

SE JUSTIFICA LA HISTERECTOMIA EN EL ABSCESO PELVICO OBSTETRICO? ANALISIS DE 181 CASOS DE ABSCESOS PELVICOS HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN. 1986 - 1990

G.H. Martínez G. *, J.D. Cuartas T.**

PALABRAS CLAVES: Absceso Pélvico • Absceso pélvico obstétrico • Absceso tubo-ovárico • Absceso pélvico ginecológico - Anexitis-Enfermedad Pélvica Inflamatoria

RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo de todos los pacientes con absceso pélvico (AP), ingresados al Hospital General de Medellín, entre 1986 y 1990. Se encontraron 81 abscesos pélvicos obstétricos (APO) y 99 abscesos pélvicos ginecológicos (APG). A iguales hallazgos, no había diferencias entre el tratamiento conservador y el radical, en la morbilidad postquirúrgica del APO (porcentaje de reintervenciones o de complicaciones postquirúrgicas). Hubo mayores días de hospitalización ($P < 0.01$), si a la presentación no uterolítica, se le hacía tratamiento radical. Hubo mayor presentación uterolítica pre-quirúrgica ($P < 0.001$), en el APG que en el APO (34.25% vs. 10.67%). Sin embargo a iguales hallazgos no había diferencias estadísticamente significativas entre el APO y el APG, en la morbilidad post-quirúrgica. Excluyendo las perforaciones, el 55.56% (5/9) de las presentaciones uterolíticas para el cirujano, eran miometritis leves para el patólogo. El presente trabajo sugiere que el tratamiento del APO debe ser según hallazgos (uterolisis o no), y no según etiología, como se hace clásicamente.

SUMMARY

A retrospective review of all the pelvic abscess (PA) from 1986 to 1990 was conducted. We found 81 Obstetric pelvic abscess (OPA) and 99 Gynecologic pelvic abscess (GPA). We found no differences between radical and conservator treatment in the post-surgery morbidity in the OPA (percentage of complications and re-interventions). More days of hospitalization was spent ($P < 0.01$) if radical treatment was done with "non uterolithic presentation". There was more uterolithic presentation ($p < 0.001$) at pre-surgery in the OPA than GPA (34.24% vs. 10.67%). However, at equal presentation, no differences between OPA and GPA at postsurgery morbidity was observed. If we exclude uterine perforations, 55.56% (5/9) from all "uterolithic presentations" for the surgeon, were just "mild myometritis" for the pathologist. Hence, this series suggest that treatment for OPA must be done according to presentation and no depending on etiology.

KEY WORDS: Pelvic Abscess - Obstetric Pelvic Abscess - Gynecologic Pelvic abscess - Tubo-ovarian abscess - Adnexitis - Pelvic Inflammatory Disease.

* Dr. Gustavo H. Martínez G.
Residente Ginecoobstetricia
Facultad de Medicina
Instituto de Ciencias de la Salud CÉS

** Dr. Juan David Cuartas T.
Médico de Planta
Hospital General de Medellín
Medellín - Colombia

INTRODUCCION

"SIGO CON EL MAS PROFUNDO INTERES, LA HISTORIA DEL MANEJO DEL ABSCESO PELVICO, PUES ES EN MINIATURA, TODA LA HISTORIA DE LA GINECOLOGIA

Las infecciones pélvicas, son una de las principales causas de morbilidad en la Gineco-Obstetricia mundial (1,2,3,4,5). el absceso pélvico es la punta del iceberg de este gran problema.

El manejo del absceso pélvico (AP), varía desde un cerrado conservadurismo, a un agresivo radicalismo. "Pocas áreas en la Ginecología, demandan en un solo momento, tanta mezcla de ciencia y arte" (1).

El tratamiento del AP se hace en líneas generales según la etiología. Se parte de la base que son 2 enfermedades diferentes. El Absceso Pélvico Obstétrico (APO), y el Absceso Pélvico Ginecológico (APG).

El APG se considera de más fácil manejo y de tratamiento conservador la mayor parte de las veces (6,7,8,9,10,11).

El APO es siempre o casi siempre de tratamiento radical, sin importar mucho los hallazgos. (4,6,8,10,12,13,14,15,16).

No existen recientes trabajos en la literatura inglesa, que comparen con las nuevas técnicas de manejo, estas 2 enfermedades. Esto se debe a los cambios sociales y culturales producidos en los países desarrollados, que hicieron del APO una entidad escasa. Sin embargo en los países subdesarrollados, es aún un gran problema (17,18,19).

El presente trabajo sugiere que el manejo no se debe hacer según la etiología (APO vs. APG), sino según hallazgos (útero comprometido vs. no comprometido). Igualmente que el APO y el APG son entidades diferentes de una misma enfermedad y que el tratamiento debe ser conservador, si los hallazgos lo permiten.

MATERIAL Y METODOS

En el Hospital General de Medellín (HGM) se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo.

Se analizaron 3678 historias elaboradas entre el 1 de enero de 1986 y el 31 de diciembre de 1990 que equivalían al 100% de las pacientes con diagnóstico de egreso codificado 814-815 (enfermedades inflamatorias del ovario, trompas, peritoneo y cuerpo del útero), o 639-679 (complicaciones infecciosas consecutivas al aborto-parto-puerperia), según la C.I.A. (Clasificación Internacional de Enfermedades) edición 1985.

181 historias se encontraron que reunían todos los requisitos de Enfermedad Pélvica-inflamatoria E.P.I. (20,3) y además eran EPI grado II-III (Absceso pélvico roto o no por ecografía) (4,20) y fueron la base del presente trabajo.

Entre estos 181 abscesos pélvicos, se encontraron 82 casos de Absceso Pélvico Obstétrico (APO), y 99 casos de Abscesos Pélvicos Ginecológicos (APG). El trabajo se dividió en tres partes:

En la primera parte se estudiaba el comportamiento del APO. Se dividió de acuerdo al tipo de tratamiento y se conformaron 2 grupos. Un grupo que recibió tratamiento radical con 43 unidades de análisis y un grupo de tratamiento conservador conformado por 39 unidades de análisis.

Se definió como tratamiento conservador, aquel tratamiento que conservaba el útero en la primera cirugía y al menos alguna cuña de ovarios; es decir, la posibilidad teórica de un nuevo embarazo, el tratamiento radical implicaba siempre la histerectomía.

En la segunda parte se hizo una comparación directa entre los 82 APO y los 99 APG.

En la tercera se reunieron todos los abscesos pélvicos, tomándolos como una misma enfermedad. Se dividieron en 2 grupos según el tipo de tratamiento escogido. El grupo de tratamiento radical con 64 unidades de análisis y el grupo de tratamiento conservador con 117 unidades de análisis.

También se hizo otra clasificación, dividiendo los Abscesos Pélvicos (AP) en 2 grupos según el compromiso uterino encontrado: El grupo de presentación uterolítica con 32 unidades de análisis y el grupo de presentación no uterolítica con 149 unidades de análisis.

Se definió como absceso pélvico de presentación uterolítica, aquel absceso que tenía un compromiso macroscópicamente importante del útero y hacía imprescindible la histerectomía. La presentación no uterolítica, era aquel absceso que comprometía los anexos, sin que el útero tuviera un compromiso importante.

Se revisaron de nuevo, por un mismo patólogo, las biopsias de miometrio de todos los APO, que tenían clínicamente una presentación "uterolítica", en la laparotomía exploradora inicial y se estandarizaron los hallazgos histológicos y se clasificaron como miometritis leves, moderadas y severas.

A fin de no tener sesgos en el sitio de la toma de la biopsia, se excluyeron las pacientes que tuvieran perforaciones clínicas, al hacer la histerectomía. Las biopsias que quedaron incluidas en el estudio fueron reportadas por los diferentes cirujanos que hicieron las histerectomías, como de úteros sin perforaciones y uniformemente friables, congestivos, infiltrados, edematosos o necróticos.

El patólogo que estandarizó todas las biopsias, desconocía los hallazgos encontrados en la laparotomía exploradora inicial.

Se consideraron 6 tipos de regímenes de antibióticos. Se definió como falla del tratamiento antibiótico, si el paciente necesitaba cambio de esquema después del tercer día, y/o si tuvo complicaciones sépticas. Los cambios de antibióticos antes del tercer día se excluyeron del análisis de porcentaje de falla terapéutica.

El tamaño del absceso se midió por ecografía transabdominal. Se tomaban los tres diámetros y se hacía un promedio de ellos.

Se tomó un SIGNIFICATIVO una $P < 0.05$ y ALTAMENTE SIGNIFICATIVO una $P < 0.01$.

Las cruces entre las 25 variables se realizaron con los programas de manejo de base de datos DB-III (dBase III PLUS 85) y el DA con su módulo de inteligencia artificial.

Los análisis de varianza, promedio, desviaciones estandar, chi cuadrado, test exacto de Fisher, etc. se realizaron con ayuda del programa MS (Microstat 85). Las tablas y los gráficos se hicieron con los programas WS (Word Star 84), HG (Harvard Graphic 86) y PM PM 90 (Pictura Maker).

RESULTADOS

Absceso pélvico obstétrico. Tratamiento radical vs. tratamiento conservador.

Absceso pélvico obstétrico. Tratamiento radical vs. tratamiento conservador.

Se presentaron 82 abscesos pélvicos obstétricos (APO) en el período de 5 años. Encontramos casi igual número de casos tratados con el tratamiento radical (43), que con el tratamiento conservador (39).

Entre estos dos grupos no hubo diferencias estadísticamente significativas entre el porcentaje de reintervenciones, el porcentaje de complicaciones

postquirúrgicas y el porcentaje de tromboembolismo pulmonar (Tabla 1).

TABLA 1
COMPARACION DE LOS DIFERENTES TIPOS DE TRATAMIENTO PARA EL ABSCESO PELVICO OBSTETRICO

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN 1988 - 1990

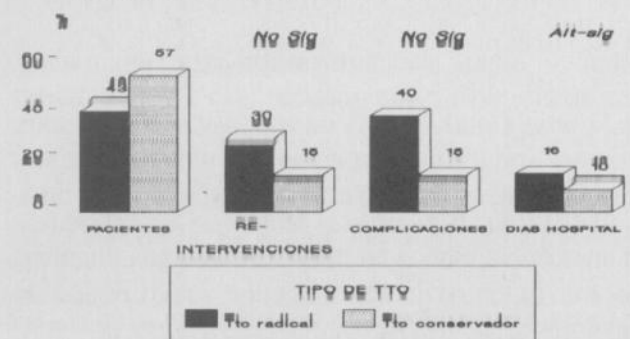
	TRATAMIENTO RADICAL	TRATAMIENTO CONSERVADOR	SIG EST
# pacientes	43/82 (52.44%)	39/82 (47.56%)	ns
Reintervenciones	7/43 (16.28%)	5/27 (18.52%)	ns
Complicaciones post-qcas	16/43 (37.2%)	5/27 (18.52%)	ns
Complicaciones post-qcas en las reintervenciones	3/7 (42.86%)	3/5 (60.00%)	ns
Tromboembolismo pulmonar	2/43 (4.65%)	2/39 (5.13%)	ns
Días de hospitalización	14.0 ± 10.6	10.15 ± 6.4	< 0.05
# de hijos	2.26 ± 1.8	1.44 ± 1.2	< 0.05

A iguales hallazgos y cuando se podía escoger cualquier tipo de tratamiento (es decir cuando el absceso pélvico obstétrico tenía una presentación no uterolítica), tampoco hubo diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de reintervenciones y en el porcentaje de complicaciones postquirúrgicas, con cualquier tipo de tratamiento dado (gráfico 1).

GRAFICO 1

APO Y PRESENTACION NO UTEROLITICA

Tto radical vs conservador H.G.M. 1986 - 1990



Se encontró mayor días de hospitalización en las pacientes a las que se les hacía tratamiento radical.

A iguales hallazgos y si había la oportunidad de escoger cualquier tipo de tratamiento (por ejemplo en los pacientes con presentación no uterolítica), si se hacía tratamiento radical, demoraban 15.65 días, mientras que si optaba por el tratamiento conservador, demoraba 9.65 días (diferencias altamente significativas).

En resumen, el APO se comporta igual, independiente de qué tipo de tratamiento se escoja, si la presentación no es uterolítica. En estas pacientes de presentación no uterolítica, parece ser mejor alternativa el tratamiento conservador, pues acorta los días de hospitalización.

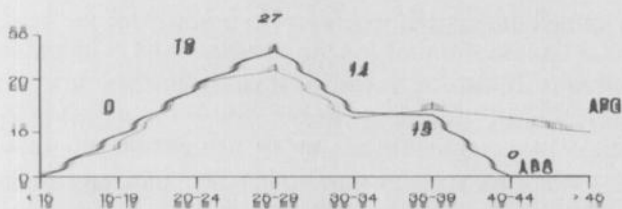
ABSCESO PELVICO OBSTETRICO VS. ABSCESO PELVICO GINECOLOGICO

Actualmente, varios autores toman el APO y el APG, como la misma enfermedad. La gráfica 2 compara el APO Vs. el APG por grupos de edad.

GRAFICO 2

A.P.O vs A.P.G.

PORCENTAJE CASOS POR GRUPOS DE EDAD.
H.G.M. 1986 - 1990



Ambos tienen su máximo pico en el grupo de edad entre 25 y 29 años, edad ésta donde se localiza el 27.63% de los pacientes (50/181). Las dos curvas son prácticamente iguales y sólo hay desfase después de los 40 años donde desaparece el APO.

Habiendo tantas similitudes entre estas dos patologías se procedió a compararlas. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al número de casos, porcentaje de reintervenciones, porcentaje de complicaciones en las reintervenciones, porcentaje de tratamientos quirúrgicos, porcentaje de complicaciones si se hace tratamiento conservador, porcentaje de complicaciones según el tipo de presentación inicial, porcentaje de embarazos posteriores si se hace tratamiento conservador, porcentaje de dolor pélvico crónico posteriormente, tamaño del absceso y número de hijos.

Encontramos diferencias estadísticamente significativas en 1) la presentación inicial al hacer la laparotomía, 2) al tratamiento inicial escogido, 3) porcentaje de complicaciones según el tipo de tratamiento escogido 4) ausencia de tromboembolismo pulmonar y 5) los días hospitalizados.

En cuanto al comportamiento pre-quirúrgico del AP, es más agresivo el APO en cuanto a la presentación inicial al hacer la laparotomía exploradora.

En el APO quirúrgico, el 34.29% de los pacientes, tenía una presentación uterolítica. En el APG 99%, este porcentaje de esterilidad es de sólo al 10.67% diferencias éstas que son altamente significativas.

Sin embargo el comportamiento post-quirúrgico del AP, en cuanto al porcentaje de complicaciones post-quirúrgicas es igual, tanto en el APO como en el APG, independientemente de cual sea la presentación inicial.

El porcentaje de tratamiento radical para el APG es del 21.21% Vs. el 52.44% para el APO, diferencias altamente significativas.

A iguales hallazgos y aunque la posibilidad de no hacer la histerectomía (presentación no uterolítica), seguía existiendo la predisposición a hacer mucho más tratamiento radical si éste era APO (43.48%), que si éste era APG (19.4%) (diferencias altamente significativas).

Pero no solamente se está haciendo más radical de lo que sugieren los hallazgos de las laparotomías exploradoras, sino que además está exagerarse no es inocuo.

El porcentaje de complicaciones si se hace tratamiento radical a un APO que sólo tiene una presentación no uterolítica, es del 40% Vs. 7.69% si es un APG (diferencias estadísticamente significativas). Si se hace tratamiento conservador, el porcentaje de complicaciones es igual tanto en APO como en APG.

No hubo casos de tromboembolismo pulmonar en APG. En el APO hubo un 4.88% de TEP (diferencia estadísticamente significativa).

El APO es de una recuperación más lenta. Si el absceso pélvico es de presentación no uterolítica, demora más días hospitalizado el APO (11.8) que el APG (7.9), diferencias altamente significativas. Por esta misma razón, el APO manejado conservadoramente gasta 10.15 días en promedio mientras que el APG sólo consume con el mismo manejo 7.28 días (diferencias altamente significativas).

Si al absceso pélvico se maneja radicalmente o éste tiene una presentación severa (uterolítica), no hay diferencias en los días de hospitalización, sea éste un APO o un APG.

Los anteriores hallazgos sugieren que ambos abscesos pélvicos son la misma enfermedad. Sin embargo, el APO tiene una presentación quirúrgica más agresiva al momento de hacerse el diagnóstico inicial en la laparotomía exploradora. Luego, después de hacer la cirugía, el comportamiento post-quirúrgico es igual, pues a iguales hallazgos se comportan similar.

Aunque el APO es de una recuperación más lenta y con un eventual tromboembolismo pulmonar, el tratamiento debe ser según hallazgos y no como se está haciendo, casi siempre tratamiento radical si es un APO, pues éste no es inocuo, sino que aumenta las complicaciones si no había "necesidad" de hacerse tratamiento radical.

ABSCESO PELVICO. TRATAMIENTO RADICAL VS. TRATAMIENTO CONSERVADOR

Partiendo de la afirmación previa de que tanto el APO como el APG son diferentes estadios de la misma enfermedad, se procedió en la tercera parte del trabajo a juntar todos los AP y tomar en conjunto los 181 abscesos.

Si tomamos el AP como una sola patología y comparamos ambos tipos de tratamiento, el tratamiento radical y el tratamiento conservador (tabla 3) tenemos que el porcentaje de reintervenciones, porcentaje de complicaciones en las cirugías y en las reintervenciones, el tamaño del absceso y el porcentaje de complicaciones de acuerdo con su tamaño es similar para ambos tratamientos.

TABLA 3

COMPARACION DE LOS DIFERENTES TIPOS DE ABSCESO PELVICOS SEGUN SU PRESENTACION INICIAL

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN 1986 - 1990

	PRESENTACION NO UTEROLITICA	PRESENTACION UTEROLITICA	ESTAD
Casos	149/181 (82.32%)	32/181 (17.68%)	< 0.05
Reintervenciones	17/113 (15.04%)	3/32 (9.38%)	ns
Complicaciones post-ocas	26/146 (16.78%)	11/32 (34.38%)	< 0.05
Complicaciones post-ocas en las reintervenciones	5/17 (29.41%)	3/3 88.89%	ns
Tromboembolismo pulmonar	3/146 (4.52%)	3/32 (9.38%)	ns
Tamaño del absceso (en cms)	8.87 ± 8.8	7.00 ± 9.9	ns
Días de hospitalización	8.08 ± 7.9	10.70 ± 10.5	> 0.05

Se presentaron diferencias estadísticamente significativas en 1) la yatrogenia intraoperatoria, 2) el dolor

pélvico crónico como secuela y 3) los días de hospitalización (tabla 2).

TABLA 2

COMPARACION DE LOS DIFERENTES TIPOS DE ABSCESOS SEGUN EL TRATAMIENTO EFECTUADO

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN 1986 - 1990.

	TRATAMIENTO TTO RADICAL	TRATAMIENTO CONSERVADOR	ESTAD
Casos	94/181 (52.29%)	117/181 (64.94%)	ns
Reintervenciones	9/94 (14.00%)	11/81 (13.58%)	ns
Complicaciones post-ocas	19/94 (20.21%)	16/81 (18.52%)	ns
— en presentación no uterolítica	9/33 (27.27%)	14/86 (17.54%)	ns
— en las reintervenciones	4/11 (36.36%)	3/12 (25.0%)	ns
TIPOS DE COMPLICACIONES			
Infección en herida oca	5/94 (7.01%)	2/36 (5.56%)	ns
Tromboembolismo pulmonar	2/94 (3.12%)	2/36 (5.56%)	ns
Herida yatrogenica en el trans-operatorio	2/94 (3.12%)	8/36 (22.22%)	< 0.05
Posterior dolor pélvico crónico	5/12 (41.67%)	16/36 (44.44%)	< 0.05
Tamaño del absceso (en cms)	8.78 ± 9.7	6.80 ± 2.6	ns
Días de hospitalización en el A.P.O	14.0 ± 10.6	10.15 ± 6.4	S.
— en el A.P.G.	10.6 ± 8.3	7.28 ± 5.0	S.
— en la presentación no uterolítica	13.50 ± 9.0	8.05 ± 5.0	> 0.0001

Entre los diferentes tipos de complicaciones contempladas, sólo la herida yatrogenica de otras vísceras es notablemente más frecuente si se hace tratamiento conservador (16.67%) que si se hace tratamiento radical (3.12%) (diferencia estadísticamente significativa).

El dolor pélvico crónico, también fue más frecuente con tratamiento conservador (88% de los pacientes con seguimiento) que con tratamiento agresivo (42.67%), diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, sólo tenemos un seguimiento del 17.67% de los pacientes con absceso pélvico y con un tiempo promedio de seguimiento de 37.47 meses. En cuanto a los días de hospitalización, siempre se tarda más días intra-hospitalarios, si se hace tratamiento radical (diferencias estadísticamente significativas), especialmente cuando se hace una cirugía radical "sin necesidad", es decir cuando la presentación inicial era no uterolítica (diferencias altamente significativas).

Estos hallazgos refuerzan lo anteriormente dicho: Que hacer cirugías radicales en el AP no es inocuo, si los hallazgos no lo ameritan. Sin embargo se podrían aumentar el dolor pélvico crónico y la yatrogenia intraoperatoria.

ABSCESO PELVICO, PRESENTACION UTEROLITICA VS. PRESENTACION NO UTEROLITICA

Se pueden comparar todos los abscesos pélvicos según la forma de presentación inicial (tabla 3).

El 82.32% de los abscesos pélvicos son de la forma no uterolítica, o presentación no esterilizante, diferencias estadísticamente significativas con respecto a la presentación uterolítica.

No hay diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de reintervenciones, porcentaje de tromboembolismo pulmonar, tamaño del absceso y porcentaje de complicaciones de acuerdo con su tamaño.

La presentación uterolítica gasta mayor número de días en hospitalización y tiene mayor número de complicaciones en la primera cirugía, siendo esto estadísticamente significativo.

Se podría concluir que sólo una minoría de los AP son de una presentación uterolítica, que es la presentación asociada a mayores complicaciones y a mayores hospitalizaciones.

ABSCESO PELVICO

La cantidad de reintervenciones no guarda relación ni con la etiología ni con la forma de presentación ni con el tratamiento escogido (tablas 1,2,3) (gráfica 1,2).

Esto también es válido para el porcentaje de complicaciones postquirúrgicas en la segunda cirugía (tablas 2,3).

De los 70 APO quirúrgicos se reintervienen en dos oportunidades 12, esto equivale a 17.14% y en tres oportunidades 2 (2.85%).

El APO gasta más días de hospitalización promedio que el APG, diferencias altamente significativas por 1) El APO tiene mayor agresividad al momento del ingreso y esto está asociado a mayor hospitalización (tabla 3), 2) El APO tiene mas lenta recuperación. 3) Al APO se le hace tratamiento radical con más frecuencia, (tabla 1) y el tratamiento radical "perse", aumenta más el tiempo de hospitalización (tabla 2).

El 80.11% de los abscesos pélvicos, terminaron quirúrgicos (145/181) no habiendo diferencias entre el APO y el APG. Este resultado cuestiona la justifica-

ción de intentar tratamiento médico inicial a pacientes que vienen remitidos con múltiples tratamientos antibióticos por varios días y ya con el absceso.

La presencia del tromboembolismo pulmonar no se asocia a la forma de presentación (uterolítica o no) ni al tratamiento escogido (radical vs. conservador), pero si se asocia a la etiología del absceso pélvico. No hubo casos de TEP en el APG al contrario del APO que fue de un 4.88% diferencia estadísticamente significativa.

No hay diferencia estadísticamente significativa entre el APO de tratamiento quirúrgico que tuvo TEP (3/70) y el tratamiento no quirúrgico que tuvo TEP (1/12).

ABSCESO PELVICO OBSTETRICO

Hubo 82 APO en los 5 años de estudio. El intervalo entre el evento obstétrico y la cirugía del absceso fluctúa entre 10 y 12 días.

Más de la mitad de los APO (53.66%) fueron secundarios a un aborto séptico (44/82), diferencias altamente significativas.

En 16 casos (19.51%) se consideró según la historia clínica que el AP fue producido por el curetaje del médico tratante.

Excluyendo los abortos sépticos, el 40.5% de los APO (15/37), fueron originados en el HGM.

El riesgo de desarrollar un APO en el H.G.M. es de 4 por 100.000 si es un parto vértice espontáneo y de 40 por 100.000 si es una cesárea.

Objetividad de los hallazgos en la laparotomía exploradora del APO: Se revisaron de nuevo las biopsias de miometrio de todos los APO que tenían clínicamente una presentación "uterolítica", en la L.E. inicial (24).

Se excluyeron las pacientes que tuvieran perforaciones clínicas infectadas al hacer la histerectomía (12), o no se les hizo la histerectomía a pesar de presentación uterolítica por su pésimo estado general (1). En otras 2 biopsias, no se encontró miometrio representado en los cortes histológicos.

Las biopsias que quedaron incluidas en el estudio (9), fueron relatadas por los diferentes cirujanos que

hicieron las histerectomías como de útero sin perforaciones y uniformemente friables (2), congestivos (2), infiltrados (2), edematosos (2) o necróticos (1).

El patólogo que estandarizó todas las biopsias, el cual desconocía cuál útero se excluyó del estudio y cuál no, reportó que de los úteros que macroscópicamente se veían sin perforaciones, pero comprometidos y que justificaban a juicio del cirujano la histerectomía, tenían una miometritis leve, el 55% de las biopsias. Los demás úteros, tuvieron miometritis moderadas o severas.

ABSCESO PELVICO GINECOLOGICO

El 92% del APG fue de origen idiopático. Sólo se dieron 6 casos de APG por un postquirúrgico de ginecología y 2 por un postquirúrgico de cirugía general.

El promedio de días entre el ingreso hospitalario y la cirugía fue de 2.15, más o menos 2.3 días.

No hubo diferencias estadísticamente significativas entre el tamaño del AP si el intervalo entre el ingreso y la cirugía era menor/igual o mayor de dos días.

Letalidad: Hubo sólo una muerte entre los 181 pacientes con absceso pélvico (0.5%). Esto da una letalidad de 1.22% para los APG y de 0% para el APG (diferencias estadísticamente no significativas).

Era una paciente de 29 años con un AP por un aborto séptico. En la historia clínica llama la atención que su intervalo entre su ingreso hospitalario y su cirugía fue de 4 días. La causa de su muerte fue sepsis y falla multisistémica.

Antibioticoterapia: En total se analizaron 162 tratamientos farmacológicos (89.5% del total de abscesos pélvicos). Hubo 13 pacientes (7.18%) los cuales fueron excluidos del estudio, pues su combinación de antibióticos no se dejó actuar y se cambió antes del tercer día. También se excluyeron otros 6 pacientes a los que se les inició otro antibiótico no tabulado.

En general, los tratamientos que cubrían tanto los gram positivos, los gram negativos y los anaerobios, muestran un porcentaje menor de falla del tratamiento (tabla 4).

TABLA 4

PORCENTAJE DE FALLA TERAPEUTICA SEGUN LA ANTIBIOTICOTERAPIA PARA LOS DIFERENTES TIPOS DE ABSCESOS PELVICOS

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN 1986 - 1990

	ABSCESO PELVICO OBSTETRICO			ABSCESO PELVICO GINECOLOGICO			ABSCESOS PELVICOS EN TOTAL			
	# Pac	% Falla	Signif	# Pac	% Falla	Signif	# Pac	# Pac	% Falla	Signif
Tric + Imid	5	20.00	ns	18	5.55	ns	23	2	8.70	ns
Aminog + Clind	4	50.00		7	0.		11	2	18.18	
Tric + Clind	3	33.33	ns	1	0.	ns	4	1	25.00	ns
Tric + Cloratmf	51	49.18	ns	41	7.32	ns	92	25	27.17	ns
Aminog + Am-Penic	9	55.44	ns	18	27.78	ns	27	10	37.04	ns
Aminog + Imid	2	100.0	ns	3	66.66	ns	5	4	80.00	< 0.05
TOTAL PACIENTES	74			88			162			

El porcentaje de falla terapéutica para la combinación aminoglucósido más imidazol (80%) fue inaceptable, si se compara con el tratamiento estándar mundial de aminoglucósido más clindamicina (18.1%) diferencias estadísticamente significativas.

En nuestra casuística, la tasa más baja de falla la logra el tratamiento triconjugado con imidazol (8.70%). Sin embargo sus diferencias no son estadísticamente significativas de los demás tratamientos, excepción hecha de los tratamientos con aminoglucósido más imidazol y aminoglucósido más ampicilina.

Dolor pélvico crónico: La frecuencia de dolor pélvico crónico (D.P.C.) como secuela, no guarda relación con la etiología del absceso pélvico, pero sí con el tratamiento dado.

Si se hace tratamiento conservador se tendrá mayor DPC (tabla 2) siendo esta estadísticamente significativo. Sin embargo hay una limitante y es el seguimiento de sólo el 17.67% de los pacientes y con un tiempo promedio de 37.47 meses. Además hay un sesgo importante y es que sólo se evaluaron las pacientes que espontáneamente volvieron a consultar al H.G.M. por esta u otra patología.

Embarazo posterior a tratamiento conservador: El embarazo conseguido después de que se hizo tratamiento conservador, no guardó relación con la etiología del absceso pélvico. Tampoco hubo diferencias estadísticamente significativas, si se hizo tratamiento conservador quirúrgico (2/54= 3.7%), a tratamiento conservador médico (2/24= 8.33%).

Sin embargo tenemos la limitante de sólo tener el seguimiento del 8.33% de estas pacientes, por un tiempo promedio de 32.22 meses. Además, hay un sesgo importante y es que sólo se evaluaron las pacientes que espontáneamente, volvieron a consultar al H.G.M. por esta u otra patología.

Dispositivo intrauterino: El 15% de las pacientes con APG tenía DIU al momento de hacer el absceso (15/98).

Por ser éste un hospital de referencia y carecer de grupo control, no es posible sacar conclusiones. Sin embargo la tasa de Diu en mujeres en unión en Colombia, en 1986 era del 10.3% (21).

Tamaño del absceso pélvico: No hay diferencias estadísticamente significativas en el tamaño del absceso pélvico con respecto a su etiología (APO Vs. APG), tampoco con el tratamiento efectuado (radical Vs. conservador), ni con la forma de presentación de absceso pélvico (presentación uterolítica o no) (tablas 2, 3).

Según lo anterior, el tamaño del absceso pélvico parece que poco importa. Sin embargo tiene la limitante de que se tiene el dato del tamaño del absceso en sólo el 68% de los casos (110/161).

DISCUSION

APO

La mayoría de los articulistas (4,6,8,12,13,14,15,16), mencionan que al APO se le debe hacer tratamiento radical, pues con el tratamiento conservador, aumenta la morbilidad (aumento de las complicaciones, las reintervenciones y los días de hospitalización).

En el presente trabajo se encontró que da lo mismo hacer un tratamiento radical o conservador en el APO.

Esto podría ser interpretado como resultado de una muy buena selección de las pacientes, es decir, por ser un trabajo retrospectivo, se podría decir que a los más comprometidos se les hizo tratamiento radical y los más sanos (presentación no uterolítica), tratamiento conservador.

Fue por esto que se compararon los pacientes con igual compromiso (gráfico 1);

a. En los pacientes con APO y presentación no uterolítica, a 20 se les hizo tratamiento radical y a 26 tratamiento conservador.

De nuevo, no hay diferencias estadísticamente significativas en el número de complicaciones o de reintervenciones. Parece ser inclusive peor el tratamiento radical, pues hay más días de hospitalización con el tratamiento radical (15.9) que con el tratamiento conservador (9.6) (Gráfico 1).

No se evaluó en estos pacientes el papel que podría jugar la gran depresión post-tratamiento radical, que ocurre en la gran mayoría de estas jóvenes pacientes y que podría influir de manera importante en este más prolongado tiempo de hospitalización, cuando se hace la histerectomía (tabla 1).

b. En los pacientes con APO y presentación uterolítica, obviamente a todos se les hizo tratamiento radical. Sólo a una paciente, se le hizo tratamiento conservador y fue por su pésimo estado general que impidió seguir la anestesia y la cirugía, y no se le pudo hacer la histerectomía. Esta paciente, curiosamente evolucionó satisfactoriamente y no requirió más cirugías.

APO VS. APG

Clásicamente se afirma que el APO y el APG son dos entidades diferentes y se comportan diferente. Se considera que el APO es infección primariamente de los anexos, por la tanto, la histerectomía está frecuentemente indicada para todos los casos de APO (4,6,8,10,12,13,14,15,16).

Los datos del presente estudio parecen indicar, que las dos patologías son la misma enfermedad. Incluso varios autores (4,22) los mencionan como una misma enfermedad.

Las curvas según los grupos de edad son prácticamente iguales, para los dos tipos de abscesos (gráfico 2).

Nosotros encontramos que no hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto al número de casos, porcentaje de reintervenciones y porcentaje de complicaciones en las reintervenciones, porcentaje de tratamientos quirúrgicos, porcentaje de complicaciones si se hace tratamiento conservador, porcentaje de complicaciones según su tipo de presentación inicial, porcentaje de embarazos posterior-

res si se hace tratamiento conservador, porcentaje de dolor pélvico crónico posteriormente, tamaño del absceso y número de hijos.

En el presente trabajo, el APO y el APG parecen ser diferentes estadios de la misma enfermedad y sólo se diferencian el APO del APG en pocas cosas: La agresividad de la presentación inicial, los días de hospitalización y la presencia del TEP.

Siempre se ha considerado que el APO es más agresivo prequirúrgica que el APG (8). Nuestro trabajo lo confirmó, pues el APO es más agresivo hasta antes de la laparotomía exploradora. Tiene un "porcentaje de uterolisis" de 34.29% frente al 10.67% del APG (diferencia altamente significativa).

Sin embargo la consecuencia lógica enunciada por otros (4,6,9,10,12,13,14,15,16) de que el APO es más agresivo post cirugía que el APG, no la pudimos comprobar.

Tanto el APO como el APG se comportan iguales post-cirugía, pues el absceso pélvico se comporta igual después de evacuarlo sea cual sea su etiología, en cuanto al porcentaje de reintervenciones.

A iguales hallazgos, tampoco hay diferencias entre el APO y el APG, en el porcentaje de complicaciones. Por lo tanto, el tratamiento del AP debe ser según hallazgos y no según etiología.

AP EN GENERAL

Ni la etiología del AP ni la forma de tratamiento dada al AP (tabla 1,2), predicen si habrá mayor número de complicaciones.

Lo único que predijo mayor número de complicaciones, es la presentación inicial del absceso pélvico (tabla 3).

En cuanto a las reintervenciones, el hecho de tenerlas, es independiente de la etiología, la presentación o el tratamiento del absceso pélvico (tablas 1,2,3) y obedecen más a los factores propios del huésped (estado nutricional), sistema inmune etc.).

El hacer tratamiento radical, ni disminuyó las reintervenciones, ni las complicaciones, ni los días de hospitalización.

El tratamiento no disminuyó las reintervenciones, que son independientes de todo y obedecen más a los factores propios del huésped.

El tratamiento radical no disminuyó las complicaciones (tabla 1,2). Por el contrario hay evidencia de que el tratamiento radical en el APO aumentó las complicaciones si se compara, con iguales hallazgos, con el APG.

El tratamiento radical no disminuyó las hospitalizaciones, por el contrario las aumentó:

1. El tratamiento radical del APO, aumenta las hospitalizaciones, si se compara con el tratamiento conservador del APO (tabla 1) (diferencias estadísticamente significativas).
2. El tratamiento radical del absceso pélvico en general, o de los APO-APG en particular, también aumenta las hospitalizaciones, si se comparan con el tratamiento conservador (tabla 2) (diferencias estadísticamente significativas).
3. Pero lo que más aumenta las hospitalizaciones, es cuando se hace tratamiento radical "sin ser necesario" (presentación no uterolítica) siendo esto ALTAMENTE significativo (tabla 1,2).

TRATAMIENTO DEL AP

La justificación del tratamiento radical (la histerectomía) en el APO, se debía a 3 cosas principalmente:

1. Disminuía la mortalidad.
2. Prevenía el síndrome adherencial e infertilidad por esta causa.
3. Disminuía la morbilidad del post-operatorio inmediato.

Tal y como disminuyó la mortalidad del 95% al 15% con sólo hacer el tratamiento radical en estas pacientes en la década del 50 (12).

Sin embargo con los grandes avances posteriores en antibióticos y los profundos cambios culturales y sociales producidos en las décadas del 60 al 80, hicieron que la mortalidad, dejara de ser un problema en estas pacientes.

El síndrome adherencial también empezó a ser manejable en estas pacientes con la aparición en la década del 70 al 80, de la microcirugía tubárica y la fertilización in vitro.

La lucha se centra ahora en el tercer punto. Mejorar el post-quirúrgico inmediato de estas pacientes, generalmente un curso torpido y prolongado.

Esto se ha ido consiguiendo por un mejor conocimiento de la fisiopatología de estas infecciones intra-abdominales.

Logros en esta batalla contra estas infecciones, son la aparición de los modelos de sepsias intra-abdominales experimentales (20,23,24,25), las técnicas que cuantifican la severidad de tales infecciones (APACHE II, APS, etc.), y las nuevas formas de tratamiento de ellas (abdomen abierto, mallas con cierre, etc.).

El presente trabajo pretende ayudar a conocer el comportamiento de estas infecciones pélvicas y muestra que un manejo conservador del APO, no aumenta la morbilidad, al contrario, la puede disminuir más (ver tablas 1,2).

Esta es una nueva esperanza para muchas de estas pacientes y es un factor adicional para que no se siga siempre con la misma conducta de antaño.

TRATAMIENTO DEL AP EN EL H.G.M.

El 82.32% de los abscesos pélvicos, son de una presentación no uterolítica (tabla 3). Sin embargo, la mayoría de los APO son en nuestro hospital, todavía dignatarios de tratamiento radical (tabla 1).

En el actual trabajo de cinco años, de las 48 pacientes con APO que no tenían compromiso del útero (presentación no uterolítica), a cerca de la mitad (20/48), se les hizo la histerectomía sin necesidad la mayoría de las veces, sólo porque existe el prejuicio médico errado de que un tratamiento conservador en un APO es malo y que el tratamiento radical es la respuesta.

En cuanto al absceso pélvico ginecológico el porcentaje de tratamiento radical es la respuesta.

En cuanto al absceso pélvico ginecológico el porcentaje de tratamiento conservador en nuestro trabajo fue del 78.78%, cifra mayor que la reportada por otros del 50% (1), pero muy similar a la Rivlin de 73.5% (6). Autores más antiguos reportan un porcentaje de 0-38% de tratamiento conservador en el APG (26,27,28).

En el porcentaje de reintervención si se hizo tratamiento conservador en el APG, fue nuestro trabajo

del 9.26%. La literatura reporta porcentajes entre 10 y 18% en estas pacientes (6,28,29,30).

Se podría resumir del trabajo que lo importante es proceder según los hallazgos y no según la etiología del absceso pélvico.

Se debe hacer la salvedad, de que la apreciación clínica del hallazgo de miometrio comprometido, es una apreciación enteramente subjetiva y si excluimos los úteros con perforaciones, el 55.56% de estas biopsias, tenían miometritis leve.

TRATAMIENTO DEL AP DE PRESENTACION DUDOSA

En las pacientes donde queda la duda de qué cirugía hacer y dónde se optó por un manejo conservador, es donde tienen precisa aplicación, las dos nuevas tecnologías de manejo de una eventual peritonitis post-quirúrgica:

Diagnóstico precoz de la peritonitis post-quirúrgica: El Diagnóstico clínico es difícil para estas pacientes, lo mismo que el seguimiento por el laboratorio. La ecografía es de los mejores recursos que tenemos para el diagnóstico precoz de la peritonitis post-quirúrgica, a pesar de sus grandes limitaciones (aparador-dependiente, imposible si hay mucho gas o se tiene que dejar una sonda vesical permanente, y difícil si se deja la piel abierta, con apósitos o suturas dolorosas etc) (31).

Su exactitud para esta patología varía entre 60-90% y es mayor del 90% si es ecografía transvaginal (32,33) o tomografía computarizada (34), que no tienen los inconvenientes descritos para la ecografía trans-abdominal.

Tratamiento precoz de la peritonitis post-quirúrgica: Bunner en 1983 reportó tasas de mortalidad para la peritonitis generalizada del 27%. Sin embargo, la peritonitis generalizada que ocurre en un paciente post-quirúrgico, produce una tasa de mortalidad de hasta un 60%. Esto es por un retardo en el diagnóstico o en el tratamiento de la peritonitis (35).

En vista de que no son las re-laparotomías "per se" las causas de la alta mortalidad post-quirúrgica, sino los efectos multisistémicos de una infección no diagnosticada (65), se ha sugerido que mientras más enfermo esté el paciente, más rápido se debe hacer la re-laparotomía (34).

Esto ha llevado al manejo de pacientes con una nueva técnica llamada "ABDOMEN ABIERTO" en la última década (36).

La técnica del abdomen abierto revisado por Walsh (36), cumple las tres reglas de oro en el tratamiento de las infecciones intra-abdominales:

- a. Drenaje de foco infeccioso
- b. Debridamiento del tejido muerto
- c. Prevención de reacumulación séptica

La técnica del abdomen abierto, consiste en que después de la cirugía se deja al paciente sin cerrar la fascia y en su reemplazo se deja una malla de prolene (marlex) o de dixon, con o sin cierres, para lavados diarios por determinado tiempo.

VENTAJAS:

- Cumple las tres reglas de las infecciones intra-abdominales.
- Fácil de hacerse técnicamente
- No necesita quirófano
- Fácil de adquirir los materiales
- No se suspende la vía oral. Se hace bajo sedación y no necesita anestesia general.
- Visualización diaria de lo que pasa, no siendo necesario otros exámenes más costosos.

Existen algunas otras ventajas no aceptadas por todos:

- Evita que la fascia quede a tensión de repetidas laparotomías exploradoras (lo que origina además, luego isquemias y posteriormente fascitis necrotizante).
- Previene el exagerado aumento de presión intra-abdominal, si no se pone la malla, lo cual ocasiona:
 - a. Aumento de la elevación de los hemidiafragmas, lo que dificulta una mejor expansión pulmonar y lleva a más frecuentes problemas respiratorios.
 - b. Disminuye la perfusión intra-abdominal, lo que hace que estos tejidos más hipóxicos, se defiendan menos ante la infección.

Lo anterior hace que los pacientes que tengan o sean candidatos a desarrollar falla multisistémica y necesiten eventual soporte ventilatorio, sean los candidatos ideales al método de abdomen abierto (37).

DESVENTAJAS

- Aumento de las fístulas entéricas
- Pérdida masiva de líquidos (una peritonitis es igual a una quemadura del 50%)
- Evisceraciones (36,37)

INDICACIONES

Es difícil decidir el momento de ponerlas pues no son inocuas. Muchas veces se ponen estas mallas sin necesidad y muchas veces tardíamente.

Usualmente se ponen si hay segunda cirugía y/o cuando hay peritonitis severa no localizada, principalmente de origen pancreático (36,37,38). Si la peritonitis es regional o los abscesos son discretos, es mejor tratarlos inicialmente con los métodos convencionales.

LETALIDAD DEL AP

Anteriormente al APO tiene una elevada letalidad (6,8,12,13,39). El presente trabajo no encontró letalidad elevada para esta patología. El trabajo muestra que la prioridad es drenar el absceso y luego todos se mejoran independiente de la etiología, la presentación o el tratamiento dado.

La única muerte que se tuvo en cinco años se debió a una demora para hacer el diagnóstico y prolongado tiempo intentando sólo hacer tratamiento médico sin haberse recurrido a la cirugía mas rápidamente. Sigue siendo la piedra angular, el drenaje del foco infeccioso.

Desde 1938 se sabe que virtualmente todos los pacientes con abscesos no curados morirían (40). Ochsner encontró una mortalidad del 90% si no había drenaje y 32% con drenaje para 3.000 abscesos subfrénicos en la era preantibiótica (41).

Aunque hay reportados casos de tratamiento antibiótico solos que curan abscesos viscerales, esta es la excepción y no la regla (42,43).

Para el APO la mayoría de los autores muestran una mortalidad del 7% (6,29,27,28). en nuestro centro la letalidad fue menor del 1%.

SISTEMAS DE COMPARACION EN INFECCIONES INTRA-ABDOMINALES

Siempre ha llamado la atención las diferencias en cuanto a mortalidad para la misma patología y más si se comparan varios tratamientos según diferentes articulistas. Para evitar ésto, se han creado sistemas designados para medir la severidad de las infecciones quirúrgicas.

La mortalidad después de severo trauma o cirugía mayor es del 3% y es debida principalmente a la infección. Esta mortalidad se eleva a un 30% si falla un sistema y es del 100% si la falla "multisistémica", compromete 4 sistemas.

Es por esto que se han elaborado diferentes sistemas para asegurar la comparabilidad de los diferentes grupos de pacientes o asegurar pronósticos para diferentes planes de tratamiento en diferentes centros médicos.

Hay más de siete sistemas diferentes para medir la severidad de las infecciones (44). El más usado es el APACHE II (45) usado en múltiples trabajos recientes (38,44,46). Hay quienes sugieren que todas las futuras publicaciones que hablen de infecciones quirúrgicas severas deben utilizar uno de estos sistemas existentes (35,44,47).

Hay que aclarar sin embargo que el objetivo principal de estos recientes "sistemas" son más para comparar trabajos, que para decidir en tratamientos individuales, donde usarlo actualmente aún es peligroso (44).

Sin embargo con la aplicación de estos porcentajes que miden más, cómo tiene la infección al paciente, más que medir cómo está la infección 'per se', se ha aprobado lo que siempre se sospechó pero nunca se había confirmado:

"QUE NO ES PRIMARIAMENTE LA LOCALIZACION O EL TIPO DE ABSCESO, SINO LA RESPUESTA DEL HUESPED EN TERMINOS DE SU RESPUESTA FISICA Y METABOLICA, LA QUE DETERMINA EL PRONOSTICO DEL PACIENTE" (47).

Por lo tanto, es mucho más importante evaluar la respuesta del paciente que averiguar la anatomía o

microbiología del absceso, sea éste pélvico, subdiafragmático, pericólico etc. (48).

ANTIBIOTICOS

Modelos de Sepsis abdominal: Desde hace 15 años se han hecho modelos de sepsis abdominales, inyectando determinadas bacterias originarias de la vagina, en la pelvis de ratones de experimentación.

- Sin tratamiento da el 40% de mortalidad por la sepsis inicial y de los que sobreviven, 100% tendrán abscesos.
- Si a estos ratones se les da gestamicina, se mejora casi totalmente la mortalidad a 4%, pero sigue igual al porcentaje de abscesos (98%).
- Si se les da clindamicina sola, da igual mortalidad que no dar nada, pero los abscesos en los ratones que sobreviven es de sólo el 5%.
- Si se dan ambos tratamientos desde el principio, esto es clindamicina y gamicina, disminuye dramáticamente tanto la mortalidad (7%), como la tasa de abscesos (6%).

Desde estos estudios clásicos (23,24,25), esta combinación clindamicina -gamicina es el "Gold Standar" si hablamos de tratamientos para infecciones pélvicas altas (22).

Antibiótico en el H.G.M. en el APO: La presunción inicial de que sólo se necesitaba un tratamiento para gram negativos y gram positivos (Aminoglucósido + Ampicilina/Penicilina), en las fases iniciales de la infección pélvica alta para prevenir el AP, resultó no comprobable y por el contrario éste, como múltiples estudios en todo el mundo, muestran las bondades de empezar desde el principio un tratamiento que cubra tanto Gram positivos, Gram negativos y anaerobios (22,49,50,51).

El esquema tan utilizado por los cirujanos generales de Aminoglucósido mas imidazol, mostró su ineficacia cuando se trató de una infección pélvica alta severa.

La efectividad de múltiples esquemas de tratamiento para la EPI, fluctúa entre 85 y 100% (2). Todos los trabajos ponen la combinación clindamicina-gamicina (22,52), como el "Gold Standar" con el cual se comparan los demás tratamientos (51). Esto se debió a que se desarrolló un modelo de sepsis intra-abdominal.

Onderdonk reportó en un modelo de sepsis intra-abdominal en ratones, que los que sobrevivían al estadio inicial de peritonitis-sepsis, desarrollaban abscesos. Los organismos sacados del absceso eran sensibles al cloranfenicol, pero que adentro del absceso se producían sustancias derivadas del aminofenicol que inactivaban el cloranfenicol sin ser resistentes a él (25,53). Sin embargo, no había pruebas en humanos, con dicho antibiótico para esta patología.

En este trabajo, el cloranfenicol tuvo una excelente actividad en el absceso pélvico. Una hipotética explicación sería, que los reportes "in vitro" no correspondiesen a su actividad "in vivo".

CUANDO ES QUIRURGICO EL AP

En el H.G.M.: Existe el consenso de que se puede contemporizar 2 días dando tratamiento médico a un APG.

El trabajo mostró indirectamente que el absceso no crece si se esperan 2 días para intervenir quirúrgicamente pues no hubo diferencias estadísticamente significativas entre el tamaño del APG, si el intervalo entre el ingreso y la cirugía era menor o mayor de 2 días.

Sin embargo, más del 80% de todos los abscesos pélvicos terminan quirúrgicos independientemente de su etiología, lo cual cuestiona o bien la efectividad de sólo intentar tratamiento médico o también nuestra hipotética tendencia de hacerlo todo quirúrgicamente.

En otros estudios en países subdesarrollados, se encuentran tasas similares de tratamiento quirúrgico para esta patología (el absceso pélvico) del 67.7% (65/96) (17).

Por otra parte, sabemos por otras enfermedades (apendicitis, peritonitis, salpingitis por clamidia etc.), que cada minuto que la paciente pierda en su tratamiento conlleva más problemas tuboperitoneales en su futuro reproductivo.

Si la prioridad y la piedra angular en el tratamiento del absceso pélvico parece ser el drenaje, no parece óptimo diferir una cirugía que eventualmente se producirá en el 80% de las veces. Por lo tanto, se debería ser un poco más agresivo en el diagnóstico y en el tratamiento, sobre todo de las pacientes sin hijos.

AP Roto Vs No Roto: Aún cuando el debate de hasta cuándo se da tratamiento médico o quirúrgico en un absceso pélvico continuará, cuando éste se rompe, todos son unánimes en decir que se necesita tratamiento quirúrgico (1,4,29,54,30).

Ya desde la era preantibiótica se producía el 30% de mortalidad si el absceso pélvico se operaba antes de las 12 horas de ruptura y 80% si se removía después de las 48 horas (55). Al parecer los signos claves para decidir que el absceso pélvico se rompía, era una reactivación del dolor que se podía eventualmente diseminar hasta cuadrantes superiores y el shock que se producía posteriormente.

La revisión clásica de este suceso (la ruptura del absceso) la hizo Pedowitz en 1964 con 143 abscesos pélvicos y determinó que el dolor era lo importante y que la fiebre y la leucocitosis sólo estaban presentes en el 62-69% de los casos (1,27).

Sin embargo, no es fácil en la mayoría de las veces determinar el momento de ruptura y más si al paciente no se le observa toda su evolución, como es lo usual en los hospitales de referencia (6).

En este trabajo no diferenciamos entre absceso pélvico roto y absceso pélvico no roto. Sin embargo en nuestro hospital de referencia llegan los abscesos pélvicos sintomáticos, haciendo pensar que la mayoría de nuestros abscesos pélvicos son rotos.

Esto también explicaría entonces el por qué de nuestro elevado porcentaje de tratamientos quirúrgicos para el absceso pélvico (entre 75 y 83%), lo mismo que el de otros trabajos similares en otros países subdesarrollados (17)

Tamaño Vs. Tratamiento Quirúrgico: Siempre se ha considerado que el tamaño del inóculo es importante, pues si hay muchos gérmenes, la droga no es tan activa (53). Nuestros hallazgos sugieren que el tamaño del absceso no es un buen parámetro para pronosticar la severidad de la enfermedad.

Sin embargo, nuestros datos pueden estar sesgados, pues sólo al 60% de los abscesos pélvicos se le hizo medida por ecografía al diagnosticarlos. La ecografía tiene una sensibilidad del 90-100% y una especificidad del 97-99% para el diagnóstico de esta entidad (29,30,56)

IATROGENIA Y AP

La herida iatrogénica de otras vísceras (colon, intestino delgado, vejiga etc.), sí es más frecuente si se

hace tratamiento conservador. Sin embargo estas iatrogenias se reparan muy bien en el mismo acto quirúrgico pues la tasa de complicaciones y de reintervenciones como vimos anteriormente es igual para el tratamiento radical como para el tratamiento conservador.

El trabajo mostró que la cirugía conservadora inicial favorece más el dolor pélvico crónico a largo plazo. Sin embargo tenemos la limitante de sólo tener un seguimiento menor del 20% de nuestras pacientes, y es una población sesgada (pues son las pacientes que espontáneamente volvieron al H.G.M por esa u otra causa), el riesgo de dolor pélvico crónico es exactamente el doble, si se hace tratamiento conservador vs. tratamiento radical.

Empero, no justifica hacer un tratamiento radical en las pacientes, si la única razón es prevenir un eventual dolor pélvico crónico, pues como vimos antes, hacerlo sin necesidad no es inocuo. Además estas pacientes, la gran mayoría menores de 30 años (gráfica 2), prefieren quedarse con útero y menstruando y con la leve esperanza de procrear, en vez de ser hysterectomizadas de urgencia y sin dolor pélvico crónico.

Las consecuencias psicológicas y aún inmunológicas de la hysterectomía de urgencia no son despreciables y la severa depresión de estas jóvenes post-hysterectomizadas podrían ser una de las causas de sus prolongados días hospitalizadas (57,58,59).

En el peor de los casos, si este dolor pélvico crónico se vuelve intratable, estas jóvenes siempre tendrán la opción de escoger posteriormente una hysterectomía electiva; sólo que aquí es ella y su familia la que decide. Y ésto tiene múltiples ventajas.

La incidencia de absceso pélvico postparto y postcesárea en el H.G.M. está en niveles manejables. Sin embargo, preocupa al hecho de que casi el 20% de todos los APO, sean producidos por un curetaje médico y que de éstos, más de un 30% sean producidos en nuestro hospital (tabla 4).

CONCLUSIONES

- Un manejo conservador del APO, no aumenta la morbilidad sino que al contrario, la puede disminuir.
- El hacer tratamiento radical, no disminuyó las reintervenciones, ni las complicaciones ni los días de hospitalización.

- El APO se comporta igual, independiente de qué tipo de tratamiento se escoja, si la presentación no es uterolítica. En estas pacientes de presentación no uterolítica, parece ser mejor alternativa el tratamiento conservador, pues acorta los días de hospitalización.
- El APO y el APG parecen ser diferentes estudios de la misma enfermedad y sólo se diferencian en pocas cosas: la agresividad de la presentación inicial, los días de hospitalización y la presencia de TEP.
- No obstante, el APO tiene una presentación prequirúrgica más agresiva al momento de hacerse el diagnóstico inicial en la laparotomía exploradora. Luego, después de hacer la cirugía, el comportamiento postquirúrgico es igual.
- Lo importante es proceder según los hallazgos y no según la etiología del absceso pélvico.
- Ni la etiología ni la forma de tratamiento dada al AP, predicen si habrá mayor número de complicaciones.
- Lo único que predijo mayor número de complicaciones fue la presentación inicial del absceso pélvico.
- En cuanto a las reintervenciones, el hecho de tenerlas, es independiente de la etiología, la presentación o el tratamiento del absceso pélvico y obedecen más a los factores propios del huésped (estado nutricional), sistema inmune etc.
- En general los tratamientos que cubrían tanto los gram positivos, los gram negativos y los anaerobios, muestran un porcentaje menor de falla del tratamiento.
- Si la prioridad y la piedra angular en el tratamiento del absceso pélvico parece ser el drenaje, no parece óptimo diferir una cirugía que eventualmente se producirá en el 80% de las veces. Por lo tanto, se debería ser un poco más agresivo en el diagnóstico y en el tratamiento sobre todo de las pacientes sin hijos.
- La presencia del tromboembolismo pulmonar no se asocia a la forma de presentación (uterolítica o no) ni al tratamiento escogido (radical vs. conservador), pero sí se asocia a la etiología del AP.

- La herida iatrogénica de otras vísceras (colon, intestino delgado, vejiga etc.) sí es más frecuente si se hace tratamiento conservador. Sin embargo estas iatrogenias se reparan aparentemente muy bien en el mismo acto quirúrgico pues la tasa de complicaciones y de reintervenciones como vimos anteriormente es igual para el tratamiento radical como para el tratamiento conservador.

AGRADECIMIENTOS

Merecen especial reconocimiento la Doctora Patóloga Cecilia Henao, la Doctora Epidemióloga Isabel Cristina Ruiz y la Jefe de Archivo del H.G.M. Licenciada Marta Suaza, lo mismo que todo el personal de esta sección.

Empero, nuestro principal agradecimiento es a la Licenciada María Isabel Patiño, su colaboración en este trabajo fue inmensa desde la fase de recolección de datos, hasta su presentación final.

BIBLIOGRAFIA

1. Begnino B, Medical and Surgical Management of the Pelvic Abscess. *Clin Obst Gyn* 24: (4) 1187.1981
2. Peterson HB, Galaid EI, Cates W. Pelvic Inflammatory Disease. *Med Clin of North Am.* 74: 1603 1990.
3. Gibbs H. Pelvic Inflammatory Disease . Infections in Obstetrics and Gynecology. Gibbs Texbook. 2 Edition. W and W. 4:53 1987.
4. Telinde RW, Mattingly RF, Thompson JD. Pelvic. Inflammatory Disease. In Telinde Operative Gynecologic. 6 th Edition. Lippincott Company Philadelphia 287-320 1985.
5. Muir DG, Belsey, MA, Pelvic Inflammatory Disease and its Consequences in the Developing Word. *am J Obs Gyn* 138: 913 1980.
6. Rivlin ME, Hunt JA. Rupture Tuboovarian Abscess. Is Histerectomy necessary? *Obst Gyn* 50: 518 1977.
7. Daling JR. Tubal Infertility in Relation to Prior Induced Abort. *Fert Ster* 43: 389. 1985.
8. Rivlin Me, Hunt JA. Surgical Management of Diffuse Peritonitis Complicating Obstetrics and Gynecologic Infections. *Obs Gyn* 67: 652 1986.
9. Brunham RC, Therapy for Acute Pelvic Inflammatory Disesease. A Critique of Recents Treatment Trials. *Am J Obs Gyn* 148:235 1984.
10. Rivlin Michael E. Pelvic Abscess. Manual of Clinical problems in Obstetric and Gynecology. Rivlin ME, Morrison JC, bates GW. 2 th Edition Little Brown 275 1986.
11. Ledger W. Surgical Treatment for Salpingo Oophoritis Patients. *J Rep Med* 28: 716. 1983.
12. Telinde RW, Vermeeren J, Intraabdominal Ruptured of Pelvic Abscess. *Am J Obs Gyn* 68: 402 1954.
13. Cane RD, Rivlin ME, Buchanan N, The Management of Septic Abortion in a Intensive Care Unit. *Eur J Intensive Care Med.* 2:135 1976.
14. Collins CG? Nix FG, Cerha HT. Rupture Tubo Ovarian Abscess. *Am J Obs Gyn* 72: 820 1956.
15. Botero J. Enfermedad Inflamatoria Pélvica en Colombia. *Obstetricia y Ginecología.* Botero J. Jubiz A., Henao G. 4 Edición. Carvajal. 42: 605 1989.
16. Jubiz A. Aborto Séptico en Colombia. *Obstetricia y Ginecología.* Botero J. Jubiz A. Henao G. 4 Edición. Carvajal. 12: 170 1989.
17. De-Muylder. Standardised Management of PID in a Developing Country. *4 Genitorin-Med.* 65 (4): 281 1989.
18. Duncan ME, Perine PL, Krause DW. Pelvic Inflammatory Disease and Puerperal Sepsis in Ethiopia. *Treatment. Am J Obs Gyn* 138: 1059 1980.
19. Sinnathuray TA, Yusof K, Adeep N. Pattern of Acute Pelvis Inflammatory Disease in Abortion Related Admissions *Am J Obs Gyn* 138: 868 1980.
20. Hager Wd, Eschembach DA, Spence MR, Sweet RL. Criteria for Daignosis and Gradind of Salpingitis. *Obs Gyn* 61: 113 1983.
21. República de Colombia. Ministerio de Salud. Programa Materno Infantil Hechos y Proyecciones. 3 Edición Bogotá. 36-43 1987.
22. Gibbs H. Mixed Aerobic and Anaerobic Pelvic Infections. Infections in Obstetrics and Gynecology. Gibbs Texbook. 2 Edition, w and W. 9: 127 1987.
23. Weinstein WM, Onderdonk AB, Bartlet JG, Lovie TJ, Gorbach SC. Antimicrobial Therapy of Experimental Intra-Abdominal Sepsis. *J Inf Dis* 132; 282 1975.
24. Weistein WM, Onderdonk AB, Bartlett JG, Gorbach SL, Experimental Intra-Abdominal Abscesses in Rats. Development of and Experimental Model. *Inf and Inmun* 10: 1250. 1974.
25. Onderdonk AB, Kasper DL, Mansheim BJ, et al. Experimental Animal Models for Anaerobic Infections. *Riview of Inf Dis.* 1: 291 1979.
26. Kaplan AL, Jacobs WM. Ehresman JR. Agressive Management of Pelvic Abscess. *Am J Obs Gyn* 98: 482 1967.
27. Pedowitz P, Bloomfield RD. Rupture of Tubo Ovarian Abscess With Generalized Peritonitis. *Am J Obs Gyn* 88: 721. 1964.
28. Michail A, Sellman A. Management of Tubo Ovarian Abscess. *Clin Obs Gyn* 12: 252 1969.

29. Landers BV, Sweet RL. Current Trends in Diagnosis and Treatment of Tubo Ovarian Abscess. *Am J Obs Gyn* 151: 1098. 1985.
30. Landers DV, Sweet RL. Tubo-Ovarian Abscesses: Contemporary Approach to Management. *Rev Infect Dis* 5: 876 1983.
31. Machiedo GW, Suval WD. Detection of Sepsis in the Post Operative Patients. *Surg. Clin of North Am*. 68: 215 1988.
32. Medensol EB, Velez MB, Joseph N, Neiman HL. Gynecology imaging: Comparisson of Transabdominal and Transvaginal Sonography. *Radiology* 166: 321 1988.
33. Lande IM, Hill MC, Cosco FE, Kator NN. Adnexal and Cul-de-sac Abnor malities. *Trasvaginal Sonography. Radiology* 166: 325 1988.
34. Roger PN, Wright IH, Post Operative Intra Abdominal Sepsis. A Review. *Br J Surg* 74: 973 1987.
35. Bohnen J. Boulanger M, Meakins J, et al. Prognosis in Generalized Peritonitis; relation to Course and Risk Factors. *Arch Surg* 118: 285 1983.
36. Walsh GL, Chiasson P, Hedderich G. et al. The Open abdomen. *surg Clin of North Am* 68; 25 1988.
37. Schein M. Saadia R, Decker GA, The Open Management of the Septic Abdomen. *Surg Gyn Obst*. 163: 587 1986.
38. Ivature RR, Nallathambi M, Rao P, Rohman M, Stahl W. Open Management of the Septic Abdomen: Therapeutic and Prognostic Considerations Based on APACHE II. *Crit. Care Med* 17: 511 1989.
39. Rivlin ME, Conservative Surgery for Adnexal Abscess. *J Rep Med* 30: 726. 1985.
40. Lurie K, Plzak L, Devehey CW. Intra Abdominal Abscess in the 1980s *Surg Clin of North Am*. 67: 621 1987.
41. Ochsner A. Debakey M. Subpherenic Abscess. *Surg Gyn Obst* 66; 426 1938.
42. Pruet TL, Simmons RL. Status of Percutaneous Catheter Drainage of Abscesses. *Sug Clin of North Am* 68; 89 1988.
43. Hervert DA, Fogel DA, Rothman J, et al. Pyogenic Liver Abscesses. Successful Non-Surgical Therapy. *Lancet* 1; 134 1982.
44. Dellinger EP. Use of Scoring Systems o Assess Patients With Surgical Sepsis. *Surg Clin Of North Am*. 68: 123 1988.
45. Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, et al. APACHE II. A Severite of Disease Classification System. *Crit Care Med* 13: 818 1985.
46. Garcia-Sabrido JL, Tallado JM, Christou NV, Polo JR, Valdecantor E. Treatment of Severe Intra Abdominal Sepsis and or Necrotic Foci by and Open Abdomen Approach. *Arch. Surg*. 123: 152 1988.
47. Dellinger EP, Wertz MJ, Meakins JL, et al. Surgical Infections Stratification System for Intra-Abdominal Infections. *Arch. Surg*. 120: 21 1985.
48. Siegel JH, Letter to Dellinger EP, Wertz MJ, Meakins JL, et al. Surgical Infection Stratification System for Intra-Abdominal Infections. *Arch Sug* 120: 27 1985.
49. DiZerega G, Yonekura L, Roy S, Nakamura RM, Ledger WJ, Comparison of Clindanicin-Gentamicin and Penicillin-Gentamicin in the Treatment of post Cesarean Section Endomyometritis. *Am J Obs Gyn* 134; 238 1979.
50. Ledger WI, Selection of Antimicrobial Agents for Treatment of Infections of the Female Genital Tract. *Rev Infect Dis* 5: (Supp) 98 1983.
51. Yonekura HL. Treatment of Post-Cesarean Endo-Myometritis. *Clin Obs Gyn* 31 (2): 488 1988.
52. Bodson HG. Optimus Therapy for Acute PID. *Drugs* 39 (4): 511 1990.
53. Bieluch VW, Tally FP. Pathophysiology of Abscess Formation. *Clin in Obst and Gyn*. 10: 93. 1983.
54. Burnet LS. Gynecologic Causes of the Acute Abdomen. *Surg Clin of North Am*. 68 (2): 385 1988.
55. Bonney CW, Spontaneous Rupture of Piosalpinx Into the General Peritoneal Cavity, Producing Acute Diffuse Peritonitis. *Surg. Gyn Obst* 9: 542 1909.
56. Taylor KJ, Degraaff C, Wasson JF et al. Accuracy of Grey Scale Ultrasound Diagnosis of Abdominal and Pelvic Abscesses in 220 Patients. *Lancet*. 1: 83 1978.
57. Tang GW. Reactions to Emergency Hysterectomy. *Obs Gyn* 65: 206. 1985.
58. Zussman L, Suzzman S. Sunley R. Sexual Response After Hysterectomy Recent Studies and Reconsideration of Psychogenesis. *Am J Obs Gyn* 140; 725 1981.
59. Sluan D. Emotional and Psychosexual Aspects of Hysterectomy. *Am J Obs Gyn* 131: 598 1978.