



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**



**UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD**

**HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA No. 4**

**"LUIS CASTELAZO AYALA"**

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN PACIENTES CON ABSCESO  
TUBOOVÁRICO EN EL HOSPITAL DR. LUIS CASTELAZO AYALA DEL  
PRIMERO DE ENERO DEL 2015 AL PRIMERO DE ENERO DEL 2016.**

**T E S I S**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA:

**DR. MARTÍN LÓPEZ AGUILAR**

**ASESOR: DRA. CRISTINA JIMÉNEZ MEDRANO.**

**CIUDAD DE MÉXICO**

**JULIO 2016**



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.

### **Carta de aceptación del trabajo de tesis**

Por medio de la presente informamos que el **C. Martín López Aguilar**, residente de la especialidad de Ginecología y Obstetricia ha concluido la escritura de su tesis **“Características clínicas en pacientes con absceso tuboovárico en el hospital Dr. Luis Castelazo Ayala del primero de enero del 2015 al primero de enero del 2016”** y otorgamos la autorización para la presentación y defensa de la misma.

---

Dr. Óscar Moreno Álvarez  
Encargado de la Dirección General  
Unidad Médica de Alta Especialidad en Gineco-Obstetricia No.4, “Luis Castelazo Ayala”  
Instituto Mexicano del Seguro Social

---

Dr. Juan Carlos Martínez Chequer  
Director de Educación e Investigación en Salud  
Unidad Médica de Alta Especialidad en Gineco-Obstetricia No.4, “Luis Castelazo Ayala”  
Instituto Mexicano del Seguro Social

---

Dra. Cristina Jiménez Medrano  
Medico Gineco-obstetra adscrito al servicio de Tracto Genital Superior  
Asesor de Tesis  
Unidad Médica de Alta Especialidad en Gineco Obstetricia No.4, “Luis Castelazo Ayala”  
Instituto Mexicano del Seguro Social

## **DEDICATORIA**

### **A Dios**

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado las fuerzas para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

### **A mi madre Alicia Aguilar Chávez**

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

### **A mi padre José López Zárate**

Por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante.

### **A mi hermano José Luis López Aguilar(†)**

Por enseñarme lo valiosa que es la vida y que cada instante hay que aprovecharlo y vivirlo al máximo con lo mejor que tenemos.

### **A mis maestros.**

Por enseñanzas, su gran apoyo y motivación para la culminación de mis estudios profesionales, por el tiempo compartido y por impulsar el desarrollo de mi formación profesional.

### **A la doctora Cristina Jiménez Medrano**

Mi gran maestra del arte de la medicina y de la vida, por la confianza depositada en mi en todo momento sin dudarle y ofreciendo sus conocimientos día a día.

## INDICE

Portada	1
Carta de Aceptación	2
Dedicatoria	3
Resumen	5
Introducción	8
Planteamiento del problema	18
Objetivos	19
Justificación	20
Tipo de estudio	21
Universo de trabajo	22
Determinación estadística del tamaño de la muestra	22
Especificación de las variables	23
Material y métodos	25
Análisis estadístico	26
Aspectos éticos	26
Resultados	27
Discusión	29
Conclusiones	31
Referencias	32
Tablas	34
Anexos	44

## RESUMEN

**Objetivo:** Conocer las características clínicas de las pacientes con diagnóstico de absceso tuboovárico en el hospital Dr. Luis Castelazo Ayala

**Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, transversal, retrospectivo en el Hospital de Gineco-Obstetricia "Dr. Luis Castelazo Ayala" del IMSS de junio de 2016 a julio del 2016 con recolección de datos del 1o. de enero de 2015 al 1o. de enero de 2016. Se realizó revisión de expedientes identificando 51 pacientes que cursaron con diagnóstico de absceso tuboovárico y se recabó información acerca de las características clínicas como la edad, inicio de vida sexual activa, número de parejas sexuales, antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria, fiebre, presencia de dolor pélvico crónico, presencia de comorbilidades, tiempo de realización del diagnóstico y tiempo de duración del cuadro clínico. La muestra se obtuvo mediante un método no probabilístico de casos consecutivos y se realizaron pruebas de estadística descriptiva para establecer frecuencias y medidas de tendencia central y de dispersión.

**Resultados:** De los 51 casos reportados como absceso tuboovárico se observó que la edad media de presentación fue de 34 años, la edad de inicio de vida sexual activa de 16 años, el número promedio de parejas sexuales fue de 3, la fiebre promedio reportada fue de 38.5 grados centígrados, el tiempo de instalación del diagnóstico fue de 16 horas, y el tiempo de recuperación promedio fue de 6 días. Asimismo, se observó que el 62% de paciente con diagnóstico de absceso tuboovárico tenían antecedente de diagnóstico de

enfermedad pélvica inflamatoria, el 60% se asociaba con dolor pélvico crónico y el 23% tenía comorbilidad asociada.

Conclusiones: Las características clínicas de las pacientes con absceso tubo ovárico del hospital de ginecología y obstetricia Dr. Luis Castelazo Ayala tienen una media de presentación similares a los reportados en la literatura mundial, por lo cual la literatura existente actualmente puede ser utilizada como guía en la atención de las pacientes de esta unidad.

Palabras Clave: absceso tuboovárico, inicio de vida sexual activa, número de parejas sexuales, enfermedad pélvica inflamatoria.

## **ABSTRACT**

**OBJETIVE:** To determine the clinical characteristics of patients diagnosed with tubo-ovarian abscess in the hospital "Dr. Luis Castelazo Ayala".

**Methods:** An observational, cross-sectional, retrospective study was conducted at the Hospital of Gynecology and Obstetrics "Dr. Luis Castelazo Ayala" IMSS from June 2016 to July 2016 with data collection 1st January 2015 to 1st January 2016. We performed chart review identified 51 patients who were enrolled with a diagnosis of Tubo-ovarian abscess and information was collected on the clinical characteristics such as age, onset of sexual activity, number of sexual partners, history of pelvic inflammatory disease, fever, presence of chronic pelvic pain, presence of comorbidities, diagnosis completion time and duration of the clinical picture. The sample was obtained by a non-probabilistic method of consecutive cases descriptive statistics and tests were conducted to establish frequencies and measures of central tendency and dispersion.

**Results:** Of the 51 reported cases was observed that the average age at presentation was 34 years, the age of onset of sexual activity for 16 years, the average number of sexual partners was 3, the average temperature reported was 38.5 grados Celsius, the installation time was 16hr diagnosis, and the average recovery time was 6 days. It also found that 62% had a history of pelvic inflammatory disease, 60% was associated with chronic pelvic pain and 23% had comorbid conditions.

**Conclusions:** The clinical characteristics of patients with ovarian abscess tube having an average of presentation, similar to those reported in the world literature.

**Keywords:** tubo-ovarian abscess, early sexual activity, number of sexual partners, pelvic inflammatory disease.

## **INTRODUCCION**

Un absceso tuboovárico es un proceso inflamatorio que involucra la trompa de Falopio, ovarios, y, ocasionalmente, otros órganos pélvicos adyacentes (por ejemplo, el intestino, la vejiga)(1). Esto puede manifestarse como un complejo tuboovárico (una aglutinación de esas estructuras) o una acumulación de pus (absceso tuboovárico). Estos abscesos son más comunes en las mujeres en edad reproductiva y por lo general son el resultado de la infección del tracto genital superior. El absceso tuboovárico suele ser una complicación de la enfermedad inflamatoria pélvica.

El absceso tuboovárico es una enfermedad grave y potencialmente mortal. Se requiere tratamiento médico y/o quirúrgico agresivo ya que la ruptura de un absceso puede dar lugar a la aparición de sepsis. La tasa de mortalidad asociada con absceso tuboovárico fue de aproximadamente 50 por ciento o superior antes de la llegada de los antibióticos de amplio espectro y la práctica quirúrgica moderna (2–4).

## **EPIDEMIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO.**

Existen pocos datos acerca de la incidencia de absceso tuboovárico. En los Estados Unidos desde el año 1983 hasta el año 2000, 200.000 mujeres fueron hospitalizadas anualmente por la enfermedad inflamatoria pélvica y en un tercio de ellas se encontró un absceso tuboovárico (aproximadamente 66,000) (5).

En la práctica actual, la tasa de mortalidad se aproxima a cero para los abscesos que no se han roto. Las tasas de mortalidad actuales para pacientes con abscesos

rotos no son reportados en la literatura; los datos de la década de 1960 sugirieron una tasa de mortalidad que oscila entre 1.7 a 3.7 por ciento (3–5).

Las mujeres con absceso tuboovárico tienen más probabilidades de estar entre los 15 y 40 años, pero la edad no debe excluir el diagnóstico.

Los factores de riesgo para absceso tuboovárico son los mismos que para la enfermedad pélvica inflamatoria, e incluyen los siguientes: múltiples parejas sexuales, edad entre 15 a 25 años, y enfermedad pélvica inflamatoria previa. Se ha reportado casos de enfermedad pélvica inflamatoria secundario a captura de ovocitos para su uso en fertilización in vitro (6,7). El uso de un dispositivo intrauterino puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de un absceso tuboovárico (específicamente unilateral), pero esta asociación no ha sido confirmada por estudios bien diseñados(8). Los dispositivos intrauterinos que han estado disponibles desde finales de 1990 parecen ser responsables del poco o ningún aumento en el riesgo de desarrollar enfermedad inflamatoria pélvica. El bajo riesgo de desarrollar enfermedad inflamatoria pélvica entre las usuarias de dispositivo intrauterino modernos parece estar limitada principalmente a las primeras tres semanas después de la inserción del dispositivo intrauterino(1,5).

Algunos estudios sugieren que las mujeres con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) tienen más probabilidades de desarrollar un absceso tuboovárico que otras mujeres (9–12).

## **PATOGÉNESIS.**

El mecanismo de la formación de un absceso tuboovárico no ha sido completamente aclarado. Es el resultado de la infección del tracto genital superior, secundario a una enfermedad pélvica inflamatoria generalmente. También puede surgir de la diseminación local de la infección asociada con enfermedades inflamatorias no controladas del intestino, apendicitis, cirugía anexial o, en ocasiones, a partir de propagación hematológica.

No está claro por qué algunas mujeres con infección del tracto genital superior desarrollan un absceso tuboovárico, mientras que la mayoría no(13,14). En la mayoría de los casos, la infección parece tener su origen en el tracto genital inferior por un agente de transmisión sexual o de la flora endógena de una mujer, la infección luego asciende hasta las trompas de Falopio. Esta inflamación puede progresar hasta causar daños en el endotelio de la trompa de Falopio (destruyendo las células ciliadas), y causando edema del infundíbulo de la salpínge. Esto da lugar a obstrucción de las trompas debido a adherencias, isquemia y necrosis, lo que contribuye al desarrollo de piosálpinx. Esta infección también puede causar arquitectura tubárica anormal que predispone a la formación de un absceso tuboovárico. La infección de trompas no controlada asociada con la invasión y destrucción de los tejidos produce un exudado purulento abundante con aumento gradual de edema tisular. Este edema a su vez puede comprometer el suministro de sangre local y provocar necrosis de los tejidos. Las estructuras de las trompas pueden adherirse al tejido ovárico adyacente para formar una masa compleja. La necrosis dentro de esta masa

puede resultar en la formación de una o más cavidades del absceso con un ambiente anaeróbico que permite y promueve el crecimiento de numerosas bacterias anaerobias que previamente estaban presentes en la flora endógena de la pelvis(1,9,13).

## **MICROBIOLOGÍA**

Los abscesos tuboováricos son típicamente polimicrobianos. Las bacterias que se encuentran son a menudo similares a los encontrados en pacientes con enfermedad pélvica inflamatoria no complicada (14).

Se han aislado mezclas de microorganismos aerobios, facultativos, anaeróbicas en abscesos tuboováricos(14,15). Los organismos más comunes incluyen *Escherichia coli*, estreptococos, *Bacteroides fragilis*, *Prevotella*, y otros anaerobios, tales como *Peptostreptococcus* (15). En casos aislados se reporta la presencia de patógenos inusuales incluyendo especies de *Candida*, *Pasteurella multocida*, especies de *Salmonella* y *S. pneumoniae* (16,17). En raras ocasiones, en el paciente inmunocomprometido se ha reportado, *Mycobacterium tuberculosis* (18).

En las mujeres con un dispositivo intrauterino (DIU), por lo general en usuarias a largo plazo, a menudo se asocian con un patógeno específico anaeróbico, *Actinomyces israelii* (14,15). *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis* rara vez se han aislado. El papel de estos organismos parece estar limitada a las infecciones anteriores, tales como cervicitis o enfermedad pélvica inflamatoria(7).

## **PRESENTACIÓN CLÍNICA.**

Se considera una complicación de la enfermedad inflamatoria pélvica (EPI), y la presentación clásica incluye dolor abdominal bajo, fiebre, escalofríos y secreción vaginal aguda (13–15). Sin embargo, la presentación de algunas mujeres difiere del escenario clásico. La fiebre no está presente en todos los pacientes y algunos pacientes reportan fiebres o escalofríos nocturnos, o en una sola ocasión de bajo grado. Además, no todas las mujeres presentan datos clínicos de forma aguda (15). Algunas mujeres con absceso tuboovárico pueden presentarse con síntomas aparentemente no relacionados, tales como dolor abdominal superior, persistente difuso o un cambio en los hábitos intestinales(1).

Las mujeres con ruptura de absceso tuboovárico clásicamente presentan un cuadro de abdomen agudo y signos de sepsis. Un absceso tuboovárico roto puede producir una enfermedad potencialmente mortal, que requiere la exploración quirúrgica inmediata(3,4,7).

## **EVALUACIÓN DE LA MUJER CON SOSPECHA DE ABSCESO TUBOOVARICO.**

La evaluación de las mujeres con sospecha de absceso tuboovárico incluye hacer el diagnóstico de la enfermedad pélvica inflamatoria y luego llevar a cabo otras pruebas para evaluar la presencia de un absceso tuboovárico. Así como excluir otras etiologías que tengan la misma presentación clínica. Debe realizarse historia clínica completa y un examen pélvico. Las pruebas de laboratorio incluye

un hemograma completo y cultivo cervical para gonococo y clamidia. se debe realizar una prueba de embarazo, ya que el resultado puede afectar la elección de la terapia antimicrobiana y el curso clínico(19,20).

Una vez que una mujer ha sido diagnosticado con enfermedad pélvica inflamatoria, es una prioridad clínica decidir si se requiere una evaluación adicional para descartar la presencia de un absceso tuboovárico(21,22).

Una evaluación más profunda incluye realización de estudios de imagen de la pelvis. Se solicitan estudios de imagen para las mujeres con diagnóstico de enfermedad pélvica inflamatoria que tienen una o más de las siguientes características(1,19,23):

- Gravemente enfermos
- Aumento significativo de la sensibilidad abdominopélvica que se oponen a una exploración ginecológica completa
- Tumor anexial apreciados en el examen clínico, en particular si es muy sensible a la exploración (7,8,18)
- La falta o mala respuesta al tratamiento antibiótico

## **EXAMÁNES DE LABORATORIO.**

La leucocitosis se encuentra en la mayoría de las mujeres con absceso tuboovárico (1,13–15,19,23). De todas las mujeres ingresadas con diagnóstico de enfermedad pélvica inflamatoria, las mujeres mayores de 40 años y aquellas con

marcadores de inflamación (recuento de glóbulos blancos, velocidad de sedimentación globular y proteína C reactiva) más son más propensos a tener absceso tuboovárico(21,24).

## **ESTUDIOS DE IMAGEN.**

Los estudios más útiles y comúnmente realizados en la evaluación de un absceso tuboovárico son la ecografía pélvica o la tomografía computarizada pélvica .

El ultrasonido es típicamente el primer estudio de imagen ya que produce imágenes de alta calidad del tracto genital superior, es menos costoso que la tomografía computarizada y no expone al paciente a la radiación. El ultrasonido también se prefiere cuando otra patología del tracto genital debe ser excluido (por ejemplo, quiste de ovario, embarazo ectópico, o mioma degenerado).(25,26)

Las imágenes ecográficas sugestivas de absceso tuboovárico son tumores multiloculares complejos que a menudo alteran la arquitectura normal de los anexos. Estas tumores a menudo parecen contener líquido y ecos internos coincidentes con detritus(13,15,26).

La tomografía computarizada se prefiere en mujeres en las que la patología asociada con el tracto gastrointestinal debe ser excluida (por ejemplo, apendicitis, o absceso asociado con la enfermedad inflamatoria del intestino). La tomografía computarizada puede plantear una ligera ventaja en términos de aumento de la sensibilidad para detectar un absceso tuboovárico en comparación con ultrasonido (78 a 100 por ciento en comparación con 75 a 82 por ciento, respectivamente). Sin embargo, es más costosa y además, la mayor sensibilidad asume que el

paciente tiene que tomar medio de contraste intravenoso y oral, que puede no ser posible en pacientes enfermos, por diversas razones (por ejemplo, incapacidad para tolerar la ingesta oral de contraste) (27,28).

Los hallazgos sugestivos en la tomografía computarizada para absceso tuboovárico incluyen paredes gruesas, tumores anexiales con borde grueso. Un tumor multilocular con aumento en densidad del contenido líquido sugestivo de exudado purulento (29). En algunos pacientes se puede observar salpinges con líquido en su interior, engrosadas consistentes con piosálpinx, engrosamiento del intestino regional adyacente, e involucrando mesenterio(19).

La tomografía computarizada (y ocasionalmente ultrasonido) puede mostrar cambios sugestivos de ruptura del absceso, en donde se observa conexión de fluido espeso con la cavidad abdominopélvica(25,26,29).

## **DIAGNÓSTICO**

El diagnóstico clínico de absceso tubo ovárico se realiza con base en el hallazgo de un tumor anexial pélvico en los estudios de imagen en una mujer que cumple con los criterios de diagnóstico para enfermedad pélvica inflamatoria. El tratamiento puede iniciarse sobre la base de un diagnóstico clínico(15,22,26).

Los criterios mínimos para el diagnóstico de enfermedad pélvica inflamatoria son: dolor pélvico o abdominal bajo, el aumento de sensibilidad cervical o uterina al movimiento, el aumento de sensibilidad en los anexos, en el examen clínico. Los criterios diagnósticos adicionales son temperatura mayor a 38.3 grados centígrados, exudado vaginal mucopurulento o anormal, presencia de leucocitos

en secreciones vaginales, velocidad de sedimentación globular aumentada, proteína C reactiva elevada, cultivo vaginal positivo para *N. gonorrhoeae* o *C. trachomatis*(15,28).

Los criterios definitivos: evidencia histopatológica de endometritis en la biopsia endometrial, ecografía trasvaginal o tomografía computarizada demostrando complejo tuboovárico con o sin líquido libre en cavidad, evidencia laparoscópica de alteraciones ocasionadas por enfermedad pélvica inflamatoria(24).

Diagnóstico diferencial - El diagnóstico diferencial de abscesos tuboovárico incluye una amplia variedad de otras condiciones que también pueden causar dolor abdominal o pélvica inferior, similar al diagnóstico diferencial de enfermedad pélvica inflamatoria(13,15,26).

El diagnóstico diferencial de la causa del dolor abdominal bajo en una mujer incluye enfermedades de los siguientes sistemas de órganos(1,9,13,15,24):

- Tracto reproductivo - Enfermedad pélvica inflamatoria, tumor ovárico, quiste ovárico roto, torsión ovárica, leiomioma uterino degenerado, dismenorrea, embarazo ectópico (incluyendo embarazo ectópico infectado), aborto séptico.
- Gastrointestinal - apendicitis, gastroenteritis, enfermedad inflamatoria intestinal. síndrome del intestino irritable, diverticulitis, estreñimiento, colecistitis.
- Tracto urinario - cistitis, pielonefritis, nefrolitiasis, uretritis.

La ausencia de fiebre no excluye por completo el absceso tuboovárico ya que algunas mujeres con absceso tuboovárico cursan afebril.

SEPSIS - Las mujeres con absceso tuboovárico pueden presentar o desarrollar sepsis. Una evaluación completa debe incluir medición signos vitales, examen físico y pruebas de laboratorio para excluir la sepsis.

## **TRATAMIENTO**

Las modalidades de tratamiento incluyen la terapia con antibióticos de amplio espectro, procedimientos de drenaje mínimamente invasivos, cirugía invasiva, o combinaciones de estas intervenciones. Para la gran mayoría de los abscesos tuboováricos de tamaño pequeño y mediano, la terapia con antibióticos por sí solo puede llevar a la curación(1–3,18,28).

Para la elección del agente antimicrobiano se deben realizar pruebas que incluyen cultivos de sangre y del líquido obtenido de la cavidad de un absceso tuboovárico (ya se trate de una cirugía abierta o procedimientos de drenaje percutáneo). Si se realizan hemocultivos, deben ser obtenidos antes de la administración de antibióticos, si es posible(1,3,8,9,28).

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son las características clínicas de las pacientes con diagnóstico de absceso tuboovárico en el hospital Dr. Luis Castelazo Ayala del primero de enero del 2015 al primero de enero del 2016?

## **OBJETIVO**

Conocer las características clínicas de las pacientes con diagnóstico de absceso tuboovárico en el hospital Dr. Luis Castelazo Ayala en un periodo comprendido del primero de enero del 2015 al primero de enero del 2016.

## **JUSTIFICACION**

El absceso tuboovárico es una entidad que afecta a las mujeres en edad reproductiva, se considera una enfermedad grave y potencialmente mortal. En el hospital Dr. Luis Castelazo Ayala, la población es estrictamente femenina y actualmente no se tienen estadísticas acerca de la incidencia y las características clínicas con las que cuentan las pacientes que cursan con dicha patología, este estudio pretende determinar las características clínicas que sirva posteriormente como método de búsqueda intencionada de casos y así establecer las bases para realizar en un futuro cercano estudios de diagnóstico, evolución, factores de riesgo y pronóstico para esta patología.

## DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO

Por el control de maniobra experimental por el investigador:	Observacional
Por la captación de información	Retrospectivo
Por la medición del fenómeno en el tiempo:	Transversal
Por la dirección del análisis:	Analítico

## **UNIVERSO DE TRABAJO**

La investigación se llevó a cabo en el centro de referencia de tercer nivel, UMAE Hospital de Gineco-Obstetricia “Dr. Luis Castelazo Ayala”, servicio de Tracto Genital Superior, localizado en la Ciudad de México. Avenida Río Magdalena número 289. Colonia Tizapan San Ángel. Delegación Álvaro Obregón. C.P. 01090. Ciudad de México. Teléfono 55506422.

## **PERIODO**

El presente estudio se realizó de junio del año 2016 a julio del año 2016 con recolección de datos de enero de 2015 a enero de 2016.

## **DETERMINACION ESTADISTICA DEL TAMAÑO DE MUESTRA**

No se requirió por la naturaleza del estudio así como por la técnica de muestreo (la muestra se obtuvo mediante un método no probabilístico de casos consecutivos).

## ESPECIFICACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES DEMOGRÁFICAS	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE
<b>Edad</b>	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Años cumplidos de los pacientes	Años	Numérica	Cuantitativa
<b>Diagnostico</b>	Procedimiento mediante el cual se identifica una enfermedad nosológica	Entidad consignada en el expediente clínico	Absceso Tuboovárico	Nominal	Cualitativa
<b>VARIABLES DE ESTUDIO</b>					
<b>Inicio de vida sexual activa</b>	Edad en la cual una persona inicia con la práctica del coito	Referida por la paciente y consignada en el expediente como el inicio del coito	Años	Numérica	cuantitativa
<b>Número de parejas sexuales</b>	Cantidad de personas con las que ha practicado coito	Referida por la paciente y consignada en el expediente como el número de personas con las que ha practicado el coito	Número	Numérica	Cuantitativa
<b>Antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria</b>	Síndrome clínico consistente en dolor abdominal bajo y que se presenta por la infección ascendente de bacterias procedentes del cérvix	Entidad consignada en el expediente clínico	Presente/ ausente	Cualitativa	Dicotómica

<b>Fiebre</b>	Temperatura corporal cuantificada con un termómetro en axila de 38. grados centígrados, u oral superior a 37.7°c	Signo clínico reportado en el expediente	Presente/ ausente	Cualitativa	Dicotómica
<b>Presencia de dolor pélvico crónico previo</b>	Experiencia sensorial y emocional desagradable ocasionada por daño real o potencial, subjetiva referida a la región pélvica. el cual tiene una duración de 3 meses o más.	Entidad consignada en el expediente clínico	Presente/ ausente	Cualitativa	Dicotómica
<b>Presencia de comorbilidades</b>	Presencia de una o más enfermedades o complicaciones diferentes al diagnóstico primario	Enfermedades o complicaciones presentes al momento de la atención del paciente	Presente/ ausente	Cualitativa	Cualitativa/ dicotómica
<b>Tiempo de duración del inicio del cuadro clínico hasta establecer el diagnóstico</b>	Cantidad de días que fueron necesarios para establecer el diagnóstico posterior a presentarse el cuadro clínico.	Determinado por el inicio del cuadro clínico hasta el establecimiento del diagnóstico.	Número de horas	Cuantitativa	Continua
<b>Duración del cuadro clínico</b>	Cantidad de días en los que se presenten signos clínicos compatibles con la enfermedad	Determinada por el inicio del cuadro clínico hasta su resolución	Número de días	Cuantitativa	Continua

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se identificaron el total de pacientes ingresadas al hospital Luis Castelazo Ayala del primero de enero del 2015 al primero de enero del 2016 que cumplieran con los criterios de inclusión; los cuales fueron determinados de la siguiente manera: pacientes con diagnóstico de absceso tuboovárico, que fueran derechohabientes del hospital antes mencionado y que contaran con expediente clínico completo.

Se realizó revisión de los expedientes de las pacientes identificadas y se recabaron datos acerca de características asociadas al cuadro clínico como la edad en la cual apareció la patología, el inicio de vida sexual activa, el número de parejas sexuales, el antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria, la presencia de fiebre y grado de cuantificación de la misma, la presencia de dolor pélvico crónico, la presencia de comorbilidades presentes durante la aparición del cuadro clínico, el tiempo de duración desde el inicio del cuadro clínico hasta la realización del diagnóstico y la duración del cuadro clínico. Se registraron los datos en una hoja de captura donde a cada paciente se le asignó un número de folio así como las distintas variables a estudiar. El instrumento de recolección de datos se resguardó en un archivo electrónico en el servicio de Tracto Genital Superior del mismo hospital. Para asegurar la veracidad en la información recabada el contenido de la hoja de captura se cotejó con lo escrito en el expediente clínico dentro de la nota médica, hoja de enfermería y mediante observación directa. Una vez completada la muestra se realizó un análisis estadístico con medidas de tendencia central y distribución de las variables mediante la integración de datos obtenidos al programa SPSS V22.

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Los datos primarios obtenidos después de la revisión de expedientes fueron anotados en una hoja electrónica de recolección de información diseñada para este propósito en el paquete SPSS v. 22. Se realizó un análisis de homogeneidad, que de acuerdo al tipo de variables se determinó la homogeneidad de la muestra. Se realizó un análisis de estadística descriptiva con determinación de medidas de tendencia central y de dispersión. Se realizó determinación de media aritmética, y desviación estándar de las variables en cuestión. Así como determinación de frecuencias y porcentajes para algunas otras características.

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

El presente estudio se realizó de manera retrospectiva con revisión de expedientes; no hubo intervenciones de riesgo, ni realización de procedimientos hacia las pacientes, por lo tanto el presente trabajo se apegó al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y a la declaración de Helsinki. El proyecto fue autorizado por el CLIEIS con el número R-2016-3606-17.

## RESULTADOS

Se identificaron 51 pacientes con diagnóstico de absceso tuboovárico ( $n = 51$ ), y se determinaron las características clínicas antes mencionadas, se realizó análisis con medidas de tendencia central con determinación de frecuencias, porcentajes media aritmética y medidas de dispersión como determinación de desviación estándar.

Se observó que la edad de presentación para absceso tuboovárico se encuentra en un rango de 18 a 71 años, con una media de la edad de 34 años  $\pm 11.0$ , el mayor porcentaje se observó en las pacientes de 24 años y de 45 años (9.8%,  $n = 5$ ). (tabla I y tabla II)

El inicio de vida sexual activa de las pacientes que tuvieron diagnóstico de absceso tuboovárico se observó en un rango de 14 a los 20 años de edad con una media de  $16.2 \pm 1.4$ , el mayor porcentaje se presentó en pacientes que iniciaron vida sexual a los 15 años (45.1%,  $n = 23$ ). (tabla I y tabla III)

El número de parejas sexuales determinadas en pacientes con absceso tuboovárico se encuentra en un rango de 2 a 7 parejas, con una media de  $3.5 \pm 1.4$ , el mayor porcentaje se presentó en pacientes que tenían 2 parejas sexuales (33.3%,  $n = 17$ ). (tabla I y tabla IV)

La presencia de fiebre se documentó en la totalidad de las pacientes ( $n = 51$ ) en un rango de 38.3 a 39 grados centígrados, con una media de medición de 38.5 grados centígrados  $\pm 0.2$ , el mayor porcentaje de medición fue 38.4 grados centígrados (29.4%,  $n = 15$ ). (tabla I y tabla V)

La presencia de antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria se observó en un 62.7% de las pacientes (n = 32). (tabla VI)

Se encontró el antecedente de dolor pélvico crónico en un 60.8% de las pacientes (n = 31). (tabla VII)

Sólo un 23.5 de las pacientes (n = 12) contaban con comorbilidad asociada al momento del diagnóstico, y la diabetes tipo 2 fue la comorbilidad asociada en la totalidad de los casos. (tabla VIII)

El tiempo a partir del inicio del cuadro clínico a la realización del diagnóstico se encontró en un rango de 8 a 24 horas, con una media de 16.2 horas  $\pm$  4.21, el mayor porcentaje del tiempo en realizar el diagnóstico fue de 10, 15 y 18hr (15.7%, n = 8). (tabla I y tabla IX)

El tiempo de recuperación del padecimiento se reportó con un rango de 4 a 10 días, con una media de 6.7 días  $\pm$  1.43, el mayor porcentaje de tiempo de recuperación fue de 7 días (39.2%, n = 20). (tabla I y tabla 10)

## DISCUSION

El absceso tuboovárico es un proceso inflamatorio que involucra la trompa de Falopio, ovarios(1). Estos abscesos son más comunes en las mujeres en edad reproductiva. En este estudio se puede observar que como lo refiere la literatura internacional el absceso tuboovárico se presenta en mujeres en edad reproductiva (6,7) y solo en casos aislados fuera de ésta (sólo se presentó en 5 pacientes fuera de edad reproductiva), así mismo se puede observar que las edades de presentación se amplían a mujeres de menor edad que los reportados en la literatura(18 años).

En relación al inicio de vida sexual este estudio muestra que hubo mayor frecuencia en aquellas mujeres que iniciaron relaciones sexuales en una edad temprana, lo cual no difiere de la literatura internacional en la cual se reporta como factor de riesgo el inicio de vida sexual entre los 15 y 20 años de edad(6).

En este estudio se observó que el numero de pareja sexuales no aumentó la frecuencia de absceso tuboovárico ya que se reportó mayor porcentaje de absceso tuboovárico en aquellas pacientes que tenían 2 parejas a diferencia que las que contaban con más de 2.

A diferencia de los que se reporta en la literatura en la cual menciona que la fiebre no está presente en todas las pacientes(15) en este estudio la totalidad de pacientes curso con fiebre en el cuadro clínico.

El absceso tuboovárico se considera una complicación de la enfermedad inflamatoria pélvica (13–15). En este estudio se observa que la presencia del

antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria y dolor pélvico crónico solo en el 62.7 y 60.8 de las pacientes respectivamente, lo cual se asemeja con lo descrito en la literatura internacional.

Solo el 23.5% contaron con comorbilidad y la diabetes mellitus tipo 2 fue la asociada en la totalidad de los casos, lo cuál se puede explicar por los mecanismos inmunosupresores que acompañan a dicha patología. (15)

El tiempo de realización del diagnóstico y tiempo de recuperación de la patología son semejantes a los reportados a la literatura internacional.(5)

## **CONCLUSIÓN**

Las características clínicas de pacientes con absceso tuboovárico en el hospital Dr. Luis Castelazo Ayala como la edad, el inicio de vida sexual activa, el número de parejas sexuales, el antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria, la presencia de fiebre, el dolor pélvico crónico, la asociación con comorbilidades, el tiempo de realización de diagnóstico y el tiempo de recuperación son similares a los reportados en la literatura internacional, por lo cual la información descrita en dicha literatura puede ayudar a tomar decisiones en la conducta diagnóstica, terapéutica y pronóstica en el manejo de las pacientes.

## REFERENCIAS

1. Granberg S, Gjelland K, Ekerhovd E. The management of pelvic abscess. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.*2009;23(5):667–78.
2. Pedowitz P, Bloomfield Rd. Ruptured Adnexal Abscess (Tuboovarian) With Generalized Peritonitis. *Am J Obstet Gynecol.*1964;88:721–9.
3. Rivlin ME, Hunt JA. Ruptured tuboovarian abscess. Is hysterectomy necessary? *Obstet Gynecol.*1977;50(5):518–22.
4. Vermeeren J, Te Linde Rw. Intraabdominal rupture of pelvic abscesses. *Am J Obstet Gynecol.*1954;68(1):402–9.
5. Washington AE, Katz P. Cost of and payment source for pelvic inflammatory disease. Trends and projections, 1983 through 2000. *JAMA.*1991;266(18):2565–9.
6. Marlowe SD, Lupetin AR. Tuboovarian abscess following transvaginal oocyte retrieval for in vitro fertilization: imaging appearance. *19(3):180–1.*
7. Varras M, Polyzos D, Tsikini A, Antypa E, Apessou D, Tsouroulas M. Ruptured tubo-ovarian abscess as a complication of IVF treatment: clinical, ultrasonographic and histopathologic findings. A case report. *Clin Exp Obstet Gynecol.*2003;30(2-3):164–8.
8. Burkman RT. Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease: evolving perspectives on the data. *Obstet Gynecol Surv.*1996;51(12 Suppl):S35–41.
9. Blandford JM, Gift TL. Productivity losses attributable to untreated chlamydial infection and associated pelvic inflammatory disease in reproductive-aged women. *Sex Transm Dis.* 2006;33(10 Suppl):S117–21.
10. Kamenga MC, De Cock KM, St Louis ME, Touré CK, Zakaria S, N'gbichi JM, et al. The impact of human immunodeficiency virus infection on pelvic inflammatory disease: a case-control study in Abidjan, Ivory Coast. *Am J Obstet Gynecol.* 1995;172(3):919–25.
11. Cohen CR, Sinei S, Reilly M, Bukusi E, Eschenbach D, Holmes KK, et al. Effect of human immunodeficiency virus type 1 infection upon acute salpingitis: a laparoscopic study. *J Infect Dis.* 1998;178(5):1352–8.
12. Mugo NR, Kiehlbauch JA, Nguti R, Meier A, Gichuhi JW, Stamm WE, et al. Effect of human immunodeficiency virus-1 infection on treatment outcome of acute salpingitis. *Obstet Gynecol.* 2006;107(4):807–12.
13. Lareau SM, Beigi RH. Pelvic inflammatory disease and tubo-ovarian abscess. *Infect Dis Clin North Am.* 2008;22(4):693–708, vii.
14. Wiesenfeld HC, Sweet RL. Progress in the management of tuboovarian abscesses. *Clin Obstet Gynecol.* 1993;36(2):433–44.
15. Landers D V, Sweet RL. Tubo-ovarian abscess: contemporary approach to management. *Rev Infect Dis.* 5(5):876–84.

16. Myckan KA, Booth CM, Mocarski E. *Pasteurella multocida* bacteremia and tuboovarian abscess. *Obstet Gynecol.* 2005;106(5 Pt 2):1220–2.
17. Hsu W-C, Lee Y-H, Chang D-Y. Tuboovarian abscess caused by *Candida* in a woman with an intrauterine device. *Gynecol Obstet Invest.* 2007;64(1):14–6.
18. Ilmer M, Bergauer F, Friese K, Mylonas I. Genital tuberculosis as the cause of tuboovarian abscess in an immunosuppressed patient. *Infect Dis Obstet Gynecol.* 2009;2009:745060.
19. Hiller N, Fux T, Finkelstein A, Mezeh H, Simanovsky N. CT differentiation between tubo-ovarian and appendiceal origin of right lower quadrant abscess: CT, clinical, and laboratory correlation. *Emerg Radiol.* 2016;23(2):133–9.
20. Yilmaz B, Kasap B, Demir M, Gungorduk K, Kelekci S, Sutcu R. Diagnostic Value of Serum d-Dimer Level for Tubo-Ovarian Abscess: A Cross-Sectional Pilot Study. *Reprod Sci.* 2015;22(8):927–31
21. Lee SW, Rhim CC, Kim JH, Lee SJ, Yoo SH, Kim SY, et al. Predictive Markers of Tubo-Ovarian Abscess in Pelvic Inflammatory Disease. *Gynecol Obstet Invest.* 2015;23:13-5
22. Kielly M, Jamieson MA. Pelvic inflammatory disease in virginal adolescent females without tubo-ovarian abscess. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2014;27(1):e5–7.
23. Suzuki S, Yasumoto M, Matsumoto R, Andoh A. MR findings of ruptured endometrial cyst: comparison with tubo-ovarian abscess. *Eur J Radiol.* 2012;81(11):3631–7.
24. Halperin R, Svirsky R, Vaknin Z, Ben-Ami I, Schneider D, Pansky M. Predictors of tuboovarian abscess in acute pelvic inflammatory disease. *J Reprod Med.* 2008;53(1):40–4.
25. Moschouris H. Echo enhancers could facilitate the sonographic diagnosis of tubo-ovarian abscesses. *J Emerg Med.* 2012;43(1):e71–2.
26. Lee DC, Swaminathan AK. Sensitivity of ultrasound for the diagnosis of tubo-ovarian abscess: a case report and literature review. *J Emerg Med.* 2011;40(2):170–5.
27. Gagliardi PD, Hoffer PB, Rosenfield AT. Correlative imaging in abdominal infection: an algorithmic approach using nuclear medicine, ultrasound, and computed tomography. *Semin Nucl Med.* 1988;18(4):320–34.
28. McClean KL, Sheehan GJ, Harding GK. Intraabdominal infection: a review. *Clin Infect Dis.* 1994;19(1):100–16.
29. Hiller N, Sella T, Lev-Sagi A, Fields S, Lieberman S. Computed tomographic features of tuboovarian abscess. *J Reprod Med.* 2005;50(3):203–8.

## TABLAS

---

**TABLA I. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN PACIENTES CON ABSCESO TUBOOVÁRICO**

---

	MEDIA
EDAD	34.35 ± 11.05
INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA	16.05 ± 1.48
FIEBRE	38.55 ± 0.22
NUMERO DE PAREJAS SEXUALES	3.52 ± 1.43
TIEMPO EN HORAS A PARTIR DE LA INSTALACION DEL CUADRO CLINICO A LA REALIZACION DEL DIAGNOSTICO	16.27 ± 4.22
TIEMPO DE RECUPERACION DEL PADECIMIENTO EN DIAS	6.76 ± 1.44

**TABLA II. DISTRIBUCION DE EDAD EN PACIENTE CON ABSCESO TUBOOVÁRICO**

Edad	Frecuencia	%	% valido	% acumulado
18	1	2.0	2.0	2.0
20	1	2.0	2.0	3.9
21	1	2.0	2.0	5.9
22	1	2.0	2.0	7.8
23	4	7.8	7.8	15.7
24	5	9.8	9.8	25.5
25	1	2.0	2.0	27.5
26	1	2.0	2.0	29.4
27	1	2.0	2.0	31.4
28	3	5.9	5.9	37.3
29	2	3.9	3.9	41.2
30	1	2.0	2.0	43.1
31	1	2.0	2.0	45.1
32	4	7.8	7.8	52.9
33	1	2.0	2.0	54.9
34	1	2.0	2.0	56.9
35	1	2.0	2.0	58.8
36	2	3.9	3.9	62.7
38	2	3.9	3.9	66.7
39	1	2.0	2.0	68.6
40	1	2.0	2.0	70.6
41	1	2.0	2.0	72.5
42	1	2.0	2.0	74.5
43	1	2.0	2.0	76.5
44	2	3.9	3.9	80.4
45	5	9.8	9.8	90.2
46	1	2.0	2.0	92.2
51	1	2.0	2.0	94.1
54	1	2.0	2.0	96.1
60	1	2.0	2.0	98.0
71	1	2.0	2.0	100.0
Total	51	100.0	100.0	

---

**TABLA III. EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA EN PACIENTES CON ABSCESO  
TUBOOVARICO**

Edad	Frecuencia	%	% valido	% acumulado
14	2	3.9	3.9	3.9
15	23	45.1	45.1	49.0
16	12	23.5	23.5	72.5
17	5	9.8	9.8	82.4
18	4	7.8	7.8	90.2
19	3	5.9	5.9	96.1
20	2	3.9	3.9	100.0
Total	51	100.0	100.0	

---

---

**TABLA IV. NUMERO DE PAREJAS SEXUALES EN PACIENTES CON ABSCESO TUBOOVARICO**

Número de parejas sexuales	Frecuencia	%	% valido	% acumulado
2	17	33.3	33.3	33.3
3	10	19.6	19.6	52.9
4	11	21.6	21.6	74.5
5	7	13.7	13.7	88.2
6	5	9.8	9.8	98.0
7	1	2.0	2.0	100.0
Total	51	100.0	100.0	

---

---

**TABLA V. PRESENCIA DE FIEBRE Y DISTRIBUCION DE MEDICION DE TEMPERATURA EN  
PACIENTES CON ABSCESO TUBOOVÁRICO**

Temperatura en grados centígrados	Frecuencia	%	% valido	% Acumulado
38.30	6	11.8	11.8	11.8
38.40	15	29.4	29.4	41.2
38.50	13	25.5	25.5	66.7
38.60	4	7.8	7.8	74.5
38.70	3	5.9	5.9	80.4
38.80	2	3.9	3.9	84.3
38.90	2	3.9	3.9	88.2
39.00	6	11.8	11.8	100.0
Total	51	100.0	100.0	

---

---

**TABLA IV. ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA EN PACIENTES CON  
ABSCESO TUBOOVÁRICO**

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CON ANTECEDENTE DE EPI	32	62.7
SIN ANTECEDENTE DE EPI	19	37.3
Total	51	100

---

---

**TABLA VII. PRESENCIA DE DOLOR PELVICO CRONICO EN PACIENTES CON ABSCESO TUBOOVÁRICO**

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CON DOLOR PELVICO CRONICO	31	60.8
SIN DOLOR PELVICO CRONICO	20	39.2
Total	51	100

---

---

**TABLA VIII. COMORBILIDAD ASOCIADA EN PACIENTES CON ABSCESO TUBOOVÁRICO**

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CON COMORBILIDAD ASOCIADA	12	23.5
SIN COMORBILIDAD ASOCIADA	39	76.5
Total	51	100

---

---

**TABLA IX. TIEMPO A PARTIR DE LA INSTALACION DEL CUADRO CLINICO A LA REALIZACION DEL DIAGNOSTICO EN PACIENTES CON ABSCESO TUBOOVÁRICO**

Tiempo en horas	Frecuencia	%	% valido	% Acumulado
8	1	2.0	2.0	2.0
10	8	15.7	15.7	17.6
11	1	2.0	2.0	19.6
12	2	3.9	3.9	23.5
15	8	15.7	15.7	39.2
16	6	11.8	11.8	51.0
17	4	7.8	7.8	58.8
18	8	15.7	15.7	74.5
19	1	2.0	2.0	76.5
20	7	13.7	13.7	90.2
24	5	9.8	9.8	100.0
Total	51	100.0	100.0	

---

---

**TABLA X. TIEMPO DE RECUPERACION DEL PADECIMIENTO EN PACIENTES CON ABSCESO  
TUBOOVÁRICO**

Tiempo en días	Frecuencia	%	% Valido	% Acumulado
4	1	2.0	2.0	2.0
5	11	21.6	21.6	23.5
6	8	15.7	15.7	39.2
7	20	39.2	39.2	78.4
8	3	5.9	5.9	84.3
9	6	11.8	11.8	96.1
10	2	3.9	3.9	100.0
Total	51	100.0	100.0	

---

## ANEXOS

### HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

Hoja de recolección de datos										
NP	NSS	edad	IVSA	NPS	Antecedente de EPI	Dolor Pélvico crónico	Fiebre	Comorbilidad	Tiempo de establecimiento del diagnóstico	Duración del cuadro clínico
1										
2										
3										
4										
5										
6										



**"Dictamen de No Autorizado o  
Dictamen de Modificar y Volver a Presentar"**

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **3606** con número de registro **13 CI 09 010 173** ante  
COFEPRIS

HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NUM. 4 LUIS CASTELAZO AYALA, D.F. SUR

FECHA **14/06/2016**

**DRA. CRISTINA JIMÉNEZ MEDRANO**

**P R E S E N T E**

Le notifico que el protocolo de investigación con título:

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN PACIENTES CON ABSCESO TUBOOVÁRICO EN EL  
HOSPITAL LUIS CASTELAZO AYALA DEL PRIMERO DE ENERO DEL 2015 AL PRIMERO DE  
ENERO DEL 2016**

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, tiene el dictamen de:

NO AUTORIZADO  / MODIFICAR Y VOLVER A PRESENTAR

ATENTAMENTE

**DR.(A). OSCAR MORENO ALVAREZ**

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3606

**IMSS**

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL