

ANEXITIS

DR. JUAN CARLOS MURILLO RAMÍREZ *

RESUMEN

Fueron revisados un total de 130 casos de enfermedad inflamatoria pélvica, ingresados de diciembre de 1969 a setiembre de 1979, en el Servicio de Ginecología del Hospital México de la Caja Costarricense de Seguro Social. De ellos, se recopilaron 36 casos de absceso tubo-ovárico, (27.7%) y 94 de anexitis (72.3%); estos últimos fueron motivo del presente estudio. Se registró una incidencia del 1% sobre el total de ingresos ginecológicos; el 50% de las pacientes se encontraban entre los 20 y 29 años de edad. El 87.2% habían tenido más de un parto; el 57.4% habían iniciado las relaciones sexuales entre los 15 y los 19 años; el 4.3% eran vírgenes y el 2.12% postmenopáusicas. Se efectuó una revisión bibliográfica, con el fin de aclarar la bacteriología y la utilidad de los nuevos conocimientos de la misma en el manejo moderno de la anexitis.

SUMMARY

130 cases of pelvic inflammatory disease (PID) were reviewed from admissions to the Gynecological Service of Hospital Mexico of the Caja Costarricense de Seguro Social during the time frame which begins in December of 1969 and ends in September of 1979. Of these, 36 cases were tubal-ovarian abscesses (27.7%) and 94 cases were anexitis (72.3%) These 94 cases were what motivated this study. The 94 cases of PID represent 1% of the total number of admissions to the Gynecological Service. 50% of the women admitted with the diagnosis of PID were between 20 and 29 years of age, 87.2% had had more than one delivery, 57.4% of these women had their first sexual intercourse at between 15 and 19 years of age, 4.3 % were virgins and 2.12% were postmenopausal. We have carried out a bibliographic study of PID with the objective of reviewing the bacteriology involved and the utility of the new findings as well as of the modern management of anexitis.

INTRODUCCION

El tracto genital femenino constituye un nicho ecológico para múltiples microorganismos potencialmente patógenos, de donde se deduce no es una sorpresa que la etiología de la enfermedad inflamatoria pélvica sea muy compleja.

La anexitis aguda continúa siendo una enfermedad frecuente en la mujer joven, con implicaciones importantes para su fertilidad (9, 21, 22). Concomitantemente con el aumento en la frecuencia de las enfermedades de transmisión sexual (4) y el uso de dispositivos intrauterinos (26), la incidencia de anexitis aguda ha aumentado.

La anexitis puede ser consecutiva a procedimientos como legrado uterino o la colocación de un dispositivo intrauterino; es usualmente secundaria a una infección ascendente (a menudo sexualmente transmitida), por invasión bacteriana del tracto genital, con posterior extensión al oviducto vía canal cervical y cavidad endometrial. La infección también puede extenderse a los parametrios y otras estructuras de la cavidad peritoneal (2).

Hasta hace poco tiempo, la mayoría de los intentos para determinar la etiología de la anexitis, se limitaban al aislamiento de los microorganismos del endocervix o de la secreción de los abscesos pélvicos. Con esta clásica metodología, la anexitis fue dividida en gonocócica y no gonocócica y no conócica, basados solamente en la presencia o ausencia del *N. gonorrhoeae* en el endocervix. Hasta hace algunos años se creía que el gonococo era el principal causante de la anexitis; actualmente, con el mejoramiento en las técnicas de recolección y cultivo de las muestras, se ha llegado a determinar que otras bacterias, anaerobias y

* Asistente Especialista en Ginecología y Obstetricia. Clínica San Rafael de Heredia, Caja Costarricense de Seguro Social.

aerobias, diferentes del gonococo, son causantes de la mayoría de las anexitis (2).

Recientes investigaciones con culdocentesis y/o laparoscopia para obtener líquido peritoneal y exudado de las trompas, han demostrado que los microorganismos patógenos aislados en el endocervix, no han probado ser los gérmenes asociados con la enfermedad inflamatoria tubaria (2, 5, 6, 21).

Considerando la relativa alta incidencia y morbilidad de la enfermedad inflamatoria pélvica aguda, sorpresivamente son pocos los datos evaluables con respecto al origen y patogénesis de este síndrome, la existencia de factores predisponentes, la relación entre manifestaciones clínicas de la forma aguda y la causa, o la relación entre el resultado de la terapia y la causa. Este estudio intenta aclarar algunos de estos conceptos y sobre todo, efectuar una revisión bibliográfica del estado actual de la enfermedad inflamatoria pélvica.

MATERIAL Y METODOS

Población estudiada.

Para este estudio se revisaron todos los casos codificados como "enfermedad inflamatoria pélvica" ingresados en el Servicio de Ginecología del Hospital México de la Caja Costarricense de Seguro Social, de diciembre de 1969 a setiembre de 1979. Se recopilaron un total de 205 casos, que luego de ser sometidos a una estricta selección, se escogieron 130. Se excluyeron 75 pacientes por tratarse de casos que no cumplieron los requisitos diagnósticos. De los 130 casos, 96 correspondían a pacientes diagnosticadas como anexitis a su egreso (72.3%) y las 36 pacientes restantes, como absceso tubo-ovárico (27.7%).

Criterios diagnósticos

El diagnóstico tentativo de anexitis aguda fue basado en los siguientes criterios clínicos (2,6):

1. Historia de dolor abdominal bajo.
2. Presencia de dolor a la palpación abdominal baja.
3. Presencia de dolor a la movilización del cervix uterino
4. Presencia de dolor al examen bimanual de anexos
5. Temperatura oral mayor de 37.5 y/o leucocitosis mayor de 10.000 por milímetro cúbico.
6. Leucorrea purulenta.

En 37 pacientes (39.4%) se efectuó laparoscopia como procedimiento diagnóstico inicial. En la mayoría

de los casos el diagnóstico laparoscópico fue sustentado por (6, 10, 22):

1. Exudado purulento en la porción terminal de la fimbria o en la serosa de las trompas de Falopio.
2. Eritema de las trompas de Falopio.
3. Edema de las trompas de Falopio y/o masa inflamatoria como piosápinx.

En ningún caso se efectuó culdocentesis como procedimiento diagnóstico o para toma de secreción para cultivo.

Criterio de hospitalización

Fueron hospitalizadas las pacientes con ataque al estado general, las que requerían cirugía o estrecha observación para descartar una emergencia quirúrgica, las que tenían una masa pélvica o en pocos casos porque no podían tomar tratamiento antibiótico oral.

RESULTADOS.

Incidencia: la incidencia real de la enfermedad inflamatoria pélvica es tan sólo aproximada, debido a que en los últimos años la mayoría de las pacientes son tratadas en forma ambulatoria y hospitalizadas cuando ameritan tratamiento médico o quirúrgico (18,19). La incidencia de anexitis ha aumentado (7,26) y en general resulta de 9 a 15% como complicación de una gonorrea en la mujer (6). Eschembach y Buchanan (5), en el Hospital de la Escuela de Medicina de Washington, reportan que el 5% del total de admisiones ginecológicas fueron por anexitis. En nuestra serie, la anexitis fue responsable del 1% de las admisiones ginecológicas en los 10 años estudiados.

Edad: el 50% de nuestras pacientes eran mujeres entre los 20 y los 29 años de edad (tabla I); 72 pacientes

TABLA I

DESGLOSE DE PACIENTES SEGUN EDAD, EN 94 CASOS DE ANEXITIS

Edad	No.	%
10-19	9	9.6
20-29	47	50.0
30-39	25	26.6
40-49	11	11.7
50-59	2	2.1
Total	94	100.0

(76.6^o/o) se encontraban en la tercera y cuarta décadas de la vida, lo que concuerda con lo reportado por otros autores (4,21). La más joven de las pacientes tenía 14 años y 50 años la mayor. Aunque es raro encontrar anexitis en mujeres postmenopáusicas, es posible; una de nuestras pacientes era postmenopáusica (2.12^o/o). Igualmente en la mujer muy joven raramente se da esta patología, el 9.6^o/o de nuestra serie correspondían a este grupo.

Paridad: el 87.2% de las pacientes había tenido uno o más partos, el 12.8^o/o eran nulíparas. Se considera a la anexitis como una enfermedad más frecuente en la mujer múltipara (5, 9, 21); en nuestra serie, el 62.7^o/o (tabla II) habían tenido dos o más partos y el 30.8^o/o cuatro o más.

TABLA II

DESGLOSE DE PACIENTES SEGUN PARIDAD, EN 94 CASOS DE ANEXITIS.

Partos	No.	o/o
0	12	12.8
1	23	24.5
2	22	23.4
3	8	8.51
4 ó más	29	30.8
Total	94	100.0

87.2^o/o uno o más partos
62.7^o/o dos o más partos

Inicio de relaciones sexuales: la anexitis tiene aspectos epidemiológicos importantes; uno de ellos es que se presenta más frecuentemente en mujeres promiscuas y con el antecedente de inicio temprano de las relaciones sexuales. En nuestra serie, el 66^o/o de las pacientes habían tenido la primera relación sexual antes de los 20 años de edad, el 57.4^o/o entre los 15 y los 19 años; 4 pacientes nunca habían tenido relaciones sexuales (4.3^o/o). El número de compañeros sexuales en general, fue un dato no confiable, ya sea por falta de interés del historiador, o porque no fue referido por la paciente.

TABLA III

INICIO DE RELACIONES SEXUALES EN 94 CASOS DE ANEXITIS

Edad	No.	o/o
Virgen	4	4.3
10-14	4	4.3
15-19	54	57.4
20-24	26	27.6
25-29	6	6.4
Total	94	100.0

66^o/o antes de los 20 años

Antecedentes mórbidos: 28 pacientes (29.7^o/o) tenían antecedentes de importancia; 15 de ellas (16^o/o) refirieron uno o más episodios previos de anexitis y 13 (13.8^o/o) manipulación uterina: 8 (8.5^o/o) colocación, presencia o retiro de DIU, 3 (3.1^o/o) post L.U.I., 1 (1.06^o/o) postparto y otra post-esterilización por laparotomía (Tabla IV). Una paciente presentaba embarazo de 6 semanas, concomitante con anexitis, (1.06^o/o); no se documentaron casos con el antecedente de aborto inmediato; sin embargo, en 2 de las pacientes con el antecedente de legrado, éste había sido efectuado por aborto hacía 15 y 22 días, respectivamente. Otro punto interesante es la rela-

TABLA IV

ANTECEDENTES MORBIDOS EN 94 CASOS DE ANEXITIS

Antecedentes	No.	o/o
Anexitis	15	16.0
Dispositivo intrauterino	8	8.5
Post-legrado	3	3.1
Post-parto	1	1.06
Post-esterilización	1	1.06
Total	28	29.72

Una paciente por embarazo de 6 semanas.

ción de la menstruación con la anexitis. Clásicamente se ha considerado que la apertura del cérvix durante la menstruación, permite el ingreso de gérmenes patógenos hacia la cavidad uterina y las trompas de Falopio. En nuestra serie, 50 pacientes (53%) mostraron alguna relación de la menstruación con la anexitis, de las cuales la mayoría (66%) habían menstruado hacía 22 días o menos (tabla V).

TABLA V
RELACION CON LA MENSTRUACION EN
94 CASOS DE ANEXITIS

Días post-menstr.	No.	o/o
1- 5	9	9.6
6- 9	12	12.7
10-14	3	3.2
15-19	4	4.2
20-24	14	14.9
25-29	1	1.06
30-34	5	5.3
35-39	2	2.1
Total	50	53.0

66^o/o en últimos 22 días

Síntomas y signos: todas las pacientes estudiadas refirieron dolor abdominal bajo, incluyendo 2 pacientes que ingresaron para esterilización. En el interrogatorio, el 63.8^o/o refirieron fiebre; ataque al estado general el 32.9^o/o y leucorrea también el 32.9^o/o. Náuseas y vómitos el 31.9^o/o y 10.6^o/o, respectivamente; disuria en el 21.2^o/o de los casos. Se documentaron con dolor pélvico crónico el 15.9^o/o de las pacientes.

En el examen físico, todas las pacientes tenían dolor abdominal bajo; otros signos fueron: dolor a la movilización uterina (85.1^o/o), fiebre (74.5^o/o), hipertermia vaginal (56.4^o/o) y empastamiento anexial. El resto de los signos encontrados se muestran en la tabla VII, donde se puede observar que el hallazgo de masa anexial no fue frecuente, (12,7%).

TABLA VI
SINTOMAS ENCONTRADOS EN 94 CASOS
DE ANEXITIS

Síntoma	No.	o/o
Dolor abdominal bajo	94	100.0
Fiebre	60	63.8
Ataque al estado general	31	32.9
Leucorrea (como antecedente)	31	32.9
Náuseas	30	31.9
Disuria	20	21.2
Dolor pélvico crónico	15	15.9

TABLA VII
SIGNOS ENCONTRADOS EN 94 CASOS
DE ANEXITIS

Signo	No.	o/o
Dolor abdominal bajo	94	100.0
Dolor a movilización uterina	80	85.0
Fiebre	70	74.5
Hipertermia vaginal	53	56.4
Empastamiento anexial	40	42.5
Leucorrea	28	29.8
Rebote (Blumberg)	23	24.5
Masa anexial	12	12.7

Hallazgos de laboratorio: los hallazgos en los exámenes de laboratorio no ayudan mucho en el diagnóstico; el único dato consistente fue la leucocitosis. Se consideraron con leucocitosis aquellos leucogramas con más de 10.000 leucocitos por milímetro cúbico; tenían leucocitosis 58 pacientes (61.7^o/o). Con bandemia significativa se documentaron los leucogramas que tenían más de 2 leucocitos en forma de banda; tenían bandemia 32 pacientes (34^o/o).

Otro parámetro estudiado fue la velocidad de eritrosedimentación (VSG), se observó que fue solicitada tan sólo en el 30.8^o/o de los casos. En general, es aceptado que la determinación de la VSG en procesos infecciosos agudos es de gran valor (1); son normales para mujeres, los valores inferiores a 15 mm. en la primera hora. El 89^o/o de las pacientes en las cuales se efectuó, la tenían alterada, la mayoría en forma significativa.

Bacteriología: como se anotó anteriormente, hasta hace pocos años la mayoría de los esfuerzos para determinar la etiología de la anexitis aguda se limitaban al aislamiento de los microorganismos del endocérnix; de ahí que clasificaran las anexitis en gonocócicas y no gonocócicas, dependiendo de si se encontraba o no *N. gonorrhoeae* en el endocérnix. Con las nuevas técnicas de laboratorio y la utilización de culdocentesis y laparoscopia para obtener líquido peritoneal y exudado tubario, se ha demostrado que los microorganismos aislados en el cérvix, no han probado ser los mismos que producen la enfermedad inflamatoria tubaria (2, 5, 6, 21). La bacteriología de la enfermedad inflamatoria aguda aún no se ha definido claramente y aunque *N. gonorrhoeae* se ha implicado en la mayoría de los casos, esto no se ha corroborado en el cultivo de material por culdocentesis. Los frotis y cultivos cervicales son particularmente difíciles de interpretar, debido a que muchos microorganismos capaces de producir la infección, son miembros de la flora vaginal normal (16, 23). Swenson y cols. (20) y Thadepalli y cols. (24), recientemente han sugerido el papel importante que tienen los anaerobios obligados en las infecciones del tracto genital femenino. En las infecciones agudas no gonocócicas, el hallazgo más frecuente es la presencia de una infección polimicrobiana, usualmente incluyendo bacterias aerobias y anaerobias (6). Algunos autores (20, 24) han enfatizado la importancia de la infección polimicrobiana en una gran variedad de infec-

ciones pélvicas severas en la mujer, muchas de las cuales fueron seleccionadas en base al fracaso terapéutico con antibióticos, o en base al aislamiento del anaerobio del sitio específico infectado.

La frecuencia con que se aísla *N. gonorrhoeae* en endocérnix, según diferentes autores (3, 6, 9, 10, 17, 22), va de 33 a 80^o/o. Sweet (22), aisló el gonococo de endocérnix en el 50^o/o de las pacientes con anexitis; por culdocentesis en el 31^o/o y por laparoscopia en exudado tubario en el 19^o/o. Los casos en que no aisló el gonococo en endocérnix la culdocentesis y la laparoscopia fueron negativas para dicho germen. En los casos que aisló *N. gonorrhoeae* de endocérnix, fueron positivos el 61^o/o por culdocentesis y el 38.5^o/o por laparoscopia de las trompas de Falopio (Tablas VIII y IX).

La frecuencia con que se aísla el gonococo del exudado tubario y/o del líquido peritoneal en pacientes con anexitis aguda y gonorrea-endocervical, está entre 4^o/o y 70^o/o (2, 3, 6, 15). Como consecuencia de los nuevos conocimientos, se sugiere que el gonococo tiene importancia sólo como germen iniciador de la infección, que permite el paso a bacterias patógenas de la flora vaginal y cervical, las cuales ascienden a las porciones superiores del tracto genital. Monif y cols. (17), aseguran que se trata de una superinfección por anaerobios, con un gonococo que no se aisló o que fue eliminado. Lip y Burgoyne (14) notaron que el aislamiento del gonococo depende del estadio de la infección; aislaron frecuentemente por culdocentesis el gonococo hasta 2 días después de iniciada la anexitis y poco frecuentemente si los síntomas tenían ya más de 7 días. Estos datos apoyan la tesis de que la infección progresa de gonocócica a mixta aeróbica-anaeróbica. Por otro lado, el fracaso en el aislamiento del gonococo en exudado purulento de las trompas de Falopio o líquido peritoneal, puede ser

TABLA VIII

AISLAMIENTO BACTERIANO POR CULDOCENTESIS EN PACIENTES CON ANEXITIS AGUDA

Autor	No. pacientes	N.g.endoc.	N.g. culdoc.	N.g. con otros anaerobios y aerobios por culdocentesis.
CHOW y col. (6)	20	13 (65 ^o /o)	1 (5 ^o /o)	No se hizo
ESCHEMBACH y col. (8)	54	21 (39 ^o /o)	7 (13 ^o /o)	1 (2 ^o /o)
MONIF y col. (19)	17	16 (94 ^o /o)	11 (65 ^o /o)	6 (35 ^o /o)
CUNNINGHAN y col. (20)	76	45 (59 ^o /o)	22 (29 ^o /o)	12 (16 ^o /o)
SWEET y col. (3)	26	13 (50 ^o /o)	8 (31 ^o /o)	4 (15 ^o /o)

TABLA IX

**AISLAMIENTO BACTERIANO POR
CULDOCENTESIS EN PACIENTES CON
GONORREA ENDOCERVICAL**

Autor	No. ptes.	N.g. culdoc.
CHOW y col. (6)	13	1 (8 ^o /o)
ESCHEMBACH y col. (8)	21	7 (33 ^o /o)
MONIF y col. (19)	16	10 (62.5 ^o /o)
CUNNINGHAM y col. (20)	45	22 (49.0 ^o /o)
SWEET y col. (3)	13	8 (61.0 ^o /o)

debido a la propiedad de esta bacteria de atacar las células epiteliales, cosa que Tronca y cols. (25) demostraron al aislar el gonococo de los tejidos sin lograrlo del exudado purulento.

Levison (13) intentó demostrar que el gonococo puede estar ausente en la parte superior del tracto genital, por el fenómeno de interferencia bacteriana, por medio del cual algunas bacterias de la flora vaginal producen sustancias inhibitorias del crecimiento del gonococo. Cabe destacar que la posibilidad de que los organismos anaerobios inicien la infección, aún no se ha excluido.

Los pacientes que inician una enfermedad inflamatoria pélvica sin antecedentes de procedimientos intrauterinos, dice Mardh (15), primero desarrollan una infección del tracto genital bajo por microorganismos de transmisión sexual, de las cuales el gonococo y la *Chlamydia trachomatis* son las más importantes; ascienden por el epitelio, tejido conectivo subepitelial o linfáticos, e inician la salpingitis, luego facilitan la invasión secundaria por la flora vaginal normal, incluyendo bacterias aerobias y principalmente anaerobias, de las cuales las más frecuentemente aisladas son *Bacteroides fragilis*, *Peptococcus* y *Peptostreptococcus* (2,6). La posibilidad de que *Mycoplasma* cause algunos casos de enfermedad inflamatoria pélvica, fue propuesta por Mardh y Westrom (15); otros autores (6) han encontrado que el aislamiento de *M. hominis* del cérvix de mujeres con anexitis, no difiere del grupo control.

En nuestra serie, el estudio bacteriológico no fue satisfactorio. Por un lado, sólo en el 62.7^o/o de las pacientes se tomó frotis y material para cultivo; por el otro, las técnicas utilizadas en la toma no fueron las más adecuadas, de ahí que sólo en 17 cultivos (28.8^o/o) se reportó crecimiento. El germen más frecuentemente aislado fue *E. coli*

(29.4^o/o), seguido de *Staphylococo* y *Streptococo*. *N. gonorrhoeae* se aisló en 2 pacientes (16.7^o/o).

TABLA X

**HALLAZGOS BACTERIOLOGICOS EN
94 CASOS DE ANEXITIS**

Hallazgos	No.	%
No se cultivó	35	37.2
Cultivo negativo	42	71.2
Cultivo positivo	17	28.8
<i>E. coli</i>	5	29.4
<i>Staphylococo</i> sp	4	23.5
<i>Streptococo</i> sp	4	23.5
<i>N. gonorrhoeae</i>	2	11.76
<i>Klebsiella</i>	2	11.76

Correlación diagnóstica: 37 pacientes (39.4^o/o) fueron sometidas a laparoscopia, en todos los casos para aclarar el diagnóstico; 5 casos (5.1^o/o) a laparotomía, con diagnóstico preoperatorio de apendicitis aguda en 3 casos y de peritonitis en 2 casos. Doce pacientes, (12.8^o/o) se diagnosticaron inicialmente en forma equivocada (tabla XI): como embarazo ectópico 5 (5.3^o/o), como apendicitis 4 (4.2^o/o), como peritonitis 2 y 1 como quiste de ovario. Al completarse el estudio con los diferentes procedimientos diagnósticos, resultaron ser anexitis bilaterales 65 casos (69.2^o/o), derechas 22 casos (23.4^o/o) e izquierdas, 7 casos (7.4^o/o).

Tratamiento: Clínicamente es difícil distinguir entre una anexitis gonocócica de otra no gonocócica, pero a pesar de esto, desde que se hace el diagnóstico de anexitis, debe iniciarse terapia de inmediato. El tratamiento recomendado debe ser igual para ambos casos. (2).

Muchos de los esquemas corrientemente usados se basan en el supuesto de que el mayor agente etiológico es el gonococo, que como ya se demostró, se aísla en menos de la mitad de los casos; entonces el tratamiento más adecuado será el que cubra gonococo, bacterias aerobias y anaerobias y *mycoplasma*. Debido a la frecuencia con que se aísla *Bacteroides fragilis* en estas infecciones (11), Ledger (12) aconseja un tratamiento agresivo con penicilina sódica, 20 millones de unidades diarias en cuatro dosis endovenosas y cloranfenicol 4 grs. diarios en 4 dosis endovenosas o clindamicina 2.4 grs. diarios, también en cuatro dosis endovenosas o clindamicina 2.4 grs. diarios, también en cuatro dosis endovenosas. Ambos esquemas siempre comple-

TABLA XI

DIAGNOSTICO INICIAL EN 94 CASOS DE ANEXITIS:

	No.	o/o
Anexitis	82	87.2
Embarazo ectópico	5	5.3
Apendicitis	4	4.2
Peritonitis	2	2.2
Quiste ovario	1	1.1
Total	96	100.0

DIAGNOSTICO FINAL:

Anexitis bilateral	65	69.2
Anexitis derecha	22	23.4
Anexitis izquierda	7	7.4
Total	96	100.0

mentados con un aminoglucósido (Kanamicina o Gentamicina) a las dosis usuales. Por otro lado, Cunningham y cols. (3) evaluaron otra terapia menos agresiva; utilizaron tetraciclina, 1.5 grs. inicialmente, seguidos de 2 grs. diarios en 4 dosis vía oral por 10 días, o penicilina procaínica, 4.8 millones de unidades, una dosis intramuscular, seguida de ampicilina 2 grs. diarios en 4 dosis por 10 días vía oral. Con estos dos esquemas obtuvieron iguales resultados; el 82^o/o de las pacientes se encontraban asintomáticas a los 7 días de tratamiento.

En nuestra serie, el 80^o/o de las pacientes recibieron tratamiento antibiótico; un porcentaje mayor fue complementado con analgésicos y anti-inflamatorios. El antibiótico más utilizado fue ampicilina por 10 días promedio, a las dosis usuales. La asociación más usada fue ampicilina y gentamicina, también a las dosis convencionales; 75 pacientes (79.9^o/o) evolucionaron satisfactoriamente, con caída de la fiebre y mejoría subjetiva y objetiva de los síntomas y signos, en 48 horas; 19 (20.2^o/o) evolucionaron en forma tórpida, obligando hacer laparoscopia en 10, de las cuales 8 pacientes (8.5^o/o) tenían un piosálpinx. Fue necesario, para erradicar el proceso, efectuar 4 salpingectomías unilaterales y una bilateral; 4 pacientes fueron tratadas con histerectomía total y salpingo-ooforectomía bilateral, 3 de ellas por la sospecha de un absceso tubo-ovárico.

CONCLUSIONES

La anexitis es una enfermedad cuya incidencia es difícil de calcular, pero que en los últimos 10 años ha aumentado, conjuntamente con el aumento de las enfermedades de transmisión sexual y el uso de dispositivos intrauterinos.

Es una patología de la mujer joven y aunque es raro en la postmenopáusica, es posible encontrarla (2.12^o/o).

La múltipara es la usualmente afectada (62.7^o/o), pero hay un porcentaje no despreciable (12.8^o/o) que nunca habían tenido hijos.

La anexitis tiene relación importante con factores como la promiscuidad y el inicio temprano de las relaciones sexuales. El hecho de que una mujer sea virgen, no descarta la posibilidad de ser afectada por esta patología.

Con cierta frecuencia existe el antecedente de episodios previos de anexitis (16^o/o) o manipulación uterina (13^o/o); también es factible encontrarla concomitante con embarazo (1.06^o/o).

Definitivamente, la menstruación tiene relación con el inicio de un primer episodio de anexitis (53^o/o), facilitando ésta la propagación de un proceso infeccioso cérvico-vaginal.

Los síntomas más constantes resultaron ser el dolor abdominal bajo, fiebre y ataque al estado general. Los signos más frecuentemente encontrados al examen físico, fueron el dolor abdominal bajo, hipertermia vaginal y dolor a la movilización uterina.

El laboratorio es un método complementario en el diagnóstico, pero en muchos casos por no existir correlación, la clínica estuvo primero. La leucocitosis y la VSG son útiles para el diagnóstico.

Como bien se demostró, el gonococo no es al principal germen implicado en la anexitis. Actualmente se sabe es más bien el iniciador de una infección cervical, que da paso a los gérmenes patógenos de la flora vaginal y cervical, principalmente bacterias anaerobias. En base a estos nuevos conocimientos es que el tratamiento de la anexitis no debe limitarse a erradicar solamente el gonococo, sino que con la intención de cubrir a los gérmenes invasores secundarios.

La meta en el manejo de la anexitis es la prevención de la infertilidad y la infección crónica residual, como adherencias pélvicas, hidrosálpinx, absceso tubo-ovárico, dolor pélvico y dispareunia, que a menudo ameritan intervención quirúrgica.

BIBLIOGRAFIA

1. Balcells, A.: La clínica y el laboratorio, 1974, Editorial Marín S. A. Barcelona, España.
- 2.— Chow, A. W.; Malkasian, K.L. *et. al.*: The bacteriology of acute pelvic inflammatory disease. AM. J. OBSTET. GYNECOL., 1975, 123: 876-879.
- 3.— Cunningham, F.G.; Hauth, J.C.; Strong, J.O. *et. al.*: Evaluation of tetracycline or penicillin and ampicillin for treatment of acute pelvic inflammatory disease. N. ENGL. J. MED., 1977, 296: 1380.
- 4.— Dans, P.O.E.: Gonococcal anogenital tract infection. CLIN. OBSTET. GYNECOL., 1975, 18:103.
- 5.— Eschembach, D.A.: Acute pelvic inflammatory disease: Etiology, risk factors and pathogenesis. CLIN. OBST. GYNECOL., 1976, 19: 147.
- 6.— Eschembach, D.A.; Buchanan, T.M.; Pollock, H.M. *et. al.*: Polymicrobial etiology of acute pelvic inflammatory disease. N. ENGL. J. MED., 1975, 293: 166.
- 7.— Eschembach, D.A.; Harnisch, J.P. and Holmes, K.K.: Pathogenesis of acute pelvic inflammatory disease: Role of contraception and other risk factors. AM. J. OBSTET. GYNECOL., 1977, 128: 838.
- 8.— Eschembach, D.A., *et. al.*: Gonococcal inflammatory disease (letter). AM. J. OBST. GYNECOL., Nov. 1977, 129 (6): 710-2.
- 9.— Falk, V.: Treatment of acute non-tuberculosis salpingitis with antibiotics alone and in combination with glucocorticoids. ACT. OBST. GYNECOL. SCAND., 1965, 44: 65 (Suppl. 16).
- 10.— Jacobson, L.; Westrom, L.: Objectivized diagnosis of acute pelvic inflammatory disease: diagnostic and prognostic value of routine laparoscopy. AM. J. OBST. GYNECOL., 1969, 105: 1088-1098.
- 11.— Ledger, W.J.; Gee, C.L.; Pollin, P., *et. al.*: The use of pre-reduced media and a portable for the collection of anaerobic organisms from clinical sites of infection. AM. J. OBSTET. GYNECOL., 1976, 125: 677-681.
- 12.— Ledger, W.J. *et. al.*: A fever index evaluation of Chloramphenicol or Clindamycin in patients with serious pelvic infections. OBST. AND GYNECOL., Nov. 1977, 50 (5): 523-530.
- 13.— Levison, M'E.; Corman, L. and Kaye, D.: CLIN. RES., 1974, 22: 448. A.
- 14.— Lip, J. and Burgoyne, X.: Cervical and peritoneal bacterial flora associated with salpingitis. OBST. GYNECOL., 1966, 23: 561.
- 15.— Mardh, P.A. and Westrom, L.: Tubal and cervical cultures in acute salpingitis with special reference to *Mycoplasma hominis* and *T. strain mycoplasmas*. N. ENGL. J. MED., Jun. 1977, 296 (24): 1377-9.
- 16.— Monif, G.R.; Welkos, S.L.; Baer, H. *et. al.*: Colde-sac isolates from patients with endometritis-salpingitis-peritonitis and gonococcal endocervicitis. AM. J. OBST. GYNECOL., 1976, 126: 158.
- 18.— Murillo, J.C.; Pacheco, M.: Absceso tubo-ovárico. ACT. MED. COST., 1983, Vol. 26: 109-115.
- 19.— Swenson, R.M.; Michaelson, T.C.; Daly, M.J. and Spaulding, E.N.: OBST. GYNECOL., 1973, 42: 538.
- 20.— Pedowitz, P. and Bloomfield, R.D.: Ruptured adnexal abscess (tuboovarian) with generalized peritonitis. AM. J. OBST. GYNEC. 1964, 88: 721-729.
- 21.— Sweet, R.L.: Diagnosis and treatment of acute salpingitis. J. REPROD. MED., 1977, 19: 21.
- 22.— Sweet, R.L. *et. al.*: Use of laparoscopy to determine the microbiologic etiology of acute salpingitis. AM. J. OBST. GYNEC. May 1979, 134 (1): 68-74.
- 23.— Sweet, R.L.: Anaerobic infection of the female genital tract. AM. J. OBST. GYNECOL., 1975, 122: 891.
- 24.— Thadepalli, H.; Gorbach, S.L. and Keith, L.: AM. J. OBST. GYNECOL., 1973, 117: 1034.
- 25.— Tronca, E.; Handsfield, H.H.; Wiesner, P. J., *et. al.*: Demonstration of *Nisseria gonorrhoeae* with fluorescent antibody in patients with disseminated gonococcal infection. J. INFECT. DIS., 1974, 129: 583.
- 26.— Westrom, L.; Bergtsson, L. and Mardh, P.: The risk of P.I.D. in women IUD's as compared to non users. LANCET, 1976, 3: 221.