

14

V. Benito
S. Seara
M. Prieto
E. Luelmo
J.A. García-Hernández

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria. España.

Correspondencia:

Dra. V. Benito Reyes.
Servicio de Ginecología y Obstetricia (secretaría). Hospital Materno-Infantil de Canarias.
Avda. Marítima del sur, s/n.
35016 Las Palmas de Gran Canaria. España.
Correo electrónico: virbenito@yahoo.es

Fecha de recepción: 12/1/04

Aceptado para su publicación: 25/10/04

RESUMEN

Objetivo: Descripción de las características comunes, epidemiológicas, clínicas y microbiológicas de las pacientes con diagnóstico intraoperatorio de absceso tuboovárico unilateral o bilateral.

Pacientes y método: Estudio observacional y retrospectivo, con un período de 5 años, abril de 1997-abril de 2002, en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias. Se incluye a las pacientes ingresadas con el diagnóstico de enfermedad pélvica inflamatoria sometidas a una intervención quirúrgica por dicho motivo, con la confirmación del diagnóstico de absceso tuboovárico unilateral o bilateral.

Resultados: Ingresaron 278 pacientes con diagnóstico de enfermedad pélvica inflamatoria. El 31,65% precisó intervención quirúrgica y en un 15,1% se confirmó el diagnóstico de absceso tuboovárico unilateral o bilateral. Las características epidemiológicas más comunes

Abscesos tuboováricos: un análisis retrospectivo

*Tuboovarian abscesses:
a retrospective study*

fueron ser una mujer de 32-33 años de edad, sexualmente activa, con un nivel socioeconómico bajo, fumadora y de paridad entre 1 y 3 hijos. A la exploración presentaron un cuadro de dolor abdominal con fiebre o febrícula y una elevación leucocitaria superior a 10.000. El abordaje quirúrgico más frecuente fue la laparoscopia, y el hallazgo quirúrgico más común fue el absceso tuboovárico unilateral izquierdo. El procedimiento quirúrgico más realizado fue la salpingiectomía bilateral y la anexectomía unilateral. La estancia media hospitalaria fue prolongada. Los microorganismos aislados con mayor frecuencia fueron los bacilos gramnegativos aerobios.

Conclusiones: La enfermedad pélvica inflamatoria con frecuencia es motivo de intervenciones quirúrgicas, y la técnica quirúrgica de elección es la laparoscopia. La estancia media hospitalaria es prolongada. En pocos casos se ha identificado *Chlamydia trachomatis* como patógeno causal, en discordancia con la bibliografía. Los agentes identificados con mayor frecuencia en el absceso son los bacilos gramnegativos.

PALABRAS CLAVE

Absceso tuboovárico. Cirugía. Laparoscopia.

ABSTRACT

Objetive: Description of common, epidemiological, clinical and microbiological characteristics from those patients who have been diagnosed of uni or bilateral tuboovarian abscess.

Patients and method: An observational study which takes place from april 1997-april 2002 in the Obstetrics and Gynaecology Ward of the Maternal Hospital in Las Palmas de Gran Canaria. Patients admitted into the Obstetrics and Gynaecology Ward with a diagnosis of pelvic inflammatory disease are included in this review if they have been diagnosed "intraoperatory" of uni or bilateral tuboovarian abscess.

Results: 278 patients are attended with the diagnosis of pelvic inflammatory disease. 31.65% require surgical intervention and in 15.1% tuboovarian abscess are diagnosed. The epidemiological characteristics most frequently seen are women with 32-33 years of age, sexually active, with a low socio-economic status, smoker and with 1-3 childs. Abdominal pain associated to fever and leucocytosis over 10.000, are common. Laparoscopy is the surgical technique, the left tubo-ovarian abscess is the most frequently diagnosed. The surgical procedures more carried out are the bilateral salpingectomy and the unilateral anexectomy. Hospital stay is prolonged. The microorganisms more isolated are the aerobic gram-negative bacillus.

Conclusions: Pelvic inflammatory disease causes frequently surgical operations. Laparoscopy is the elected surgical technique. Hospital stay is prolonged. In few cases, *Chlamydia trachomatis* is identified as the pathogen agent. The microorganisms more isolated are the aerobic gram-negative bacillus.

KEY WORDS

Tuboovarian abscess. Surgery. Laparoscopy.

INTRODUCCIÓN

El absceso tuboovárico es una causa importante de masa pélvica inflamatoria en mujeres en edad reproductiva y la causa más común de absceso abdominal en mujeres premenopáusicas¹. Se ha descrito que el absceso tuboovárico se desarrolla hasta en el 34% de las pacientes hospitalizadas por enfermedad pélvica inflamatoria².

Anteriormente, el tratamiento del absceso tuboovárico se basaba en la intervención quirúrgica con histerectomía abdominal total y salpingo-forectomía bilateral. Si bien este abordaje extremo se asociaba a excelentes índices de curación, muchas mujeres perdían su capacidad reproductiva^{3,4}. Durante las últimas décadas, el tratamiento del absceso tuboovárico se ha modificado notablemente; actualmente, el abordaje inicial estandarizado se basa en el tratamiento conservador asociado a antibioterapia de amplio espectro. El régimen farmacológico seleccionado debe brindar una cobertura adecuada contra los microorganismos más comunes (entre ellos, *Bacteroides fragilis*, *Peptostreptococcus*, agentes aerobios gramnegativos, *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*). En general, se recomienda una combinación de clindamicina con un aminoglucósido, con ampicilina o sin ésta⁵. En pacientes que no responden al tratamiento conservador, la laparoscopia se considera la técnica de referencia en el diagnóstico y tratamiento del absceso tuboovárico⁶.

PACIENTES Y MÉTODO

Entre abril de 1997 y abril de 2002, en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias, se trató a 278 pacientes que cumplían criterios clínicos de enfermedad pélvica inflamatoria. Las pacientes, que acudían por prescripción propia al Servicio de Urgencias hospitalario o que eran derivadas desde otros centros, fueron ingresadas en la planta de hospitalización ginecológica. Al ingreso, se realizó una anamnesis completa con una rigurosa exploración física y se solicitaron técnicas complementarias como hemograma, pruebas de coagulación y bioquímica y estudio ecográfico. El diagnóstico de enfermedad pélvica inflamatoria, a fines comparativos con otros estudios, se basa en los criterios de Hager et al⁷ (ta-

Tabla 1 Criterios diagnósticos de enfermedad pélvica inflamatoria³⁰

<i>Criterios mayores</i>	<i>Criterios menores</i>
Dolor en abdomen inferior	Temperatura > 38 °C
Movilización dolorosa del cuello uterino	Leucocitosis > 10.000
Dolor anexial en la exploración abdominal	VSG elevada
	Gram de exudado intracervical demostrando diplococos, cultivo positivo para <i>Neisseria gonorrhoeae</i> o cultivo positivo u observación directa de <i>Chlamydia trachomatis</i>
	Absceso pélvico o masa inflamatoria a la exploración bimanual o ecográfica
	Material purulento procedente de la cavidad abdominal obtenido por laparoscopia o punción directa del fondo de saco de Douglas

VSG: velocidad de sedimentación globular.

Tabla 2 Criterios médicos para indicar intervención quirúrgica en la enfermedad pélvica inflamatoria

Abdomen agudo
Shock séptico
Bacteriemia y fiebre persistente
Fallo del tratamiento conservador (48-72 h)
Peritonitis e íleo persistentes
Tumoración creciente
Anomalías de laboratorio persistentes
Pacientes sin deseo de fertilidad

bla 1). Antes del inicio de la terapia antibiótica, se obtuvieron muestras uretrales, vaginales y endocervicales para estudio microbiológico, con excepción de los casos en que la urgencia del cuadro no lo permitía.

Entre las pacientes ingresadas, 88 precisaron tratamiento quirúrgico. Los criterios empleados para indicar una intervención quirúrgica se indican en la tabla 2. El abordaje quirúrgico inicial dependía de la extensión del proceso infeccioso y de la gravedad del cuadro. Se obtuvieron muestras del absceso y del líquido peritoneal para estudio microbiológico. Tras la intervención, se enviaron las piezas anatómicas obtenidas al Servicio de Anatomía Patológica para estudio histológico, que confirmó la abscesificación del proceso.

Se revisaron las historias clínicas y los informes quirúrgicos de las 88 pacientes intervenidas. Se excluyó aquellas con diagnóstico primario de apendicitis, abscesos pélvicos de origen desconocido y enfermedad pélvica inflamatoria grados I y II. De las 88 pacientes, 42 cumplían el diagnóstico de absceso

tuboovárico unilateral o bilateral y, por tanto, se las incluyó en la revisión.

Las variables estudiadas se sacaron de los informes médicos y quirúrgicos y comprendieron: datos sociodemográficos, motivo de consulta, episodios previos de enfermedad pélvica inflamatoria, método de anticoncepción, hallazgos exploratorios y ecográficos, resultados de laboratorio, estudios microbiológicos, antibioterapia, técnica quirúrgica, hallazgos intraoperatorios y estancia media hospitalaria.

RESULTADOS

Entre las 278 pacientes ingresadas en el Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias con diagnóstico de enfermedad pélvica inflamatoria durante los 5 años revisados (abril 1997-abril 2002), 88 (31,65%) precisaron intervención quirúrgica. Sólo en 42 casos (15,10%) se diagnosticó absceso tuboovárico unilateral o bilateral, y éste fue el grupo estudiado.

Los datos sociomédicos más relevantes se muestran en la tabla 3. Las características epidemiológicas y clínicas más comunes en este grupo de estudio fueron ser una mujer de 32-33 años de edad, sexualmente activa, casada, con un nivel socioeconómico bajo, consumidora de alguna sustancia tóxica, fundamentalmente tabaco, y de paridad entre 1 y 3 hijos. Características importantes en el momento del ingreso, que están incluidas en los criterios de Hager et al, fueron la temperatura y el recuento de leucocitos. El 42,85% de las pacientes presentaron fiebre en el momento del ingreso (> 38 °C) y el 85,71% tenía un recuento de leucocitos elevado (> 10.000 leucocitos).

Tabla 3 Datos socioeconómicos de la población de estudio	
Edad (años)	
< 18	0%
18-25	16,6%
26-40	69%
> 40	14,28%
Estado civil	
Soltera	40%
Casada	48%
Divorciada	2%
Desconocido	10%
Estudios	
Analfabeta	5%
Leer y escribir	5%
Estudios primarios	42%
Estudios secundarios	17%
Universidad	2%
Desconocido	29%
Ocupación laboral	
Ama de casa	25%
Trabajo manual	17%
Trabajo normal	19%
Prostitución	10%
Estudiante	5%
Desconocido	24%
Hábitos tóxicos	
Tabaco	42%
ADVP	10%
ADVI	7%
Alcohol	0%
Sin hábitos tóxicos	24%
Desconocido	17%
Método anticoncepción	
Barrera	7%
DIU	17%
ACO	10%
LBT	12%
Sin anticoncepción	28%
Desconocido	26%
Paridad	
Nulípara	21,42%
Primípara	26,19%
Secundípara	23,8%
Tercípara	19,04%
Cuartípara o >	9,52%
Temperatura al ingreso (°C)	
< 36	2,38%
36-36,9	23,8%
37-37,9	19,04%
38-38,9	33,33%
> 38,9	9,5%
Desconocida	11,9%
Recuento de leucocitos	
< 5.000	0%
5.000-10.000	9,52%
10.001-15.000	35,71%
15.001-20.000	30,95%
> 20.000	19,04%
Desconocido	4,7%

ADVP: adictas a drogas por vía parenteral; ADVI: adictas a drogas por vía inhalada; DIU: dispositivo intrauterino; ACO: anticonceptivos orales; LBT: ligamento bilateral de trompas.

Con relación a la antibioterapia empleada durante el ingreso hospitalario, en el 69% de los casos se pautó clindamicina asociada a netilmicina parenteral. Se recomendó continuar con antibioterapia oral al alta, y los fármacos más pautados fueron doxiciclina y clindamicina (52,38%).

En el 79% de las pacientes el abordaje quirúrgico fue la laparoscopia. En un 14% de los casos, tras la laparoscopia y por la extensión del proceso, se optó secundariamente por realizar laparotomía. En un 7% de las ocasiones se realizó en un primer tiempo una laparotomía. En el 46% de las pacientes, el hallazgo quirúrgico principal fue un absceso tuboovárico izquierdo, en el 14% fue derecho y en el 40%, bilateral. En global, la incidencia de abscesos tuboováricos unilaterales (60%) fue superior a la de abscesos bilaterales (40%).

Los principales procedimientos quirúrgicos empleados fueron la salpingectomía bilateral (26%) y la anexectomía unilateral (23,8%). En 4 casos de absceso tuboovárico derecho se precisó también realizar apendicectomía, porque el apéndice estaba englobado en el proceso inflamatorio. De los 42 casos, 4 (9,5%) pacientes precisaron reintervención quirúrgica por presentar un postoperatorio tórpido, y se objetivaron abscesos tuboováricos no resueltos que obligaron a practicar hysterectomía y exéresis del anejo restante.

La estancia media hospitalaria de las pacientes con diagnóstico de absceso tuboovárico fue de 9,64 días, y el tiempo medio entre el ingreso y la intervención quirúrgica fue de 2,16 días.

En 31 de las 42 pacientes se recogieron muestras para estudio microbiológico de uretra, vagina, endocervix y absceso. En la tabla 4 se muestran los principales agentes patógenos aislados. En el cultivo del absceso se aislaron con mayor frecuencia (40%) bacilos gramnegativos aerobios (*Escherichia coli*, *Haemophilus influenzae*, *Eikenella corrodens*). Los agentes anaerobios se identificaron en el 24%. El 46,66% de las pacientes presentó, en el momento del diagnóstico, una vaginosis, que correspondió con mayor frecuencia a *Gardenella vaginalis* (33,33%). El microorganismo más comúnmente aislado en el cultivo endocervical fue *Mycoplasma hominis* (29,4%). Sólo se identificó *C. trachomatis* en el 7,69% de las pacientes.

La enfermedad pelviana inflamatoria motiva con frecuencia intervenciones quirúrgicas. De 278 pacientes ingresadas en el Hospital Universitario Ma-

Tabla 4 Microorganismos aislados en pacientes con absceso tuboovárico

	<i>Cultivo uretral</i>	<i>Cultivo uretral Chlamydia trachomatis</i>	<i>Exudado vaginal Chlamydia trachomatis</i>	<i>Cultivo endocervical</i>	<i>Cultivo endocervical</i>	<i>Cultivo absceso</i>
1. Negativo	Negativo	Negativo	Negativo	Negativo	Negativo	<i>Bacteroides fragilis</i> , <i>Escherichia coli</i> , <i>Streptococcus anginosus</i>
2. –	–	–	–	–	–	<i>Haemophilus influenzae</i>
3. –	–	–	–	–	–	<i>Peptostreptococcus</i> spp.
4. Negativo	Negativo	<i>Gardenella vaginalis</i>		<i>Ureaplasma urealyticum</i> , <i>Mycoplasma hominis</i>	Negativo	Negativo
5. Negativo	Negativo	Negativo		<i>M. hominis</i>	Negativo	Negativo
6. –	–	–		–	–	Negativo
7. Negativo	Negativo	Negativo		Negativo	Negativo	<i>E. coli</i>
8. –	–	–		–	–	Bacilo gramnegativo anaerobio <i>Porphyromonas</i> spp.
9. Negativo	Negativo	Negativo		Negativo	Negativo	–
10. Negativo	Negativo	Negativo		Negativo	Negativo	<i>Eikenella corrodens</i>
11. –	–	–		–	–	Negativo
12. –	–	–		–	–	Negativo
13. –	–	–		–	–	<i>E. coli</i>
14. Negativo	Negativo	Negativo		Negativo	Negativo	<i>Streptococcus</i> spp.
15. Negativo	Negativo	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>		<i>N. gonorrhoeae</i> , <i>M. hominis</i>	Negativo	–
16. Negativo	Negativo	<i>Gardnerella vaginalis</i>		<i>M. hominis</i>	Negativo	Negativo
17. –	–	–		–	–	<i>Actinomyces israelii</i>
18. Negativo	<i>Chlamydia trachomatis</i>	<i>G. vaginalis</i>		<i>U. urealyticum</i>	<i>C. trachomatis</i>	Negativo
19. Negativo	Negativo	–		<i>H. influenzae</i>	Negativo	<i>H. influenzae</i>
20. Negativo	Negativo	–		Negativo	Negativo	–
21. Negativo	–	<i>G. vaginalis</i>		<i>M. hominis</i>	–	–
22. Negativo	–	Negativo		Negativo	–	–
23. Negativo	–	<i>Candida albicans</i>		Negativo	–	–
24. –	–	–		–	–	Negativo
25. –	–	–		<i>N. gonorrhoeae</i>	–	Negativo
26. –	–	–		–	–	<i>E. coli</i>
27. <i>N. gonorrhoeae</i>	Negativo	Negativo		<i>N. gonorrhoeae</i>	Negativo	Negativo
28. Negativo	–	<i>G. vaginalis</i>		–	–	Negativo
29. –	–	–		–	–	<i>Streptococcus anginosus</i> , <i>E. coli</i>
30. –	–	–		–	–	<i>Peptostreptococcus</i> spp. <i>Bacteroides neolyticus</i>
31. –	–	–		–	–	<i>B. thetaiotaomicron</i> , <i>E. coli</i>

–: no realizado.

terno-Infantil de Canarias desde abril de 1997 hasta abril de 2002, un período de 5 años, el 31,65% precisó una intervención quirúrgica y en un 15,10% se confirmó el diagnóstico de absceso tuboovárico unilateral o bilateral. Las características epidemiológicas

y clínicas más comunes son ser una mujer de 32-33 años de edad, sexualmente activa, casada, con un nivel socioeconómico bajo, consumidora de alguna sustancia tóxica y de paridad entre 1 y 3 hijos. A la exploración presenta un cuadro de dolor abdominal

y fiebre o febrícula con una elevación leucocitaria superior a 10.000. El abordaje quirúrgico más frecuente fue la laparoscopia y el hallazgo quirúrgico más común, el absceso tuboovárico unilateral, en la mayoría de los casos dependiente de anejo izquierdo. El procedimiento quirúrgico más realizado es la salpingectomía bilateral y la anexectomía unilateral. El tratamiento médico empleado, en la gran mayoría de las pacientes, fue netilmicina y clindamicina parenteral, que se complementaron con doxicilina o clindamicina al alta. La estancia media hospitalaria fue prolongada. Los microorganismos aislados con mayor frecuencia en el cultivo del absceso fueron los bacilos gramnegativos aerobios.

DISCUSIÓN

Pueden ocurrir infecciones en cualquier parte de las vías genitales superiores o en todas ellas: endometrio (endometritis), pared uterina (miositis), oviductos (salpingitis), ovarios (ooforitis), serosa uterina y ligamentos anchos (parametritis) y peritoneo pélvico (peritonitis). La enfermedad pélvica inflamatoria comprende un espectro de trastornos inflamatorios del tracto genital superior que incluye cualquier combinación de las anteriores. Aunque el término es impreciso, la designación tiene utilidad porque estas infecciones están comúnmente interrelacionadas. El absceso tuboovárico es la manifestación más grave de la enfermedad pélvica inflamatoria⁸.

Se han identificado con claridad factores de riesgo que son determinantes de importancia en el desarrollo de la enfermedad pélvica inflamatoria. Estos factores pueden proporcionar una herramienta útil en el diagnóstico y la valoración de estas pacientes.

La adolescencia *per se* se ha asociado con un mayor riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria, además de la presencia de múltiples compañeros sexuales y de una alta frecuencia de intercambio sexual^{9,10}. Las adolescentes son más susceptibles al desarrollo de una enfermedad pélvica inflamatoria debido a que el epitelio columnar endocervical se extiende más allá del endocervix (ectopia cervical), lo que produce una gran área cubierta por epitelio columnar y escamocolumnar que es más susceptible a las infecciones por *C. trachomatis*¹¹. Las adolescentes son, además, un grupo poblacional en que el empleo de anticoncepción de barrera es menos habitual y el

intercambio de pareja sexual es relativamente frecuente. Sin embargo, en nuestro grupo de estudio, la paciente más joven con diagnóstico de absceso tuboovárico tenía 18 años de edad y la edad media poblacional fue de 33,97 años. En otras series publicadas se confirma que, en la enfermedad pélvica inflamatoria grados III y IV, la edad media de las pacientes asciende hasta ser superior a los 35 años⁸.

La relación entre la enfermedad pélvica inflamatoria y el nivel socioeconómico parece ser un indicador de comportamiento sexual¹². En nuestro grupo de estudio ha quedado demostrado que el absceso tuboovárico es más frecuente en niveles socioeconómicos bajos.

El hábito tabáquico y el consumo de drogas se asocian con la epidemiología de la enfermedad pélvica inflamatoria, como se ha demostrado en nuestra serie. Se postula que el tabaco compromete la respuesta inmunológica a la infección además de relacionarse con comportamientos de alto riesgo y niveles socioeconómicos inferiores^{13,14}.

Existen 2 (4,76%) casos documentados, entre las 42 pacientes de la población de estudio, con serología positiva para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). En mujeres en edad reproductiva, los agentes causales de la enfermedad pélvica inflamatoria y el VIH se transmiten por el mismo mecanismo, relaciones sexuales sin protección, y están, a menudo, interrelacionadas. Existen varios estudios publicados sobre el curso clínico de la infección pélvica en pacientes positivas al VIH^{15,16}. A pesar de un comienzo más severo y una estancia hospitalaria más prolongada, el tratamiento que se recomienda son los regímenes estándar¹⁶.

Entre las 42 pacientes con diagnóstico de absceso tuboovárico, un 17% empleaba un dispositivo intrauterino como método anticonceptivo habitual. En un metaanálisis publicado en el año 2000 de 36 estudios publicados entre los años 1974 y 1990, se revisa la relación entre los efectos del empleo del dispositivo intrauterino y la enfermedad pélvica inflamatoria. Se objetiva una asociación positiva entre el empleo del dispositivo y la enfermedad, tanto sintomática como asintomática¹⁷. Sin embargo, los estudios incluidos en esta revisión son, en su mayoría, estudios retrospectivos caso-control, en lugar de estudios prospectivos aleatorizados. Estudios más antiguos aseguran que no existe tal asociación después de las primeras 3 semanas tras la inserción del

20 dispositivo¹⁸. Esta mayor incidencia en los primeros días se debe a la contaminación breve y transitoria de la cavidad uterina tras la inserción.

Un 10% de nuestra población emplea anticoncepción oral como método anticonceptivo habitual. El empleo de anticonceptivos orales altera el moco cervical y el tejido endometrial, el cual ayuda a bloquear la infección ascendente al igual que los agentes anticonceptivos de barrera. No está claro el papel de los anticonceptivos orales en el riesgo de la enfermedad pelviana inflamatoria; si bien su acción sobre el moco cervical es protectora, está claramente demostrada la mayor prevalencia de cervicitis por *Chlamydia* entre las usuarias de anticonceptivos orales, quizás debido a un incremento en la incidencia de ectopia cervical¹⁹. En el año 2001 se publicó un estudio prospectivo aleatorizado sobre el empleo de anticonceptivos orales y la enfermedad pelviana inflamatoria (Peach Study)²⁰. En ese estudio no se encontró evidencia de una disminución del riesgo de enfermedad pelviana inflamatoria entre usuarias de anticonceptivos orales; sin embargo, se demostró que los anticonceptivos orales tienden a reducir la severidad de la enfermedad.

Desde 1975 se han publicado 71 casos de salpingitis y 38 de abscesos tuboováricos en mujeres sometidas previamente a una ligadura bilateral de trompas²¹. La teoría de que el ascenso de los microorganismos desde la vagina hasta el endometrio y trompas es la principal vía de acceso de la infección ha apoyado la teoría clásica de que esta enfermedad no podía acontecer en mujeres sometidas a ligadura bilateral de trompas. Existen varios trabajos caso-control donde no se ha podido documentar ningún caso de salpingitis en mujeres con ligadura bilateral de trompas; sin embargo, se ha realizado una revisión bien documentada de los casos publicados durante los últimos 20 años y se ha objetivado que, aunque la enfermedad pelviana inflamatoria tras una ligadura bilateral de trompas es poco probable, sí existe²¹. En nuestra serie, entre los 42 casos de abscesos tuboováricos, 5 (11,9%) pacientes se habían sometido a una ligadura bilateral de trompas.

En general, la flora aislada en nuestros abscesos tuboováricos se asemeja a la descrita en la bibliografía. Los microorganismos aislados con más frecuencia en el absceso pelviano son los bacilos gram-negativos aerobios (40%) y los gérmenes anaerobios (26%)²². En algunos estudios se ha objetivado un in-

cremento en la incidencia de vaginosis bacteriana en asociación con la enfermedad pelviana inflamatoria. Soper et al identificaron microorganismos en la vagina asociados con vaginosis bacteriana en el 61,8% de las mujeres con diagnóstico laparoscópico de enfermedad pelviana inflamatoria²³. En nuestra serie, es relativamente frecuente la presencia de una vaginosis en pacientes con diagnóstico de absceso tuboovárico (46,66%).

C. trachomatis se considera en la actualidad, en el mundo desarrollado, el agente etiológico más importante de la enfermedad pelviana inflamatoria y se ha aislado en las trompas de Falopio de hasta el 30% de los casos²⁴. En las series publicadas más recientemente, *C. trachomatis* se ha identificado, entre 104 pacientes afectadas de enfermedad pelviana inflamatoria, en el tracto genital del 38,5% y *N. gonorrhoeae* en el 14,4%²⁵. Stacey ha confirmado hallazgos microbiológicos similares, ha identificado *C. trachomatis* en el 48% de sus pacientes, en comparación con *N. gonorrhoeae*, identificada en el 30%²⁶. En nuestra serie, tan sólo aislamos *C. trachomatis* y *N. gonorrhoeae* en el 7,69% y el 6,66% de los casos, respectivamente, probablemente en relación con un déficit en su recogida y manejo.

Actinomyces israelii se aisló en una paciente portadora de un dispositivo intrauterino. La actinomicosis pelviana es una entidad rara, que se describió inicialmente asociada al uso a largo plazo del dispositivo. *A. israelii* es un saprofita común de la orofaringe y del tracto gastrointestinal. En circunstancias normales no es capaz de penetrar barreras anatómicas intactas, el traumatismo es un factor predisponente. Su presencia se atribuye a autocontaminación fecal, o a actividad sexual urogenital y/o rectovaginal directa, de mucosa a mucosa, sin protección intermedia²⁷. Trabajos como el de Burkman y Schlesselman²⁸ apuntan, de manera clara, que la presencia de actinomices en mujeres portadoras del dispositivo intrauterino implica 3,6 veces más riesgo de presentar una enfermedad pelviana inflamatoria y que posteriormente ésta sea más susceptible de tratamiento quirúrgico en comparación con mujeres no portadoras de un dispositivo. En un estudio sueco de Persson et al, del Instituto Karolinska de Estocolmo²⁹, se cuestiona la patogenicidad de *Actinomyces* en el tracto genital, pues afirman que existen tanto en mujeres portadoras del dispositivo intrauterino como en mujeres no portadoras, con lo cual con-

cluyen que no hay razón para retirar ni tratar *Actinomyces* en mujeres asintomáticas portadoras de un dispositivo. En la misma línea, el estudio prospectivo de Hager et al³⁰ para ver la asociación de *Actinomyces* y los dispositivos intrauterinos aprecia que hay más probabilidad de encontrarlo a mayor tiempo de uso del dispositivo, pero que esto no sirve para predecir la infección y que la presencia de estos organismos tiene, por tanto, poca significación, pues se los considera colonizadores habituales de la vagina, al igual que afirman Murray et al³¹.

Hasta el comienzo de los años ochenta, el tratamiento de los abscesos tuboováricos consistía en an-

tibioterapia parenteral. En pacientes que no respondían al tratamiento, se realizaba laparotomía con exéresis de los anejos y del útero^{3,4}. Durante los últimos 15 años, la laparoscopia ha sido la técnica de referencia en el diagnóstico y tratamiento de los abscesos tuboováricos^{32,33}. La técnica quirúrgica consiste en la liberación de adherencias, aspiración y lavado del material purulento y exéresis del tejido necrótico³⁴. En el 79% de las pacientes de nuestra revisión, se logró resolver el cuadro mediante abordaje exclusivamente laparoscópico. Tan sólo en un 7% de los casos el abordaje inicial fue laparotómico. Sólo en 5 (11,9%) de las pacientes fue necesaria la histerectomía.

BIBLIOGRAFÍA

- Pearlman M. A review of the microbiology, immunology and clinical implication of *Chlamydia trachomatis* infections. *Obstet Gynecol Survey*. 1992;47:448.
- Silva S. Infecciones en ginecología y obstetricia. 1.^a ed. Santiago, Chile: Ed. Mediterráneo; 1997. 15-114.
- Mirhashemi R, Schoell WM, Estape R. Trends in the management of pelvic abscesses. *J Am Coll Surg*. 1999;188:567-72.
- Rizk P. Operative laparoscopy in the management of tubo-ovarian abscess. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*. 1995;2:46.
- Buchan H, Vessey M, Goldacre M, Fairweather J. Morbidity following pelvic inflammatory disease. *Br J Obstet Gynaecol*. 1993;100:558-62.
- Johns DA. Laparoscopic treatment of tubo-ovarian abscess. *Endoscopy surgery of gynaecologists*. 1994;154-8.
- Hager WD, Eschenbach DA, Spence MR, Sweet RL. Criteria for diagnosis and grading of salpingitis. *Obstet Gynecol*. 1983;61:113-4.
- Post MS, Kleef M, Wekken EN, Schoot JT, Burger CW. The treatment of an unruptured tubo-ovarian abscess in 98 women. A retrospective study. *Act Obstet Gynecol Scand*. 1997;76:27.
- Evans B, Tasker T, MacCrae KD. Risk profiles for genital infection in women. *Genitourin Med*. 1993;69:257-61.
- Grodstein F, Rothman KJ. Epidemiology of pelvic inflammatory disease [review]. *Epidemiology*. 1994;5:234-42.
- Washington AE, Cates W, Wasserheit J. Preventing pelvic inflammatory disease. *JAMA*. 1991;266:2575-80.
- Simms I, Stephenson JM. Pelvic inflammatory disease epidemiology: what do we know and what do we need to know? *Sex Transm Infect*. 2000;76:80-7.
- Marchbanks P, Lee N, Petersen H. Cigarette smoking as a risk factor for pelvic inflammatory disease. *Am J Obstet Gynecol*. 1990;162:639-44.
- Hersey P, Prendergast D, Edwards A. Effects of cigarette smoking on the immune system: follow-up studies in normal subjects after cessation of smoking. *Med J Aust*. 1983;2:425-9.
- Korn AP, Landers DV, Green JR, Sweet RL. Pelvic inflammatory disease in human immunodeficiency virus-infected women. *Obstet Gynecol*. 1993;82:765-8.
- Barbosa C. Pelvic inflammatory disease and human immunodeficiency virus infection. *Obstet Gynecol*. 1997;89:65-70.
- Gareen I, Greenland S, Morgenstern H. Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease: meta-analysis of published studies, 1974-1990. *Epidemiology*. 2000;11(5):589-97.
- Farley TM, Rosenberg MJ, Rowe PJ, Chen JH, Meink O. Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease: an international perspective. *Lancet*. 1992;339:785-8.
- Bontis J, Varilis D, Panidis D, Theodoridis T, Konstantinidis T, Sidiropoulou A. Detection of *Chlamydia trachomatis* in asymptomatic women: relationship to history of contraception and cervicitis. *Adv Contracep*. 1994;10:309-15.
- Ness RB, Soper DE, Holley RL, Peipert J, Randall H, Sweet RL, et al. Hormonal and barrier contraception and risk of upper

- genital tract disease in the PID. Evaluation and clinical health study. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;185:121-7.
21. Levgur M, Durivier R. Pelvic inflammatory disease after tubal sterilization: a review. *Obstet Gynecol Surv.* 2000;55:41-50.
22. Landers DV, Sweet RL. Tubo-ovarian abscess: contemporary approach to management. *Rev Infect Dis.* 1983;5:876-84.
23. Soper DE, Brockwell NJ, Dalton HP, Johnson D. Observations concerning the microbial aetiology of acute salpingitis. *Am J Obstet Gynecol.* 1994;170:1008-14.
24. Mardh PA, Ripa KT, Svensson I, Westrom L. Chlamydia trachomatis infection in patients with acute salpingitis. *N Engl J Med.* 1977;296:1377-9.
25. Bevan CD, Johal BJ, Mumtaz G, Ridgway GL, Siddle NC. Clinical, laparoscopic and microbiological findings in acute salpingitis: report an UK cohort. *Br J Obstet Gynaecol.* 1995; 102:407-14.
26. Stacey CM. A longitudinal study of pelvic inflammatory disease. *Br J Obstet Gynaecol.* 1992;99:992-7.
27. Keith LG. Pelvic infections and their relationship to IUD use. Lancaster: Kluwer; 1989. p. 121-3.
28. Burkman R, Schlesselman S. The relationship of genital tract actinomycetes and the development of pelvic inflammatory disease. *Am J Obstet Gynecol.* 1982;143:585.
29. Thiery M, Claeys G, Mrozowski B, Van den Broecke R, Van Kets H, Parewijck W. Significance of colonization of the lower female genital tract with *Actinomyces israelii*. *IRCS Med Sci.* 1986;14:292-3.
30. Hager WD, Douglas B, Majmudar B, Naib ZM, Williams OJ, Ramsey C. Pelvic colonization with actinomycetes in women using intrauterine contraceptive devices. *Am J Obstet Gynecol.* 1979;135:680-4.
31. Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA, editores. *Medical Microbiology.* St. Louis: Mosby; 1998. p. 293.
32. Raiga J, Denoix S, Canis M, Lebouedec G, Glowaczower E, Wattiez A. Laparoscopic treatment of adnexal abscesses. A series of 39 patients. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 1995; 24:381-5.
33. Landers DV, Sweet RL. Current trends in the diagnosis and treatment of tuboovarian abscess. *Am J Obstet Gynecol.* 1985;151:1098-110.
34. Nezhat CR. Operative gynecologic laparoscopy: principles and technique. 1st ed. New York: McGraw-Hill; 1995. p. 185-201.