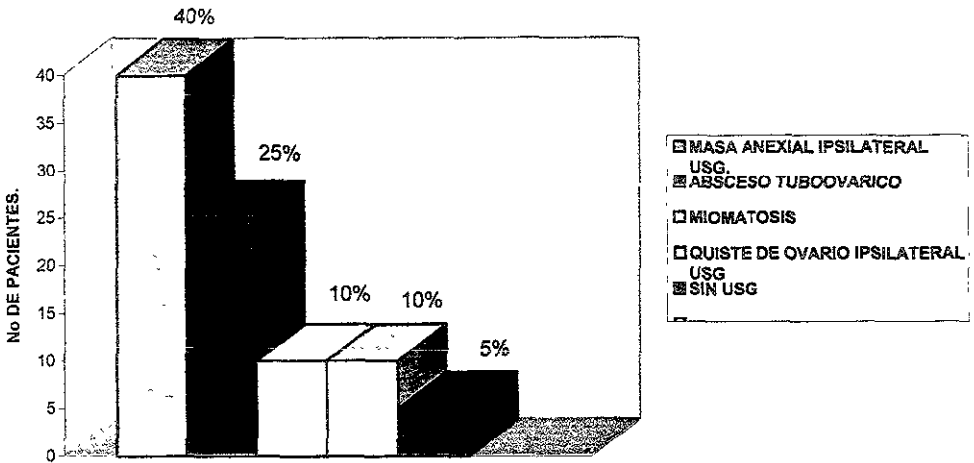
Fuente:Departamento de estadística del Hospital de la Mujer.México,D.F.

GRAFICA No. IX. MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN EL POSTOPERATORIO DE LOS TOA.



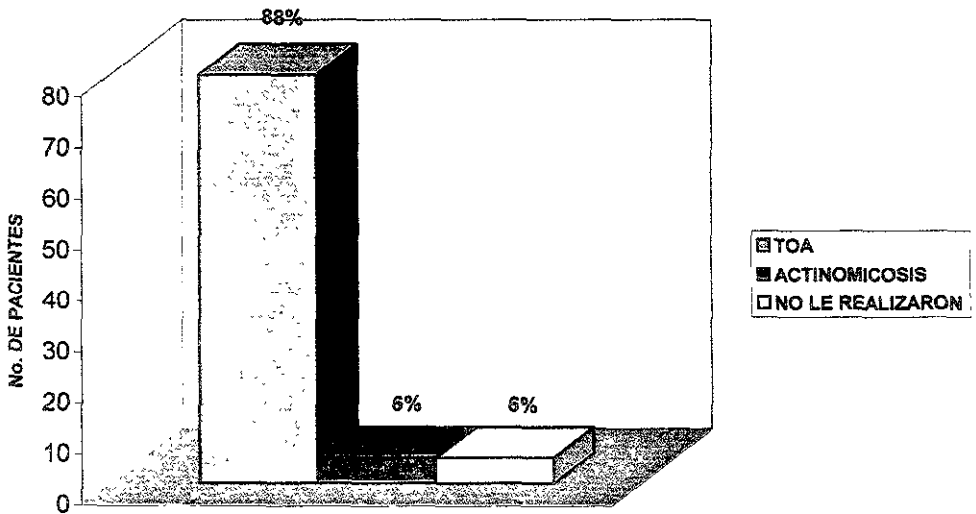
Fuente:Departamento de estadística del Hospital de la Mujer.México,D.F.

GRAFICA No X. CORRELACION DIAGNOSTICA CLINICO/ULTRASONOGRAFICA.



Fuente. Departamento de estadística del Hospital de la Mujer. México, D.F.

GRAFICA No. XI. DIAGNOSTICO HISTOLOGICO



Fuente. Departamento de estadística del Hospital de la Mujer México, D.F.