

Malaltia pelviana inflammatòria

Dra. Marta Castellarnau Visús

ConSORCI Sanitari integral

Novembre 2018

INTRODUCCIÓ

- **DEFINICIÓ MPI**

Endometritis, salpingitis, abscess tubo-ovàric (ATO) i peritonitis pèlvica, no relacionades amb cirurgia abdominal

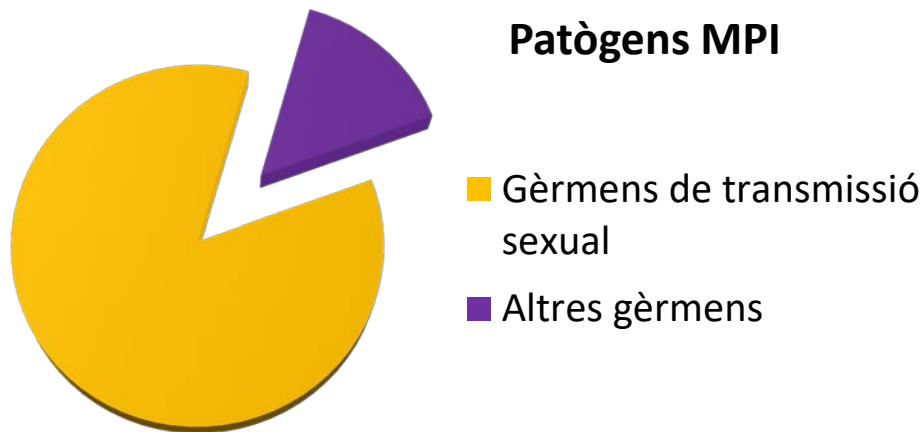
- ¼ de les afectades presentaran seqüeles a llarg termini (dolor abdominal crònic, GEU o infertilitat)

- **FACTORS DE RISC** edat < 25 anys, múltiples parelles sexuals, altres MTS, no ús de mètodes de barrera, antecedent de MPI

INTRODUCCIÓ

- **ETIOLOGIA** polimicrobiana.

Gèrmens de transmissió sexual (TS), flora vaginal, origen entèric o respiratori.



85% de les MPI són causades per patògens de TS
<50% de MPI positives per *N. gonorrhoeae* o *C. trachomatis*

15% d'infeccions **gonocòciques** desencadenaran MPI

Simptomatologia més evident:
diagnòstic i tractament serà més precís

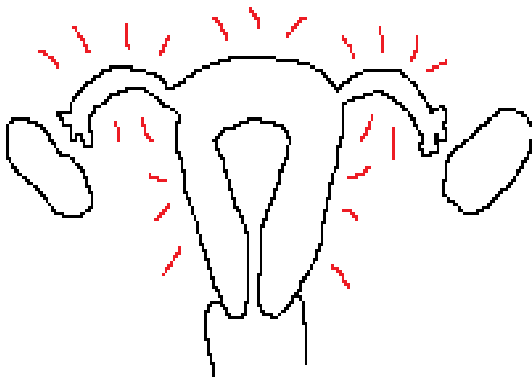
Clamídia és la bactèria de TS més freqüent

10-15% de les infeccions endocervicals evolucionen a MPI

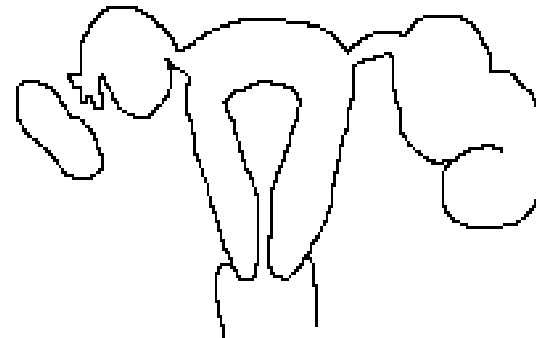
Generalment subclínica

INTRODUCCIÓ

- Generalment disseminació ascendent
- CLASSIFICACIÓ



FASE INICIAL MONOMICROBIANA
(Infecció per gèrmens aerobis,
gonococ, clamídia, etc). Lesió de
la mucosa tubàrica.



FASE POLIMICROBIANA:
colonització tubàrica per
gèrmens del tracte genital
inferior. Predomini d'anaerobis
abscesos intraabdominals.

INTRODUCCIÓ

- Monif del 1982

Grau I: salpingitis aguda sense pelviperitonitis.

Grau II: salpingitis aguda amb pelviperitonitis.

Grau III: salpingitis amb abscess pèlvic (piosàlpinx, abscess tubo-ovàric, abscess ovàric). Es presenta al 3-4% de casos de MPI i al 45% de les pacients ingressades per MPI.

Grau IV: ruptura de l'abscess amb peritonis generalitzada.

CLINICA

- Dolor pèlvic, distensió abdominopelviana i escassa afectació de l'estat general.

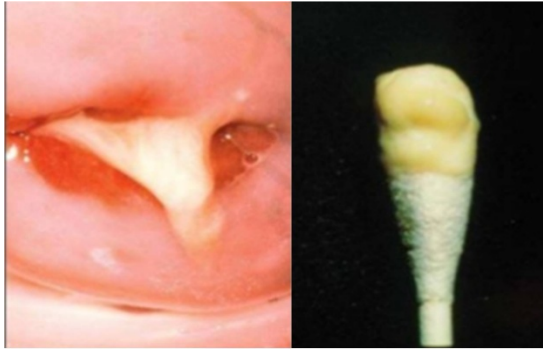


- Síntomes associats:
 - **Leucorrea** (50% de casos)
 - **Dolor**: primer símptoma d'infecció ascendent
 - **Sagnat** genital anòmal (33%)
 - **Disúria** (20%)
 - **Disparèunia**
 - **Febre** (50%)
 - **Nàusees i vòmits**: infreqüents

• Clínic

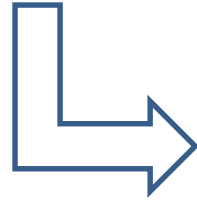


VPP per
salpingitis
del 65-90%



DIAGNÒSTIC

≥1 criteris diagnòstics mínims



- DOLOR A LA MOBILITZACIÓ CERVICAL
- DOLOR A LA PALPACIÓ UTERINA
- DOLOR A LA PALPACIÓ ANNEXIAL

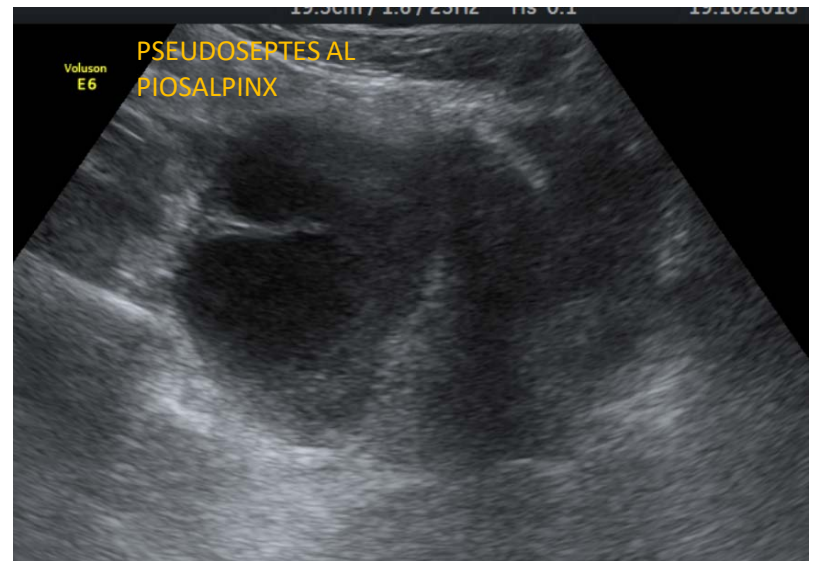
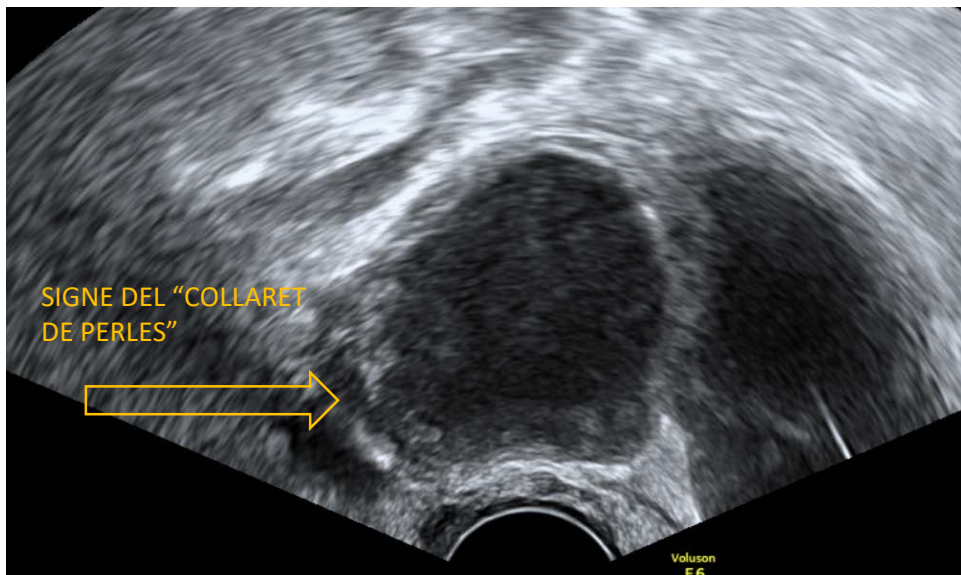
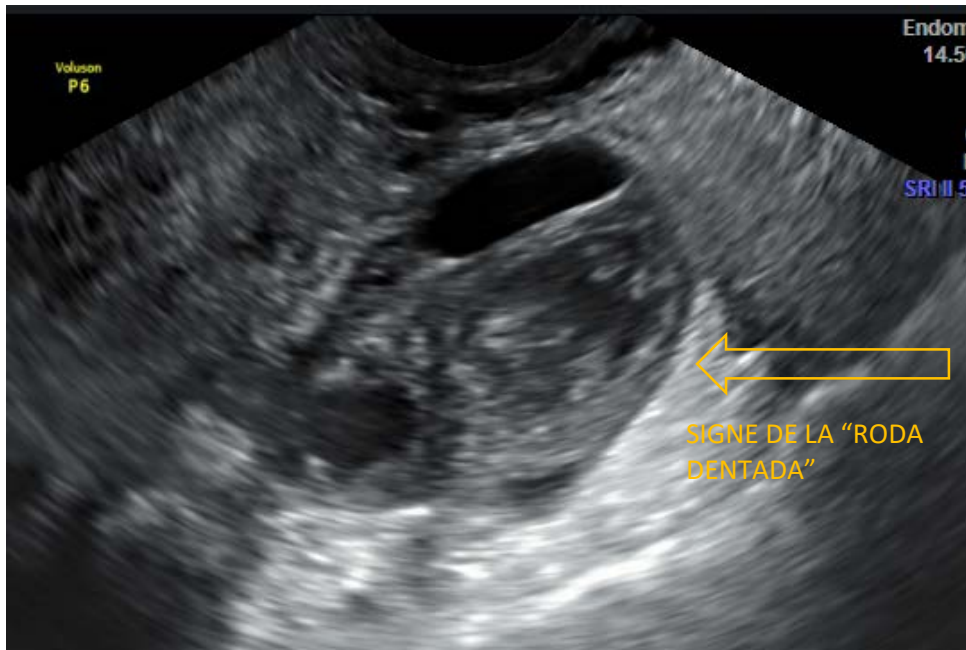
≥1 criteris addicionals augmentarà l'especificitat

- T > 38°C
- EXUDAT CERVICAL O VAGINAL PURULENT O CÈRVIX FRIABLE
- ABUNDANTS LEUCÒCITS EN FROTIS VAGINAL FRESC
- LEUCOCITOSI > 10.500 (en > 50% dels casos)
- VSG i PCR ELEVADES (en >70% dels casos)
- INFECCIÓ CERVICAL PER GONOCOC O CLAMÍDIA

Criteris específics

- Biòpsia endometri
- **ECO**
- LAPAROSCÒPIA

Endometri	Trompa	Ovari
↑ecogenicitat	↑diàmetre i de les parets	Complexe tubo-ovàric: ovari i trompa reconeixibles però no separables (36% de MPI A i 2% de les C)
Material ecogènic intracavitari	Signe de la roda dentada (al 86% de les MPI A i al 3% de les C)	Abscés tubo-ovàric (ATO): conglomerat o col.lecció multiquística, ecos al seu interior i nivells, parets gruixudes trompa i ovari alterats (en 50% de A i en 10% de C)
Líquid a Douglas (al 50% de casos aguts i al 10% dels crònics)	Signe de collaret de perles , nòduls murals hiperrefring de 2-3mm, per l'aplanament dels plecs fibrosos de l'endosàlpinx (0% de MPI A i 57% de C)	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> A: agudes C: cròniques </div>
	Contingut tubàric d'ecogenicitat variable	



DIAGNÒSTIC

- En totes les dones amb malaltia pelviana inflamatòria aguda cal descartar infecció per *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* i HIV

-**Ecografia** ginecològica

-**Analítica** general incloent hemograma (fórmula leucocitària) i PCR o VSG

-**Frotis endocervical en fresc**

-**Cultiu vaginal, endocervical i frotis cervical per estudi de Clamídia**

-**Biòpsia d'endometri:** en algunes dones l'endometritis és l'únic signe de MPI



TRACTAMENT

Criteris d'hospitalització:

- Si no es poden excloure **urgències quirúrgiques** (p.ex apendicitis)
- **Gestació**
- **Absència de resposta clínica a tractament oral**
- **Pacient incapaç de tolerar o completar tractament antibiòtic oral ambulatori**
- **Abscés tubo-ovàric**
- **Afectació clínica severa** (nàusees, vòmits, febre alta, etc)

TRACTAMENT

Règims orals

Ceftriaxona 250mg IM (monodosi)

+

Doxiciclina 100mg VO /12 x 14d

+/-

Metronidazol 500mg VO /12h x 14d

**Cefoxitina 2g IM + Probenecid 1g VO
(monodosi)**

+

Doxiciclina 100mg VO /12 x 14d

+/-

Metronidazol 500mg VO /12h x 14 d

**Afegirem metronidazol en sospita d'infecció per
anaerobis**

- **Abscés pèlvic**
- **Infecció (o sospita) per *Trichomona vaginalis* o vaginosis bacteriana**
- **Instrumentalització ginecològica en les 2-3 setmanes precedents.**

Quinolones



TRACTAMENT

Règims parenterals

Atb ev  atb vo a les 24-48h de la milloria

Cefoxitina 2g EV /6h

O bé

Cefotetan 2g EV / 12h

+

Doxiciclina 100mg VO o EV /12 x 14d



Clindamicina 900mg EV /8h

+

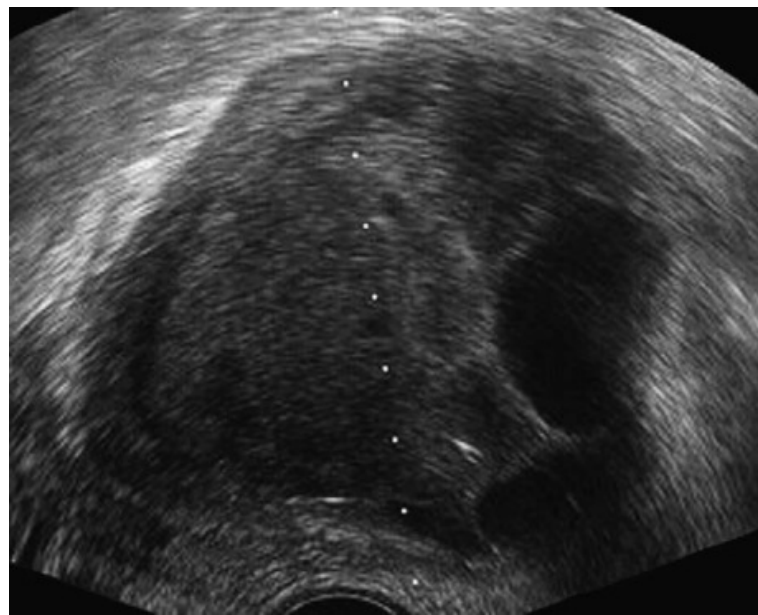
Gentamicina dosi inicial de 2 mg/kg EV o IM seguida de 1,5 mg/kg /8h o seguida de 3-5 mg/kg /d

ABSCÉS TUBO-OVÀRIC

- Tumoració quística unilocular or multilocular complexa, parets irregulars i septes, contingut dens i diàmetre $\geq 3\text{cm}$. No és possible diferenciar la trompa de l'ovari
- 15% de dones ingressades per MPI es compliquen amb ATO
- 70% uniloculars
- Aerobis i anaerobis ($\geq 50\%$)

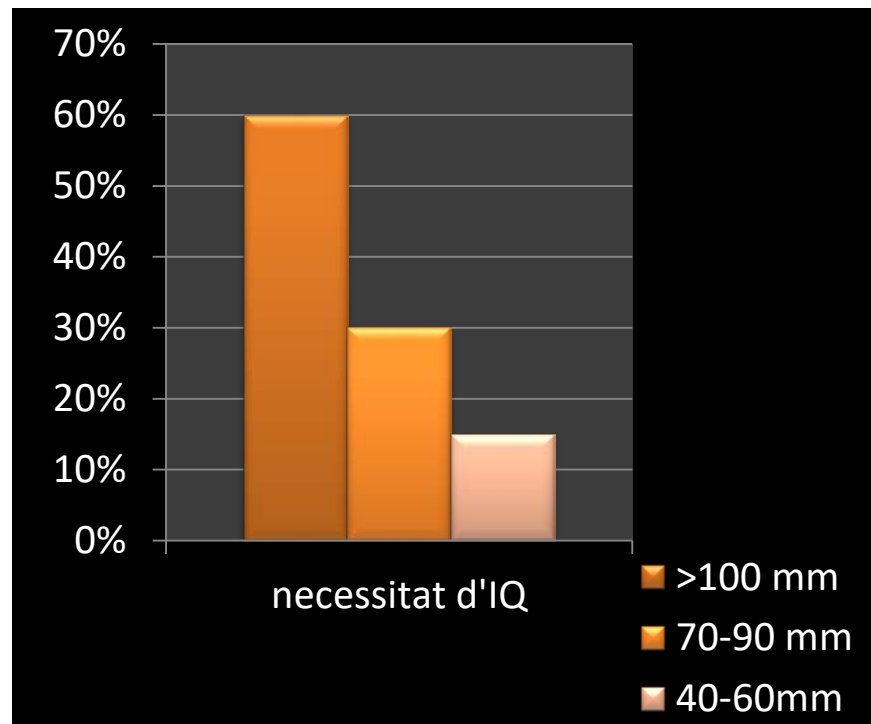


E. Coli i B. Fragilis



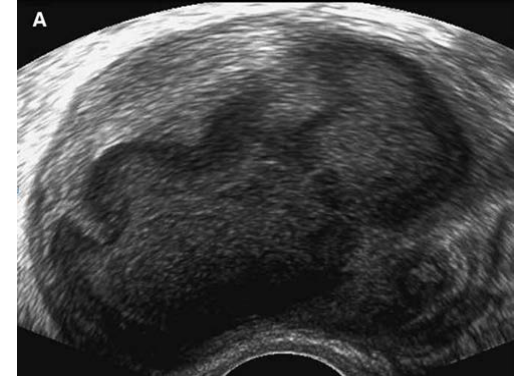
ABSCÉS TUBO-OVÀRIC

- El tractament mèdic és resolutiu en el 34-78%
- La necessitat d'IQ es relaciona amb la mida

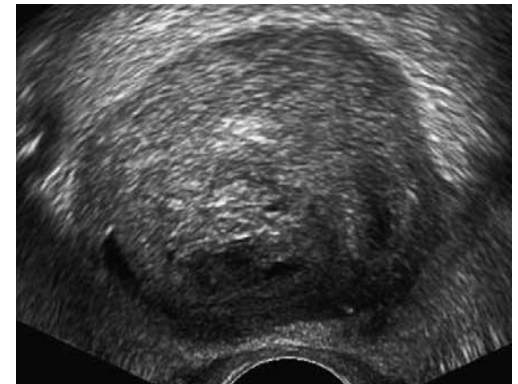


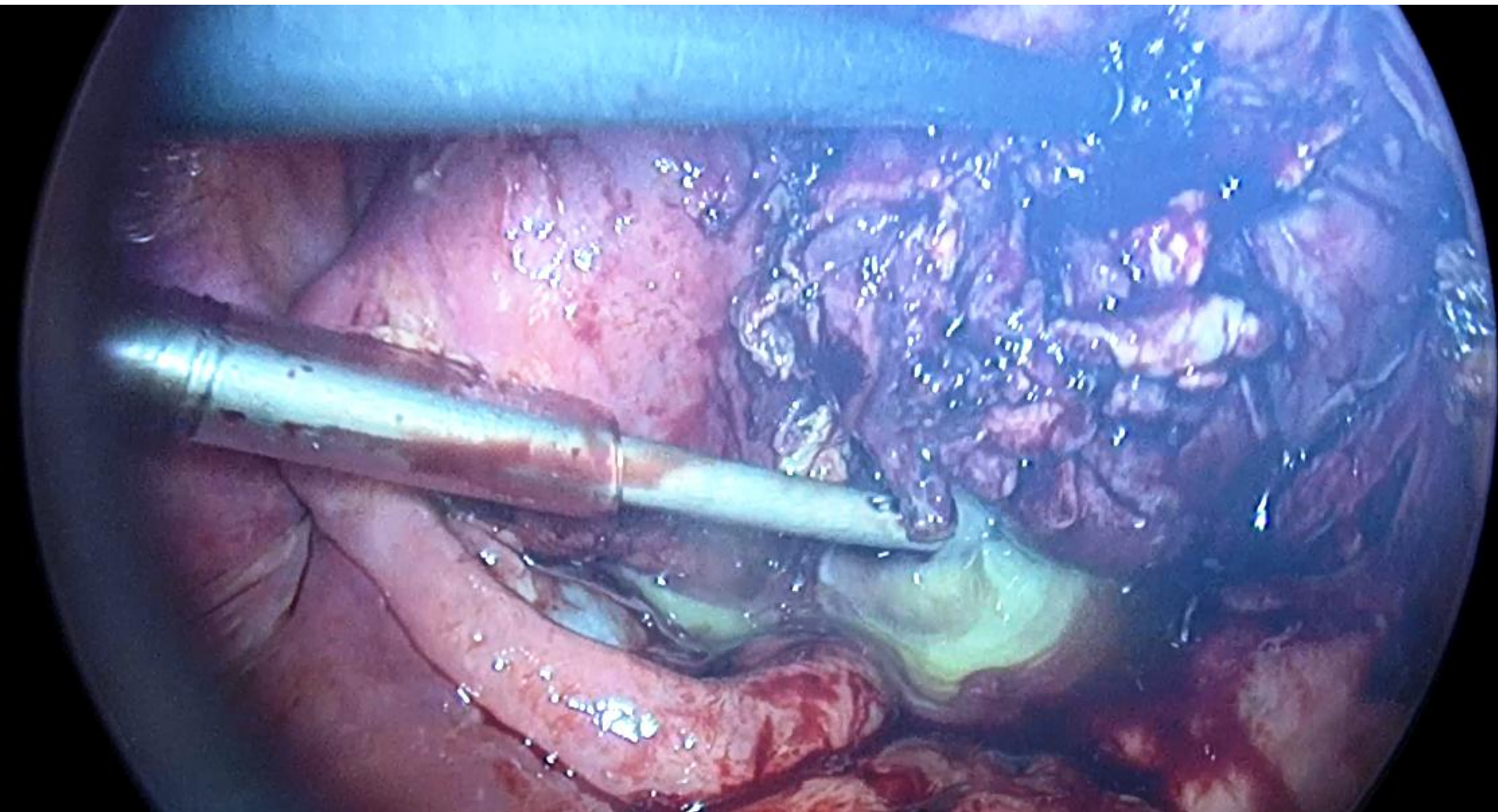
- El drenatge precoç millora la fertilitat.
Indicacions

ABSCÉS TUBO-OVÀRIC



- Indicacions de drenatge:
 - Persistència de la febre
 - Persistència de la leucocitosi o elevació de PCR/ VSG
 - Increment de la mida de l'ATO o sospita de ruptura
 - En cas d'ATO $\geq 3\text{cm}$ i en absència de sepsi es pot fer drenatge ECO guiat i repetir-se en 48-96h si persisteix contingut purulent





MANEIG DE LA PARELLA SEXUAL


- Tractar contactes sexuals dels 60 dies previs o últim contacte sexual si no ha tingut relacions en els últims 60 dies
- Descartar gonococ i clamídia, en homes poden ser assimptomàtiques

Ceftriaxona 250mg IM (monodosi)

+

Doxiciclina 100mg VO /12 x 14 dies

SEGUIMENT

- Clamídia i gonococ: alt risc de recidiva els primers 6 mesos  repetir cultius endocervicals als 3-6 mesos del ttm
- SEGO: cultius endocervical per Clamídia als 7-10 dies post-tractament
- Descartar HIV

CONSIDERACIONS ESPECIALS

- Elevada morbiditat en gestants amb MPI: cal ingrés hospitalari i antibioticoteràpia ev
- Dones HIV+ tenen simptomatologia similar a la resta però més risc d'abscess; el maneig és similar (SEGO recomana ingrés)
- El risc de MPI associat al DIU es concentra en les 3 setmanes post-inserció (degut a la manipulació). No hi ha evidència per recomanar-ne l'extracció

