

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de Práctica Clínica GPC

Diagnóstico, Tratamiento y
Diagnóstico Diferencial de los
ABSCESOS
TUBO-OVÁRICOS
en el primero y
segundo
Nivel de atención

Guía de Referencia Rápida
Catálogo Maestro de GPC:SS-503-11

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



DIF

SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

ÍNDICE

1. CLASIFICACIÓN	3
2. DEFINICIÓN.....	4
3. ABSCESOS TUBO-OVÁRICOS.....	5
4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES.....	6
5. DIAGRAMAS DE FLUJO	13
6. TABLA DE MEDICAMENTOS DE PRIMERA ELECCIÓN.....	14

1. CLASIFICACIÓN

GPC: DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS ABSCESOS
TUBO-OVÁRICOS EN EL PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CIE-10: N70 SALPINGITIS Y OOFORITIS, N71 ENFERMEDAD INFLAMATORIA, N73
OTRAS ENFERMEDADES PÉLVICAS INFLAMATORIAS FEMENINAS, N74 TRASTORNOS
INFLAMATORIOS DE LA PELVIS FEMENINA

2. DEFINICIÓN

El Absceso Tubo-Ovárico es una formación inflamatoria que compromete el ovario y la trompa, y puede ser uni o bilateral. En este absceso las estructuras comprometidas están infectadas y contienen pus. Este proceso inflamatorio, es secundario a un proceso infeccioso de la pelvis, habitualmente producido por gérmenes muy patógenos, que llegan al tracto genital a través de una relación sexual; es decir, corresponde a una complicación severa de una enfermedad de transmisión sexual.

3. ABSCESES TUBO-OVÁRICOS

FACTORES DE RIESGO

El principal factor de riesgo en la patogénesis de los abscesos tubo-ováricos, es la actividad sexual con una pareja infectada. También:

- Múltiples parejas sexuales
- Piuria
- Vaginitis/vaginositis (la identificación de un organismo de transmisión sexual, aumenta la probabilidad de recuperación de otros patógenos de transmisión sexual, incluyendo aquellos asociados con salpingitis y ATOs, tales como *Chlamydia trachomatis*, Mollicutes o gonococos).
- Cervicitis
- Endometritis
- Salpingitis
- Dispositivo intrauterino, edad, factores socioeconómicos y raciales

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

ETIOLOGÍA

Los Abscesos Tubo-Ováricos son una causa común de masas pélvicas inflamatorias en mujeres en edad reproductiva. Hasta el 50% de los Abscesos Tubo-Ováricos se asocian con la enfermedad pélvica inflamatoria. Muchos casos de Abscesos Tubo-Ováricos, se cree que son iniciados por las bacterias que forman parte de la flora vaginal normal de la paciente. Los Abscesos Tubo-Ováricos también, puede ser la consecuencia de una apendicitis, diverticulitis, enfermedad inflamatoria del intestino o cirugía. El contenido microbiológico de los Abscesos Tubo-Ováricos, por lo general, es una mezcla de bacterias anaerobias, aerobias y facultativas. La historia clínica, el examen clínico y de laboratorio suelen ser inespecíficos.

El contenido microbiano de los Abscesos Tubo-Ováricos es predominantemente una mezcla de microorganismos anaerobios, aerobios y facultativos. Las bacterias anaeróbicas son especialmente frecuentes en abscesos tubo-ováricos y están aisladas en más de la mitad de las infecciones. Algunos microorganismos frecuentemente cultivados, de acuerdo con un estudio realizado por Landers y Sweet, son *Escherichia coli* (37%); *Bacteroides fragilis* (22%); varias especies de *Bacteroides* (26%); *peptostreptococos* (18%), y *peptococos* (11%).

Aunque no son un requisito indispensable para justificar las decisiones iniciales del tratamiento, las pruebas para la gonorrea y la clamidia en el tracto genital inferior están recomendadas. Un resultado positivo, da soporte al diagnóstico clínico de EPI y refuerza la necesidad de tratar a las parejas sexuales. La ausencia de infección, confirmada en el tracto genital inferior no excluye EPI.

DIAGNÓSTICO

El cuadro clínico se sospecha cuando una paciente consulta por dolor abdominal intenso, progresivo, fiebre y compromiso de su estado general, habitualmente en el examen se encuentra distensión abdominal y a la palpación del abdomen hay dolor, y signo de blumberg positivo o irritación peritoneal. El tacto vaginal demuestra fondos de saco vaginales abombados y dolorosos, y habitualmente el cuello del útero lateralizado y doloroso a la movilización, si el compromiso es unilateral, además de palpar una masa para uterina irregular y sensible.

CUADRO CLÍNICO Y EXAMEN FÍSICO

Las pacientes con un absceso tubo-ovárico clásicamente se presentan con fiebre, dolor pélvico y una masa pélvica. Un total de 19 a 76% tendrá fiebre superior a 38,5 ° C y todos se presentan con dolor abdominal o pélvico.

En el examen, las pacientes con EPI pueden presentar resistencia muscular, dolor a la movilización del cérvix y sensibilidad de rebote ocasional. Generalmente, no se visualiza flujo cervical purulento. Los anexos, frecuentemente, presentan sensibilidad de moderada a severa, con una masa palpable o sensación de plenitud.

Los médicos deben sospechar de Enfermedad Inflamatoria Pélvica y tener un bajo umbral para el tratamiento en mujeres que están en riesgo de EPI y tienen sensibilidad al movimiento del útero, anexos, o de cuello uterino en el examen bimanual, sin otra causa aparente.

ESTUDIOS DE GABINETE

- El uso de la laparoscopia para el diagnóstico de EPI es el estándar de oro.
- Dado que los hallazgos clínicos y de laboratorio no son específicos, los estudios de imagen son esenciales para el diagnóstico de un absceso tubo-ovárico.
- La mayoría de los Abscesos Tubo-Ováricos pueden ser diagnosticados con base en: a) la historia clínica, b) el examen ginecológico, c) la ecografía transvaginal y d) las pruebas de laboratorio pertinentes. La tomografía computarizada o la resonancia magnética deben realizarse, si la investigación no es concluyente. El uso de esta estrategia es ventajosa, ya que en muchos casos, la cirugía exploratoria se pueden evitar con base en la información obtenida por tomografía computarizada o resonancia magnética.
- Los estudios de imagen, por lo general, la ecografía o la tomografía computarizada, son cruciales para el diagnóstico de un absceso tubo-ovárico.

TRATAMIENTO

El manejo exitoso de los Abscesos Tubo-Ováricos requiere de un diagnóstico preciso y oportuno.

El tratamiento hospitalario con antibióticos debe basarse en la terapia intravenosa, que debe continuarse hasta 24 horas después de la mejoría clínica e ir seguido de tratamiento oral. Los regímenes recomendados son:

- Ceftriaxona 2g al día por infusión intravenosa, más doxiciclina 100mg por vía intravenosa dos veces al día,* seguido por doxiciclina, 100mg vía oral dos veces al día, más metronidazol por vía oral, 400mg dos veces al día, para un total de 14 días.

* Doxiciclina oral puede ser utilizado si se tolera.

- Clindamicina por vía intravenosa, 900mg tres veces al día, más gentamicina* por vía intravenosa, seguida de:

Clindamicina oral 450mg cuatro veces al día hasta completar 14 días

O

Doxiciclina oral, 100mg dos veces al día más, metronidazol por vía oral, 400mg dos veces al día, hasta completar 14 días.

* La gentamicina debe ser administrada como una dosis de carga de 2mg/kg seguida de 1,5mg/kg tres veces al día [o puede ser sustituida por una dosis única diaria de 7mg/kg].

Si se utiliza éste régimen, los niveles de gentamicina deben ser monitoreados.

TRATAMIENTO

Regímenes alternativos:

- Ofloxacina por vía intravenosa, 400mg dos veces al día, más 500mg de metronidazol por vía intravenosa tres veces al día por 14 días.
- Ciprofloxacina IV, 200mg dos veces al día, además de doxiciclina IV u oral, 100mg dos veces al día, más metronidazol, 500mg IV, tres veces al día durante 14 días.

Con el desarrollo de los antibióticos de amplio espectro, el manejo de los Abscesos Tubo-Ováricos ha cambiado, de una histerectomía total abdominal con salpingo-ooforectomía bilateral a un enfoque médico. Actualmente, existen tres indicaciones principales para la intervención quirúrgica en pacientes en las que se sospecha la presencia de un absceso tubo-ovárico (ATO): rotura intra-abdominal del absceso tubo-ovárico, sospecha de otras urgencias quirúrgicas (tales como apendicitis), y falta de respuesta a la terapia antibiótica adecuada dentro de las 48 a las 72 horas. La rotura del ATO, es una condición potencialmente mortal que requiere tratamiento quirúrgico urgente.

La mayoría de los abscesos pélvicos responde a los antibióticos intravenosos de amplio espectro, seguidos de antibióticos orales durante un período prolongado de tiempo. Es importante que el régimen de antibióticos elegido tenga una cobertura adecuada frente a los organismos comunes de abscesos tubo-ováricos, incluyendo *Bacteroides fragilis*, *peptoestreptococos*, aerobios gram-negativos, *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*. El tratamiento de elección parece ser la triple terapia con antibióticos.

La laparoscopia puede ayudar a la resolución temprana de la enfermedad mediante la separación de las adherencias y el drenaje del absceso pélvico. La aspiración guiada por ecografía de las colecciones de líquido pélvico es menos invasiva y puede ser igualmente efectiva. Durante las últimas dos décadas, el drenaje de abscesos con el uso concomitante de antibióticos se ha vuelto más aceptado. Varios estudios han reportado tasas de éxito en el rango de 80 a 100%, ya sea después del drenaje guiado por ultrasonido o guiado por tomografía computarizada.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

El manejo del absceso tubo-ovárico roto es controvertido, dado que la mayoría de estas pacientes están en edad reproductiva, por lo que la maternidad y la función hormonal son una preocupación significativa.

El manejo de los abscesos tubo-ováricos ha evolucionado desde principios del siglo XX. En los casos de ruptura de ATO, la cirugía inmediata es ahora el estándar de cuidado y, si la fertilidad se desea, la información disponible sugiere opciones conservadoras, que pueden tener resultados favorables. Las opciones actuales para los casos de ruptura incluyen: el tratamiento con antibióticos por sí solos, la laparotomía después del fracaso del tratamiento médico o una laparoscopia de urgencia para el tratamiento médico y radiología intervencionista.

Las opciones quirúrgicas para las pacientes que no responden al tratamiento médico son: en su mayoría histerectomía abdominal total/ooforectomía bilateral y con menor frecuencia, el drenaje y la irrigación laparoscópica.

Hay cuatro principales indicaciones para el tratamiento quirúrgico en las mujeres con absceso tubo-ovárico: 1) La sospecha de una emergencia quirúrgica, como la ruptura del absceso o perforación intestinal, 2) el drenaje del absceso sin éxito, 3) el fracaso de la respuesta al tratamiento después de antibióticos y drenaje, y 4) la incertidumbre sobre el diagnóstico. En general, la laparoscopia se debe realizar como primera elección, cuando la cirugía es necesaria, ya que es un procedimiento mínimamente invasivo. Cuando se realiza una cirugía, debe practicarse una aproximación conservadora del órgano, independientemente de los deseos de la paciente de tener niños, ya que ofrece un riesgo de complicaciones significativamente menor.

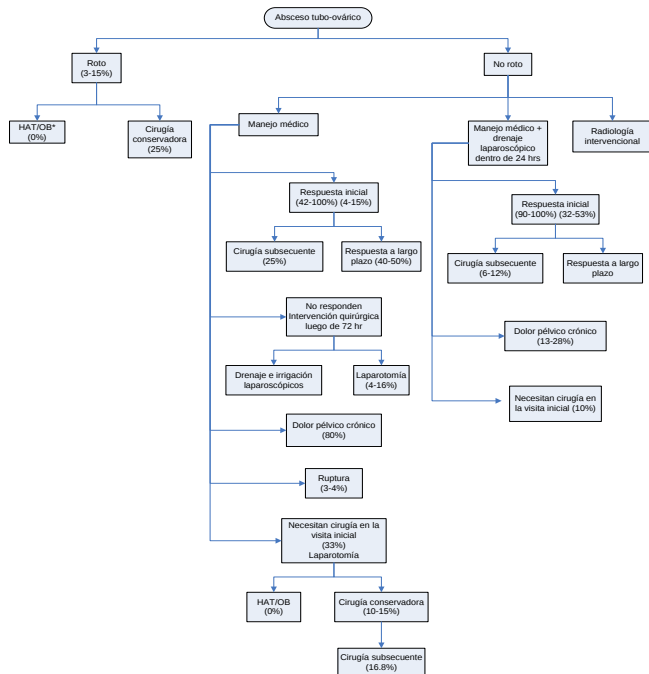
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial de dolor abdominal en una mujer joven incluye:

- Embarazo ectópico: El embarazo debe ser excluido de todas las mujeres con sospecha de EPI.
- Apendicitis aguda: En la mayoría de los pacientes con apendicitis se presentan náuseas y vómitos, pero estos síntomas sólo se encuentran en el 50% de los pacientes con EPI. En aproximadamente una cuarta parte de las mujeres con apendicitis se puede encontrar dolor al movimiento cervical.
- Endometriosis: La relación entre los síntomas y el ciclo menstrual puede ser útil para establecer un diagnóstico.
- Síndrome del intestino irritable (y con menor frecuencia, otros trastornos gastrointestinales).
- Las complicaciones de un quiste ovárico, como la ruptura o torsión con frecuencia de aparición súbita.
- Infección del tracto urinario.
- El dolor funcional (dolor de origen físico desconocido), que puede estar asociado con síntomas de larga duración.

La única forma de distinguir un absceso tubo-ovárico de la EPI es la detección de una masa anexial inflamatoria, y esto puede ser difícil, si solamente se realiza el examen físico y estudios de laboratorio.

5. DIAGRAMA DE FLUJO



Basados en literatura médica pertinente, las opciones de manejo de las pacientes con ATO se presentan con las tasas de respuesta reportadas y los índices de embarazo.. *HAT/OB indica una histerectomía abdominal total/ooforectomía bilateral.

Tomado de: Rosen et al. Tubo-ovarian abscess management options for women who desire fertility. Obstetrical and gynecological survey 2009.

6. TABLA DE MEDICAMENTOS DE PRIMERA ELECCIÓN

CLAVE	010.000.1937.00	010.000.1940.00	010.000.2133.00	010.000.1954.00	010.000.1308.00
PRINCIPIO ACTIVO	Ceftriaxona	Doxiciclina	Clindamicina	Gentamicina	Metronidazol
DOSIS RECOMENDADA	Intramuscular o intravenosa. Adultos: 1 a 2g cada 12 horas, sin exceder de 4g/día.	Oral Adultos: el primer día 100mg cada 12 horas y continuar con 100mg/día, cada 12 ó 24 horas	Oral. Adultos: 300mg cada 6 horas.	Intramuscular o infusión intravenosa (30 a 120 minutos). Adultos: De 3mg/kg /día, administrar cada 8 horas. Dosis máxima 5mg/kg/día.	Oral. Adultos: 500 a 750mg cada 8 horas por 10 días.
PRESENTACIÓN	SOLUCIÓN INYECTABLE Cada frasco ampula con polvo contiene: Ceftriaxona sódica equivalente a 1g de ceftriaxona. Envase con un frasco ampula y 10ml de diluyente.	CÁPSULA O TABLETA Cada cápsula o tableta contiene: Hiclato de doxiciclina equivalente a 100mg de doxiciclina. Envase con 10 cápsulas o tabletas.	CÁPSULA Cada cápsula contiene: Clorhidrato de clindamicina equivalente a 300mg de clindamicina. Envase con 16 cápsulas.	SOLUCIÓN INYECTABLE Cada ampolla contiene: Sulfato de gentamicina equivalente a 80mg de gentamicina. Envase con ampolla con 2ml.	TABLETA Cada tableta contiene: Metronidazol 500mg Envase con 20 tabletas.
TIEMPO	En tratamientos habituales la duración de la terapia con CEFTRIAXONA es de 4 a 14 días, pero cuando existen infecciones complicadas, se pueden requerir de más días de tratamiento.	7 a 10 días		La duración del tratamiento para todos los pacientes es de 7 a 10 días. En infecciones por complicaciones se pueden requerir periodos más largos de terapia	7 días

EFFECTOS ADVERSOS	En términos generales, CEFTRIAXONA es un medicamento bien tolerado; los efectos secundarios que se han observado durante su administración son reversibles, y se pueden realizar en forma espontánea, o después de haber descontinuado su uso.	Debido a que virtualmente DOXICICLINA se absorbe por completo, los efectos secundarios en el intestino delgado, en particular de diarrea, son poco frecuentes.	El tratamiento con CLINDAMICINA puede producir diarrea, náusea, vómito y dolor abdominal. En algunas ocasiones se ha reportado esofagitis.	Ototoxicidad	Las reacciones más graves reportadas con el uso de METRONIDAZOL incluyen convulsiones y neuropatía periférica.
INTERACCIONES	CEFTRIAXONA no se debe administrar en soluciones que contengan calcio, como la solución Hartman y la del Ringer.	Como se ha demostrado que las tetraciclinas disminuyen la actividad de la protrombina en plasma, los pacientes que toman anticoagulantes pueden requerir una disminución de su dosis de anticoagulante. Como los fármacos bacteriostáticos pueden interferir con la acción bactericida de la penicilina, se recomienda no administrar las tetraciclinas junto con penicilina. La absorción de las tetraciclinas disminuye con los antiácidos que contienen aluminio, calcio o magnesio, así como preparaciones que	El tratamiento con CLINDAMICINA puede potenciar los efectos de los agentes relajantes musculares no despolarizantes. Puede tener un efecto antagónico con lincomicina, eritromicina y cloranfenicol. El caolín disminuye la absorción oral de CLINDAMICINA.	No se han reportado a la fecha.	La ingestión de alcohol durante el tratamiento con METRONIDAZOL puede causar cólicos, náusea, cefalea y alteraciones vasomotoras

		contienen hierro. La absorción de las tetraciclinas disminuye por el subsalicilato de bismuto.			
CONTRAINDICACIONES	CEFTRIAXONA está contraindicada en pacientes con hipersensibilidad conocida a las cefalosporinas; en pacientes sensibles a la penicilina se deberá considerar la posibilidad de reacciones alérgicas cruzadas.	El fármaco está contraindicado en personas con hipersensibilidad conocida a cualquiera de las tetraciclinas.	CLINDAMICINA se encuentra completamente contraindicada en pacientes con antecedentes o historia de reacciones alérgicas a CLINDAMICINA y la lincomicina.	Antecedentes de hipersensibilidad o reacciones tóxicas graves a GENTAMICINA u otros aminoglucósidos.	Hipersensibilidad a los compuestos imidazol, primer trimestre del embarazo, antecedentes de discrasias sanguíneas o con padecimiento activo del SNC.

Avenida Paseo de la Reforma #450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, CP 06600, México, D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC
© Copyright CENETEC

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

ISBN: <#####>