

# ABSCESO TUBO-OVARICO

Dr. MARIO PACHECO MENA\*  
Dr. JUAN CARLOS MURILLO RAMIREZ\*\*

## RESUMEN

*El tratamiento usualmente aceptado para el absceso tubo-ovárico ha sido, desde 1947, la remoción total del útero y ambos anexos. Sin embargo, algunos autores han intentado utilizar tratamientos conservadores. El presente estudio intenta probar que el tratamiento más adecuado y aceptado es la cirugía radical o "curativa". Con este propósito se revisaron los casos ingresados como "enfermedad inflamatoria pélvica" en el Hospital México, desde diciembre de 1969 a setiembre de 1979. Se recopilaron 130 casos, de los cuales se recogieron 36 con el diagnóstico comprobado de absceso tubo-ovárico, lo que corresponde al 27.8 0/0. Se efectuó histerectomía abdominal en el 83 0/0 de los casos estudiados; el 17 0/0 restante recibió tratamiento conservador; en el 14 0/0 fue necesario reintervenir por persistencia del proceso. La mortalidad en la literatura mundial está entre 3.1 0/0 y 12 0/0; en esta serie no se presentaron muertes por absceso tubo-ovárico.*

## SUMMARY

*Usually the accepted treatment for the tubo-ovarian abscess has been, since 1947, the total removing of the uterus and both annexals. However, some physicians have tried to use conservative treatments. The present study attempt to demonstrate that the most adequate and accepted treatment is the radical surgery or "curative". With this purpose, the cases of patients with "pelvic inflammatory disease" were revised in the Hospital Mexico, since December 1969 through September 1979. From 130 compiled cases, 36 were proof of ovarian-tube abscess, which corresponds to the 27.8 0/0. Abdominal hysterectomy was effected in 83 0/0 of the studied cases; the remainder 17 0/0 received conservative treatment; in the 14 0/0 it was necessary to intervene again due to persistence of the process. The death rate in the world is determined between 3.1 0/0 and 12 0/0; deaths causes by tubo-ovarian abscess were not present in this series.*

## INTRODUCCION

El absceso tubo-ovárico es una secuela de infección en el tracto genital; puede resultar de infección en otro órgano pélvico, o ser secundario a una previa cirugía intra-abdominal. Histopatológicamente se presenta como una masa inflamatoria que involucra, tanto a ovario como a trompa, alterando su arquitectura y que en la mayoría de los casos torna difícil su identificación.

Un punto actualmente controversial es la agresividad con que debe ser abordada dicha patología; es así que uno

de los objetivos a cumplir en este estudio, es efectuar una revisión bibliográfica capaz de poner en claro las bondades, tanto del tratamiento conservador, como el tratamiento radical, que desde ya podríamos llamar como "curativo".

Al intentar recoger el sentir mayoritario de los diferentes autores revisados, queda claro que la conducta "curativa" es la más aceptada y practicada en la actualidad.<sup>(11,8)</sup>

Sin duda alguna, el absceso tubo-ovárico y peor aún, su ruptura, constituye una complicación poco frecuente, pero sumamente seria de la enfermedad inflamatoria pélvica.<sup>(11)</sup>

Hasta aproximadamente 1947, prácticamente el 100 0/0 de los casos fallecían.<sup>(12,14)</sup> El tratamiento, en-

\* Asistente Ginecología Hospital México

\*\* Residente Ginecología Hospital México

tonces, de primera intención, era médico; el drenaje peritoneal era empleado esporádicamente y muy difícilmente se aceptaba remover órganos genitales en presencia de peritonitis. Boldt<sup>(1)</sup>, tan pronto como se inició una conducta más agresiva, reporta 6 casos, de los cuales 4 fueron tratados conservadoramente, todos ellos fallecieron; 2 casos tratados con salpingectomía bilateral sobrevivieron.

Bonney<sup>(2)</sup> reporta en 1901 un caso y hace notar que la operación brinda la mejor alternativa de sobrevida para la paciente. Encontró que el intervalo de tiempo entre la ruptura del absceso y la operación, era definitivo en cuanto al pronóstico; aseguraba que si el absceso anexial era removido en las primeras 12 horas, el 70 % se recuperaban y el 30 % morían; si la cirugía se llevaba a cabo luego de 48 horas, el 20 % se recuperaban y el 80 % morían. Ninguna paciente entonces sobreviviría si no se removía el absceso.

Por los mismos años, Bovee y Brickner<sup>(3,4)</sup>, reportaron casos semejantes, hicieron las mismas observaciones y llegaron a las mismas conclusiones.

En 1932, Petroff<sup>(12)</sup> revisó 102 casos de la literatura francesa y concluyó que el tratamiento más adecuado era la remoción del absceso.

Estos reportes tuvieron una pobre influencia en la conducta a nivel mundial hasta alrededor del año 1947, antes del cual todas las pacientes en Estados Unidos eran tratadas con el llamado "método americano", con el cual casi todas las pacientes fallecían. En el Kings County Hospital, en Brooklyn, N.Y., a raíz de un caso en el cual se efectuó laparotomía, con diagnóstico inicial de abdomen agudo secundario a aborto inducido, con perforación uterina y cuyo diagnóstico final fue de piosálpinx, se decidió remover el útero con sus anexos en vista del resultado fatal del tratamiento hasta ese momento acostumbrado. El excelente curso postoperatorio de esa paciente, sirvió de estímulo para continuar practicando la conducta radical en el absceso tubo-ovárico. En el mismo año, Hall y Nelms<sup>(7)</sup>, reportaron nuevos casos exitosamente tratados con este procedimiento.

En 1952, Pedowitz y Fellmus<sup>(10)</sup>, reportaron el resultado de los primeros 12 casos tratados con la intervención quirúrgica más agresiva, hasta ese momento practicada; no hubo muertes. Para entonces, otros autores hicieron el comentario de que tales resultados eran cuestionables, a la luz de nuevos antibióticos y nuevas técnicas conservadoras.

Actualmente se cuenta ya con suficiente número de casos y experiencia, para determinar el beneficio de una u otra conducta. El manejo conservador médico de estos casos, consiste en la administración de líquidos y electrolitos, sedación, reposo y antibióticos, como tratamiento fundamental<sup>(13)</sup>. El 90 % aproximadamente de los casos, pueden ser manejados conservadoramente<sup>(8)</sup>, pero muchos de estos casos van a requerir períodos variables de terapia protectora, múltiples admisiones por exacerbaciones y ciru-

gía definitiva en forma ya tardía. Además de esto, es extremadamente raro el embarazo posterior en este grupo de pacientes. Collins y Jansen<sup>(6)</sup>, reportaron 174 casos de absceso pélvico, de los cuales 161 respondieron a la terapia médica intensiva; fue necesaria cirugía en forma posterior en 113 casos, por problemas residuales.

Vermeeren y Telinde<sup>(14)</sup>, demostraron también que las pacientes a las cuales se les practicaba cirugía agresiva, tenían alta sobrevida y que un alta mortalidad seguía a los casos tratados con un pobre régimen médico, o una cirugía tímida. Reportaron que el ataque quirúrgico agresivo, resultó en una disminución de la mortalidad de 90 % a 12 %, en el Hospital Johns Hopkins.

La mayoría de los autores abogan, entonces, por la remoción del útero y sus anexos.

La incidencia de histerectomía, en general, es del 70 al 100 %<sup>(8,9,11)</sup>; sin embargo, otros autores consideran que se trata de un procedimiento muy radical, para una patología no cancerosa y en pacientes que a menudo son jóvenes y de baja paridad<sup>(13)</sup>. Rivlin, en 1977, presentó un estudio con pacientes en las cuales se efectuó drenaje quirúrgico y tratamiento postoperatorio con lavado peritoneal, a base de soluciones antibióticas. Se preservaron los ovarios en lo posible, con la intención de conservar la función menstrual, y hormonal, además de salvaguardar un posible futuro embarazo<sup>(13)</sup>. Se intenta con el estudio de Rivlin, demostrar que la histerectomía no es necesaria en el manejo del absceso tubo-ovárico, si se logra drenar el proceso séptico y si se colocan drenajes, por los cuales se efectúa lavado peritoneal. Se logró obtener una mortalidad del 7.1 %, semejante a la reportada por otros autores con procedimientos más radicales<sup>(8, 9, 11)</sup>. Se logró conservar el útero en el 97 % y fue necesario reintervenir en el 19 %, principalmente para drenar nuevos abscesos.

## MATERIAL Y METODOS

Se revisaron los casos codificados como enfermedad inflamatoria pélvica, ingresados, de diciembre de 1969 a setiembre de 1979, en el Servicio de Ginecología del Hospital México. Se recopilaron un total de 205 casos de enfermedad inflamatoria pélvica, de los cuales se excluyeron los que planteaban alguna duda diagnóstica, quedando 130 casos, de los cuales 36 correspondieron a absceso tubo-ovárico. Fueron incluidas en esta serie, las pacientes con absceso tubo-ovárico comprobado, ya sea macroscópicamente, en las que el tratamiento fue conservador (16.6 %), o histopatológicamente en las piezas quirúrgicas de las pacientes tratadas en forma radical o "curativa" (83.4 %).

## RESULTADOS

*Edad* : en la mayoría de las series revisadas es más alta la prevalencia en mujeres mayores de 30 años, que en mujeres jóvenes<sup>(5)</sup>. En la presente serie se observó una incidencia similar en las pacientes, de 21 a 30 años y de 41 a 50 años (tabla I). Las pacientes postmenopáusicas no son in-

munes, ya que dos de los casos se presentaron en la sexta década de la vida. Una alta incidencia en la cuarta y quinta décadas, fue reportada por Vermeeren y Te Linde<sup>(14)</sup>, estando 19 de sus 26 pacientes en ese grupo de edad; 22 pacientes de la presente serie se encontraban en este grupo de edad (61 %). Varias de las mismas tenían el antecedente de infecciones pélvicas tratadas en el pasado, obteniéndose cura o remisión; la reinfección o exacerbación del proceso provocó la formación de absceso. Esto probablemente explica la alta incidencia en mujeres mayores de 30 años.

*Paridad*: el 41.6 % de las pacientes eran multíparas, con cuatro o más partos (tabla II), grupo de pacientes entre las cuales las infecciones genitales son más frecuentes. Un grupo menor (4 pacientes), eran nulíparas (11 %) y como dato curioso, 2 de ellas eran vírgenes, lo cual se corroboró en el examen físico.

*Incidencia*: la incidencia real de la enfermedad inflamatoria pélvica, tan sólo es aproximada, debido a que en los últimos años la mayoría de las pacientes son tratadas en forma ambulatoria y son hospitalizadas cuando ameritan tratamiento médico o quirúrgico<sup>(11)</sup>. La incidencia general de absceso anexial en los diferentes Servicios de Ginecología, fluctúa entre el 1.7 % y el 2 % de todos los ingresos. En la presente serie, 36 de las 130 pacientes analizadas, eran abscesos tubo-ováricos, lo que significa el 27.8 % de las pacientes estudiadas por enfermedad inflamatoria pélvica y el 0.2 % del total de ingresos en los 10 años estudiados. Las pacientes que se excluyeron del estudio, fueron aquellas en las cuales existieron dudas con respecto al diagnóstico.

*Estado socioeconómico*: las pacientes fueron catalogadas en tres grupos: bueno, malo y regular (tabla III). El 72.2 % correspondieron a un estado socioeconómico regular, evaluado en forma subjetiva según el área residencial y el ingreso monetario mensual. El 5.5 % fueron clasificadas como de bajo nivel socioeconómico y el 22.2 % como de alto nivel.

*Antecedentes mórbidos*: realmente es un dato difícil de recoger en la mayoría de los casos, debido a que un buen número de pacientes no brindaron información adecuada, o el historiador no le dio importancia a los antecedentes previos, que podrían ser considerados como determinantes para el desarrollo de un absceso. El 50 % de las pacientes tenían el antecedente de anexitis recurrente, o dolor pélvico crónico. El 38.8 % habían sido tratadas por leucorrea persistente o esporádica; otro tanto (38.8 %) tenían el antecedente de manipulación cervical, ya sea para colocación o retiro de D.I.U. (11 %), o legrado uterino instrumental (27.7 %). No se encontraron casos de absceso tubo-ovárico concomitante con embarazo o aborto.

*Síntomas y signos*: los síntomas y signos de absceso tubo-ovárico no son específicos. Todo lo que se puede decir es que son los mismos posibles de encontrar en cualquier crisis abdominal aguda, sobre todo si se trata de un absceso roto. Prácticamente todas nuestras pacientes refirieron dolor abdominal bajo (94.4 %), lo que fue corroborado en

**Tabla I:**

DESGLOSE DE PACIENTES SEGUN LA EDAD EN 36 CASOS DE A: TUBO-OVARICO

Edad	Esta serie	Vermereen y TeLinde
10-19	0	2
20-29	12	5
30-39	7	14
40-49	15	5
50-59	2	0
Total:	36	26

**Tabla II:**

DESGLOSE DE PACIENTES SEGUN PARIDAD EN 36 CASOS DE A: TUBO-OVARICO

Partos	No.	%
0	4	11.3
1	6	16.6
2	6	16.6
3	5	13.9
4 ó más	15	41.6
Total:	36	100.0

**Tabla III:**

ESTADO SOCIOECONOMICO EN 36 CASOS DE ABSCESO TUBO-OVARICO.

	No.	%
Bueno	8	22.3
Regular	26	72.2
Malo	2	5.5
Total:	36	100.0

**Tabla IV:**

SINTOMAS ENCONTRADOS EN 36 CASOS DE  
ABSCESO TUBO-OVARICO.

Síntomas	No.	o/o
Dolor abdominal bajo	34	94.4
Ataque al estado general	18	50.0
Nauseas	18	50.0
Vómitos	17	48.0
Fiebre	19	52.7
Disuria	7	20.5
Diarrea	5	13.8

**Tabla V:**

SIGNOS ENCONTRADOS EN 36 CASOS DE  
ABSCESO TUBO-OVARICO.

Signos	No.	o/o
Rigidez muscular	25	70
Rebote	18	50
Masa pélvica	33	91.5

**Tabla VI:**

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO EN 36 CASOS DE  
ABSCESO TUBO-OVARICO.

Diagnóstico	No.	o/o
Apendicitis aguda	7	19.4
Quiste ovario	6	16.6
Embarazo ectópico	4	11.0
Mioma uterino	4	11.0
Multiparidad (para esterilizar)	2	5.5
Colecistitis	2	5.5
Peritonitis	1	2.7
Total:	26	71.7
ABSCESO TUBO-OVARICO	10	28.3

el examen físico (tabla IV). Usualmente el dolor correspondía a la zona afectada, exceptuando los caso en que existía ruptura del absceso, con peritonitis generalizada (11<sup>o/o</sup>), confundiendo el diagnóstico en algunos casos. De particular importancia son los casos (3<sup>o/o</sup>) en los cuales había dolor e hipersensibilidad en el hemiabdomen superior, en especial el cuadrante superior derecho, que a veces fue más marcado que en la pelvis; estos caso indujeron a los cirujanos a efectuar laparotomía en 7 casos, con incisión paramediana derecha en 3 casos, e incisión de Rocky-Davis en otros 3 casos. En todos estos casos, al ser descubierto el proceso, fueron llamados los ginecólogos para resolver el proceso. El 50<sup>o/o</sup> de las pacientes presentaron ataque al estado general, con náuseas y vómitos; en la mayoría de los casos la frecuencia del pulso estuvo por encima de 100 latidos por minuto. En algunos casos (2 pacientes) el estado de choque séptico era evidente. Se consideraron febriles aquellas pacientes con temperatura igual o mayor de 38<sup>o</sup>. El 52.7<sup>o/o</sup> estaban febriles, el restante 47.3<sup>o/o</sup> fueron pacientes que mantuvieron un buen estado general y en el momento quirúrgico se encontró un proceso localizado, en varios casos con poca sintomatología y otras, incluso, fueron hallazgos transoperatorios (8.3<sup>o/o</sup>). el 86<sup>o/o</sup> presentaron picos febriles, dando lugar a la presunción de la presencia de un proceso supurativo. Se encontró disuria en el 20.5<sup>o/o</sup>, diarrea en el 13.8<sup>o/o</sup>; una paciente se diagnosticó como sepsis urinaria concomitante. En todos los casos de diarrea, la masa pélvica estaba en relación íntima con la porción distal del intestino grueso.

*Masa pélvica:* en el 91.5<sup>o/o</sup> se describió masa pélvica (tabla V); en el postoperatorio resultó ser izquierda en el 42<sup>o/o</sup>, bilateral en el 33<sup>o/o</sup> y derecha en el 25<sup>o/o</sup>.

*Hallazgos de laboratorio:* los datos de laboratorio no ayudaron mucho en el diagnóstico. El hematocrito, por ejemplo, varió en forma importante. El único hallazgo consistente fue la leucocitosis, en la mayoría de los casos. El 83<sup>o/o</sup> tenían recuento leucocitario por encima de 10.000 por mm<sup>3</sup>, el 55<sup>o/o</sup> con más de 2 leucocitos en forma de banda.

*Correlación diagnóstica:* en 26 pacientes (71.7<sup>o/o</sup>), el diagnóstico preoperatorio fue equivocado (tabla VI); 7 pacientes ingresaron a la sala de operaciones como apendicitis aguda (19.4<sup>o/o</sup>), 6 como quiste de ovario (16.6<sup>o/o</sup>), como embarazo ectópico 4 (11<sup>o/o</sup>) y también 4 como mioma uterino. En 2 pacientes que ingresaron como rutina para esterilización, se descubrió absceso tubo-ovárico. El diagnóstico macroscópico en todos los casos fue de absceso tubo-ovárico. El estudio histopatológico se efectuó en 29 pacientes, de las cuales se obtuvo pieza operatoria (81<sup>o/o</sup>). Se seleccionaron para este estudio, los casos diagnosticados macroscópica y microscópicamente como salpingitis y ooforitis agudas. Algunos casos transoperatoriamente fueron drenados voluntaria o involuntariamente, por lo cual pocos casos fueron reportados como absceso tubo-ovárico.

*Tratamiento:* todas las pacientes fueron tratadas quirúrgicamente; 30 casos (83<sup>o/o</sup>) fueron tratados con histe-

rectomía abdominal total o subtotal, con salpingo-ooforectomía uni o bilateral (tabla VII). Histerectomía total con salpingo-ooforectomía bilateral en 23 casos, (62<sup>o</sup>/o), marcando así el concepto de radicalidad en el ataque del absceso tubo-ovárico. Histerectomía total con salpingo-ooforectomía derecha en un caso (2.7<sup>o</sup>/o) y con salpingo-ooforectomía izquierda en otro caso. Histerectomía subtotal con salpingo-ooforectomía bilateral o unilateral, en 5 casos (13.8<sup>o</sup>/o), en todos los cuales, según el cirujano, no habían condiciones adecuadas para la histerectomía total.

**Tabla VII:**

TRATAMIENTO QUIRURGICO EN 36 CASOS DE  
ABSCESSO TUBO-OVARICO.

Tipo de operación	No.	o/o
Histerectomía total con S.O.B.	23	62
Histerectomía total con S.O.D.	1	2.7
Histerectomía total con S.O.I.	1	2.7
Histerectomía subtotal con S.O.B.	3	8.0
Histerectomía subtotal con S.O.I.	2	5.4
Salpingo-ooforectomía derecha	2	5.4
Salpingo-ooforectomía izquierda	1	2.7
Drenaje por laparotomía	2	5.4
Drenaje por colpotomía	2	5.4

La conducta de los autores consultados es categórica a este respecto (6-10-13-14); si el útero va a ser extirpado, debe entonces ser extirpado en su totalidad. En 3 pacientes (8<sup>o</sup>/o) se efectuó salpingo-ooforectomía unilateral, 4 fueron únicamente drenadas (10.8<sup>o</sup>/o); de estas 7 pacientes sólo una (2.7<sup>o</sup>/o) fue necesario reintervenir para completar el procedimiento.

En esta serie se efectuaron dos culdocentesis (5.5<sup>o</sup>/o); en ambos casos se extrajo material purulento y los 2 casos correspondían a abscesos tubo-ovárico roto. También todos los caso recibieron tratamiento médico, principalmente con antibióticos. La asociación más frecuente fue ampicilina y gentamicina, a las dosis convencionales, (50<sup>o</sup>/o); otras asociaciones menos frecuentes, fueron penicilina y cloranfenicol (16<sup>o</sup>/o) y penicilina con clindamicina (8.3<sup>o</sup>/o). Otros casos recibieron un solo antibiótico; sin embargo, en todas las pacientes no se observó diferencia estadísticamente significativa, en la respuesta, a excepción de 6 casos (16.6<sup>o</sup>/o) que recibieron tratamiento médico de ataque con mala respuesta, siendo necesario intervenir para extirpar el proceso.

Vermereen y Te Linde (14), reportaron 7 casos de su serie tratados con cirugía conservadora, de los cuales 3 (43<sup>o</sup>/o) fueron reintervenidas por persistencia del proceso. En la presente serie también 7 pacientes fueron tratadas del mismo modo, ameritando reintervención únicamente en un caso (14<sup>o</sup>/o).

Kaplan y Jacobs (8) reportaron un 9.5<sup>o</sup>/o de lesión en el tracto gastrointestinal. En nuestra serie no se presentó ningún caso de lesión intestinal.

*Mortalidad:* en 1956 algunos autores (14) lograron, con la cirugía "curativa", disminuir la mortalidad de 90 a 12<sup>o</sup>/o. Pedowitz y Bloomfield (11) reportan un 3.1<sup>o</sup>/o de mortalidad (tabla VIII). En nuestra serie no se dieron pacientes fallecidas. Este excelente resultado es reflejo de un mejoramiento en la técnica quirúrgica y mejor utiliza-

**Tabla VIII:**

MORTALIDAD EN ABSCESSO TUBO-OVARICO

Autor	No. casos	Mortalidad		Histerectomía	
		No.	o/o	No.	o/o
Pedowitz y Bloomfield <sup>(1)</sup>	127	4	3.1	90	70
Mickal y Sellman <sup>(12)</sup>	109	8	7.3	94	86
Kaplan y Jacobs <sup>(2)</sup>	84	9	10.7	84	100
Rivlin y Hunt <sup>(13)</sup>	113	8	7.1	4	3
Serie presente	36	0	0.0	30	83

**Tabla IX****HALLAZGOS BACTERIOLOGICOS EN 36 CASOS DE ABSCESO TUBO-OVARICO.**

Hallazgos	No.	o/o
No se tomó cultivo	3	8
Cultivo negativo	28	85
Cultivo positivo	5	15
Staphylococo epidermidis	4	
Streptococo faecalis	2	
E. coli	2	
Klebsiella	1	
Proteus mirabilis	1	

**Tabla X****ESTANCIA HOSPITALARIA EN 36 CASOS DE ABSCESO TUBO-OVARICO, SEGUN LA INTERVENCION QUIRURGICA**

DIAS	Incisión y drenaje	Anexectomía	Histerectomía
Menos de 10	1	1	9
10-14	2	1	7
15-19	—	—	7
20-24	—	—	1
25-29	1	—	2
30-39	—	—	3
Más de 40	—	—	1
Total:	4	2	30

ción de los antibióticos, lo mismo que una adecuada interrelación con profesionales de otras especialidades, lo que da como resultado una óptima atención del paciente.

**Bacteriología:** el estudio bacteriológico fue realmente frustrante (tabla IX), debido a la carencia de adecuados métodos de cultivo para anaerobios, lo mismo refieren Rivlin y Hunt<sup>(13)</sup>. Los cultivos de líquido peritoneal fueron tomados 2 por culdocentesis y el resto en el tiempo opera-

torio, estos últimos, debido a lo inadecuado de la técnica utilizada en la obtención de la muestra, fueron reportados con gran frecuencia negativos (78<sup>o/o</sup>). Probablemente el inicio temprano del tratamiento antibiótico, tuvo influencia determinante.

El germen más frecuentemente aislado en esta serie, fue Staphylococo epidermidis, seguido de E. coli y Streptococo faecalis. Collins<sup>(6)</sup> y Rivlin<sup>(13)</sup>, reportan E. coli como el germen más frecuentemente aislado. Se sabe también que los gérmenes responsables del absceso tubo-ovárico son con más frecuencia invasores secundarios, (anaerobios oportunistas); el gonococo no es el germen principal causante del absceso tubo-ovárico<sup>(10)</sup>.

**Estancia hospitalaria:** el tiempo promedio de hospitalización fue de 15 días, con un máximo de 45 días y un mínimo de 6 días. El desglose de estancia hospitalaria, según el procedimiento efectuado, se muestra en la tabla X.

**CONCLUSIONES.**

El absceso tubo-ovárico es una patología sumamente grave dentro del contexto de enfermedad inflamatoria pélvica. Debido a esto, y a la alta morbimortalidad, consecuencia de un tratamiento conservador, es necesario tomar medidas drásticas, dependiendo de variables fundamentales como son la edad y paridad de la paciente.

Es una patología más frecuente en la mujer que se encuentra en la cuarta y quinta décadas de la vida, usualmente múltipara y de la clase media baja. Con frecuencia puede verse asociado a antecedentes de infecciones genitales o manipulaciones cervicales; es raro encontrarlo en nulíparas, incluso vírgenes, pero es posible.

Son concluyentes los méritos y beneficios del tratamiento quirúrgico radical o "curativo", reflejado en una ausencia de pacientes fallecidas y un buen estado ginecológico actual de las pacientes tratadas. Existe un riesgo real cuando se utiliza el tratamiento médico o quirúrgico conservador, debido a los cuales fue necesario reintervenir en el 14<sup>o/o</sup> de las pacientes así abordadas. La mayoría de estas intervenciones se efectuaron a corto plazo (60<sup>o/o</sup>), el 40<sup>o/o</sup> se efectuaron a largo plazo, pero en ambos casos la conducta fue completar la remoción de los órganos genitales afectados.

Si bien es cierto que se reportan buenos resultados cuando se trató de conservar la función hormonal y reproductora por medios conservadores o no radicales (drenaje, irrigación con antibióticos), esto implica el mantener probablemente una patología latente y peligrosa con un porcentaje elevado de complicaciones postoperatorias y reintervenciones (19<sup>o/o</sup>).

Hay varios puntos pertinentes a la técnica quirúrgica que se deben mencionar y tener muy en cuenta:

1. La operación debe ser completa, removiendo todo el tejido de los órganos reproductores. No se debe conservar ovario por más que macroscópicamente parezca no comprometido, debido a que puede contener focos microscópicos de infección.
  2. No hay lugar para la disección fina; se debe recordar que los tejidos están edematosos, congestivos y friables.
  3. Cuando las adherencias existen, se debe dar un manejo especial a los intestinos. Se deben manejar con delicadeza y respeto, debido a que están también frágiles y edematosos, no son tan resistentes a la manipulación y disección roma como cuando no hay infección.
  4. La cúpula vaginal debe quedar abierta y se deben dejar drenajes uno en cada fosa ilíaca:
  5. La incisión abdominal debe también dejarse drenada, tanto subfacial como en tejido celular subcutáneo, cuando esté indicado.
- Si se siguen adecuadamente las pautas sugeridas, la cirugía inmediata puede ser practicada con menos probabilidad de lesión.

### BIBLIOGRAFIA

- 1— Boldt, H.J.: *Am. J. Obstet. and Gynec.*, 1889,22: 262
- 2— Bonney, C.W.: *Surg. Gynec. and Obst.*, 1909 9:342.
- 3— Bovee, J.W.: *Surg. Gynec. and Obst.*, 1910 10:406.
- 4— Brickner, W.J.: *Surg. Gynec. and Obst.* 1912 14:474.
- 5— Collins, C.G.; Nix, F.G., et al: Ruptured tubo-ovarian abscess. *Am. J. Obst. and Gynecol.* Oct. 1956 72 (4): 820-827.
- 6— Collins, C.G. and Jansen, F.W.: *Clin. Obst. and Gynec.*, 1959 2:512.
- 7— Holl, J.E. and Nelms, W.F.: *Brooklyn Hosp. J.*, 1947 5: 89.
- 8— Kaplan, A.L.; Jacobs, W.M.: Agressive management of pelvic abscess. *Am. J. Obst. and Gynecol.*, 1966 98: 482-487.
- 9— Mickal, A.; Sellman, A.N.: Management of tubo-ovarian abscess. *Clin. Obst. Gynecol.*, 1969 12:252-264.
- 10— Pedowitz, P. and Felmus, L.B.: *Am. J. Surg.*, 1952 83: 507.
- 11— Pedowitz, P. and Bloomfield, R.D.: Ruptured adnexal abscess (tubo-ovarian) with generalized peritonitis. *Am. J. Obst. Gynec.* 1964, 88: 721-729.
- 12— Petroff, M.A.: Perforation et rupture de pio-salpinx en péritoine libre, These de Université de Paris 1932.
- 13— Rivlin, M.E.; Hunt, J.A., et al: Ruptured tubo-ovarian abscess (is hysterectomy necesary?). *Obst. Gynec.*, Nov. 77 50(5): 518-522.
- 14— Vermereen, J. and Te Linde, R.: *Am. J. Obst. and Gynec.*, 1954 68:402.