

Enfermedad inflamatoria pélvica

Fecha de la última revisión: 12/06/2017

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cómo se diagnostica?](#)
3. [¿Cómo se trata?](#)
4. [Bibliografía](#)
5. [Más en la red](#)
6. [Autores](#)

¿De qué hablamos?

La enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) es una afección del tracto genital superior de las mujeres, consecuencia de un proceso infeccioso ascendente desde la vagina y el cérvix, que provoca una inflamación en la superficie epitelial de trompas, ovarios, endometrio y/o peritoneo (Ross J, 2014; Brunham RC, 2015; Sweet RL, 2011).

Más del 85% de los casos se debe a infecciones por gérmenes de transmisión sexual (ETS) o asociadas a **vaginosis bacterianas** y cerca del 15% por otros gérmenes de origen respiratorio o intestinal que han colonizado los genitales (Brunham RC, 2015).

Los gérmenes más frecuentes implicados en la EIP son (CDC, 2015; Haggerty CL, 2011; Workowski KA, 2011):

- *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*, microorganismos responsables de aproximadamente un tercio de los casos diagnosticados.
- *Mycoplasma genitalium*, relacionado con procesos de cervicitis o uretritis y que puede desencadenar una EIP.
- Patógenos aerobios y anaerobios que comprometen la flora bacteriana vaginal (vaginosis bacteriana) y pueden alterar la barrera endocervical favoreciendo su paso y el de otros gérmenes como *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*.

Con frecuencia cursa con signos y síntomas de poca intensidad y de forma subclínica y en muchos casos no se llega a conocer la etiología (Haggerty CL, 2011).

Los factores de riesgo están relacionados con la alteración de la barrera endocervical y los más frecuentes son (CDC, 2015; Nwokolo NC, 2016; Brunham RC, 2015):

- Edad comprendida entre los 25 y los 64 años.
- Relaciones sexuales con diferentes parejas sin medidas de protección.
- Historia previa de infecciones de transmisión sexual en la paciente o en su pareja sexual, sin cumplimiento de tratamiento.
- Inserción de DIU en las últimas 3 semanas.
- Histerosalpingografía.
- Fecundación *in vitro*.

¿Cómo se diagnostica?

La importancia de realizar un diagnóstico temprano radica en los efectos perjudiciales que a largo plazo tiene la EIP en la salud de las mujeres, aun cuando curse de forma subclínica (Brunham RC, 2015). Entre los más importantes están (CDC, 2015; Haggerty CL, 2011):

- Dolor pélvico crónico.
- EIP recurrente.
- Embarazo ectópico.
- Infertilidad.

Los síntomas son muy variables, pueden estar ausentes y carecen de sensibilidad y especificidad diagnóstica. Entre los más frecuentes están: dolor abdominal bajo, secreción vaginal anormal, sangrado intermenstrual o tras el coito, dispareunia, disuria y fiebre en algunos casos (Brunham RC, 2015).

Algunos autores proponen sospechar una EIP en cualquier mujer joven con actividad sexual que presente uno de los criterios clínicos mínimos de inflamación de tracto genital superior y, al menos, uno de los criterios mínimos adicionales o de inflamación de tracto genital inferior (CDC, 2015; Brunham RC, 2015; Ross J, 2014):

Criterios clínicos mínimos:

- Dolor a movilización cervical.
- Dolor a movilización uterina.
- Dolor a movilización anexial.

Criterios clínicos adicionales:

- Temperatura superior a 38 °C.
- Secreción cervical mucopurulenta.
- Leucocitosis en fluido vaginal.
- Eritrocitosis en sedimento urinario.
- Elevación de PCR.
- *Neisseria gonorrhoeae* o *Chlamydia trachomatis* confirmadas.

Es importante realizar un test de gestación para descartar un posible embarazo ectópico (Ross J, 2014).

El valor predictivo positivo (VPP) de los síntomas en el diagnóstico es del 65-90% (Ross J, 2014; CDC, 2015) y la ausencia de pruebas no invasivas o mínimamente invasivas rápidas y sencillas que confirmen la inflamación del tracto genital superior femenino, contribuyen a que se trate de una patología infradiagnosticada (Ross J, 2014; CDC, 2015).

Se recomienda la realización de forma rutinaria de cultivo endocervical y frotis vaginal con los medios y técnicas adecuadas para descartar infección por *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* a todas las mujeres con sospecha de EIP. La ausencia de infección no excluye el diagnóstico. También se recomienda solicitar una analítica con serologías de otras ETS así como con hemograma, VSG y PCR. La elevación de estas últimas aumenta la especificidad diagnóstica de la enfermedad (Brunham RC, 2015).

Las pruebas de imagen normalmente ayudan a descartar otras patologías como rotura o torsión de quiste de ovario, endometriosis, embarazo ectópico, o apendicitis aguda y pueden ser útiles en el diagnóstico diferencial (Brunham RC, 2015; Ross J, 2014).

La ecografía transvaginal y la RM carecen de la suficiente especificidad para ser consideradas de rutina ante la sospecha clínica.

La laparoscopia puede ser útil en el diagnóstico de salpingitis instaurada. Sin embargo, al ser una prueba invasiva, su uso no está justificado en pacientes con clínica leve o moderada, además no detecta la inflamación endometrial ni la inflamación tubárica temprana (CDC, 2015; Brunham RC, 2015).

La biopsia endometrial sería la prueba diagnóstica de confirmación, ya que en ocasiones la endometritis sin afectación tubárica puede ser el único hallazgo, pero es una prueba altamente invasiva y no debe realizarse de manera rutinaria (Brunham RC, 2015).

¿Cómo se trata?

Dada la dificultad diagnóstica y al riesgo que puede ocasionar en la salud de las mujeres, se recomienda el inicio del tratamiento antibiótico empírico tan pronto como sea posible (Sweet RL, 2011; CDC, 2015).

La pauta de antibioterapia debe cubrir *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*. Sin embargo, a pesar de la ausencia de estudios concluyentes, algunos autores recomiendan añadir antibióticos como el metronidazol para cubrir los anaerobios. En las mujeres con EIP leve-moderada las pautas orales o parenterales han demostrado una eficacia similar (CDC, 2015).

Existen diferencias entre las posibles pautas de antibióticos y dosis recomendadas en función de las fuentes analizadas (CDC, 2015; Brunham RC, 2015; Ross J, 2014):

CDC (*2015 STD Treatment Guidelines; Pelvic Inflammatory Disease*) (CDC, 2015):

- **Ceftriaxona** 250 mg i.m. en dosis única, con **doxiciclina** 100 mg dos veces al día durante 14 días, con o sin **metronidazol**, 500 mg dos veces al día durante 14 días.
- o **cefoxitina** 2 g i.m. con probenecid 1 g oral en dosis única + **doxiciclina** 100 mg dos veces al día 14 días con o sin **metronidazol** 500 mg dos veces al día durante 14 días.

Guía Europea (*2012 European guideline for the management of pelvic inflammatory disease*) (Ross J, 2014):

- **Ceftriaxona** 500 mg en dosis única o **cefoxitina** 2 g i.m. con probenecid 1 g oral seguido de **doxiciclina** 100 mg dos veces al día y **metronidazol** 400 mg dos veces al día durante 14 días.

Como alternativa a la doxiciclina, puede utilizarse **azitromicina**, que ha demostrado mayor sensibilidad a *Mycoplasma genitalium*, no obstante, también han relacionado el uso de este antibiótico con una menor respuesta en presencia de *Chlamydia trachomatis*.

Pautas alternativas:

- CDC (CDC, 2015): **ceftriaxona** 250 mg i.m. en dosis única + **azitromicina** 1 g una vez a la semana durante dos semanas con o sin **metronidazol**.
- Guía Europea (Ross J, 2014): **ceftriaxona** 500 mg en dosis única con **azitromicina** 1 g en dosis única una vez a la semana durante dos semanas con o sin **metronidazol**.

Debe hacerse un seguimiento estrecho durante las 72 horas tras inicio del tratamiento.

Si no se produce una mejoría clínica de la paciente, debemos valorar la necesidad de ingreso. Otros criterios de ingreso para inicio de tratamiento por vía parenteral son (CDC, 2015; Ross J, 2014):

- Signos y síntomas de gravedad.
- Alta sospecha de absceso tubárico o apendicitis.
- Intolerancia a tratamiento oral.
- Embarazo.

Otras medidas de prevención primaria y secundaria que se pueden adoptar son las siguientes:

- Estudiar la presencia de *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* en la/s pareja/s sexual/es de los 60 días previos a la aparición de los signos y síntomas en las mujeres afectadas. En caso de que en los 60 días previos no se hubieran dado relaciones sexuales, estudiar a la última pareja. Se tratará a las parejas en función de los resultados del antibiograma, sin embargo se recomienda el tratamiento empírico de la pareja según las pautas señaladas en caso de EIP confirmada en la mujer (CDC, 2015; Ross J, 2014).
- Promocionar el uso de preservativos como métodos de barrera a microorganismos relacionados con ITS en mujeres (Brunham RC, 2015).
- Se recomienda evitar el coito sin preservativo hasta que la paciente y sus contactos hayan completado el tratamiento (CDC, 2015).
- Algunos autores recomiendan el cribado anual de *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* en mujeres que tengan relaciones sexuales con diferentes parejas o que tengan una nueva pareja en los últimos tres meses (CDC, 2015; Brunham RC, 2015).
- Algún estudio ha observado que el cribado de clamidia en hombres de alto riesgo puede ser en algunos casos, una medida efectiva en la prevención de la EIP (Gift TL, 2008).
- No se recomienda la retirada del DIU en una mujer portadora y diagnosticada de EIP si hay mejoría sintomática a las 48-72 horas de iniciar el tratamiento (CDC, 2015).
- Repetir los test específicos de *Neisseria gonorrhoeae* o *Chlamydia trachomatis* en las mujeres con resultados previos positivos para estos microorganismos. La repetición de las pruebas debe realizarse tres meses después de las primeras. En caso de que no sea posible en este periodo, deberán realizarse en un plazo máximo de doce meses (CDC, 2015).

- Todas las mujeres diagnosticadas de EIP por *Neisseria gonorrhoeae* o *Chlamydia trachomatis*, deben volver a repetirse los cultivos a los tres meses de finalizar el tratamiento. En caso de no ser posible, se realizará antes de cumplir el año del tratamiento (CDC, 2015).

Bibliografía

- Brunham RC, Gottlieb SL, Paavonen J. Pelvic inflammatory disease. N Engl J Med. 2015;372(21):2039-48. PubMed [PMID: 25992748](#)
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) MMWR. Pelvic Inflammatory Disease (PID). En: Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines; 2015. [Texto completo](#)
- Gift TL, Gaydos CA, Kent CK, Marrazzo JM, Rietmeijer CA, Schillinger JA, et al. The program cost and cost-effectiveness of screening men for *Chlamydia* to prevent pelvic inflammatory disease in women. Sex Transm Dis. 2008;35(11 Suppl):S66-75. PubMed [PMID: 18830137](#)
- Haggerty CL, Taylor BD. *Mycoplasma genitalium*: an emerging cause of pelvic inflammatory disease. Infect Dis Obstet Gynecol. 2011;2011:959816. PubMed [PMID: 22235165](#). [Texto completo](#)
- Nwokolo NC, Dragovic B, Patel S, Tong CY, Barker G, Radcliffe K. 2015 UK national guideline for the management of infection with *Chlamydia trachomatis*. Int J STD AIDS. 2016;27(4):251-67. PubMed [PMID: 26538553](#)
- Ross J, Judlin P, Jensen J; International Union against sexually transmitted infections. 2012 European guideline for the management of pelvic inflammatory disease. Int J STD AIDS. 2014;25(1):1-7. PubMed [PMID: 24216035](#)
- Sweet RL. Treatment of acute pelvic inflammatory disease. Infect Dis Obstet Gynecol. 2011;2011:561909. PubMed [PMID: 22228985](#). [Texto completo](#)
- Workowski KA, Berman SM. Centers for Disease Control and Prevention Sexually Transmitted Disease Treatment Guidelines. Clin Infect Dis. 2011;53 Suppl 3:S59-63. PubMed [PMID: 22080270](#). [Texto completo](#)

Más en la red

- Bignell C, Fitzgerald M; Guideline Development Group; British Association for Sexual Health and HIV UK. UK national guideline on the diagnosis and treatment of gonorrhoea in adults. 2011. Int J STD & AIDS 2011;22(10):541-7. PubMed [PMID: 21998172](#). [Texto completo](#)
- Brunham RC, Gottlieb SL, Paavonen J. Pelvic inflammatory disease. N Engl J Med. 2015;372(21):2039-48. PubMed [PMID: 25992748](#)
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually Transmitted Diseases Guidelines; Workonski: CDC 2015. Disponible en: <http://www.cdc.gov/std/tg2015/default.htm>
- Ford GW, Decker CF. Pelvic inflammatory disease. Dis Mon. 2016 Aug;62(8):301-5. PubMed [PMID: 27107781](#)
- Tsevat DG, Wiesenfeld HC, Parks C, Peipert JF. Sexually transmitted diseases and infertility. Am J Obstet Gynecol. 2017 Jan;216(1):1-9. PubMed [PMID: 28007229](#)

Autores

- Carmen Costa Ribas Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (1)
- Beatriz Morillo Paramio Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria (1)
- Arturo Louro González Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (2)

(1) Centro de Salud de Vila. Ibiza, Illes Balears. España.
(2) Servicio de Atención Primaria de San José. Servizo Galego de Saúde. A Coruña. España.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

