

Enfermedad pélvica inflamatoria. Caso clínico Inflammatory pelvic disease. Clinical case

Carlos Alejandro Troya-Altamirano
docentetp51@uniandes.edu.ec

Universidad Regional Autónoma de los Andes, Santo Domingo, Santo Domingo de los Tsáchilas,
Ecuador
<https://orcid.org/0000-0001-5341-0212>

Dayana Liseth Erazo-Choez
dayanalec29@uniandes.edu.ec

Universidad Regional Autónoma de los Andes, Santo Domingo, Santo Domingo de los Tsáchilas,
Ecuador
<https://orcid.org/0009-0002-5663-9316>

Rosa Guadalupe Fontal-Vera
rosafv78@uniandes.edu.ec

Universidad Regional Autónoma de los Andes, Santo Domingo, Santo Domingo de los Tsáchilas,
Ecuador
<https://orcid.org/0009-0009-4844-2629>

Lizbeth Nicole Tenenuela-Villacis
lizbethv34@uniandes.edu.ec

Universidad Regional Autónoma de los Andes, Santo Domingo, Santo Domingo de los Tsáchilas,
Ecuador
<https://orcid.org/0009-0000-3938-4732>

RESUMEN

Objetivo: estudiar la enfermedad pélvica inflamatoria desde un caso clínico. **Método:** caso clínico. **Resultados y Conclusión:** El caso clínico presentado corresponde a una paciente de 24 años con un cuadro clínico característico de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), manifestado por dolor pélvico de tipo cólico de intensidad 8/10, leucorrea maloliente, fiebre, disuria, tenesmo vesical y prurito, con exacerbación de los síntomas en la última semana. Al examen físico, se evidenció dolor a la palpación en hipogastrio y fosa iliaca izquierda, signo de Blumberg positivo, dolor a la movilización cervical y abombamiento en el fondo de saco de Douglas. Los estudios complementarios mostraron leucocitosis (15,500 células/ μ L), elevación de la proteína C reactiva (50 mg/L) y líquido libre en el fondo de saco de Douglas en la ecografía. **Descriptores:** neoplasias pélvicas; pelvis; huesos pélvicos. (Fuente, DeCS).

ABSTRACT

Objective: to study pelvic inflammatory disease from a clinical case. **Method:** clinical case. **Results and Conclusion:** The clinical case presented corresponds to a 24-year-old female patient with a clinical picture characteristic of pelvic inflammatory disease (PID), manifested by colicky pelvic pain of 8/10 intensity, foul-smelling leucorrhoea, fever, dysuria, bladder tenesmus and pruritus, with exacerbation of symptoms in the last week. On physical examination, there was evidence of pain on palpation in the hypogastrium and left iliac fossa, a positive Blumberg's sign, pain on cervical mobilisation and bulging in the Douglas pouch. Complementary studies showed leukocytosis (15,500 cells/ μ L), elevated C-reactive protein (50 mg/L) and free fluid in the pouch of Douglas on ultrasound. **Descriptors:** pelvic neoplasms; pelvis; pelvic bones. (Source, DeCS).

Recibido: 03/10/2024. Revisado: 06/10/2024. Aprobado: 09/11/2024. Publicado: 04/12/2024.

Original breve



INTRODUCCIÓN

La enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) es una infección del tracto genital superior que afecta el útero, las trompas de Falopio y los ovarios, y puede extenderse al peritoneo pélvico. Es una complicación frecuente de las infecciones de transmisión sexual (ITS), especialmente aquellas causadas por *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*, aunque también puede ser provocada por microorganismos de la flora vaginal, lo que la convierte en una enfermedad de etiología polimicrobiana (1, 3, 5). La EPI es un problema de salud pública significativo debido a su alta prevalencia en mujeres jóvenes en edad reproductiva y a las graves complicaciones que puede generar, como dolor pélvico crónico, infertilidad, embarazo ectópico y abscesos tuboováricos.

Este estudio tiene como objetivo estudiar la enfermedad pélvica inflamatoria desde un caso clínico.

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente de 24 años de edad, de etnia mestiza, con estado civil de unión libre e instrucción: Superior. Ella consulta por dolor pélvico y secreción vaginal. En su enfermedad actual describe dolor pélvico de tipo cólico de aparición progresiva, de intensidad 8/10 según escala análoga visual, con una duración de dos meses pero que se ha exacerbado hace una semana. El dolor se irradia a la fosa iliaca izquierda. Este cuadro clínico se acompaña de disuria, prurito, tenesmo vesical, alza térmica, escalofríos y secreción vaginal mal oliente.

El cuadro clínico descrito no mejora a pesar del uso de antibióticos de tipo cefalosporinas y AINES (ketorolaco), estos últimos provocan una mejoría transitoria.

Revisión de aparatos y sistemas: Coito doloroso con sangrado irregular

La paciente es alérgica a antifibrinolíticos (ácido Tranexamico) y Paracetamol IV



- a) Antecedentes personales: No refiere
- b) Antecedentes quirúrgicos: Cesárea hace 1 año 8 meses
- c) Antecedentes ginecológicos y obstétricos: Gestas: 1 Partos: 0 Cesáreas: 1 Abortos: 0 FUM: 03-04-23
- d) Examen físico: Presión arterial 125/89 mmHg; frecuencia Cardíaca: 101 lpm; frecuencia Respiratoria: 18 rpm; temperatura Axilar: 38 C; saturación Oxígeno: 97%; Escala de coma de Glasgow: 15/15.
- e) La cabeza es normocefálica, con buena implantación de cabello, tiene facies rubicundas, la nariz no presenta anomalías, la boca es normal y simétrica, la orofaringe es normal a la inspección. El cuello es simétrico sin presentar adenopatías cervicales ni cadena ganglionar.
- f) El tórax es simétrico, con buena expansibilidad. La auscultación pulmonar presenta murmullo vesicular conservado, no se identifican ruidos sobreañadidos. El examen cardíaco muestra un corazón eurítmico, con ruidos cardíacos normales, sin evidencia de soplos.
- g) El abdomen es blando, pero doloroso a la palpación superficial y profunda en la región de fosa iliaca izquierda e hipogastrio, se identifica signo de Blumberg positivo.
- h) Las extremidades son simétricas, la escala de fuerza muestra una escala de Daniels 5/5 en extremidades superiores y extremidades inferiores.
- i) Los genitales externos no muestran enrojecimiento, pero hay salida de secreción de color amarillenta. Al examen con espejo se aprecia leucorrea endocervical. El tacto vaginal provoca dolor a la movilización del cérvix y se palpa abombamiento en fondo de saco de Douglas.

Exámenes complementarios

Biometría Hemática

Hemoglobina (Hb): 12.5 g/dL

Hematocrito (Hct): 37%



Leucocitos (WBC): 15,500 células/ μ L

Neutrófilos: 78%

Linfocitos: 15%

Monocitos: 4%

Eosinófilos: 2%

Basófilos: 1%

Otros parámetros:

Plaquetas (PLT): 250,000 células/ μ L

Velocidad de Sedimentación Globular (VSG): 45 mm/h

Proteína C Reactiva (PCR): 50 mg/L

Ecografía con presencia de líquido en fondo de saco de Douglas.

Reporte

US - Endovaginal
Fecha de estudio: 30/5/24
Estudio realizado por: - Cedimagen

Descripción:

Útero en retroversión, de tamaño disminuido, situación regular, ecoestructura homogénea, no se observan imágenes ocupantes de espacio del musculo uterino.

Útero mide: 4cm x 3cm x 4cm, volumen de 25.97cm³.

Endometrio ecogénico central, que mide 9.6 mm, sin contenido anómalo.

Ovario derecho mide: 2.5cm x 2.7cm x 3.6cm. Volumen de 13cm³. Se observan múltiples imágenes foliculares, no menor a 15, a nivel de estroma ovárico, de bordes bien definidos contenido anecoico que miden 3-5.4mm.

Ovario izquierdo mide: 2.5cm x 1.9cm x 3.6 cm. Volumen de 9.5cm³. Se observan múltiples imágenes foliculares, no menor a 9, a nivel de estroma ovárico, de bordes bien definidos contenido anecoico que miden 3-4mm.

Cuello uterino mide 2.46 cm, se evidencia al menos 4 imágenes quísticas que miden entre 2-4.5mm

Al momento se observa líquido libre en fondo de saco de Douglas, aproximadamente 1.61 ml.

ID:

- Hallazgos ecográficos sugestivos de utero disminuido de tamaño.
- Ovarios poliquísticos vs multifoliculares.
- Quistes de Naboth
- Líquido libre en fondo de saco de douglas, descartar EPI.



DISCUSIÓN

En el caso clínico presentado, la paciente de 24 años presenta un cuadro clínico típico de EPI, caracterizado por dolor pélvico severo, leucorrea maloliente, fiebre y signos de irritación peritoneal. Estos resultados, junto con los resultados de laboratorio (leucocitosis, elevación de la proteína C reactiva) y la presencia de líquido en el fondo de saco de Douglas en la ecografía, son consistentes con los criterios diagnósticos descritos en la literatura (1, 3, 5, 10).

La EPI es una condición multifactorial que puede ser causada por una variedad de microorganismos. Los agentes más comunes incluyen *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*, aunque también se han reportado casos asociados a microorganismos menos frecuentes, como *Streptococcus constellatus* y *Neisseria gonorrhoeae* en contextos específicos (5, 10). En este caso, la falta de respuesta al tratamiento inicial con cefalosporinas sugiere la posibilidad de una infección polimicrobiana o la presencia de microorganismos resistentes, lo cual es un desafío frecuente en el manejo de esta enfermedad (1, 8, 14).

El dolor pélvico crónico y la dispareunia son complicaciones comunes en pacientes con EPI recurrente o mal tratada, estas complicaciones pueden estar relacionadas con la formación de adherencias pélvicas, abscesos tuboováricos o daño permanente en las trompas de Falopio, lo que incrementa el riesgo de infertilidad y embarazo ectópico (6, 9, 11). En este caso, el dolor a la movilización cervical y el abombamiento en el fondo de saco de Douglas podrían sugerir la presencia de un absceso tubo-ovárico, una complicación grave que requiere manejo oportuno (4, 7, 12).

El manejo de la EPI debe ser integral y multidisciplinario. Los antibióticos de amplio espectro son la base del tratamiento, cubriendo tanto microorganismos aerobios como anaerobios. En casos graves o refractarios, como el de esta paciente, puede



ser necesario el drenaje quirúrgico de abscesos o incluso la hospitalización para manejo intravenoso (10, 13, 14), es fundamental realizar un seguimiento estrecho para prevenir complicaciones a largo plazo, como infertilidad, dolor pélvico crónico o incluso el desarrollo de tumores ováricos epiteliales o borderline, como se ha descrito en estudios recientes (6, 9).

La prevención de la EPI es un aspecto crucial, especialmente en mujeres jóvenes. La enfermedad está estrechamente relacionada con conductas sexuales de riesgo, el uso inconsistente de métodos de barrera y la falta de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. La educación sobre la importancia del uso de preservativos, la detección temprana de infecciones de transmisión sexual y el tratamiento adecuado son esenciales para reducir la incidencia de esta enfermedad (3, 12, 15).

Este caso resalta la importancia de un diagnóstico temprano y un manejo integral de la EPI, considerando tanto los aspectos clínicos como los factores sociales y educativos que influyen en su desarrollo y evolución. La literatura actual enfatiza la necesidad de un enfoque personalizado y multidisciplinario para mejorar los resultados clínicos y prevenir complicaciones a largo plazo (1-15).

CONCLUSIÓN

El caso clínico presentado corresponde a una paciente de 24 años con un cuadro clínico característico de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), manifestado por dolor pélvico de tipo cólico de intensidad 8/10, leucorrea maloliente, fiebre, disuria, tenesmo vesical y prurito, con exacerbación de los síntomas en la última semana. Al examen físico, se evidenció dolor a la palpación en hipogastrio y fosa iliaca izquierda, signo de Blumberg positivo, dolor a la movilización cervical y abombamiento en el fondo de saco de Douglas. Los estudios complementarios mostraron leucocitosis (15,500 células/ μ L), elevación de la proteína C reactiva (50 mg/L) y líquido libre en el fondo de saco de Douglas en la ecografía. La falta de



respuesta al tratamiento inicial con cefalosporinas y AINES sugiere una posible infección polimicrobiana o resistencia bacteriana, lo que resalta la necesidad de un manejo integral y oportuno para prevenir complicaciones graves como abscesos tuboováricos, infertilidad o dolor pélvico crónico.

FINANCIAMIENTO

No monetario

CONFLICTO DE INTERÉS

No existe conflicto de interés con personas o instituciones ligadas a la investigación.

AGRADECIMIENTOS

A la dirección de investigación de UNIANDES.

REFERENCIAS

1. Cabello-Garcia E, Ferriols-Pérez E, Urpí-Tosar B, González-Comadran M. Pelvic inflammatory disease presenting 16 months after vaginal hysterectomy: A case report and literature review. *Case Rep Womens Health*. 2021;31:e00335. Published 2021 Jun 10. doi:10.1016/j.crw.2021.e00335
2. Franz J, Kieselbach K, Lahmann C, Gratzke C, Miernik A. Chronic Primary Pelvic Pain Syndrome in Men. *Dtsch Arztebl Int*. 2023;120(29-30):508-518. doi:10.3238/arztebl.m2023.0036
3. Sweeney S, Bateson D, Fleming K, Huston W. Factors associated with pelvic inflammatory disease: A case series analysis of family planning clinic data. *Womens Health (Lond)*. 2022;18:17455057221112263. doi:10.1177/17455057221112263
4. El Hajjar C, Mohamad H, Siblini M, et al. Advanced abdominal pregnancy complicated by pelvic inflammatory disease: A compelling case report. *SAGE Open Med Case Rep*. 2024;12:2050313X241288432. Published 2024 Oct 7. doi:10.1177/2050313X241288432
5. Mora-Palma JC, Guillot-Suay V, Sánchez Gila MM, Gutiérrez-Fernández J. Enfermedad pélvica inflamatoria por *Streptococcus constellatus*. Experiencia clínica y revisión de la literatura [Pelvic inflammatory disease by *Streptococcus constellatus*. Clinical experience and a review]. *Rev Esp Quimioter*. 2020;33(4):285-288. doi:10.37201/req/020.2020
6. Jonsson S, Jonsson H, Lundin E, Häggström C, Idahl A. Pelvic inflammatory disease and risk of epithelial ovarian cancer: a national population-based case-control study in Sweden. *Am J Obstet Gynecol*. 2024;230(1):75.e1-75.e15. doi:10.1016/j.ajog.2023.09.094



7. Sekar H, Divakova O, Alan T, Premetis G. Case of a chronic ectopic pregnancy misdiagnosed as pelvic inflammatory disease. *BMJ Case Rep.* 2021;14(1):e237053. Published 2021 Jan 11. doi:10.1136/bcr-2020-237053
8. Wolfenden E, Mittal M, Sussman R. Complex clinical management of group A *Streptococcal* pelvic inflammatory disease after bilateral tubal ligation in a small community hospital. *BMJ Case Rep.* 2020;13(10):e236326. Published 2020 Oct 27. doi:10.1136/bcr-2020-236326
9. Jonsson S, Jonsson H, Lundin E, Häggström C, Idahl A. Pelvic inflammatory disease and risk of borderline ovarian tumors: A national population-based case-control study in Sweden. *Int J Cancer.* 2025;156(3):529-537. doi:10.1002/ijc.35180
10. De Francesco MA, Stefanelli P, Carannante A, et al. Management of a Case of Peritonitis Due to *Neisseria gonorrhoeae* Infection Following Pelvic Inflammatory Disease (PID). *Antibiotics (Basel).* 2020;9(4):193. Published 2020 Apr 18. doi:10.3390/antibiotics9040193
11. Sharma M, Singh R, Marwaha P, Myes D, Malik N. Xanthogranulomatous Salpingo-Oophoritis as a Rare Presentation in Pelvic Inflammatory Disease. *Cureus.* 2024;16(2):e53693. Published 2024 Feb 6. doi:10.7759/cureus.53693
12. Thanasa E, Thanasa A, Xydias EM, et al. Adnexal Torsion of a Mature Cystic Ovarian Teratoma With Hemorrhagic Infarction Misdiagnosed As Pelvic Inflammatory Disease in a Perimenopausal Patient: A Case Report. *Cureus.* 2023;15(5):e38680. Published 2023 May 7. doi:10.7759/cureus.38680
13. Wang S, Ji J, Lei J, Tian S, Yu Y, Ma L. A Phase III Clinical Trial Evaluating the Efficacy of Yinghua Tablet in the Treatment of Sequelae of Pelvic Inflammatory Disease. *Altern Ther Health Med.* 2023;29(6):170-175.
14. Zhou T, Yuan M, Cui P, et al. Effectiveness and safety of morinidazole in the treatment of pelvic inflammatory disease: A multicenter, prospective, open-label phase IV trial. *Front Med (Lausanne).* 2022;9:888186. Published 2022 Aug 3. doi:10.3389/fmed.2022.888186
15. Taylor S, Lee H, Singh R. Innocent until proven guilty: acute on chronic tubal torsion mimicking pelvic inflammatory disease. *J Surg Case Rep.* 2021;2021(5):rjab187. Published 2021 May 17. doi:10.1093/jscr/rjab187

Derechos de autor: 2024 Por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>