

## ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

---

# Evaluación del manejo médico y quirúrgico del Absceso Tubo Ovárico

Corina Barrientos B<sup>1</sup>, Pedro Barrios R<sup>1</sup>, Esteban Troncoso R<sup>a</sup>, Julio Arriagada R<sup>1</sup>, Rodrigo Arriagada D<sup>1</sup>, Juan Astorquiza L<sup>1</sup>, Jorge Iglesias G<sup>1</sup>.

### RESUMEN

*Se presenta el manejo médico y quirúrgico de 46 casos de Absceso Tubo Ovárico (ATO), tratados en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Dr. Luis Tisné Brousse durante los años 2005 y 2006.*

*Objetivo: Evaluar la efectividad del manejo médico y quirúrgico del ATO, según esquema definido en la Unidad de Obstetricia no Viable (ONV) de nuestro Servicio.*

*Material y Método: Estudio retrospectivo de 46 casos de ATO atendidos en el Servicio de Obstetricia y Ginecología, 29 tratados médicamente con esquema antibiótico, 16 con resolución quirúrgica, y un caso con drenaje bajo visión ecográfica.*

*Resultados: De las 26 pacientes en manejo médico, 23 recibieron esquema endovenoso con ceftriaxona/metronidazol con buena respuesta clínica y breve estadía hospitalaria. Sólo 3 requirieron terapia de segunda línea. La estadía fue más prolongada en el grupo con tratamiento quirúrgico. La paciente en que se utilizó drenaje bajo ecografía evolucionó favorablemente, afebril al tercer día, con regresión del absceso en control posterior el alta.*

*Discusión: El ATO es una manifestación severa de la enfermedad inflamatoria pélvica, considerada una enfermedad polimicrobiana. En su manejo se debe realizar tratamiento médico - quirúrgico según las condiciones de cada caso. En algunas situaciones el drenaje bajo visión ecográfica es un aporte.*

*Palabras clave: Absceso tubo ovárico, enfermedad inflamatoria pélvica.*

### SUMMARY

*We presented medical and surgical management of 46 cases of tuboovarian abscess (TOA) treated in our Department during years 2005 and 2006.*

*Objective: Evaluate the effectiveness of the medical and surgical treatment of TOA, according to scheme defined in the Service of Obstetrics non Viable (ONV) of Dr. Luis Tisné Brousse Hospital.*

*Material and Method: Retrospective study of 46 cases of TOA treated in our Department. 29 cases were managed medically with antibiotics, 16 with surgical resolution, and one case with drainage with ultrasound.*

---

<sup>1</sup> Médico, Unidad de Obstetricia no Viable, Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Dr. Luis Tisné Brousse.

<sup>a</sup> Interno Medicina, Campus Oriente, Universidad de Chile.

*Results: Of 26 patients with medical management, 23 were treated with ceftriaxona/metronidazol with good clinical evolution and brief hospitalization. Only three needed second line therapy. The hospitalization was more prolonged in those with surgical management.*

*Patient with ultrasound drainage evolves favorably, afebril to the third day, with regression of the abscess in later control.*

*Discussion: Tubo ovarian abscess is a severe manifestation of pelvic inflammatory disease, a polymicrobial disease, in its management we consider the medical and surgical treatment according to the conditions of each case, in some situations the ultrasound drainage is a contribution.*

**Key words:** *Tuboovarian abscess, pelvic inflammatory disease.*

## INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Inflamatoria Pelviana (EIP), se define como el compromiso séptico inflamatorio del tracto genital superior producido por determinados agentes etiológicos<sup>1</sup> e incluye la secuencia endometritis, endomiometritis, ooforitis, salpingitis, salpingooforitis, absceso tubo ovárico, pelvi-peritonitis y peritonitis generalizada. Es una de las causas más frecuentes de consulta en ginecología. A pesar de tener baja mortalidad, no ha sido posible disminuir las complicaciones a largo plazo, como esterilidad y algia pélvica crónica<sup>2</sup>. La clínica de la EIP se caracteriza por presentarse en mujeres sexualmente activas, principalmente en la tercera o cuarta década de vida. Se describe que entre 20% a 54% de las pacientes son usuarias de dispositivo intrauterino (DIU). No obstante, hay evidencia que demuestra que el uso de DIU no tiene estrecha relación con EIP, sino que existen otras variables a considerar, especialmente en lo relacionado a hábitos sexuales, inserción y extracción DIU, EIP anterior y nuliparidad<sup>3</sup>. Existen diversas formas de presentación, fluctuando desde un cuadro subclínico a cuadros con múltiple sintomatología. Para el diagnóstico del episodio agudo, Hager describió en 1987 los criterios utilizados actualmente, que incluyen hallazgos al examen físico y laboratorio<sup>4</sup>. En cursos más crónicos se presenta como dolor pélvico crónico. Es frecuente el diagnóstico de EIP no en su fase aguda, sino por presencia de embarazo ectópico o infertilidad posterior. Es importante tener en cuenta que el 35% de los casos no presentan fiebre y el 23% no presentan leucocitosis por lo que la sospecha es trascendental en el diagnóstico<sup>5</sup>.

El Absceso Tubo Ovárico (ATO) es una de las complicaciones más importantes de la EIP, y clásicamente se describe que entre 3% a 6% de las pacientes con endometritis y salpingitis pueden llegar a desarrollar un ATO<sup>4</sup>. Éste es consecuencia de la respuesta del hospedero a la noxa bacteriana, que trata de contrarrestar y limitar la infección<sup>2</sup>. Está constituido por una zona central con pus y bacterias

en elevado número, que va disminuyendo hasta cero, rodeado por una capa de abundantes leucocitos, fibrina y colágeno<sup>6</sup>. En cuanto a la clínica del ATO, en general es difícil diferenciarla de una EIP sin la presencia del absceso. Se ha referido al ATO como la etapa final de una EIP, sin embargo sólo 30%-50% de las pacientes presentan sintomatología progresiva, pudiéndose presentar como una infección aguda desde el principio. Para realizar el diagnóstico de ATO, se requiere clínica de EIP, sumada a la existencia una masa inflamatoria, palpable y/o detectable mediante ecotomografía transvaginal. Este es un excelente método debido a que tiene bajo costo, no es invasivo, y tiene una gran exactitud para el diagnóstico de absceso pélvico<sup>7</sup>. La Tomografía Axial Computada (TAC) es una técnica muy útil en búsqueda de un diagnóstico diferencial, aunque tiene limitaciones frente a la ecografía, como confundir lesiones con procesos inflamatorios. Otro estudio de imagen usado actualmente es la Resonancia Nuclear Magnética (RNM). Las imágenes logradas son más sensibles que las obtenidas con Ultrasonido (US). Sin embargo, debido al costo, el US sigue siendo el pilar del diagnóstico. Se describe 95% de sensibilidad y 89% de especificidad, en comparación con la técnica laparoscópica<sup>8</sup>. En determinadas ocasiones, cuando la sintomatología, exámenes de laboratorio, y la imagenología no son suficientes para realizar el diagnóstico, se puede recurrir a la laparoscopia. Algunos autores la plantean como *gold standard* para el estudio de esta patología, pudiendo contribuir al diagnóstico microbiológico. Por razones de costo no se emplea de rutina. Para un mejor diagnóstico, disminuir la probabilidad de infertilidad y poder drenar abscesos, debe ser realizada lo más precozmente posible<sup>9</sup>.

La variedad microbiológica causante de EIP y ATO es amplia. El término absceso estéril ya no es utilizado. En el pasado *Neisseria gonorrhoeae* se consideraba como el patógeno más importante, pero hoy el concepto es de una enfermedad polimicrobiana. Entre otros agentes se citan: *Chlamydia tracho-*

*matis, Gardnerella vaginalis, Escherichia coli, Bacteroides, Citomegalovirus, Mycoplasma hominis y Ureaplasma urealyticum.* En ocasiones se pueden aislar anaerobios entre 60%-100%. *Gonococo y Chlamydia* se han relacionado con EIP, pero no con ATO, siendo *Chlamydia* uno de los patógenos más importantes, por su carácter subclínico, con daño residual importante.

El punto central en el tratamiento es la detección temprana y un inicio oportuno del manejo del proceso inflamatorio. Algunos pueden ser manejados en forma ambulatoria<sup>10</sup>, pero otros deben ser hospitalizados. Entre las indicaciones de hospitalización se mencionan: persistencia febril sobre 38°C a pesar de tratamiento antibiótico, diagnóstico incierto o con patología concomitante. También se hospitalizarán pacientes portadoras de DIU, sospecha de ATO, compromiso del estado general o hemodinámico, EIP en embarazada, pacientes adolescentes o que no puedan cumplir el tratamiento en forma ambulatoria<sup>1</sup>. El manejo se puede organizar en médico, drenaje guiado por US con terapia antibiótica y quirúrgica, pudiendo ser por laparotomía o por laparoscopia. El rendimiento del tratamiento médico es variable, dependiendo del grado de severidad del cuadro, y lo precoz que éste se inicie<sup>2</sup>. Existen cifras de 67% de efectividad con índices de embarazo posterior cercano al 11%<sup>11</sup>. El manejo médico incluye actualmente combinaciones de antibióticos, con el objetivo de cubrir el mayor espectro posible, siendo los más utilizados ceftriaxona/metronidazol, clindamicina/gentamicina o ceftriaxona/doxiciclina. La duración del tratamiento antibiótico debe ser desde 14 hasta 28 días, con retiro del DIU a las 24-48 horas luego de iniciado el esquema<sup>12</sup>. El drenaje guiado por ecografía es útil tanto en el manejo inicial como en aquellas pacientes con falla en el tratamiento antibiótico<sup>13</sup>. Produce rápido alivio sintomático, y no es necesario el uso de pabellón. La elección del tratamiento quirúrgico será en función del estado de la paciente y de las características del ATO. Asimismo, la decisión de laparotomía o laparoscopia, será de acuerdo a características clínicas, evolución y experiencia del equipo tratante. Evidencia actual apoya el uso de laparoscopia precoz, asociado a menor estadía hospitalaria, mejor tolerancia al procedimiento y mayor preservación de órganos genitales, con el consiguiente menor impacto sobre la fertilidad posterior<sup>14-16</sup>.

El presente trabajo tiene como objetivo evaluar la efectividad del manejo médico y quirúrgico del Absceso Tubo Ovárico, según esquema definido en la Unidad de Obstetricia no Viable (ONV) del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Dr.

Luis Tisné Brousse, con la finalidad de optimizar y estandarizar el tratamiento de dicha patología sobre la base de la evidencia.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se efectuó un estudio retrospectivo que comprende el análisis de pacientes ingresadas a la Unidad de ONV del Hospital Dr. Luis Tisné Brousse, con el diagnóstico presuntivo de EIP y ATO, en las que se confirmó el diagnóstico, entre los años 2005 y 2006. Se seleccionaron para este estudio las pacientes con diagnóstico confirmado de ATO. El manejo se organizó en dos líneas, una de tratamiento médico, con antibioterapia con ceftriaxona/metronidazol endovenoso como primera línea y clindamicina/gentamicina como segunda línea, y otra quirúrgica, a la que accedían por criterios de gravedad, tamaño ecográfico del ATO, grado de compromiso, sospecha de patología concomitante y fracaso de terapia médica, entendida como persistencia del dolor y fiebre. En el caso de los pacientes con resolución quirúrgica, se enviaron muestras a anatomía patológica y microbiología, buscando confirmación histopatológica del cuadro y detección del agente causal. Además de los datos antes mencionados, se registraron en los pacientes parámetros epidemiológicos, paridad, uso de DIU, días de hospitalización, días con registro de fiebre, requerimiento de unidades de cuidados intensivos y controles al alta.

## RESULTADOS

Durante los años 2005-2006 ingresaron 74 pacientes con el diagnóstico de EIP, con edad promedio de 38 años, rango entre 17 a 53 años. De estas pacientes dos eran nulíparas y cuatro posmenopáusicas. La relación entre EIP y uso de DIU se muestra en la Figura 1. La distribución según tiempo de uso de DIU se muestra en la Figura 2.

De las pacientes con diagnóstico de EIP, en 46 se confirmó el diagnóstico de ATO, que corresponde al 62%. Las características del ATO de estas pacientes se resume en la Tabla 1.

De las 46 pacientes con el diagnóstico de ATO, en 34 se intentó tratamiento médico, sólo 3 de ellas con antibioterapia de segunda línea. El diámetro máximo promedio (DMP) del ATO en este grupo fue 59,8 mm. De estas pacientes, 29 quedaron con manejo médico exclusivo. El resto se consideró frustrado y se derivaron a manejo quirúrgico. En este grupo el DMP fue de 76 mm. El promedio afebril fue

**Tabla 1. Características de ATO en pacientes ingresadas a la Unidad ONV del Hospital Dr. Luis Tisé Brousse durante los años 2005-2006**

Derecho	26 (57%)
Izquierdo	16 (35%)
Bilateral	4 (8%)
Recidivado	2
Multilocular	2
Diámetro Máximo Promedio	69 mm
Hospitalización previa por EIP	7

**Tabla 2. Causas por las cuales 16 pacientes con diagnóstico de ATO fueron tratadas quirúrgicamente**

Peritonitis	4
Bilateralidad	1
Observación de Tu ovárico	2
Por Tamaño	2
Recidiva	2
Fracaso tratamiento médico	5
Persistencia dolor	2
Persistencia febril	3
Total	16

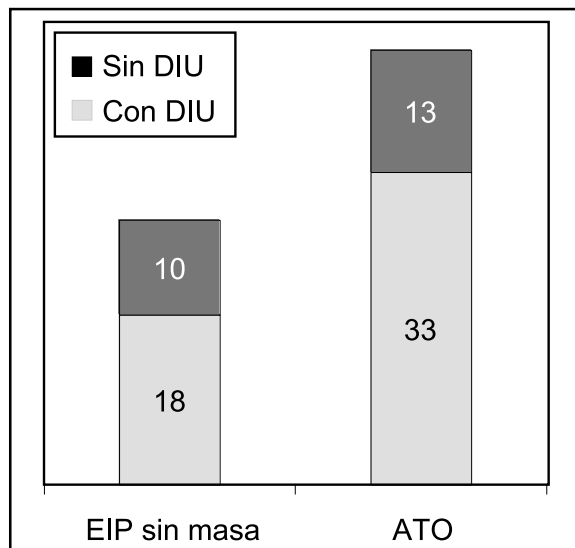


Figura 1. Relación EIP/DIU y ATO/DIU en pacientes ingresadas a la Unidad de ONV del Hospital Dr. Luis Tisé Brousse, durante los años 2005-2006.

(EIP: Enfermedad inflamatoria pélvica, ATO: Absceso tubo-ovárico, DIU: Dispositivo intrauterino.)

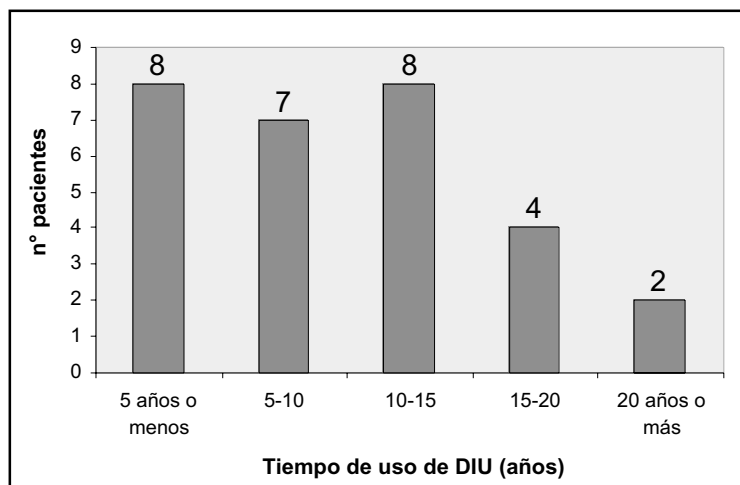


Figura 2. Años de duración del DIU al momento del ingreso de las pacientes con diagnóstico de ATO. Del total, 4 pacientes no usaban DIU al momento de la hospitalización (valor no graficado).

**Tabla 3. Detalle del tipo de cirugía realizada en 16 pacientes con diagnóstico de ATO**

Anexectomía unilateral	1
Anexectomía bilateral	1
Salpingectomía unilateral	1
Histerectomía total + Anexectomía unilateral	1
Histerectomía total + Anexectomía bilateral	5
Histerectomía subtotal + Anexectomía bilateral	2
Drenaje ATO y aseo de cavidad peritoneal	5
Total	16

de 1,9 días, siendo su estadía hospitalaria en promedio 4,8 días.

Del total de pacientes con ATO, 16 fueron a resolución quirúrgica. Las indicaciones se detallan en la Tabla 2. La descripción de las técnicas ocupadas se muestra en la Tabla 3. El DMP en este grupo fue 94 mm (60-180mm). El manejo antibiótico en este grupo fue el de primera línea. En promedio, la intervención se realizó a los 3,2 días desde el momento del ingreso, siendo su estadía hospitalaria más extensa que el grupo anterior (9,5 días). Una de las pacientes de este grupo requirió atención en Unidad de Tratamiento Intensivo (UTI), con diagnóstico de ATO bilateral roto, completando 36 días de hospitalización.

En el posoperatorio, se confirmó ATO en 14 pacientes, en un caso de ATO bilateral resultó endometriomas infectados y en otro caso, con diagnóstico previo dudoso resultó un plastrón anexial asociado a diverticulitis. En 5 pacientes adicionalmente se realizó apendicectomía. Para las pacientes que se resolvieron quirúrgicamente, el resultado del análisis histopatológico se presenta en la Tabla 4. En cuanto a los resultados de los cultivos tomados en el intraoperatorio, en 3 casos no hubo desarrollo bacteriano, y en 2 se comprobó la presencia de *Escherichia coli*.

En una de las pacientes con diagnóstico de ATO se realizó drenaje por punción bajo visión ecográfica. Correspondía a una paciente de 40 años, con dos partos previos y usuaria de DIU. El ATO medía 70 mm x 72 mm x 67 mm. El procedimiento, que se realizó al segundo día del ingreso, requirió de una sola punción, drenándose aproximadamente 100 ml. Se formó un pequeño hematoma de 5 cm x 4 cm pospunción, y al control a las dos horas, se visualizó una imagen mixta de 47 mm x 42 mm. Al tercer día se encontraba asintomática y afebril. Al quinto día se realizó una ecotomografía transvaginal, donde el ATO impresiona en reabsorción, con medidas de 57 mm x 55 mm x 57 mm. Al séptimo día se da de alta.

**Tabla 4. Diagnóstico histopatológico descrito en biopsia de pacientes con resolución quirúrgica**

ATO	9
Actinomyces	1
Miometritis	3
Periapendicitis fibrinopurulenta	1
NIE I	1
Sin control con biopsia	7

A la semana, en control ambulatorio, la paciente se encontraba asintomática, y el resultado del cultivo fue pus sin desarrollo bacteriano.

#### DISCUSIÓN

Siendo la EIP un motivo frecuente de consulta en la atención ginecológica, no es difícil imaginar el daño que se produciría fruto de un mal diagnóstico, de un tratamiento inadecuado o nula sospecha frente a alguna complicación. Parte importante de este tema es la sospecha clínica del cuadro, considerando particularmente los factores de riesgo aquí expuestos. Si bien la literatura internacional no ha corroborado el rol del DIU en la génesis de la EIP, en nuestro medio es un elemento anamnésico que no debe olvidarse. Otro punto relevante es la edad de las pacientes. Con cada vez más frecuencia son adolescentes las afectadas por este cuadro, y no es despreciable tampoco el número de paciente con sólo un parto anterior (en nuestra casuística se observaron 12 pacientes con un parto anterior y 2 nulíparas) que desarrollan EIP. Esto requiere una constante preocupación por la conservación de la fertilidad en estas pacientes.

De acuerdo a lo expuesto en este trabajo, el manejo del ATO puede resumirse como médico-quirúrgico, dependiendo del tipo de paciente, el cuadro clínico con que se presenta y la evolución de éste. En un alto porcentaje de pacientes se obtiene buena respuesta al tratamiento inicial con antibióticos asociados, cediendo el cuadro febril y con estadía hospitalaria corta. La detección temprana de aquellas pacientes que requerirán manejo quirúrgico inmediato también es relevante, pues su postergación puede ser deletérea. Criterios como el compromiso sistémico, patologías concomitantes o las características del ATO ayudan a tomar la decisión.

En la actualidad, el manejo laparoscópico es una alternativa real, y su aplicabilidad en la resolución de

un ATO aceptada. Su uso se encontrará focalizado en aquellos centros con más experiencia en torno al tema, siendo cada vez más las situaciones en que la laparoscopia entrega mejores resultados, especialmente en el tema de conservación de la fertilidad.

Otra herramienta disponible es el drenaje bajo visión ultrasonográfica, que ofrece una solución intermedia, pues combina la extracción del material purulento sin la necesidad de uso de pabellón. En la paciente indicada, y siempre asociado a tratamiento antibiótico, el drenaje bajo visión ecográfica es una buena alternativa para el manejo de esta patología. De la mano de este tema, se plantea la necesidad de un protocolo ecográfico para el diagnóstico de ATO, pues las diferencias interobservador suelen ser en ocasiones notorias y relevantes al momento del diagnóstico y la elección de la alternativa quirúrgica.

Si bien en la literatura se expone la frecuencia con que diferentes agentes se pueden aislar de un ATO, en este trabajo en un porcentaje considerable no fue posible encontrar un patógeno en especial, encontrándose sólo reacción inflamatoria, expresada en la presencia de pus. Esto podría ser consistente con la evolución natural del ATO, donde la población bacteriana va disminuyendo, a medida que se termina de organizar la estructura del mismo.

En cuanto al seguimiento de las pacientes, una vez dadas de alta, no es rara la ausencia a los controles, por lo que obtener información sobre persistencia o recidiva de un cuadro de EIP o ATO, puede verse afectada. Es importante entonces, en el intrahospitalario insistir en cumplir a cabalidad el tratamiento antibiótico, junto a medidas generales y educación en torno a una vida sexual saludable.

#### REFERENCIAS

- HEMSELL D, LEDGER W. Concerns regarding the Centers for Disease Control's published guidelines for pelvic inflammatory disease. *Clin Infect Dis* 2001; 32: 103.
- SILVA S. Infecciones del Aparato Genital Femenino. En: Pérez Sánchez A, ed. *Ginecología*. Santiago: Editorial Méditerráneo, 2003; 467-509.
- GRIMES D. Intrauterine device and upper genital tract infection. *Lancet* 2000; 356: 1013.
- HAGER W. Try medication for tubo-ovarian abscess. *Contemporary Ob/gyn* 1987; 29: 145.
- LANDERS DV, SWEET RL. Current trends in the diagnosis and treatment of tuboovarian abscess. *Am J Obstet Gynecol* 1985; 151(8): 1098-110.
- BARLETT J, MANOCHEHR D, JOINER K. Relative efficacy and critical interval of antimicrobial agents in experimental infections involving *Bacteroides fragilis*. *Arch Surg* 1983; 118: 181.
- MINDY M. Ultrasound of Pelvic Inflammatory Disease. *Ultrasound Quarterly* 2004; 20: 171-9.
- TIMO A. MR Imaging in Pelvic Inflammatory Disease: Comparison with Laparoscopy and US1. *Radiology* 1999; 210: 209-16.
- Suchet H. PID: clinical and laparoscopic aspects. *Ann NY Acad Sci* 2000; 900: 301.
- BURNAKIS T, HILDEBRANDT N. Pelvic Inflammatory Disease: a review with emphasis on antimicrobial therapy. *Review of Infectious Diseases* 1986; 8: 86.
- ORIOI C, LANDERS D. *Obstetric and Gynecologic Infectious Diseases*. Joseph Pastorek Editor. Raven Press LTD. New York 1994.
- GOHARKHAY N. Comparison of CT- or ultrasound-guided drainage with concomitant intravenous antibiotics vs. intravenous antibiotics alone in the management of tubo-ovarian abscesses. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2007; 29(1): 65-9.
- Gjelland K. Transvaginal ultrasound-guided aspiration for treatment of tubo-ovarian abscess: a study of 302 cases. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 193(4): 1323-30
- Buchweitz O. Laparoscopic management of tubo-ovarian abscesses: retrospective analysis of 60 cases. *Surg Endosc* 2000; 14(10): 948-50.
- Reich H. Laparoscopic treatment of tuboovarian and pelvic abscess. *J Reprod Med*. 1987; 32(10): 747-52.
- Yang CC. Advantages of open laparoscopic surgery over exploratory laparotomy in patients with tubo-ovarian abscess. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2002; 9(3): 327-32.