Caso clínico
Ginecol Obstet Mex 2023; 91 (12): 903-907.

https://doi.org/10.24245/gom.v91i12.9104

Enfermedad pélvica inflamatoria en una paciente de 70 años: reporte de caso

Pelvic inflammatory disease in a 70-year-old patient. Case report.

Rashell Amarainy de la Cruz Cámara,[1] Diego Emiliano Vidal Graniel,[1] Felícita Córdova Méndez,[2] Clara Magdalena Martínez Hernández[3]

Resumen

ANTECEDENTES: El absceso tubo-ovárico, como parte de la enfermedad pélvica inflamatoria, tiene características distintas en pacientes posmenopáusicas que en mujeres más jóvenes.

CASO CLÍNICO: Paciente de 68 años, con antecedentes de cinco embarazos, tres partos y dos cesáreas, con vida sexual activa, diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial crónica, en control. Acudió a consulta debido a un dolor agudo en la fosa iliaca izquierda, con irradiación a la fosa iliaca derecha, acompañado de vómitos; esto disminuyó la toma pautada de antiinflamatorios no esteroideos y de los antibióticos. Con base en los reportes clínicos y de imagen se decidió la laparotomía exploradora en la que hubo hallazgos de: absceso pélvico multiseptado originado en el anexo derecho, con drenaje de material purulento de 250 cc. Se encontraron, además: síndrome adherencial severo, adenitis mesentérica, afectación del apéndice cecal con procesos inflamatorios reactivos y despulimiento del colon sigmoides, con sangrado de 500 cc.

CONCLUSIONES: La enfermedad pélvica inflamatoria asociada con un absceso tubo-ovárico en una paciente posmenopáusica no es frecuente, quizá por ello a veces es infradiagosticada, lo que conduce a un aumento de la morbilidad y mortalidad.

PALABRAS CLAVE: Absceso tubo-ovárico; enfermedad pélvica inflamatoria; pacientes posmenopáusicas; edad avanzada; embarazo; laparotomía; diabetes mellitus tipo 2.

Abstract

BACKGROUND: Tubo-ovarian abscess as part of pelvic inflammatory disease has different characteristics in postmenopausal patients than in younger women.

CLINICAL CASE: A 68-year-old woman with a history of five pregnancies, three deliveries and two caesarean sections, with an active sexual life, type 2 diabetes mellitus and chronic arterial hypertension under control. She presented with severe pain in the left iliac fossa with radiation to the right iliac fossa, accompanied by vomiting, which reduced the prescribed intake of non-steroidal anti-inflammatory drugs and antibiotics. Based on the clinical and imaging findings, an exploratory laparotomy was performed, which revealed the following: multiseptal pelvic abscess originating from the right adnexa with drainage of 250 cc of purulent material. There were also findings of: severe adhesive syndrome, mesenteric adenitis, involvement of the cecal appendix with reactive inflammatory processes, and sigmoid colon depulpation with bleeding of 500 cc.

CONCLUSIONS: Pelvic inflammatory disease associated with a tubo-ovarian abscess in a postmenopausal patient is uncommon, perhaps because of this it is sometimes underdiagnosed, leading to increased morbidity and mortality.

KEYWORDS: Tubo-ovarian abscess; Pelvic inflammatory disease; Postmenopausal patients; Aged; Pregnancy; Laparotomy; Diabetes mellitus Type 2.

[1] Residente de cuarto año de Ginecología y Obstetricia.
[2] Residente de tercer año de Ginecología y Obstetricia.
[3] Ginecoobstetra, jefa de Investigación. Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer, Villahermosa, Tabasco, México.

Recibido: agosto 2023

Aceptado: septiembre 2023

Correspondencia
Rashell Amarainy de la Cruz Cámara
radc_28@hotmail.com

Este artículo debe citarse como: de la Cruz-Cámara RA, Vidal-Graniel DE, Córdova-Méndez F, Martínez-Hernández CM. Enfermedad pélvica inflamatoria en una paciente de 70 años: reporte de caso. Ginecol Obstet Mex 2023; 91 (12): 903-907.

ANTECEDENTES

La enfermedad pélvica inflamatoria es un síndrome con procesos inflamatorios e infecciosos en el aparato genital superior, las estructuras circundantes, ovarios, endometrio, peritoneo, trompas de Falopio y ovarios.[1,2] La salpingitis es el proceso más frecuente.

Esta enfermedad afecta, principalmente, a mujeres en edad reproductiva. Se estima que en Estados Unidos el grupo de 15 a 44 años es el más afectado.[3] Existen varios factores de riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria, entre ellos la vida sexualmente activa, múltiples parejas sexuales, dispositivos intrauterinos, instrumentación uterina, enfermedades de trasmisión sexual, abortos, duchas vaginales y episodios previos de la enfermedad.[4]

La enfermedad pélvica inflamatoria se diagnostica y clasifica según sus características en tres diferentes grados:

Grado I: sin complicaciones, masas ni signos de irritación peritoneal.

Grado II: con complicaciones: masa o abscesos que afectan a los ovarios o las trompas uterinas y signos de irritación peritoneal.

Grado III: diseminada a estructuras fuera de la pelvis y con respuesta sistémica.[3,5]

El diagnóstico de la enfermedad pélvica inflamatoria es clínico. Los estudios de imagen se indican cuando hay complicaciones o manifestaciones atípicas. Para su evaluación, el ultrasonido es la técnica de imagen con mayor respaldo científico. En la tomografía computada pueden apreciarse: líquido libre en la pelvis, linfadenopatía, absceso tubo-ovárico e inflamación perihepática. La laparoscopia es el patrón de referencia para el diagnóstico de la enfermedad porque es posible identificar el edema, eritema y exudado purulento; puede tomarse una biopsia y solicitar pruebas microbiológicas que confirmen la sospecha y permitan establecer el diagnóstico definitivo.[2]

CASO CLINICO

Paciente de 68 años, con antecedentes de cinco embarazos, tres partos y dos cesáreas, con vida sexual activa, diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial crónica, en control. Acudió a consulta debido a un dolor de gran intensidad en la fosa iliaca izquierda, con irradiación a la fosa iliaca derecha, acompañado de vómitos; esto disminuyó la toma pautada de antiinflamatorios no esteroideos y de los antibióticos. Lo anterior condujo a tres hospitalizaciones previas, sin mejoría del cuadro. A su ingreso al hospital llegó con dolor intenso en ambas fosas iliacas y con evacuaciones diarreicas.

En la exploración abdominal se palpó una masa en los cuadrantes inferiores, sin delimitación precisa, con dolor a la palpación profunda. En el tacto vaginal el cuello del útero se encontró posterior y doloroso a la movilización.

El ultrasonido endovaginal reportó que el útero medía 51 x 21 x 28 mm, el parénquima se advirtió delgado, con múltiples calcificaciones. En el anexo derecho se encontró una masa heterogénea, de predominio quístico, con componente sólido hipovascular al Doppler, de 97 x 85 x 93 mm y volumen de 405 cc. **Figuras 1 y 2**

La tomografía abdominopélvica simple y contrastada reportó: enfermedad pélvica, absceso tubo-ovárico izquierdo, intestino inflamado y líquido libre en el hueco pélvico, de aspecto no complejo **(Figuras 3 y 4)**. Con base en los reportes clínicos y de imagen se decidió la laparatomía exploradora en la que hubo hallazgos de: absceso pélvico multiseptado originado en el anexo derecho, con drenaje de material purulento de 250 cc. Se encontraron, además: síndrome adhe-

https://doi.org/10.24245/gom.v91i12.9104

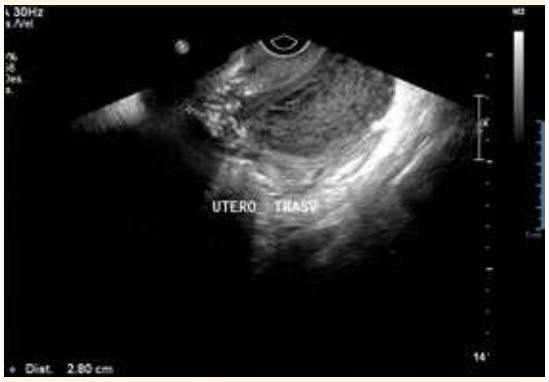


Figura 1. Anexo derecho con masa hetrogénea.

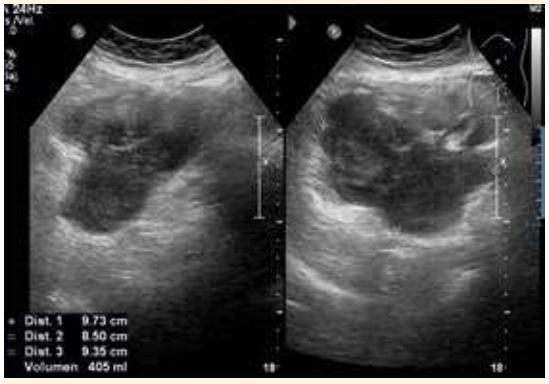


Figura 2. Anexo derecho con masa heterogénea, irregular.



Figura 3. Corte coronal de TAC abdominopélvica.



Figura 4. Corte sagital de TAC abdominopélvica.

rencial severo, adenitis mesentérica, afectación del apéndice cecal con procesos inflamatorios reactivos y despulimiento del colon sigmoides, con sangrado de 500 cc.

Se indicó tratamiento con 1 g de ceftriaxona por vía oral cada 12 horas durante 11 días, 500 mg de metronidazol por vía intravenosa cada 8 horas, con igual duración y 1 g de meropenem intravenoso cada 8 horas durante 9 días. Se dio de alta del hospital a los 22 días posteriores a la remisión del cuadro.

DISCUSIÓN

La enfermedad pélvica inflamatoria es una de las infecciones más frecuentes en mujeres en edad reproductiva, no embarazadas, con manifestaciones clínicas y secuelas: dolor pélvico crónico e infertilidad.[6]

Es una enfermedad de trasmisión sexual, con infección polimicrobiana de la vía genital que puede afectar en distintos grados: endometritis, salpingitis, ooforitis y absceso tubular.[7] Se origina, principalmente, por una respuesta inflamatoria del aparato genital debida a la alteración de las barreras naturales y el consecuente ascenso de patógenos a la vía genital superior, del endocérvix al útero o a las trompas de Falopio; se asocia, estrechamente, con proliferación de *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*.[8]

Los principales factores de riesgo son: vida sexualmente activa, múltiples parejas sexuales, dispositivos intrauterinos, instrumentación uterina, enfermedades de trasmisión sexual, abortos, episodios previos de enfermedad pélvica inflamatoria y duchas vaginales.[9]

El diagnóstico se basa, principalmente, en las manifestaciones clínicas o se apoya en estudios de imagen cuando los cuadros son severos. En la paciente del caso el diagnóstico se estableció por el cuadro clínico, el ultrasonido endovaginal y la tomografía abdominopélvica simple y contrastada. Conforme a las características clínicas la enfermedad se clasifica en tres diferentes grados.[10]

El tratamiento depende de la severidad y de las complicaciones que ameriten, o no, hospitalización por: incapacidad para tolerar el tratamiento ambulatorio, falta de respuesta clínica, embarazo y datos de urgencia quirúrgica. Está reportado que, incluso, hasta un 25% de las pacientes puede ameritar intervención quirúrgica.[11,12]

La paciente del caso carecía de parámetros de riesgo descritos en la bibliografía pues en las adultas mayores los riesgos son distintos. Además, tenía un absceso tubo-ovárico, sin los factores de riesgo habituales: antecedentes quirúrgicos pélvicos o tener un dispositivo intrauterino. De la misma manera que reporta la bibliografía, en la paciente del caso también hubo retraso en el diagnóstico, por la manifestación atípica del cuadro. En gran parte de la bibliografía internacional se señala que el tratamiento conservador en pacientes posmenopáusicas tiene una mala respuesta; de ahí que se haya decidido la laparotomía exploradora, con antibiótico como tratamiento.

CONCLUSIONES

El absceso tubo-ovárico, como variante de la enfermedad pélvica inflamatoria, no es un hallazgo frecuente en mujeres posmenopáusicas; por lo tanto, puede enmascarar un cuadro de morbilidad y mortalidad importante. En esto estriba la importancia de reportar el caso para considerarlo y, en situaciones semejantes, procurar el diagnóstico oportuno y un tratamiento eficaz que evite las elevadas morbilidad y mortalidad. Valga destacar que a diferencia de lo registrado en la bibliografía nacional e internacional los factores de riesgo reportados no se encontraron en la paciente del caso. La atención médica multidisciplinaria fue, sin duda, la que permitió la evolución satisfactoria: consecuencia de la laparotomía exploradora y la impregnación antibiótica.

REFERENCIAS

1. Savaris RF, Fuhrich DG, Maissiat J, Duarte RV, et al. Antibiotic therapy for pelvic inflammatory disease. Cochrane Database Syst Rev 2020; 8 (8): CD010285. doi: 10.1002/14651858.CD010285.pub3
2. Curry A, Williams T, Penny ML. Pelvic inflammatory disease: diagnosis, management, and prevention. Am Fam Physician 2019; 100 (6): 357-.64.
3. Hillier SL, Bernstein KT, Aral S. A review of the challenges and complexities in the diagnosis, etiology, epidemiology,

https://doi.org/10.24245/gom.v91i12.9104

and pathogenesis of pelvic inflammatory disease. J Infect Dis 2021; 224 (12 Suppl 2): S23-S28. doi: 10.1093/infdis/jiab116

4. Granero R, Garrido JI, Vázquez F, Vargas V, Ruiz C, Paredes RM. Abdomen agudo como presentación de absceso tuboovárico en adolescente totalmente inactiva. Prog Obstet Ginecol 2012; 55 (9): 441-44. doi:10.1016/j.pog.2012.04.005
5. Ford GW, Decker CF. Pelvic inflammatory disease. Dis Mon 2016; 62 (8): 301-5. doi:10.1016/j.disamonth.2016.03.015
6. Saona Ugarte P. Enfermedad pélvica inflamatoria: diagnóstico y complicaciones. Rev Per Ginecol Obste 2015; 3 (4): 234-39. https://doi.org/10.31403/rpgo.v53i1048
7. Santana MA, Suárez B, Ocón L, Seara S. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pélvica inflamatoria. Clin Invest Ginecol Obstet 2018; 45: 157-62. doi:10.1016/j.gine.2017.04.0018
8. Darville T. Pelvic inflammatory disease due to *Neisseria gonorrhoeae* and *Chlamydia trachomatis*: Immune evasion mechanisms and pathogenic disease pathways. J Infect Dis 2021; 224 (12 Suppl 2): S39-S46. doi:10.1093/infdis/jiab031
9. Rivera C, Pomés C, Díaz V, Espinoza P, et al. Actualización del enfrentamiento y manejo del embarazo ectópico tubario. Rev chil obstet ginecol 2020; 85 (6): 697-708. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262020000600697
10. Menezes MLB, Giraldo PC, Linhares IM, Boldrini NAT, et al. Brazilian protocol for sexually transmitted infections 2020: pelvic inflammatory disease. Epidemiol Serv Saude 2021; 30 (1): e2020602. doi:10.1590/S1679-4974202100011.esp1
11. Álvarez-Pabón Y, Sepúlveda-Agudelo J, Díaz- Martínez LA. Enfermedad pélvica inflamatoria: análisis retrospectivo. Ginecol Obstet Mex 2017; 85 (7): 433-41. https://ginecologiayobstetricia.org.mx/articulo/enfermedad-pelvica-inflamatoria-analisis-retrospectivo
12. Córdova CA, Baquerizo AF, Roca CA, Almeida KA. Enfermedad inflamatoria pélvica. Recimundo 2022; 6 (3): 30-https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(3).junio.2022.30-36

CITACIÓN ACTUAL

De acuerdo con las principales bases de datos y repositorios internacionales, la nueva forma de citación para publicaciones periódicas, digitales (revistas en línea), libros o cualquier tipo de referencia que incluya número doi (por sus siglas en inglés: Digital Object Identifier) será de la siguiente forma:

REFERENCIAS

1. Yang M, Guo ZW, Deng CJ, Liang X, Tan GJ, Jiang J, Zhong ZX. A comparative study of three different forecasting methods for trial of labor after cesarean section. J Obstet Gynaecol Res. 2017;25(11):239-42. https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2015.04..0015*

* El registro Doi deberá colocarse con el link completo (como se indica en el ejemplo).