

# RESUMEN - ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA (EPI)

Bibliografía única: Williams Ginecología. 4.<sup>a</sup> ed.

## 1. DEFINICIÓN

La EPI es una infección ascendente del tracto genital superior femenino que compromete endometrio, trompas de Falopio, ovarios y peritoneo pélvico, generalmente secundaria a una infección de transmisión sexual.

## 2. ETIOLOGÍA

EPI es polimicrobiana.

### Patógenos principales:

- **Chlamydia trachomatis** (el más frecuente).
- **Neisseria gonorrhoeae**.

### Otros microorganismos asociados:

- Anaerobios (Bacteroides, Peptostreptococcus).
- Gardnerella vaginalis.
- Mycoplasma genitalium.
- Enterobacterias.

 **DATO IMPORTANTE:** Chlamydia produce EPI más insidiosa y con mayor riesgo de infertilidad.

### **3. FACTORES DE RIESGO**

**Edad <25 años**

**Múltiples parejas sexuales**

**ITS previa o actual**

**Inicio precoz de actividad sexual**

**Uso reciente de DIU**

(riesgo ↑ solo primeras 3–4 semanas)

**Duchas vaginales**

### **4. FISIOPATOLOGÍA**

**1**

**Ascenso bacteriano**

Desde cérvix/endometrio

**2**

**Inflamación tubaria**

Salpingitis

**3**

**Daño ciliar y fibrosis**

Infertilidad y embarazo ectópico

**4**

**Repetición de episodios**

Mayor daño tubario

# 5. FORMAS CLÍNICAS



## Endometritis



## Salpingitis

(la más típica)



## Salpingo-ooforitis



## Peritonitis pélvica



## Absceso tubo-ovárico (ATO)



## Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis

(perihepatitis)

**Pregunta típica:** dolor en hipocondrio derecho + EPI → [Fitz-Hugh-Curtis](#).

# 6. CLÍNICA

Síntomas variables; pueden ser leves.



## Tríada clásica:

Dolor pélvico o abdominal bajo

Dolor a la movilización cervical

Dolor anexial

## Otros:

- Fiebre.
- Flujo vaginal anormal.
- Sangrado intermenstrual o postcoital.
- Dispareunia.
- Náuseas/vómitos (formas graves).

# 7. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es clínico.

## Criterios mínimos:

Dolor abdominal bajo + Dolor a la movilización cervical o Dolor uterino o Dolor anexial.

## Criterios de apoyo:

- Fiebre >38 °C.
- Leucocitosis.
- PCR elevada.
- Secreción purulenta cervical.
- ITS confirmada (Chlamydia/Gonococo).

## Estudios complementarios:

### Ecografía

Absceso tubo-ovárico, líquido libre.

### Laparoscopía

Gold standard (no de rutina).

## 8. TRATAMIENTO

### Principios generales:

Tratamiento empírico inmediato

Cubrir Chlamydia, Gonococo y anaerobios

Tratar parejas sexuales

### A. Tratamiento ambulatorio (EPI leve-moderada)

#### Esquema recomendado por Williams:

- Ceftriaxona IM dosis única
- Doxiciclina 100 mg c/12 h por 14 días
- Metronidazol 500 mg c/12 h por 14 días

 **Pregunta clásica:** EPI ambulatoria → [triple esquema](#).

### B. Tratamiento hospitalario (EPI grave)

#### Indicaciones:

Embarazo, Absceso tubo-ovárico, fiebre alta, vómitos, Fracaso ambulatorio, duda diagnóstica.

#### Esquemas IV (ejemplos):

- Clindamicina + gentamicina.
- Cefoxitina + doxiciclina.

## 9. ABSCESO TUBO-OVÁRICO (ATO)

- Forma grave de EPI.
- Dolor intenso, fiebre persistente.
- Ecografía: masa anexial compleja.

**Urgencia ginecológica**

Requiere manejo hospitalario inmediato

### Tratamiento:

Antibióticos IV.

Drenaje o cirugía si no responde.

## 10. COMPLICACIONES

Infertilidad tubaria

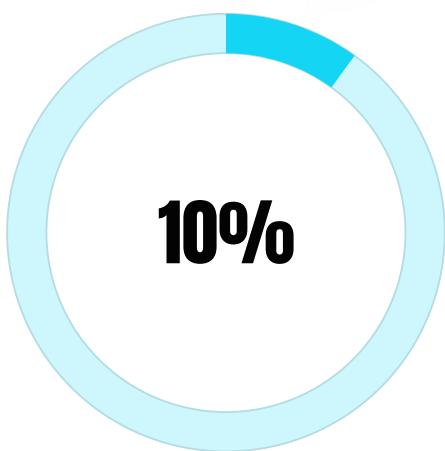
Embarazo ectópico

Dolor pélvico crónico

Abscesos recurrentes

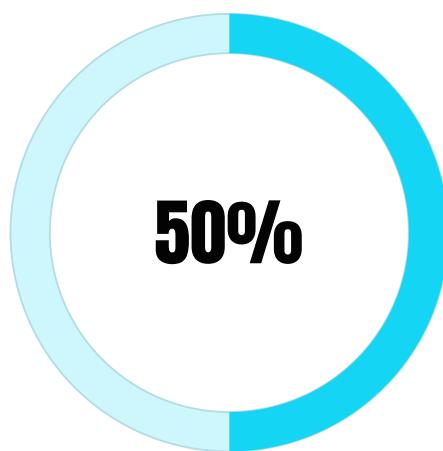
Adherencias pélvicas

### Riesgo acumulativo:



**1 episodio**

Infertilidad



**3 episodios**

Hasta 50% infertilidad

## 11. PREVENCIÓN



**Diagnóstico y tratamiento precoz de ITS**



**Uso de preservativo**



**Rastreo de Chlamydia en mujeres jóvenes**



**Educación sexual**

## 12. A DESTACAR



**No esperar cultivos para iniciar tratamiento**



**Dolor a la movilización cervical = dato clave**



**Chlamydia → curso silente, mayor daño tubario**



**EPI recurrente = mayor riesgo de infertilidad**



**Tratar siempre a la pareja**



**El ATO es una urgencia ginecológica**