

**"ETIOLOGIA DE LOS ABCESOS PELVICOS Y SU
DIAGNOSTICO POR COLPOCENTESIS"**

**Estudio prospectivo realizado en el Hospital Nacional
de Puerto Barrios K.E.L.G. Febrero-Julio de 1983.**

ARTURO ALBERTO ZUÑIGA CUEVAS

CONTENIDO

- I. *INTRODUCCION*
- II. *OBJETIVOS*
- III. *JUSTIFICACION*
- IV. *DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA*
- V. *REVISION DE LITERATURA Y ANTECEDENTES*
- VI. *MATERIAL Y METODOS*
- VII. *PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS*
- VIII. *DISCUSION FINAL*
- IX. *CONCLUSIONES*
- X. *RECOMENDACIONES*
- XI. *ANEXO*
- XII. *BIBLIOGRAFIA*

INTRODUCCION

Las enfermedades inflamatorias de la anatomía pelviana representan en la actualidad como en el pasado, el motivo más frecuente por el que una mujer consulta al médico, y sigue siendo un problema individual y social de nefastas consecuencias, tanto para la paciente como para la sociedad, por las múltiples pérdidas económicas que implica, y por las secuelas tan importantes como la infertilidad y el dolor pélvico crónico.

Las causas de inflamación son múltiples en esta área anatómica, relaciones que pueden variar según el medio social en el que se desenvuelve la paciente, así como patrones de vida (clase social, promiscuidad, ignorancia, servicios de salud, etc.)

Tanto en el pasado como en la actualidad la formación de abscesos pélvicos han sido por gérmenes Gram-Positivos, como por Gram-Negativos, cobrando cada día más auge éstos últimos.

Es digno de mención que gracias a los adelantos obtenidos en la década de los años 1970-80 sobre los esquemas antibióticos, la morbimortalidad ha mejorado notablemente, persistiendo aún, pese a los adelantos de dicho problema; motivo por el cual es de vital importancia insistir en la búsqueda de un satisfactor.

La presente investigación fue realizada en el hospital de Puerto Barrios por la frecuencia de infecciones pélvicas y abscesos subsecuentes; y su etiología a través de cultivos.

Cabe mencionar que el presente trabajo fue realizado en pacientes que no tenían antecedentes de embarazo, puerperio, post-aborto, o post-cirugía; siendo así aquellas pacientes que tuvieron antecedentes de transmisión sexual.

JUSTIFICACION

Cada día cobra más importancia y expectación el aumento de la frecuencia de infecciones de la anatomía pelviana que se presentan en mujeres jóvenes sexualmente activas (4,5,9)

Asimismo, resulta sorprendente el porcentaje de abscesos pélvicos que requieren tratamiento quirúrgicos en Guatemala, y que es reportado por otros estudios (2,5,22,12)

Respecto a éste, existe mucha controversia en cuanto a tratamiento conservador y/o agresivo de los procesos inflamatorios pélvicos agudos y crónicos (22)

Surgió por ésto, la motivación de acudir a métodos auxiliares de laboratorio como cultivos de secreción a través de Colpocentesis para el diagnóstico y así tener mejores remisiones en el tratamiento antimicrobiano, y no así empíricamente por clínica, con inferiores resultados.

Con este estudio se pretende contribuir al conocimiento de los parámetros para el tratamiento de los abscesos pélvicos en nuestro medio.

OBJETIVOS

GENERALES:

1. Determinar la frecuencia y etiología de los abscesos pélvicos en mujeres del Hospital Nacional de Puerto Barrios.
2. Analizar el manejo y tratamiento en pacientes con absceso pélvico.

ESPECIFICOS:

1. Identificar el agente causal más frecuente de los abscesos pélvicos.
2. Determinar el grupo etáreo más afectado por abscesos pélvicos.
3. Estandarizar criterios diagnósticos en el personal médico del hospital de Puerto Barrios.
4. Recomendar medidas tendientes a disminuir las complicaciones por absceso pélvico.

DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

Es sabido que tanto las infecciones pélvicas como los abscesos pélvicos como entidades patológicas contribuyen a un alto porcentaje en la morbi-mortalidad femenina.

Asimismo es de vital importancia el conocimiento de la frecuencia de estas afecciones en el área rural, ya que es aquí donde los factores sociales, económicos y culturales guardan estrecha relación con el problema.

A este respecto nos planteamos la interrogante de ¿qué incidencia existe de las infecciones pélvicas con la población femenina sexual activa, y si el manejo y tratamiento de las infecciones y abscesos pélvicos es el correcto?

Este trabajo trata de buscar un satisfactor a través de una correlación entre el diagnóstico clínico y hallazgos de laboratorio, realizando colpocentesis y cultivos de secreción a aquellas pacientes que se considere pertinente, para un diagnóstico precoz y tratamiento adecuado.

REVISION DE LITERATURA Y ANTECEDENTES

Debido a la relación existente entre las infecciones pélvicas y los abscesos pélvicos como entidades patológicas, describiremos a continuación algunos conceptos y generalidades de ambas enfermedades iniciando con las infecciones pélvicas y posteriormente entraremos de lleno a lo que es un absceso pélvico.

Una definición aceptable de infección pélvica es la que se refiere a todo proceso que involucren una inflamación y/o infección de los órganos contenidos en la pelvis de la mujer, el tejido celular que circunda y el peritoneo que la recubre, en un estadio crónico o complicado, (raras veces está indicado el empleo de cirugía para el tratamiento primario de una infección pélvica asociada con un absceso). (3,10,22)

La intervención quirúrgica de una infección pélvica requiere evacuación abdominal, sólo se recomienda en casos en que el tratamiento médico no ha logrado controlar el proceso. (7,10,17,19)

Según el lugar de localización las infecciones pélvicas reciben el nombre de:

ENDOMETRITIS:

Cuando el foco infeccioso se localiza en el endometrio y macroscópicamente se caracteriza por edemas, hiperhemia e infiltración con abundantes leucocitos polimorfonucleares. (1,10,18)

SALPINGITIS:

Cuando la infección se localiza en las trompas, puede constituir una secuela inmediata de la infección gonorréica aguda de la porción inferior del aparato genital o puede no presentarse hasta pasado mucho tiempo. La mucosa se pone edematosa y

pronto resuma exudado de naturaleza purulenta. (1,18,10)

OOFORITIS:

No es raro que el ovario participe del proceso inflamatorio agudo de la pelvis a causa de su proximidad con las trompas, por el contrario, es raro que se vea Ooforitis aislada de salpingitis, por otra parte el ovario permanece indemne muchas veces, aun en presencia de una inflamación tubárica intensa, aguda o crónica. (1,10,18)

ANEXITIS:

Cuando incluye los dos procesos anteriores ya que no es raro que participen de la mano, y que por su proximidad anatómica suele sucederse. Esta inflamación no sólo puede producir hemorragia uterina sino trastornos en el ritmo menstrual, que se manifiesta por un acortamiento de los intervalos (polimenorrea). (1,10,18)

PELVIPERITONITIS:

Resulta de la salida de material infectado por la trompa de un exudado seroso o fibrinoso que pronto produce adherencias en los órganos pelvianos y en intestino delgado, sigmoides o recto; produciendo así casi siempre abscesos pélvicos (1,10,18)

PARAMETRITIS:

Cuando está tomado el tejido celular laxo, y suele haber una fuerte induración y engrosamiento del parametrio de manera que la participación resultante de la trompa sea en esencia una perisalpingitis (1,10,18)

ETIOLOGIA:

Las infecciones pélvicas las podemos clasificar en dos grandes

grupos: Agudas y Crónicas. (18,10,18)

Desde el punto de vista etiológico, lo clasificaremos en tres grupos:

- a. Gonorreico
- b. Séptico o Piogeno
- c. Tuberculoso.

Dentro del grupo séptico o piogeno, podemos hacer una clasificación de infecciones pelvianas según estudios hechos en nuestro medio:

- a. Bacteroides
- b. Estreptococo anaerobio (peptococo, clostridio)
- c. E. Coli.

Tomando en consideración además que este tipo de infección suele ser provocada por más de un germen.

La gravedad del cuadro será dado por la cantidad y virulencia del germen infectante, estos abscesos pueden evolucionar a complicaciones como peritonitis, enfermedad tromboembólica y shock bacteriano, siendo por consiguiente una causa frecuente de morbilidad. (1,5,6,18,17,20)

MANIFESTACIONES CLINICAS:

Los síntomas, signos y tratamientos son semejantes ya que hay a veces dos o más lesiones asociadas, que es difícil determinar cuál predomina. Se presentan náuseas, singulto vómitos dolorosos, abdomen en tablas, hiperestesia cutánea, el pulso es rápido, la bacteremia es constante y en consecuencia la implicación pulmonar que ocurre con frecuencia. El delirio y el coma preceden a la muerte, poco antes de morir la fiebre que permanece elevada cae por debajo de lo normal. (4)

ABCESO PELVICO:

El absceso pélvico como forma evolutiva de infecciones de las vías genitales femeninas, causa aún de inquietud su incidencia, así como su potencial de morbi-mortalidad. La infección con anterioridad desde una salpingitis o piosalpinx con o sin ooforitis y la contaminación del fondo del saco de Douglas y la cavidad uterina, puede evolucionar a abscesos fuera de las trompas de falopio entre las hojas del ligamento ancho o tuboováricos; ya que cuando éste queda localizado por adherencias en el peritoneo se conoce con el nombre de organizado. (1,8,10,18)

MANIFESTACIONES CLINICAS:

Además de los signos y síntomas descritos anteriormente, en este caso si la fiebre y el dolor pelviano persisten y se acompaña de presión alta, dolor al tacto rectal y se pueden palpar masas debajo del cuello, nos indica la existencia clínica de un absceso pelviano. Cuando hay absceso del ligamento ancho como suceden en las fases avanzadas, las masas laterales son voluminosas. (19,21)

El fuerte engrosamiento y la sensibilidad de los ligamentos anchos y uterosacros, constituyen manifestaciones de la parametritis, que casi siempre se halla presente, y a diferencia de la gonorrea, aquí la fiebre suele ser persistente. (19,2)

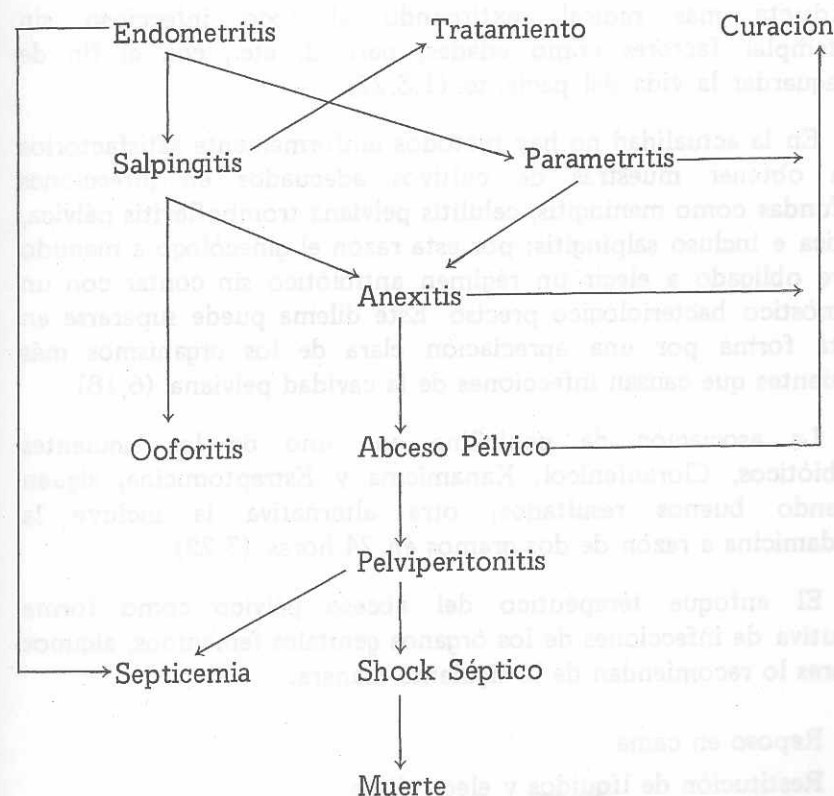
DIAGNOSTICO:

El diagnóstico de un absceso pélvico es la palpación de fluctuación. La tumoración es dolorosa que a veces es necesario la analgesia para realizar el examen, además la temperatura aumenta y la leucocitosis permanece alta. (19,21)

Es de vital importancia para el diagnóstico la edad de la paciente, ya que según la literatura nacional e internacional, las enfermedades pelvianas son más frecuentes en edad reproductiva

temperana ya que es en este período en que la mujer presenta mayor actividad sexual. (1,6)

ESQUEMA DE LA FORMACION DE UN ABCESO PELVICO Y COMPLICACIONES SUBSECUENTES (4)



TRATAMIENTO:

Ya que la infección juntamente con la toxemia y los problemas hemorrágicos es una de las causas principales de muerte en ginecoobstetricia, las investigaciones en este aspecto han evolucionado en estos últimos años, así vemos cómo ha aparecido nuevos antibióticos cada vez más potentes y específicos. Las normas de manejo en este tipo de infección en las salas de ginecoobstetricia han evolucionado hacia una conducta más radical, extirpando el foco infeccioso sin contemplar factores como edades, paridad, etc., con el fin de salvaguardar la vida del paciente. (1,3,22)

En la actualidad no hay métodos uniformemente satisfactorios para obtener muestras de cultivos adecuados en infecciones profundas como meningitis, celulitis pelviana tromboflebitis pélvica, séptica e incluso salpingitis; por esta razón el ginecólogo a menudo se ve obligado a elegir un régimen antibiótico sin contar con un diagnóstico bacteriológico preciso. Este dilema puede superarse en cierta forma por una apreciación clara de los organismos más frecuentes que causan infecciones de la cavidad pelviana. (6,18)

La asociación de penicilina con uno de los siguientes antibióticos, Cloranfenicol, Kanamicina y Estreptomycin, siguen teniendo buenos resultados; otra alternativa la incluye la Clindamicina a razón de dos gramos en 24 horas. (3,22)

El enfoque terapéutico del absceso pélvico como forma evolutiva de infecciones de los órganos genitales femeninos, algunos autores lo recomiendan de la siguiente manera:

- Reposo en cama
- Restitución de líquidos y electrolitos
- Succión nasogástrica según necesidades
- Administración de antibióticos e incisión de todo absceso accesible al drenaje a través del fondo de saco de Douglas.
- Se reserva cirugía adicional para aquellas personas en que los

casos el proceso séptico es rebelde al tratamiento conservador, o para aquellos casos en que se presenta la ruptura del absceso, y aquellos de diagnóstico primarios dudosos.

La evaluación del tratamiento del absceso pélvico debe reconocer los conceptos de fracaso y el tratamiento que requiere cirugía pélvica durante el curso inicial de la terapéutica, y fracasos tardíos con patología persistente y sintomatología que requiera histerectomía y/o salpingooforectomía bilateral subsiguiente, si así lo permite la edad y antecedentes de la paciente. (21,22,2).

COLPOTOMIA POSTERIOR:

Se realiza para detectar la presencia de material purulento y establecer una vía de drenaje para abscesos tubo-ováricos o colecciones supuradas para el fondo de saco de Douglas, también se practica en busca de sangre, en sospecha de embarazo tubárico. Idealmente los requisitos previos para el drenaje por colpotomía de un absceso pelviano, son tres:

- El absceso debe corresponder a la línea media o su inmediata proximidad.
- Debe disecar el tabique recto-vaginal, para asegurar al cirujano que el drenaje será extraperitoneal; en ocasiones un absceso de fondo de saco puede drenarse favorablemente sin disecar el tabique.
- El absceso puede ser quístico o fluctuante. (5,6,9)

La vía de elección, vaginal o retrógrada, depende de cada caso, así como el procedimiento extirpativo asociado el cual queda a criterio del cirujano. Sin embargo en el procedimiento vaginal se recomienda la vía posterior por tener estructuras anatómicas adyacentes menos comprometidas, lo que disminuye el índice de morbilidad. (5,6,9,22)

ANTECEDENTES

Como se indicaba anteriormente, como complicación de infecciones pelvianas, se sucedían la formación de absceso pélvico. Según un estudio realizado, sólo un caso presentó historia de infección pélvica de 12 pacientes que tuvieron absceso pélvico comprobado. (12,13)

En otro estudio en el que encontraron algunos síntomas y signos que consideraron de importancia, se describen a continuación:

SIGNOS	No. de Pacientes
Masa pélvica	11
Distensión abdominal	8
Leucocitosis	6
Temperatura 100° F	6
Dolor pélvico	9

En un estudio retrospectivo de 1970-1982 realizado en el hospital Roosevelt sobre 413 pacientes se comprobó que las enfermedades transmisibles por contacto sexual constituyen la primera causa de infección pélvica (72 por ciento) (9)

Cobar Herrera en una investigación de tesis, encontró que las mujeres con enfermedad pelviana inflamatoria de origen gonocócico, con mayor frecuencia tienen dolor que comenzó durante su menstruación o un poco después de la misma, en comparación con las pacientes con la forma no gonocócica; cuyo dolor pudo comenzar en cualquier momento del ciclo menstrual. (5)

Jacobson y Westrom por medio del diagnóstico laporoscópico

señalaron que la fiebre era más común en la forma gonocócica (29 por ciento).(5)

Si se obtiene sistemáticamente cultivos como parte de un programa de elección de mujeres asintomáticas, hasta el 50/o puede comprobarse que albergan una enfermedad gonocócica. El sitio principal de infección gonorréica primaria de la mujer, es el cuello uterino y la propagación para producir endometritis y salpingitis sólo ocurre en un 10-20% de los casos. El 80-90% restante que llevan este microorganismo en el tracto genital inferior (endocervix, glándula de Bartolini y de Skene) y criptas anales, proporcionan un reservorio humano constante para la perpetuación de esta enfermedad, ya que en la mayoría de los casos la infección parece ceder espontáneamente y resolverse en plazo de dos semanas, aunque ésto no significa curación. (9,21)

El medio de Thayer-Martin inoculado con una sola muestra endocervical permite la detección de *Neisseria Gonorrheae*, en un 80 por ciento. (5)

En Estados Unidos, la infección gonorreica ha aumentado dramáticamente y se estima que se produce un caso de gonorrea cada 12 segundos. Anualmente cerca de un millón de mujeres sufren enfermedad inflamatoria pélvica y sus secuelas; ello explica más de 2.5 millones de visitas médicas, 250,000 admisiones en los hospitales y cerca de 150 mil procedimientos quirúrgicos; (habrá que imaginarse el gasto económico que esta enfermedad ocasiona). (14,21)

Como se ha sabido por estudios anteriores, la aparición de fistulas y en especial de colon por su frecuencia sugieren estos mismos, la realización de enemas de Bario y sigmoidoscopia en complicaciones ulteriores y en especial en abscesos tubo-ováricos, así también el tratamiento operatorio y remoción del absceso y cultivo con antibiogramas en aquellos casos que se considere necesario. (13,19,17,20)

Un estudio realizado en 1975 sobre microbiología de infección pélvica se reportó como causante al peptoestreptococo

anaerobio como principal exponente, y a *E. Coli* seguidamente. (12,23)

Un estudio en particular en 1978 reporta a peptococo y bacteroides SPP anaerobios, en primer plano y a *E. Coli* en segundo plano, como responsable de infección obstétrica; motivo por el cual ha sugerido el tratamiento con aminoglicósidos por la predominancia de los gérmenes Gram-negativos. (15,23)

En otro estudio de tesis en 1978, se reporta en 28 pacientes con absceso pélvico comprobado, la siguiente clasificación:

Cultivo de Material Drenado	No. de Casos
Estreptococo B-hem. tipo A	8
Anaerobios	7
<i>E. Coli</i>	5
Gram-Positivos	1
Cultivos Negativos	7
Otros Cultivos	5
Thayer-Martin: Todos Negativos. (5)	

En un estudio realizado por The University of Southern California, en el cual por el número de casos registrados de enfermedad inflamatoria pelviana que se debió más a bacteria Gram-negativas que por gonococos; se dio una terapéutica comparativa de dos antibióticos, siendo Ampicilina y Espectinomina; de dicho estudio comparativo se concluyó que más anaerobios son susceptibles a Espectinomina. (19,20,21)

Dada la frecuencia de apareamiento de infecciones por gérmenes Gram-negativos y anaerobios, se efectuó un estudio con Clindamicina en el hospital de Gineco-Obstetricia Centro Médico La Raza. IMSS; con resultados excelentes ya que de 28 pacientes con procesos sépticos pelvianos, 25 pacientes evolucionaron satisfactoriamente con tratamiento de Clindamicina. (1,3)

También dieron resultados positivos pero en menor escala, la gentamicina, cefalotina, y dicloxacilina.

Su espectro microbiano incluye casi todos los gérmenes anaerobios Gram-positivos.

La dosis de Clindamicina recomendada a raíz de estudios es de 600 mg. IV. cada 6 horas diluidas en 250 cc. de solución salina, que se perfunde en un lapso de 30 minutos por cinco a 10 días, dependiendo de la gravedad del caso.

En un estudio realizado, comparativo de doble ciego y al azar del valor de la amoxicilina, nos reporta buenos resultados. Cuando es administrada por vía oral llega a un nivel sérico entre dos y dos horas y media antes al obtenido por la ampicilina administrada a igual dosis.

Los niveles séricos de la amoxicilina se presentaron después de 8 horas con dosis única de 500 mg. la absorción no es absorbida o inhibida por los alimentos. (7,15,16)

MATERIAL Y METODO

DETERMINACION DE LA POBLACION Y MANERA EN QUE SE ESTUDIO.

Pacientes de sexo femenino que fueron ingresadas al departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional de Puerto Barrios con diagnóstico de infección y/o abscesos pélvicos, durante los meses comprendidos entre febrero a julio de 1983.

El tamaño de la muestra fue de 64 casos (56 casos por infección pélvica y 8 casos por absceso pélvico). Se excluyen, como ya se mencionó, a aquellas pacientes que presentaron durante la anamnesis antecedentes de embarazo, puerperio, post-aborto o post-cirugía, tomando como muestra las pacientes con antecedentes de transmisión sexual únicamente.

Se practicó colpocentesis a aquellas pacientes con cuadros clínicos de absceso pélvico y cultivando la secreción para gérmenes aerobios y anaerobios.

Una vez obtenidos los resultados de laboratorio se procedió a administrar la quimioterapia correspondiente, contando para su efecto los antibióticos disponibles en el mencionado hospital. Se siguió la evolución de la enferma en función de los criterios de: curación, mejoría, fracaso. Si hubiese persistencia o agravación de la infección se procedería a una conducta más agresiva (quirúrgica)

A todas las pacientes se les llenó una ficha (anexo 1) para la recopilación de datos.

CUADRO No. 1

Departamento de Ginecología. Hospital Nacional de Puerto Barrios.

Abcesos pélvicos y su etiología por colpocentesis.

DISTRIBUCION POR GRUPO ETAREO

EDAD	CASOS INFECC. PELVICA	o/o	CASOS ABCESO PELVICO	o/o
14 - 18	4	7.1	1	12.5
19 - 23	15	26.8	2	25.0
24 - 28	13	23.2	3	37.5
29 - 33	9	16.0	0	0.0
34 - 38	8	14.3	1	12.5
39 - 43	5	8.9	0	0.0
44 - 48	2	3.6	1	12.5
49 y más	0	0.0	0	0.0
TOTAL	56	100.0	8	100.0

Como se puede observar, en este cuadro se presentan los casos de infección y abcesos pélvicos vistos en el período de estudio mencionado, en el cual el mayor porcentaje de estos procesos se presentó en pacientes menores de 33 años (72.9% y 75% respectivamente), lo que confirma la alta incidencia de estas afecciones en enfermas jóvenes; estos datos concuerdan con estudios recientes hechos en nuestro medio y en el extranjero (1,4,7,11)

La presencia de estos procesos inflamatorios en pacientes

jóvenes se puede deber a la mayor actividad sexual existente en mujeres en edad reproductiva y con mayor razón si tomamos en cuenta que las enfermedades transmisibles por contacto sexual constituyen la primera causa de infecciones pélvicas según un estudio de tesis realizado en el hospital Roosevelt.(9).

De acuerdo a los resultados obtenidos de ambos procesos infecciosos, se determinó la tasa de incidencia que fuera de 12.5%. Esto nos dice que de cada cien enfermas por infección pélvica, el 12.5o/o llegan a presentar absceso pélvico comprobado, determinando una a la incidencia en el área estudiada, lo cual reafirma los resultados obtenidos en otros estudios de nuestro medio (9,14,6)

CUADRO No. 2

Departamento de Ginecología. Hospital Nacional de Puerto Barrios.

Abcesos pélvicos y su etiología por colpocentesis.

SINTOMATOLOGIA PRESENTADA EN LOS ABCESOS E INFECCIONES PELVICAS

SINTOMATOLOGIA	No. DE CASOS	%
DOLOR HIPOGASTRICO	51	80.0
FIEBRE	34	53.0
LEUCORREA	8	12.5
NAUSEAS	7	11.0
DISURIA	12	18.7
SENSACION DE MASA	7	11.0
CALOFRIOS	16	25.0
OTROS	11	17.23

En nuestro estudio el síntoma más frecuente de consulta lo constituyó en un 80 por ciento el dolor hipogástrico; según un estudio extranjero en 1978, este síntoma ocupó el segundo lugar (12). Le siguió la fiebre con 53o/o de los casos. Otros síntomas importantes pero menos frecuentes fueron calofríos, disuria en 25% y 18.7% respectivamente.

El síntoma que llamó la atención durante el desarrollo del estudio fue la sensación de masa pélvica en 7 casos, que fueron absceso pélvico demostrado, de los 8 diagnosticados.

Entre otros síntomas se encontraron vómitos, dismenorrea, diarrea y anorexia.

El número total de síntomas no concuerda con el total de los pacientes ya que una misma enferma presentó más de un síntoma.

Estos hallazgos concuerdan a otros estudios recientes hechos en nuestro medio (1,2,4,9,12)

CUADRO No. 3

Departamento de Ginecología. Hospital Nacional de Puerto Barrios.

ANAEROBIOS AISLADOS DE CULTIVOS POR COLPOCENTESIS A 8 PACIENTES CON ABCESEO PELVICO

AGENTES	No. DE CASOS	
PEPTOCOCO SPP.	2	14.3
PEPTOESTREPTOCOCO	1	7.1
BACTEROIDES F.	5	35.7
BACTEROIDES SPP.	1	7.1
C. PERFRINGES	3	21.4
CULTIVOS NEGATIVOS	2	14.3
TOTAL	14	100.0

CUADRO No. 4

Departamento de Ginecología. Hospital Nacional de Puerto Barrios.

AEROBIOS AISLADOS DE CULTIVOS POR COLPOCENTESIS DE 8 PACIENTES

AGENTES	No. DE CASOS	%
ENTEROBACTER CLOACAE	1	7.7
E. COLI	3	23.0
KLEBSIELLA SPP.	2	15.4
PROTEUS MIRABILIS	1	7.7
PSEUDOMONA AERUGINOSA	1	7.7
N. GONORREAE	2	15.4
ESTAFILOCOCO EPIDERMIDES	2	15.4
ESTREPTOCOCO VIRIDANS	1	7.7
CULTIVOS NEGATIVOS	0	0.0
TOTAL	13	100.0

CEPAS ANAEROBIAS:

Se practicó colpocentesis a 8 pacientes, los cuales presentaron cultivos por infecciones mixtas, siendo el Bacteroides Fragilis el que más se presentó de las especies aisladas (35.7%); difiere de otro estudio realizado en 1975 sobre microbiología de infección pélvica en el que el principal exponente lo constituyó el Peptoestreptococo negativo (18)

Los otros anaerobios más frecuentes fueron en su orden los Clostridium, Peptococos y Peptoestreptococos.

En conjunto se aislaron doce anaerobios diferentes en

pacientes que se les hizo colpocentesis por diagnóstico clínico de absceso pélvico de los cuales dos cultivos fueron negativos.

Teniendo en cuenta la naturaleza de las infecciones los anaerobios fueron menos frecuentes de lo que creía, ya que la mayor parte de otros estudios indican la presencia de anaerobios en 80 a 90 por ciento de los casos por infecciones de la cavidad pélvica (2,4,6,9)

CEPAS AEROBIAS:

La E. Coli sigue siendo el exponente más frecuente según lo indican también otros estudios (12,18) Le siguió Klebsiella, N. Gonorræe y el estafilococo.

En total se aislaron más gérmenes aerobios en los 8 casos cultivados, ya que dentro de los anaerobios hubo 2 cultivos negativos.

CUADRO No. 5

Departamento de Ginecología. Hospital Nacional de Puerto Barrios.

MEDICAMENTOS EMPLEADOS EN LAS INFECCIONES Y ABCESOS PELVICOS (64 CASOS)

MEDICAMENTO	No. DE CASOS	%
PENICILINA	54	84.3
TETRACICLINA	12	18.7
TRIMETROPIN-SULFA	36	56.2
CLORANFENICOL	40	62.5
DICLOXACILINA	8	12.5
OTROS	14	21.8

CUADRO No. 5:

La Penicilina sigue siendo la droga más utilizada, seguida del Cloranfenicol en un buen porcentaje y Trimetropin-sulfametoxazol. Asimismo la Gentamicina y Estreptomycin se usaron combinadas con la Penicilina, aunque en años recientes el Cloranfenicol ha venido utilizándose cada vez más asociado con Penicilina. Un estudio de tesis en 1983, realizado en el hospital Roosevelt indica que el uso relativamente elevado del Trimetropin-sulfa, obedece a su eficacia en estudios recientes, sobre todo en la prevención y tratamiento de las complicaciones infecciosas urinarias (6)

En otros medicamentos se utilizó: Ampiplus, Gentamicina y Estreptomycin.

CUADRO No. 6

TRATAMIENTO EMPLEADO EN LOS OCHO PACIENTES CON ABCESOS PELVICOS E INFECCIONES

TRATAMIENTO	No. DE CASOS	%
MEDICO	56	87.5
MEDICO-QUIRURGICO	8	12.5
TOTAL	64	100.0

Observamos en este cuadro que sólo los casos de absceso pélvico se les efectuó tratamiento médico-quirúrgico, el cual se basó en drenaje por vía vaginal y un caso que se realizó exploración pélvica y lavado por vía abdominal por agravación de la infección, manteniendo así una postura conservadora, mientras que las infecciones pélvicas bastó únicamente tratamiento antimicrobiano.

CUADRO No. 7

Departamento de Ginecología. Hospital Nacional de Puerto Barrios

DURACION DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA

DIAS HOSPITALIZADOS	No. DE CASOS	%
0 — 7	7	11.0
8 — 14	22	34.4
15 — 21	18	28.0
22 — 28	9	14.0
29 — 35	5	7.8
36 — 42	2	3.1
43 — Más	1	1.6
TOTAL	64	100.0

El 45.4 por ciento de las pacientes estuvo hospitalizado menos de 14 días, que es el tiempo de hospitalización media en algunos hospitales como el hospital Roosevelt. Sin embargo, la mayoría de las enfermas estuvo hospitalizadas más de 15 días; indudablemente estas pacientes conforman una carga grande para el hospital por el tiempo de estancia a que se ven sometidas. Otros autores han obtenido similares resultados en trabajos hechos en nuestro medio (8,9,12)

CUADRO No. 8

Departamento de Ginecología. Hospital Nacional de Puerto Barrios

RESULTADOS CLINICOS DE LAS PACIENTES QUE PRESENTARON ABCESOS PELVICOS

	No. DE CASOS	%
CURACION	6	75.0
MEJORIA	1	12.5
FRACASO	1	12.5
TOTAL	8	100.0

EVALUACION FINAL: (Cuadro No. 8)

Una vez que el tratamiento terminó, cada enferma fue evaluada en función de los criterios siguientes:

Curación: Desaparición de los signos y síntomas de infección.

Mejoría: Desaparición total de la infección.

Fracaso: Persistencia o agravación de la infección.

Vemos pues que en este cuadro, 6 de las ocho pacientes fueron consideradas como curadas y una mejoría. El único caso de fracaso lo constituyó una paciente de 17 años que presentó una peritonitis diseminada a quien se le efectuó drenaje y exploración por vía abdominal ya que el absceso continuó pese al tratamiento electivo antimicrobiano y colpocentesis.

Los resultados clínicos anotados en estas enfermas nos muestran que sólo un caso de fracaso se presentó confirmando la eficacia de la colpocentesis en el diagnóstico y tratamiento de los abscesos pélvicos.

DISCUSION

La incidencia de las infecciones pélvicas son variables e influyen en la misma factores ambientales, socio-económicos, culturales, educacionales y geográficos que pueden modificar la misma. Probablemente el factor más importante es el estado socio-económico de las mujeres que usualmente corre paralelo al educacional y cultural. (4)

En relación con la edad de las pacientes, como ya se indicó, estuvo comprendida entre los 14 a 48 años, encontrándose éstos procesos infecciosos en su mayor parte en mujeres en edad reproductiva y con vida sexual activa.

Quiero dejar constancia que las pacientes del estudio fueron seleccionadas por sus antecedentes de orden sexual, ya que éste ocupa la primera causa de infecciones y abscesos pélvicos como lo han demostrado estudios recientes hechos en nuestro medio (1,7)

Los resultados muestran que la etiología más frecuente de absceso pélvico cultivados a través de colpocentesis tuvo como máximo exponente a *Bacteroides Fragilis* en cinco pacientes de ocho que desarrollaron absceso pélvico. Seguido muy de cerca por *Clostridium Perfringens* en 3 casos, y *E. Coli* con igual número de casos seguidamente.

Con menor número de casos se presentaron *Peptococos SPP*, *Neisseria Gonorrhoeae*, *Klebsiella* y otros respectivamente.

Esto nos demuestra que en su totalidad las infecciones fueron mixtas, predominando los gérmenes anaerobios aunque con poco margen sobre las cepas aerobias pero confirman así el auge que cada día cobran las infecciones anaerobias en procesos patológicos de la cavidad pelviana. (7,3,6)

Respecto al tratamiento, la conducta fue conservadora instituyendo un régimen de tratamiento con antibióticos por un tiempo que en la mayoría osciló entre 1 y 9 días y luego si existe evidencia de proceso infeccioso activo, se le practicó colpocentesis y drenaje según necesidades con el fin de mejorar los resultados del tratamiento.

Por otra parte esta investigación confirma la grandísima carga económica que los procesos infecciosos pélvicos imponen, la cual puede ser estimada por el tiempo de hospitalización tan largo a que se vieron sometidas las pacientes con éstos problemas.

Factores importantes son sin lugar a dudas, las inadecuadas medidas de salud que no contemplan el aspecto preventivo en ellas, elemento esencial en el control de las enfermedades infecciosas y en especial en las de transmisión sexual que tan frecuentes son en el departamento de Puerto Barrios.

CONCLUSIONES

1. Las infecciones pélvicas son más frecuentes en pacientes en edad reproductiva y con vida sexual activa.
2. Del total de las infecciones pélvicas 12.5% desarrollaron Absceso Pélvico, lo que supone una alta uncidencia de estos procesos si tomamos en cuenta que fueron de tipo sexual.
3. Los casos de absceso pélvico se presentaron en mujeres jóvenes (menores de 28 años)
4. La cepa anaerobia que más se aisló fue: Bacteroides Fragilis (35.7%)
5. La cepa aerobia más aislada fue: E. Coli en un 23 por ciento.
6. El medicamento más utilizado fue la Penicilina; y la asociación más empleada: Penicilina-Cloranfenicol.
7. El 75 por ciento de las pacientes con absceso pélvico presentaron una curación total.
8. El mayor número de pacientes (54%) estuvo hospitalizado más de 15 días, lo que constituye una carga económica grande para el hospital.

RECOMENDACIONES

1. Implementar programas de prevención, detección precoz, control y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual en el departamento de Puerto Barrios, ya que la frecuencia es alta.
2. Orientar a la población femenina acerca del grave riesgo que representan las infecciones pélvicas por sus complicaciones.
3. En toda paciente de sexo femenino que consulte por dolor abdominal particularmente si es hipogástrico, realizarle examen ginecológico completo.
4. Realizar colpocentesis cuando se tenga la sospecha clínica de absceso pélvico como método diagnóstico, para un tratamiento general más adecuado.
5. Dado el informe de los cultivos considerar las recomendaciones de los antibiogramas e instituir el tratamiento adecuado.

ANEXO 1

FICHA DE RECOPIACION DE DATOS

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____

Ocupación _____ Raza _____ Procedencia _____

Motivo de Consulta _____

Historia Clínica _____

Antecedentes Generales _____

Signos Vitales _____

Examen Físico completo _____

Examen Ginecológico _____

Laboratorios de Rutina (hematología completa, heces y orina)

Diagnóstico _____

Tratamiento _____

Evolución _____

Días de Hospitalización _____

NOTA: La ficha fue hecha en base a los parámetros que se iban a investigar en el estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Aragón de Aguilar, Anabella. *Infección pélvica*: revisión de casos reportados en cinco años (1974-1979) en el Hospital Nacional de San Marcos. Tesis (Médico y Cirujano) -Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1980. 60p.
2. Aragón San Juan, D. *Consideraciones sobre el tratamiento de la infección pélvica en el Hospital General San Juan de Dios*. Tesis (Médico y Cirujano) - Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1976. 79p.
3. Cano Velásquez, Manuel. Enfoque terapéutico del absceso pélvico: *Ginecología de México*. 1976 junio; 39(236): 457-465
4. Carter, B. Anaerobic infections in obstetrics and gynecology. *Proc. Roy Soc Med SG*. 1963 mar 20; 9:1059-1098
5. Chojoj Mux, J. *Infecciones pélvicas de causa obstétrica*. Tesis (Médico y Cirujano)- Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1978 42p.
6. Chuy Woc, A. *Infecciones pélvicas*. Tesis (Médico y Cirujano)- Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1978. 40p.
7. Cobar Herrera, Víctor H. *Colpotomía posterior*. Tesis (Médico y Cirujano)- Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1978. 60p.
8. Curran, J. Economic consequences of pelvic inflammatory disease in the United States. *Am J. Obstet Gynecol* 1980 Dec, 17; 138(7):848-851
9. Edelman, G.D. Gerber. Contraceptive practice and

- tuboovarian abcess. *Am J Obstet Gynecol* 1980 Nov 12; 198(5): 541-44
10. García Escobar, Max. *Infecciones pélvicas y tratamiento quirúrgico*. Tesis (Médico y Cirujano)— Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1983. 70p.
11. Ginsburg, D., *et al.* Tuboovarian abcess: A retrospective review. *Am J Obstet Gynecol* 1980 Dec 7; 138(7): 1055-58
12. Herrera Sosa, Julio R. *Infección pélvica y pronóstico obstétrico*: Tesis (Médico y Cirujano)— Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1981. 60p.
13. John, R. *et al.* Pelvic inflammatory disease 1979. *Am J Obstet Gynecol* 1980 Dec 5; 138(7):845-47
14. Kaplan, Alan. Agresive management of pelvics abcess. *Am J Obstet Gynecol* 1967 junio 13; 98(138):768-788
15. Lascurian, O. La Clindamicina en el tratamiento de infecciones por anaerobios en obstetricia. *Ginecología y Obstetricia de México* 1978 Oct. 16; 43(259):349-56
16. Mickal, A., *et al.* Rupture tuboovarian abcess. *Am J Obstet Gynecol* 1968 Feb 14; 100(3):432-35
17. Pedowitz, P. R. Blomfield. Ruptured anexial abcess (tuboovarian) With generalized peritonitis. *Am J Obstet Gynecol*. 1964 Mar 9; 88(6):721-29
18. Pritchard, J. y P. Mac Donal. *Obstetricia de Williams*. 2 ed. México, Salvat 1980. 967p. (539-566)
19. Rees, E. The treatment of pelvic inflammatory disease. *Am J Obstet Gynecol* 1980 Dec 7; 138(7):1042-47

20. Scott, W. Pelvic abscess in association with intrauterine contraceptive device. *Am J Obstet Gynecol* 1978 May 26; 131(2):149-53
21. Senanayake, F.D. Kramer. Contraception and the etiology of pelvic inflammatory disease: new perspectives. *Am J Obstet Gynecol* 1980 Dec 11; 138(7):852-60
22. Taylor, S. *et al.* Cirugía conservadora para la enfermedad inflamatoria pélvica y la endometriosis. *Clin Obstet Gynecol* 1980 Mar 3; 23:179-185
23. Taylor, S. *et al.* The intrauterine device and tuboovarian abscess. *Am J Obstet Gynecol* 1975 Oct. 20; 123(4):338-341

20130
Expenditure

Universidad de San Carlos de Guatemala
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
OPCA — UNIDAD DE DOCUMENTACION

CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LAS CIENCIAS

DE LA SALUD

(C I C S)

CONFORME:

Dr. René Fernando Pereira

ASESOR.

SATISFECHO:

Dr. Marco Tulio García Escobar

REVISOR.

Médico y Cirujano
Colegiado 2951

APROBADO:

DIRECTOR DEL CICS

IMPRIMASE

Dr. Mario René Moreno Cambará
DECANO
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.
U S A C .

Guatemala, 15 de febrero de 1985.-

Los conceptos expresados en este trabajo
son responsabilidad únicamente del Autor.
(Reglamento de Tesis, Artículo 23).