

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

MATERIA: SEXUALIDAD HUMANA

“SEGUNDA UNIDAD”

“INFECCIONES PELVICAS”

CATEDRATICO: DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ

ALUMUNO: LUIS FRANCISCO CHIVARDI HERNANDEZ

INFECCIONES PELVICAS

Caso sospechoso: toda mujer que presente dolor bajo de pelvis con o sin síntomas acompañantes como: flujo vaginal, dispareunia, metrorragia, disuria, dolor, fiebre, náusea y vómito

La EIP está causada por gérmenes que se transmiten a través de las relaciones sexuales. La causa más frecuente es: *Neisseria gonorrhoeae* (13,7%) seguido de *Chlamydia trachomatis* (11,4%). En algunos casos de portadoras de DIU con EIP, se aísla *Actinomyces israelii*

Caso definitivo: toda mujer que presente dolor bajo de pelvis, con o sin síntomas acompañantes como: flujo vaginal, dispareunia, metrorragia, disuria, dolor, fiebre, náusea y vómito, que se corrobore con cultivo, técnicas de gabinete o PCR.

El síntoma más frecuente es dolor abdominal bajo, que habitualmente es bilateral y asociado a leucorrea

Clinica

Otros síntomas sistémicos, como fiebre y presencia de náuseas, con vómitos o sin ellos, señalan inflamación peritoneal y una afección clínica más graves

El diagnóstico de EIP es fundamentalmente clínico: orienta la presencia de dolor abdominal bajo, fiebre y leucorrea

Diagnóstico

Frotis.
VSG aumentada.
PCR elevada.
Prueba de amplificación de ADN
Laparoscopia
Ecografía

El tratamiento ideal es prevenir la transmisión de ETS. El tratamiento de elección cuando aparece EIP es médico. El objetivo del tratamiento es aliviar el dolor y conservar la función de las trompas.

Tratamiento

Farmacológico:
Antibióticos,
hospitalario,
parenteral.
Quirúrgico

Tuberculosis genital

La tuberculosis del tracto genital es una enfermedad que puede producir EIP crónica y esterilidad (3 a 5%). El bacilo que la ocasiona con mayor frecuencia es *Mycobacterium tuberculosis*.

La tuberculosis genital aparece en un 10% de mujeres con tuberculosis pulmonar. A partir de las trompas, se extiende la infección al resto del aparato genital, por propagación directa.

En la mitad de las pacientes, la enfermedad es completamente asintomática, presentando únicamente esterilidad o amenorrea.

clínica

Otros síntomas son los siguientes: metrorragias, dolor pélvico (35%) o masas anexiales bilaterales. La salpingitis tuberculosa debe sospecharse ante una paciente que no responde a la antibioterapia convencional.

El diagnóstico más adecuado de la tuberculosis genital es el microlegrado uterino (cánula de Cornier). El examen directo de las trompas ofrece una imagen de "bolsa de tabaco" con los extremos distales evertidos.

diagnostico

El tratamiento debe ser médico, con al menos dos antibióticos para evitar resistencias. La pauta habitual es isoniacida y rifampicina, durante seis meses, añadiendo etambutol durante los dos primeros meses (o pirazinamida).

tratamiento

La cirugía se reserva para mujeres con masas pélvicas persistentes, con organismos resistentes y aquellas en las que los cultivos se mantienen positivos.

