
Clasificación y Tratamiento de los Abscesos Pélvicos

Dr. Saulo Muñoz Delgado
Dr. Reinaldo Mora Restrepo
Dr. Humberto Caicedo Perea

Clínica de Maternidad — Cali

Las pacientes con abscesos pélvicos, constituyen uno de los más difíciles problemas en cuanto a su manejo y tratamiento y uno de los más reservados pronósticos para el futuro obstétrico y ginecológico.

La poca eficacia de los antibióticos debido a que no se logran concentraciones adecuadas en el sitio del absceso, así como la dificultad en algunos casos para drenarlos por vía vaginal, es la causa para que algunas escuelas recomienden tratamiento quirúrgico por vía abdominal como única forma de acceso.

La principal causa de controversia en los tratamientos radica en la falta de individualización del tipo de absceso, por este motivo proponemos una clasificación anatómica que nos permita sistematizar el tratamiento en cada caso.

Presentamos en este trabajo los resultados obtenidos en el tratamiento de diferentes tipos de abscesos.

Cuadro Clínico. — Entendemos por “absceso pélvico” la colección de material purulento localizada en cualquier órgano de la cavidad pelviana, que produce síntomas locales y generales. Localmente encontramos dolor constante de intensidad variable, localizado generalmente a uno de los lados de la parte inferior del abdomen y la presencia de masa renitente, dolorosa, con síntomas y signos de reacción peritoneal. Como síntomas y signos generales encontramos taquicardia, calofrío e hipertermia y en muchas ocasiones signos de deshidratación y leucocitosis. La sintomatolo-

gía está de acuerdo con la localización del absceso, lo mismo que los hallazgos al examen físico. (7-4).

Clasificación. — Para poder comparar resultados del tratamiento es necesario sistematizar éste. La primera dificultad que hemos encontrado son los diferentes tipos de clasificaciones y la falta de objetividad de muchas de ellas. Otras clasificaciones, debido a que se basan en la evolución del cuadro clínico, son poco prácticas. Por estos motivos nos hemos visto precisados a proponer para este trabajo una clasificación basada en la localización anatómica del absceso que nos da la pauta para el tratamiento racional y nos indica el modo adecuado de drenarlos (7).

Hemos dividido los abscesos pélvicos en tres grupos de acuerdo con el sitio hacia el cual tiende el absceso:

CUADRO Nº 1

I — Fondo de saco de Douglas	a) Drenaje o exudado b) Ruptura de víscera c) Tubo-ovárico
II — Parametriales	a) Celulitis b) Tubo-ovárico
III — Tubo ovárico	a) Abdominal b) Inguinal

Absceso del fondo de saco de Douglas: El hallazgo más constante es el abombamiento u ocupación del fondo de saco por una masa blanda renitente y dolorosa. En los casos en que el absceso es producido por drenaje la sintomatología no es tan dramática como la producida por la ruptura de una víscera hueca, caso en el cual se presenta dolor súbito y agudo acompañado de severa reacción peritoneal con defensa abdominal y ocasionalmente de shock. El drenaje es consecutivo a la ruptura de un absceso tubo-ovárico o al exudado de una peritonitis. Cuando es posible hacer una palpación adecuada se encuentra masa en uno de los anexos en los casos de absceso tubo-ovárico y al practicar la culdocentesis se obtendrá material purulento.

Clasificación del Absceso

CUADRO N° 2

Localización	Clínica de Maternidad	H. U. V.	Total
F. S. D.	4	7	11
Parametrial	4	—	4
Tubo-ovárico	2	22	24
Total	10	29	39

Absceso parametrial: Casi siempre sucede a un aborto y su propagación se hace por vía linfática.

Los principales hallazgos son desviación y fijación del útero, presencia de masa o induración pelviana muy dolorosa y empeoramiento progresivo del estado general de la enferma (A). En ocasiones los abscesos tubo-ováricos se insinúan entre las dos hojas del ligamento ancho y se fijan al parametrio.

Absceso tubo ovárico: Algunos de éstos se localizan hacia el fondo de saco de Douglas presentando abombamiento de éste, mientras que otros quedan libres en la cavidad abdominal y un número escaso constituyen los llamados abscesos inguinales.

Material y Métodos:

Recopilamos los casos comprobados ya sea por laparotomía o colpotomía que se presentaron en los años 57-8-9 en el Hospital Universitario del Valle y los de este año hasta Septiembre, en la Clínica de Maternidad.

Al ingreso de cada paciente se practicó examen que permitió clasificar exactamente el absceso y de acuerdo con éste se instituyó el tratamiento.

En los casos de abscesos del fondo de saco de Douglas practicamos colpotomía posterior haciendo incisión transversal de $1\frac{1}{2}$ cms. de largo, sobre la parte más prominente del abombamiento si existía éste, y en caso de que no existiera la incisión se hace en el fórnix posterior aproximadamente a una pulgada del orificio externo del cuello. Se hace divulsión inicial con pinzas de curación curvas y luego se introduce el dedo para completarla y no causar daño a cualquier víscera que eventualmente pudiera estar adherida a las cercanías de la colpotomía. Después del drenaje, con la paciente en posición de Fowler se coloca un dren de caucho de buen calibre en forma de T, fijándole con un punto de hilo a uno de los labios de la incisión sobre la mucosa. La longitud del dren es tal que llega hasta el introito vaginal, porque si fuera más corto el material que pudiera conducir caería a la vagina y siendo más largo causaría incomodidad a la paciente. Lo retiramos cuando no drena material por el caucho. Previa a la colpotomía hacemos culdocentesis con el objeto de precisar el diagnóstico y de obtener material para estudio bacteriológico directo, cultivo y antibiograma.

Factores Etiológicos

CUADRO Nº 3

	Clinica de Maternidad	H. U. v.	Total
Post-aborto	9	10	19
Post-parto	—	2	2
Otros	1	17	18
Total	10	29	39

Agente causal en 17 pacientes

CUADRO N° 4

	H. U. V.	Clínica M.
Estafilococo	4	1
B Coli	1	3
Estreptococo	1	
Proteus V	1	
Salmonella	1	
Negativos	1	1

Cocos Gram + 5

Cocos gram - 4

Simultáneamente practicamos el legrado evacuador si el absceso ha sucedido a un aborto incompleto séptico.

Al ingreso se toma muestra de sangre para hacer hemocultivo, leucograma y eritrograma e iniciamos el tratamiento con antibióticos que en algunos casos se hizo con Penicilina-Estreptomina (R) y en otros con propionato de eritromicina (Hosone R).

En los casos en que el absceso era tubo ovárico se hizo tratamiento médico consistente en antibióticos, antipiréticos y sedantes, suministro adecuado de líquidos y electrolitos y en algunos

casos se administró butazolidina. Cuando la respuesta a este tratamiento no fue satisfactoria se practicó laparotomía y de acuerdo con los hallazgos se hizo drenaje, salpingostomía, salpinguectomía o histerectomía con salpinguectomía. En la mayoría de estos casos se practicó fisioterapia (onda corta) durante espacio de tiempo variable, de acuerdo con los hallazgos en los controles que se hicieron posteriormente.

Resultados: De los 39 abscesos encontramos una mayor incidencia de parametriales y de fondo de saco de Douglas en la Clínica de Maternidad, mientras que en el Hospital predominan los tubo-ováricos. Es posible pensar que el aborto séptico sea la causa más frecuente de abscesos parametriales y del fondo de saco y por lo tanto sean de mayor incidencia en la Clínica de Maternidad a donde concurren mayor cantidad de aborto sépticos. La mayoría de los abscesos tubo ováricos aparentemente no sucedieron a aborto y por esto se presentaron con mayor frecuencia en el Hospital.

De aquí se desprende lógicamente que las conductas en cada una de estas instituciones haya sido un tanto diferente, predominando las colpotomías en una y las laparotomías en el Hospital. En algunos pocos casos fue necesario practicar laparotomía y colpotomía ya que se encontraron asociados abscesos extra e intraperitoneales.

Procedimiento

CUADRO Nº 5

	Clinica de	H. U. V.	Total
Colpotomía	9	7	16
Laparotomía		16	16
Colpotomía y Laparotomía	1	6	7
Total	10	29	39

El agente predominante en los abscesos del fondo de saco fue el colibacilo, (2-4-7-11) mientras que en los tubo ováricos predominó el estafilococo. Los abscesos abdominales se sometieron a tratamiento médico por un tiempo prudencial y de acuerdo con los resultados se continuó éste o se practicó cirugía.

Promedios de hospitalización

CUADRO N° 6

	Pre-operatorio	Post-operatorio	Total
Colpotomía	2	10.3 (6-20)	12.3
Laparotomía	2.7	4.3 (4-11)	7
Colpotomía y Laparotomía	5	27.2 (14-210)	32.2

En los abscesos tubo ováricos la acción de los antibióticos fue prácticamente nula y fue necesario recurrir a la extirpación quirúrgica del foco. Esto es explicable, puesto que para que obren los antibióticos son necesarios los siguientes principios: a) dosis adecuada en el sitio de la infección, lo que significa que en los abscesos no se consigue dada la impermeabilidad de las gruesas membranas de la pared del absceso; b) sensibilidad del agente etiológico lo cual no fue posible investigar en los abscesos tubo ováricos hasta tanto que se practicó laparotomía y por esto no se dio una terapia específica y c) duración del tratamiento la que al parecer en nuestros casos no fue suficiente.

En los casos de absceso tubo ovárico en que fue necesario practicar laparatomía los tipos de intervención fueron de diferentes clases.

La respuesta leucocitaria fué marcada en gran número de casos, pasando de los diez mil leucocitos en 31 de ellos. Tuvimos como índice del control de la infección la fórmula leucocitaria la que en todos los casos en su salida se había modificado favorablemente y el recuento fué inferior a 15.000 leucocitos por milímetro cúbico.

CONCLUSIONES:

1) Los mejores resultados se obtienen individualizando el tratamiento de cada absceso de acuerdo a la clasificación propuesta.

2) Los abscesos del fondo de saco de Douglas y los parametriales deben ser tratados por colpotomía posterior (7).

3) Los tubo ováricos deben ser tratados médicamente por un espacio de tiempo prudencial y en caso de que la respuesta no sea favorable se recurre a la cirugía (7). En los casos de ruptura o inminencia de ésta en los abscesos tubo ováricos debe ser tratada inmediatamente por medio de la cirugía (7).

BIBLIOGRAFIA

- 1 BROWNE, F. J. *Postgraduate obstetrics and Gynecology*. Butterworth & Co. Ltd. London, England. The C. V. Mosby Co., St. Louis, Mo. 1950, p. 98-124.
- 2 TITUS, P. and WILLSON J. R. *The management of obstetrics difficulties*. The C. V. Mosby Co., St. Louis, Mo. 1955, p. 591-613.
- 3 FALK, H. C. *Pelvic inflammatory disease. Progress in Gynecology*. Grune & Stratton, New York, 1950, Vol. II, p. 395-405.
- 4 HOLLANAND, B. *British obstetric and Gynecological Practice*. F. A. Davis Co., Philadelphia, 1955, p. 494-528.
- 5 SPINK, W. W. *ACTH and Adrenocorticosteroids as therapeutic adjuncts in infections diseases*. The New England Journal of Medicine, 257: 1,031, 1957.
- 6 VERMEEREN, J. and TE LINDE, R. W. *Am. J. Obst. & Gynec.* 68: 402, 1954.

- 7 COLLINS, C. G. and JANSEN, F. W. **Treatment of Pelvic Abscess.** Clinical Obstetrics and Gynecology. Hoeber - Haper, Junio/59, p. 512-522.
- 8 PEERMAN, C. G. and MC GANITY, W. **Obst. and Gynec. Suw. 12:** 577, 9157.
- 9 WILLIS, S. H., JACOBS W. M., LAUDEN A. E. and FROMHAGEN, C. **Obst. and Gynec. 7:** 112, 1958.
- 10 COLLINS C. G., BRUMAN R. G. and TUCKER G. W. **Surg. Gynec. and Obst. 98:** 467 1954.
- 11 BASTMAN, N. J. **William Obstetrics Appleton - Century - Crofts,** New York, 1956. p. 970-1.001.
- 12 LULL, C. B. y KIMBROUGH, R. A. **Obstetricia Clínica.** Editorial Americana, S. A. México, 1954, p. 602-604.