

Enfermedad Inflamatoria Pélvica en mujeres del área metropolitana de Panamá

Dra. Evella Qulroz R.
División de Virología
Laboratorio Conmemorativo Gorgas

Dr. Juan Carbone,
Residente del Servicio de Ginecología y
Obstetricia del C.H.M.C.S.S.

Dr. Rafael Chung
Funcionario del Servicio de Ginecología y
Obstetricia del C.H.M.C.S.S.

13 de febrero de 1989

RESUMEN

La enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) es un síndrome que se presenta en mujeres sexualmente activas o en edad reproductiva, causada principalmente por los agentes causantes de las enfermedades transmitidas sexualmente (ETS). Este trabajo presenta la información epidemiológica obtenida en 16 mujeres atendidas en el Cuarto de Urgencia de Ginecología del Complejo Hospitalario Metropolitano de la Caja de Seguro Social de la Ciudad de Panamá, con un diagnóstico inicial de EIP aguda y que representaron el 19% (16/84) de todos los casos de EIP reportados en el Área Metropolitana de Panamá en 1986.

Los casos se presentaron en mujeres de 16 a 42 años. No se observó ninguna asociación entre EIP aguda y variables tales como raza, estado marital ni número de compañeros sexuales. Tres casos tenían antecedentes de ETS y uno informó el uso de dispositivo intrauterino. Se detectaron tres casos de EIP aguda gonocócica. No se obtuvieron cultivos positivos por *Chlamydia trachomatis* ni por *Mycoplasma hominis*.

ABSTRACT

Pelvic inflammatory disease is a syndrome that presents in women who are sexually active or of reproductive age and is caused mainly by sexually transmitted disease (STD) agents. We report here a descriptive epidemiologic

study of women treated for acute PID in the Gynecology Emergency Room of the Social Security Metropolitan Hospital, Panama City. The study enrolled 16 patients who represent 19% of the 84 acute pelvic inflammatory disease from the metropolitan area reported to the Ministry of Health during the study. Cases presented in women between 16 and 42 years of age; there was no correlation with race; marital status or number of sexual partners. Three cases had a previous history of STD, and one reported use of an intrauterine contraceptive device. Three cases were associated with gonococcal infection. None of the cases yielded positive cultures for *Chlamydia trachomatis* or *Mycoplasma hominis*.

INTRODUCCION

La enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) es una de las complicaciones que se presenta en mujeres sexualmente activas o en edad reproductiva¹. La EIP es un problema bien documentado en los países industrializados², en donde la mayoría de los casos parece ser causada por agentes de enfermedades transmitidas sexualmente (ETS). En los países en vías de desarrollo hay muy pocos datos sobre esta enfermedad³. De acuerdo con los datos proporcionados por el Departamento de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud, Panamá tiene una incidencia anual de EIP de 73 por 100,000 mujeres entre 15 y 44 años de edad, observándose una incidencia máxima de 96 por 100,000 en el grupo de mujeres mayores de 25 años, a diferencia de lo que se ha observado en otros países en que los grupos más afectados son mujeres menores de 25 años². Sin embargo, no hay estudios detallados sobre la EIP en Panamá, por lo que se desconocen las características de la presentación clínica y etiológica de esta enfermedad.

Algunos autores señalan que las diferencias que se observan en la epidemiología de la EIP aguda pueden ser causadas parcialmente por diferencias reales en la etiología y en los factores epidemiológicos de las diferentes poblaciones⁴. En un intento por conocer las características de esta enfermedad en Panamá iniciamos un estudio piloto, clínico-epidemiológico en mujeres panameñas con EIP aguda atendidas en el Cuarto de Urgencia de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario Metropolitano de la Caja de Seguro Social, cuyos resultados describimos en este trabajo.

MATERIALES Y METODOS

Población Estudiada: Se incluyeron en el estudio 16 pacientes consecutivas con un diagnóstico inicial de

EIP aguda atendidas en el Cuarto de Urgencia de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario Metropolitano de la Caja de Seguro Social (CHM-CSS) entre julio y septiembre de 1986, durante los períodos de turno de uno de los autores. Las pacientes con este

diagnóstico presentaron dolor abdominal más otros dos criterios, fiebre, dolor a la movilización del cérvix, dolor a la palpación de los anexos, fetidez, secreciones. La evaluación y las decisiones relacionadas con la admisión y el tratamiento de las pacientes se hicieron de acuerdo a los procedimientos establecidos en el sitio de consulta. A cada paciente se le llenó un formulario standard que incluyó información sobre edad, raza, ocupación, ingresos, estado marital, número de compañeros sexuales, antecedentes de ETS, síntomas, cuenta de los glóbulos blancos y terapia administrada. Se programó un seguimiento sobre la evolución clínica de cada paciente a los diez días de la visita inicial.

Muestras Colectadas: A cada paciente se le hizo en la primera visita un frotis por Gram de las secreciones de endocervix. También se colectaron muestras de endocervix para cultivo de *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* y *Mycoplasma hominis*. Todas las muestras se colectaron con hisopos de algodón. La muestra para cultivo de *N. gonorrhoeae* se inoculó en medio de Thayer-Martin e inmediatamente se colocó en una atmósfera parcial de CO₂ obtenida introduciendo una vela encendida en un recipiente cerrado. Un segundo hisopo de endocervix se colocó en medio de transporte para clamidia y micoplasma y se mantuvo en frío. Ambos sistemas se trasladaron al laboratorio en un período no mayor de una hora después de su colección.

Métodos de laboratorio: Aislamiento de *N. gonorrhoeae*: Los platos de Thayer-Martin se incubaron a 37°C hasta observar el crecimiento de las colonias características. A las colonias con diplococos gram-negativos, oxidasa-positiva se le hicieron pruebas de fermentación de azúcares y sensibilidad a penicilina⁵.

Aislamiento de *C. trachomatis*: Las muestras fueron inoculadas en cultivos de células MacCoy tratadas con cicloheximida⁶. Las muestras que produjeron inclusiones citoplasmáticas después de la tinción con yodo se consideraron positivas por clamidia.

Aislamiento de Micoplasma: Las muestras para aislar micoplasma se inocularon en platos de agar con medio de PPLO de acuerdo a métodos establecidos⁷.

RESULTADOS

De los 17 casos con un diagnóstico inicial de EIP aguda se excluyó una paciente cuyo diagnóstico posterior fue de embarazo ectópico. Las características demográficas y sexuales investigadas se presentan en la Tabla 1. Los casos se presentaron en mujeres con una edad media de

29 años (rangos de 16-42), de las cuales el 75% (12/16) fueron mestizas y las restantes fueron mujeres blancas. El 88% (14/16) tenía una relación marital estable (casada o unida), 69% (11/16) informó tener experiencia con un compañero sexual solamente. El 63% (10/16) tenía un ingreso familiar mensual menor de 300 balboas. Sólo 3/16 (19%) tenían antecedentes de una ETS anterior: una paciente con una uretritis no gonocócica (UNG), otra tenía un compañero sexual tratado por UNG y el tercer caso reportó un episodio previo de EIP. Un caso (6%) reportó el uso de un dispositivo intrauterino (DIU).

Las pacientes estudiadas tuvieron una presentación clásica de dolor (Tabla 2): abdominal, por movilización del cérvix y a la palpación de los anexos. Se observaron secreciones en 75% de los casos. En 11/16 (69%) se registró elevación de la temperatura. En 9/16 (56%) la cuenta de glóbulos blancos estuvo elevada (>11,000 por mm³) y en 9/16 (56%) se observó neutrofilia (>75%).

Tres casos (3/16, 19%) tuvieron cultivos positivos por *N. gonorrhoeae*, de los cuales sólo uno también tuvo un frotis de endocervix positivo por diplococos gram-negativos. Estas pacientes tenían edades de 16, 20, 23 años. No hubo cultivos positivos ni de clamidia ni de micoplasma.

Al momento de la consulta se recomendaron antimicrobianos activos contra los principales patógenos reconocidos. El tratamiento fue ambulatorio para seis de los casos, cinco se trataron con tetraciclina y el sexto con eritromicina por intolerancia a la tetraciclina. Este se presentó con dolor persistente a la cita de seguimiento y requirió hospitalización. De las pacientes inicialmente hospitalizadas por presentar un cuadro clínico severo, ocho fueron tratadas con gentamicina en combinación con otro antibiótico: cuatro con penicilina sódica, tres con clindamicina y una con ampicilina. En todos los casos la evolución fue satisfactoria. Una paciente de los casos hospitalizados y cuatro de los ambulatorios acudieron a la cita de seguimiento, observándose en ellos una mejoría clínica evidente.

DISCUSION

Este trabajo describe la información obtenida en un estudio piloto de mujeres con EIP atendidas en el Cuarto de Urgencia de Obstetricia y Ginecología del CHM-CSS. Esta muestra sólo incluye a mujeres aseguradas y que representan el 19% (16/84) de todos los casos de EIP informados en el Area Metropolitana de Panamá en 1986.

Se sabe que algunas variables como edad, actividad sexual, estado marital, método anticonceptivo, situación

socioeconómica, raza y número de compañeros sexuales están asociados con el riesgo de desarrollar la EIP. Si analizamos el factor edad en este estudio observamos que el 69% de las pacientes estudiadas fueron mujeres mayores de 25 años, que es el grupo de edad que tiene la mayor incidencia de ETS⁸ y de EIP en el Área Metropolitana. Esta observación es similar a lo que ocurre en otras áreas del mundo en que la distribución por edad de las mujeres con EIP es la misma que la de aquellas con ETS no complicadas, con la diferencia de que en otras áreas la mayor incidencia de EIP está en los grupos menores de 25 años¹.

La raza y la situación socioeconómica aunque no pueden ser consideradas como variables independientes, reflejaron la situación general de la Región Metropolitana.

El uso del DIU que se ha reportado⁹ como un factor que aumenta el riesgo de desarrollar EIP aguda, sólo fue identificado en uno de los casos de este estudio, quien además era contacto sexual de una UNG. En este caso en particular la asociación de varios factores aumentó el riesgo.

El método más común de diagnosticar EIP y el utilizado por nosotros está relacionado con la presentación de signos y síntomas clásicos de dolor abdominal, uterino, cervical, etc, asociados a una historia sugestiva de riesgo. La tinción de Gram sólo ayudó al diagnóstico de EIP en uno de los casos. Otros indicadores como un estado febril combinado con una cuenta elevada de glóbulos blancos y neutrofilia, observado en más de la mitad de nuestros casos, determinaron la hospitalización de la paciente. En ninguno de los casos se practicó la laparoscopia ni se dio tratamiento al compañero sexual para evitar futuras reinfecciones.

Se sabe que la *N. gonorrhoeae* (GC) se ha aislado del endocervix de 33-51% de las pacientes con EIP aguda no tratadas y que la sensibilidad de un sólo cultivo endocervical en medio de Thayer-Martin probablemente sea de 80%¹⁰. Además, la recuperación de *N. gonorrhoeae* del endocervix de una paciente con EIP aguda no prueba que el GC está presente en el tracto genital superior ni que es el único agente presente. Sin embargo, entre pacientes con EIP aguda con cultivos cervicales positivos, el GC se ha aislado de 70% de los especímenes obtenidos por culdocentesis por lo que parece probable que el GC sea el responsable directo de la EIP aguda en la mayoría de las mujeres con un cultivo de endocervix positivo por *N. gonorrhoeae*. Esto significaría que por lo menos el 19% de las EIP agudas de nuestro estudio pueden ser clasificadas como gonocócicas.

La frecuencia de infección por *C. trachomatis* cervical

en pacientes con EIP aguda se relaciona con la prevalencia de este microorganismo en la población. La tasa de aislamiento de clamidia reportada en mujeres panameñas asintomáticas con diferentes riesgos para adquirir ETS fue de 2-3% en mujeres de alto riesgo¹¹ y de 19% en mujeres embarazadas (Reeves WC, comunicación personal); sin embargo, fue de cero en las pacientes de nuestro estudio. Es difícil que la clamidia no sea una causa significativa de EIP en esta área, pero es posible que el tratamiento reciente con antibióticos haya sido un factor determinante en estos resultados. También debemos considerar que para aislar clamidias en casos de EIP severos, como los de nuestro estudio, quizás se deben obtener muestras mediante laparoscopia. En Suecia donde la *C. trachomatis* ha sido la causa de EIP más frecuentemente identificada¹², se les practica un laparoscopia a la mayoría de las pacientes con síntomas de EIP aguda.

Aunque el papel de los micoplasmas genitales en la EIP es más controversial que el de los otros microorganismos, nos sorprendió la ausencia de aislamientos de micoplasma en este estudio, puesto que ellos han sido aislados de muestras cervicales de un alto porcentaje de mujeres panameñas asintomáticas (Reeves WC, comunicación personal).

Un tratamiento previo con antibióticos pudo ser un factor importante en la baja tasa de aislamientos obtenida. Inicialmente intentamos incorporar en el estudio mujeres con EIP aguda que no hubieran sido tratadas con antibióticos durante el mes anterior, pero este requisito se omitió en vista de que la mayoría de las pacientes que se presentaban a consulta al Cuarto de Urgencia estaban tratadas. Ello sugiere que quizás el nivel hospitalario no sea el lugar más apropiado para detectar la enfermedad en una etapa temprana y que los centros de salud y las policlínicas pueden ser una buena alternativa. A nivel hospitalario se podría hacer un estudio cuidadoso de variables, tales como severidad del problema y regímenes de tratamientos anteriores.

La información de EIP en Panamá que hemos presentado no nos permite establecer conclusiones definitivas ni hacer generalizaciones a otros grupos de mujeres con EIP, pero sí resalta la necesidad de investigar más sobre este tópico, su patogénesis, etiología, epidemiología, diagnóstico, tratamiento, costo a los sistemas de salud y, de particular importancia, el pronóstico de EIP crónica, infertilidad y embarazo ectópico que eventualmente desarrollarán las mujeres afectadas con EIP. Mientras se inician estas investigaciones y se implementan los métodos de prevención primaria para las ETS y por ende para la EIP, debemos intensificar los esfuerzos para el diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado de las mujeres afectadas con estas enfermedades.

TABLA 1
CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS Y SEXUALES EN MUJERES CON EIP AGUDA,
CHM-CSS, 1986
(n=16)

Características		Porcentaje
Edad (años)	15-19	6
	20-24	25
	25-29	31
	30-34	31
	35-44	6
Raza	mestiza	75
	blanca	25
Ingresos (Balboas)	<300	63
	300-500	31
	>501	6
Estado Marital	Soltera	12
	Casada o unida	88
Compañeros sexuales	1	69
	2 ó más	31

TABLA 2
SINTOMAS Y SIGNOS ENCONTRADOS EN PACIENTES CON UN DIAGNOSTICO
DE EIP AGUDA, CHM-CSS, 1986.
(n=16)

Criterio	Porcentaje
Dolor abdominal	100
Dolor por movilización del cérvix	81
Dolor a la palpación de los anexos	75
Secreciones	75
Engrosamiento anexial	69
Fiebre	69
Fetidez	44
Signos de irritación peritoneal	25
Disuria	13

AGRADECIMIENTO

Nuestro reconocimiento al Sr. Edmundo Chandler por su contribución a la realización de este trabajo y al Dr. Rolando Sáenz por sus valiosos comentarios durante la preparación del mismo.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Westrom L, Mardh PA: Salpingitis. In Sexually Transmitted Diseases, ed por Holmes KK, Mardh P-A, Sparling PF, Wiener PJ, New York McGraw-Hill, Inc. 1984, p. 615-632.
- 2 Westrom L: Incidence, prevalence, and trends of acute pelvic inflammatory disease and its consequences in industrialized countries. *Am J Obstet Gynecol* 138: 881-892, 1980.
- 3 Muir DG, Belsey MA: Pelvic inflammatory disease and its consequences in the developing world. *Amer J Obstet Gynecol* 138: 913-928, 1980.
- 4 Holmes KK, Eschenbach DA, Knapp JS: Salpingitis: Overview of etiology and epidemiology. *Am J Obstet Gynecol* 138: 893-900, 1980.
- 5 World Health Organization. *Neisseria gonorrhoeae* and gonococcal infections. WHO Tech Rep Ser 616, 1978.
- 6 Ripa KT, Mardh P-A, Cultivation of *Chlamydia trachomatis* in cycloheximide-treated MacCoy cells. *J Clin Microbiol* 6: 328-331, 1977.
- 7 Taylor-Robinson D: Recovery of mycoplasma from the genitourinary tract. In *Methods in Mycoplasmatology*, Vol II, ed por Razin S, Tully J, New York, Academic Press, Inc. 1983, p. 19-26.
- 8 *Boletín Epidemiológico de la Caja de Seguro Social* 2:3, 1987.
- 9 Lee NC, Rubin GL, Ory HW, Burkman RT: Type of intrauterine device and the risk of pelvic inflammatory disease. *Obstet Gynecol* 62: 1-6, 1983.
- 10 Eschenbach DA, Buchanan TM, Pollock HM, et al: Polymicrobial etiology of acute pelvic inflammatory disease. *N England J Med* 293: 166-171, 1975.
- 11 Reeves WC, Quiroz E: Prevalence of sexually transmitted diseases in high-risk women in the Republic of Panama. *Sex Trans Dis* 14: 69-74, 1987.
- 12 Ripa KT, Svensson L, Treharne JD, et al: *Chlamydia trachomatis* infection in patients with laparoscopically verified salpingitis: Results of isolation and antibody determinations. *Am J Obstet Gynecol* 138: 960-964, 1980.