

Adolescencia y enfermedad inflamatoria pélvica: desafíos diagnósticos y terapéuticos en la práctica pediátrica

Adolescence and pelvic inflammatory disease: diagnostic and therapeutic challenges in pediatric practice

Adolescência e doença inflamatória pélvica: desafios diagnósticos e terapêuticos na prática pediátrica

Manuela Arce¹, Ma. Laura Rovella¹, Violeta Quintela², Verónica Fiol³, Loreley García⁴

Resumen

Introducción: la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) es una infección del tracto genital superior que puede comprometer al útero, trompas de Falopio u ovarios. La adolescencia es un reconocido factor de riesgo para el desarrollo de ésta. La mayoría de las veces es secundaria a una infección de transmisión sexual. Los gérmenes más frecuentemente implicados son *Chlamydia trachomatis* (CT) y *Neisseria gonorrhoeae* (NG). Su diagnóstico requiere alto índice de sospecha. Se basa en la presencia de dolor pélvico o leucorrea, fiebre, leucocitos y germen característico en el exudado vaginal. El riesgo de complicaciones agudas o crónicas, o ambas, es alto. El tratamiento antibiótico precoz es fundamental para evitarlas.

Objetivos: describir el abordaje integral de una adolescente con dolor pélvico secundario a EIP asistida en un centro hospitalario pediátrico público de referencia en Uruguay.

Caso clínico: 14 años, sexo femenino. Inicio de relaciones sexuales a los 13 años, múltiples parejas sexuales. Uso irregular de método de barrera. Consulta por dolor abdominal hipogástrico de cinco días de evolución, náuseas y vómitos. Leucorrea mucopurulenta, sin fetidez ni prurito. A las 72 horas agrega temperatura axilar hasta 39 °C. Sin otros síntomas. Examen físico: abdomen plano, tenso en hipogastrio, dolor difuso a la compresión superficial y profunda. No defensa, ni contractura. Examen genital: vulva y vagina sin lesiones. Cuello uterino macroscópicamente sano. Leucorrea blanquecina, no fetidez. Al tacto vaginal, cuello uterino posterior, 2 cm de longitud, cerrado. Útero en anteversoflexión, sin dolor a la palpación bimanual. No dolor a la lateralización cervical. Fondo de saco de Douglas libre no doloroso. De los estudios realizados se destaca: glóbulos blancos 15.000/L, neutrófilos 10.000/L, proteína C reactiva 156 mg/dL. Exudado vaginal: NG positivo. Negativo para CT y *Trichomonas*. Recibe antiinflamatorios no esteroideos, ceftriaxona, metronidazol y doxiciclina intravenosa durante 14 días.

1. Pediatra. Prof. Adj. Unidad Académica Pediatría B. Facultad de Medicina. UDELAR.

2. Ginecotocóloga. Prof. Adj. Clínica Ginecotocológica A. Facultad de Medicina. UDELAR.

3. Ginecotocóloga. Prof. Agda. Clínica Ginecotocológica A. Facultad de Medicina. UDELAR.

4. Pediatra. Especialista Medicina de la Adolescencia. Prof. Unidad Académica Pediatría B. Facultad de Medicina. UDELAR.

Clínica Ginecotocológica A. Unidad Académica Pediatría B. Facultad de Medicina. UDELAR.

Trabajo inédito.

Declaramos no tener conflictos de intereses.

Este trabajo ha sido aprobado unánimemente por el Comité Editorial.

Fecha recibido: 22 mayo 2025.

Fecha aprobado: 23 julio 2025.

Conclusiones: el dolor pélvico es un motivo de consulta frecuente en la adolescencia, el equipo de salud debe estar familiarizado con su abordaje. La EIP es una de sus posibles causas. Es importante mantener un alto índice de sospecha ante la presencia de factores de riesgo y leucorrea asociados al dolor pélvico. El diagnóstico es fundamentalmente clínico y confirmación microbiológica. La antibioticoterapia precoz es fundamental para evitar complicaciones a corto y largo plazo.

Palabras clave: Enfermedad Inflamatoria Pélvica
Adolescente
Dolor Pélvico

Summary

Introduction: Pelvic Inflammatory Disease (PID) is an infection of the upper genital tract that can affect the uterus, fallopian tubes, or ovaries. Adolescence is a recognized risk factor for its development. It is most often secondary to a sexually transmitted infection (STI). The most frequently involved germs are: *Chlamydia trachomatis* (CT) and *Neisseria gonorrhoeae* (NG). Its diagnosis requires a high level of suspicion. It is based on the presence of pelvic pain or leukorrhea, fever, leukocytes, and the characteristic germ in the vaginal exudate. The risk of acute and/or chronic complications is high; early antibiotic treatment is essential to prevent them.

Objectives: to describe the comprehensive management of an adolescent with pelvic pain secondary to PID treated at a public pediatric reference hospital in Uruguay.

Clinical Case: 14-year-old female. Began sexual intercourse at age 13, with multiple sexual partners. Irregular use of barrier methods. Presented with 5 days of hypogastric abdominal pain, nausea, and vomiting. Mucopurulent leukorrhea, without odor or itching. After 72 hours, her axillary temperature rose up to 39 degrees. No other symptoms. Physical Examination: Flat abdomen, tense in the

hypogastrium, diffuse pain on superficial and deep compression. No guarding or contracture. Genital Examination: Vulva and vagina without lesions. Macroscopically healthy cervix. Whitish leukorrhea, non-odorous. On vaginal touch, the cervix was posterior, 2 centimeters long, closed. Uterus in anteversion-flexion, no pain on bimanual palpation. No cervical motion tenderness. Douglas' pouch free and non-tender. Laboratory Findings: White blood cells 15,000/L, Neutrophils 10,000/L, C-reactive protein 156mg/dL. Vaginal Exudate: NG positive. Negative for CT and *Trichomonas*. She received non-steroidal anti-inflammatory drugs, ceftriaxone, metronidazole, and doxycycline intravenously for 14 days.

Conclusions: pelvic pain is a frequent reason for consultation in adolescence, and the healthcare team must be familiar with its management. PID is one of its possible causes. It is important to maintain a high level of suspicion in the presence of risk factors and leukorrhea associated with pelvic pain. The diagnosis is fundamentally clinical with microbiological confirmation. Early antibiotic therapy is essential to prevent short- and long-term complications.

Key words: Pelvic Inflammatory Disease
Adolescent
Pelvic Pain

Resumo

Introdução: a Doença Inflamatória Pélvica (DIP) é uma infecção do trato genital superior que pode comprometer o útero, as trompas de falópio ou os ovários. A adolescência é um reconhecido fator de risco para o seu desenvolvimento. Na maioria das vezes, é secundária a uma infecção de transmissão sexual (ITS). Os germes mais frequentemente implicados são: *Chlamydia Trachomatis* (CT) e *Neisseria Gonorrhoeae* (NG). O seu diagnóstico requer um elevado índice de suspeita. Baseia-se na presença de dor pélvica ou leucorreia, febre, leucócitos e germe

característico no exsudado vaginal. O risco de complicações agudas e/ou crônicas é alto; o tratamento antibiótico precoce é fundamental para evitá-las.

Objetivos: descrever a abordagem integral de uma adolescente com dor pélvica secundária a DIP assistida num centro hospitalar pediátrico público de referência no Uruguai.

Caso Clínico: paciente de 14 anos, sexo feminino. Iniciou relações sexuais aos 13 anos, com múltiplos parceiros sexuais. Uso irregular de método de barreira. Consulta por dor abdominal hipogástrica com 5 dias de evolução, náuseas e vômitos. Leucorreia mucopurulenta, sem odor nem prurido. Às 72 horas, apresentou temperatura axilar até 39. Sem outros sintomas. Exame Físico: Abdómen plano, tenso no hipogástrio, dor difusa à compressão superficial e profunda. Sem defesa ou contratura. Exame Genital: Vulva e vagina sem lesões. Colo do útero macroscopicamente saudável. Leucorreia esbranquiçada, não fétida. Ao toque vaginal, colo do útero posterior, 2 centímetros de comprimento, fechado. Útero em anteversão-flexão, sem dor à palpação bimanual. Sem dor à lateralização cervical. Fundo de saco de Douglas livre e indolor. Dos estudos realizados, destacam-se: glóbulos brancos 15.000/L, Neutrófilos 10.000/L proteína C reativa 156mg/dL. Exsudado Vaginal: NG positivo. Negativo para CT e *Trichomonas*. Recebeu anti-inflamatórios não esteroides, ceftriaxona, metronidazol e doxiciclina intravenosa durante 14 dias.

Conclusões: a dor pélvica é um motivo de consulta frequente na adolescência; a equipe de saúde deve estar familiarizada com a sua abordagem. A DIP é uma das suas possíveis causas. É importante manter um elevado índice de suspeita perante a presença de fatores de risco e leucorreia associados à dor pélvica. O diagnóstico é fundamentalmente clínico e com confirmação microbiológica. A antibioticoterapia precoce é crucial para evitar complicações a curto e longo prazo.

Palavras chave: Doença Inflamatória Pélvica
Adolescente
Dor Pélvica

Introducción

La enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) es una infección del tracto genital superior que puede comprometer al útero, trompas de Falopio u ovarios. Puede aparecer en cualquier mujer, siendo la adolescencia y juventud un grupo etario especialmente susceptible dados factores biológicos y comportamentales.

En el 90%-95% de los casos se produce en adolescentes sexualmente activas como consecuencia de una infección de transmisión sexual (ITS), especialmente en las debidas a *Chlamydia trachomatis* (CT) y *Neisseria gonorrhoeae* (NG). El 5%-10% restante obedece a causas iatrogénicas en intervenciones ginecológicas (legrado, histeroscopia, colocación reciente de DIU). En adolescentes sexualmente activas siempre hay que tener presente las enfermedades de transmisión sexual y sus complicaciones⁽¹⁻⁷⁾.

La EIP es rara en niñas y adolescentes en la etapa premenarquia y sexualmente inactivas, sin embargo, varios reportes de casos han documentado su aparición en esta población. En estos casos la etiopatogenia es diferente (diseminación hematogena, extensión directa de infecciones adyacentes). La clínica puede ser inespecífica y su diagnóstico es complejo⁽⁶⁾.

El diagnóstico de EIP requiere alto índice de sospecha y es fundamentalmente clínico. El síntoma principal es el dolor pélvico. Este es un motivo de consulta frecuente en las adolescentes mujeres. Su orientación diagnóstica y terapéutica conlleva un enfoque integral. La anamnesis y el examen físico exhaustivo son fundamentales para identificar su origen^(1,2,4,6). La tabla 1 muestra las etiologías del dolor abdominal agudo en adolescentes mujeres.

El tratamiento se inicia en forma empírica al momento del diagnóstico, cubriendo siempre CT y NG. A la antibioticoterapia empírica se le agregan analgésicos antiinflamatorios y reposo^(2,6). La tabla 2 muestra los antibióticos, intervalo, dosis y duración recomendados disponibles.

El riesgo de complicaciones es alto. En forma precoz pueden producirse complicaciones infecciosas, como pelviperitonitis, absceso tubo-ovárico, sepsis y muerte. En forma tardía se afecta especialmente la fertilidad, con un riesgo de esterilidad cercano al 20% luego del primer episodio, embarazo ectópico hasta seis veces más frecuente y dolor pélvico crónico hasta en un 30%⁽²⁾.

Dada la alta prevalencia de esta infección en mujeres jóvenes sexualmente activas y el impacto negativo en su salud sexual y reproductiva, es fundamental que el equipo de salud que asiste a adolescentes conozca esta patología⁽¹⁾.

Tabla 1. Etiologías de dolor abdominal agudo en adolescentes mujeres.

Causas		
Ginecológicas	Obstétricas	Embarazo ectópico Aborto
	No obstétricas	Torsión de ovario Rotura de quiste de ovario Absceso tubo-ovárico Enfermedad inflamatoria pélvica Dismenorrea Endometriosis
Nefro-uritarias		Infección urinaria Cólico nefrítico
Digestivas	No quirúrgicas	Gastroenterocolitis Intoxicación alimentaria Pancreatitis Estreñimiento Trastornos funcionales Enfermedad inflamatoria intestinal Trastornos malabsortivos Adenitis mesentérica Hepatitis
	Quirúrgicas	Apendicitis Colecistitis Obstrucción intestinal
Otras		Cetoacidosis diabética Faringitis estreptocócica Neumonía aguda

Tabla 2. Antibióticos empíricos disponibles en Uruguay para la EIP.

Intravenoso	Intramuscular + vía oral
Ceftriaxona 1 g cada 24 horas +	Ceftriaxona 500 mg i/m única dosis +
Doxiciclina 100 mg cada 12 horas*	Doxiciclina 100 mg v/o cada 12 horas* +
Metronidazol 500 mg cada 12 horas	Metronidazol 500 mg v/o cada 12 horas

*Siempre que sea posible administrar vía oral, ya que la administración intravenosa es dolorosa.

Objetivos

Describir el abordaje integral de una adolescente con dolor pélvico secundario a EIP asistida en un centro hospitalario pediátrico público de referencia en Uruguay.

Caso clínico

Catorce años, sexo femenino, cisgénero, procedente de medio socioeconómico deficitario. Menarca a los 12 años. Ciclos irregulares. Última menstruación cinco meses previos a la consulta. Inicio de relacio-

nes sexuales a los 13 años, prácticas heterosexuales, vaginal-insertivo con múltiples parejas. Método anti-conceptivo: implante subdérmico colocado hace cinco meses, uso irregular de preservativo.

Consulta en el departamento de Emergencia Pediátrica por dolor abdominal de cinco días de evolución, tipo cólico, intenso⁽⁸⁻¹⁰⁾, localizado en flanco derecho, que se irradia a hipogastrio y ambas fosas iliacas, acompañado de náuseas y vómitos. En los días anteriores leucorrea mucopurulenta, sin fetidez ni prurito. A las 72 horas de inicio de la enfermedad agrega temperatura axilar hasta 39 °C, varios registros al día. Tránsito digestivo bajo y urinario sin alteraciones. En la exploración inicial se encontró: triángulo de evaluación pediátrica estable, constantes vitales normales. Piel y mucosas normocoloreadas, sin lesiones. Cardiovascular y pleuropulmonar normal. Abdomen plano, tenso en hipogastrio, depresible, dolor difuso a la compresión superficial y profunda. No defensa, ni contractura. Examen genital realizado con equipo de ginecología: vulva y vagina sin lesiones. Cuello uterino macroscópicamente sano. Leucorrea blanquecina, opaca, no fetidez. Al tacto vaginal, cuello uterino posterior, 2 cm de longitud, cerrado. Útero en anteversoflexión, sin dolor a la palpación bimanual. No dolor a la lateralización cervical. Fondo de saco de Douglas libre, no doloroso.

En el razonamiento clínico inicial se toma en cuenta el ciclo vital del paciente y la presencia de conductas sexuales de riesgo con dolor abdominal hipogástrico, fiebre y leucorrea, planteando el diagnóstico clínico de EIP. Se solicitan estudios para apoyar el diagnóstico, descartar diferenciales y pesquisar la etiología. Se destacan los siguientes hallazgos, hemograma: glóbulos blancos $13,3 \times 10^9/L$, neutrófilos 72%, hemoglobina 13 g/dl, plaquetas $24 \times 10^9/L$; proteína C reactiva 156 mg/L; procalcitonina 0,08 ng/mL; β -hCG en sangre negativa. Examen de orina normal. En la ecografía de abdomen, aparato urinario y ginecológica no se observan alteraciones. Para detectar otras infecciones de transmisión sexual se solicita exudado vaginal y anal, serología para virus de inmunodeficiencia humana, sífilis, hepatitis B y C.

Se comienza tratamiento empírico con ceftriaxona, metronidazol y doxiciclina, antiinflamatorios no esteroideos para descender la temperatura y calmar el dolor.

En la evolución, se recibe PCR de exudado vaginal para NG positivo, negativo para CT. Cultivo de exudado vaginal: *Candida albicans*. Urocultivo y hemocultivo sin desarrollo. Serología de infecciones de transmisión sexual no reactivas. A las 48 horas clara mejoría del dolor abdominal y flujo vaginal, en apirexia. Al quinto día de tratamiento se decide switch a la vía oral, quedando con metronidazol y doxiciclina hasta completar 14 días. Recibe, además, fluconazol 150 mg, una dosis vía oral.

Durante la hospitalización estuvo acompañada por su madre. Se realizó abordaje integral con equipo multidisciplinario conformado por pediatras, ginecólogas, psiquiatría pediátrica (no se dispone de licenciados en Psicología) y licenciada en Trabajo social. Dado que se identificaron diferentes situaciones de vulnerabilidad y riesgo, el objetivo del abordaje fue acompañar y dar pautas de cuidados, no solo en salud sexual y reproductiva, sino en la prevención de otras conductas de riesgo. Se asesora en anticoncepción y se enfatiza en el uso de métodos de barrera. Se habla sobre la importancia de contactarse con sus parejas sexuales para informarles de la infección de transmisión sexual y su eventual tratamiento. Al alta se realiza contrarreferencia con equipo de salud del primer nivel de atención para control y seguimiento.

Se cuenta con el asentimiento de la adolescente y el consentimiento informado de su madre para la publicación del caso clínico.

Discusión

Se presenta el caso clínico de una adolescente sexualmente activa con EIP secundaria a una infección por

NG, donde el dolor abdominal fue el síntoma inicial y principal. Es un síntoma de consulta muy frecuente, que en varias ocasiones conlleva un desafío diagnóstico por la gran variedad de causas que lo pueden generar. Realizar una entrevista completa, en donde la adolescente se sienta cómoda para expresarse libremente, es clave para orientar el diagnóstico. En las adolescentes que han iniciado la actividad sexual siempre hay que considerar las enfermedades transmitidas por esta vía y las complicaciones del embarazo como el aborto y el embarazo ectópico.

Es fundamental realizar una exhaustiva anamnesis del dolor utilizando el acrónimo ATILIEF (aparición, tipo, intensidad, localización, irradiaciones, evolución) y su asociación con síntomas sugestivos de su origen: urinarios, digestivos, ginecológicos e infecciosos^(3,6). El dolor abdominal suele ser el signo cardinal, habitualmente descrito como un dolor localizado en hemiabdomen inferior, bilateral, de intensidad leve a moderada y persistente. Sin embargo, existen diversas formas de presentación del dolor, como es el caso de la paciente descrita, pero esto no aleja el planteo si existen otros síntomas sugestivos y se descartan diagnósticos diferenciales. La ausencia de síntomas urinarios, digestivos y respiratorios aleja otros posibles diagnósticos. La asociación con náuseas y vómitos está descrita, pero en menor frecuencia y relacionada a cuadros de peritonitis⁽²⁾.

La leucorrea es un signo frecuente, presente en el 50% de los casos, generalmente precediendo al cuadro. Cuando está presente, como en el caso descrito, facilita la orientación etiológica, más aún si es fétida y se acompaña de dispareunia^(2,3). A propósito del caso, cabe detenerse en la importancia de reconocer la presencia de leucorrea patológica y de motivar la consulta precoz en las adolescentes. Es importante dialogar sobre el flujo vaginal durante las consultas, ya sea en el control en salud o durante la consulta espontánea. Posmenarca es primordial diferenciar la leucorrea fisiológica de la patológica. Se debe consignar el color, el olor, la cantidad, la relación con el ciclo menstrual y la asociación con otros síntomas.

También es frecuente la asociación con fiebre, aunque esta no suele llegar a valores tan elevados. Otras manifestaciones de la EIP pueden ser el sangrado uterino anormal, con o sin asociación al coito o al ciclo menstrual⁽²⁾.

La posibilidad de tener una EIP aumenta durante la adolescencia, luego del inicio de relaciones sexuales, sobre todo si existen factores de riesgo como la multiplicidad de parejas sexuales, abuso sexual o situaciones de violencia y la falta de uso de métodos anticonceptivos de barrera, tal como se vio reflejado en el caso clínico⁽⁷⁾. En una adolescente que inicia re-

laciones sexuales a los 13 años o menos, se impone la pesquisa de violencia y abuso sexual.

Otros factores de riesgo descritos en la bibliografía para EIP son: infecciones genitales bajas no tratadas actuales o pasadas y la utilización del dispositivo intrauterino como método anticonceptivo. Es importante conocer estos factores de riesgo para mantener un alto índice de sospecha ante la presencia de síntomas y signos sugestivos en las adolescentes que los presentan^(3,5).

La exploración física completa, incluyendo el examen ginecológico, es clave para el diagnóstico. Además de la caracterización del flujo vaginal, si lo hay, y la toma de muestras, importa conocer si el dolor abdominal asocia dolor a la movilización cervical, movilización uterina y/o palpación anexial. De estar presentes, estos signos aumentan la sensibilidad diagnóstica a más de 95%⁽²⁾. En el caso presentado estos signos estaban ausentes, sin embargo, igualmente se pensó en la EIP dada la edad, las conductas sexuales de riesgo, la leucorrea y el dolor abdominal inferior.

Luego de la valoración clínica exhaustiva, la solicitud de estudios estará orientada a descartar diagnósticos diferenciales y comorbilidades, determinar la gravedad del proceso e identificar el germen implicado con el fin de ajustar el tratamiento antibiótico empírico iniciado. En esta línea fue que se descartó embarazo y sus complicaciones con una β -hCG en sangre negativa y ecografía ginecológica sin alteraciones. Esta última, además, alejó otras causas de dolor pélvico como endometriosis, quistes ováricos complicados, adenomiosis, entre otros, y la posibilidad de complicaciones propias de la enfermedad como salpingitis o absceso tubo-ovárico. Aunque no se planteó inicialmente que se tratara de una infección del tracto urinario, dada su alta frecuencia se solicitó examen de orina y urocultivo, completando el estudio con ecografía de aparato urinario para despistar cólico nefrítico dada la intensidad del dolor. No siendo necesaria la solicitud de estos estudios en casos típicos de EIP. La ecografía de abdomen cobró relevancia para descartar apendicitis de localización atípica y adenitis mesentérica. La analítica en sangre fue orientadora de infección por la presencia de leucocitosis con desviación a izquierda en el hemograma y PCR elevada. Se tomó muestra de secreciones a nivel endocervical y vaginal, pero su resultado se obtuvo en un segundo momento asistencial, sin ser relevante a la hora de la toma de decisiones en la emergencia. Además, el estudio negativo no descartó el diagnóstico.

Tal como se mencionó anteriormente, el diagnóstico de esta entidad es fundamentalmente clínico. Se basa en la existencia de dolor pélvico asociado a do-

lor a la movilización cervical, a la palpación anexial o movilización uterina y se apoya en la presencia de criterios menores, algunos clínicos como fiebre y leucorrea mucopurulenta, y otros de laboratorio, como la presencia de leucocitosis en sangre periférica, elevación de reactantes de fase aguda y detección de un germen característico en el exudado endocervical^(1,2,6). En muchos casos, la EIP es difícil de diagnosticar debido a la amplia variabilidad de los síntomas y signos, sumado a que muchas mujeres presentan síntomas leves que pueden pasar desapercibidos⁽¹⁾. Este desafío se ve incrementado aún más en adolescentes, en las que pueden omitirse los síntomas de la esfera ginecológica y las prácticas sexuales. Esto podría deberse a distintos factores como vergüenza, temor a ser juzgadas, situaciones de abuso sexual, entre otros. Por otro lado, los médicos pueden prejuzgar a las adolescentes, especialmente a las más jóvenes, y desestimar el examen genital, con la consecuente omisión diagnóstica.

En un estudio realizado por Byun JM y colaboradores, cuyo objetivo principal fue evaluar las diferencias clínicas, microbiológicas y presencia de factores de riesgo entre adolescentes y adultas con EIP, se encontró que las adolescentes presentaron mayor prevalencia de ITS, mayor grado de disbiosis vaginal, y presencia de más factores de riesgo como el tabaquismo y escaso uso de métodos anticonceptivos. Tal como sucedió en la paciente reportada⁽⁷⁾.

En esta paciente se decidió iniciar tratamiento sintomático y antibioticoterapia empírica con el planteo clínico de EIP. Está demostrado que se debe iniciar tratamiento antibiótico ante toda paciente con sospecha de EIP, aunque los hallazgos sean sutiles o mínimos, dado el alto riesgo de complicaciones agudas a mediano y a largo plazo que supone el retraso en el inicio de tratamiento. Entre ellas, se destaca sepsis y muerte, y a largo plazo infertilidad, embarazo ectópico y dolor pélvico crónico^(1,2,8). Las repercusiones sobre la fertilidad cobran más importancia en la adolescencia, teniendo en cuenta que la mayoría de las pacientes aún no han tenido descendencia.

El tratamiento es inicialmente médico y eventualmente quirúrgico. Incluye reposo, analgesia, hidratación adecuada y el inicio de antibioticoterapia empírica. Se recomienda un tratamiento con antimicrobianos de amplio espectro que cubra la extensa gama polimicrobiana que forma parte de la etiología de la EIP, muy especialmente NG y CT, además de otros gérmenes frecuentes como *Mycoplasma genitalium* (MG) y bacterias anaerobias y enterobacterias^(1,5). A la hora de plantear el tratamiento antibiótico es importante considerar si se requiere hospitalización o no. La evidencia científica ha demostrado que no existen diferencias

en las tasas de embarazo, recurrencia de EIP y embarazo ectópico entre mujeres con EIP leve a moderada que reciben tratamiento oral con las que reciben intravenoso⁽⁸⁾. Las indicaciones de hospitalización y tratamiento intravenoso son iguales para todos los grupos etarios e incluyen presencia de absceso tubo-ovárico, dolor abdominal difícil de calmar o enfermedad grave y fracaso o intolerancia al tratamiento vía oral. Ser portadora de DIU también es un factor a considerar^(1,2). En algunos casos, como en el presentado, la decisión de hospitalización puede estar influenciada por otros factores como el riesgo de discontinuidad en el tratamiento y seguimiento, sospecha de abuso sexual, entre otros.

Según el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC), múltiples planes antimicrobianos han sido eficaces para la mejoría clínica y microbiológica en ensayos clínicos controlados con seguimientos a corto plazo. Sin embargo, pocos estudios han evaluado y comparado estos tratamientos con la aparición de complicaciones a largo plazo como la infertilidad y el embarazo ectópico. El plan antibiótico empírico recomendado por las guías internacionales es ceftriaxona más doxiciclina y metronidazol, tal como se realizó en el caso clínico comentado⁽¹⁾.

La ceftriaxona es una cefalosporina de tercera generación que tiene buena cobertura contra NG y doxiciclina, una tetraciclina con acción sobre CT y anaerobios. La adición de metronidazol amplía la cobertura para los gérmenes anaerobios y MG^(1,5).

La oportunidad del switch al tratamiento por vía oral depende de varios factores clínicos y paraclínicos, entre ellos, mejoría del dolor, desaparición de la fiebre y descenso de los reactantes de fase aguda. Se suspende la ceftriaxona y se continúa con doxiciclina + metronidazol hasta completar 14 días en total de tratamiento antibiótico⁽¹⁾.

En este caso, la adolescente cumplió con los criterios descritos y continuó la antibioticoterapia siguiendo las pautas internacionales. Al mismo tiempo, se confirmó el diagnóstico con el hallazgo de PCR positiva para NG.

El cultivo del exudado vaginal desarrolló *Cándida albicans*. Aunque no parecería ser el agente causal del cuadro actual, su presencia puede considerarse como un factor que altera la microbiota vaginal, favoreciendo la colonización o sobreinfección por otros patógenos⁽⁷⁾. Las manifestaciones clínicas pueden consistir en dolor o prurito, disuria, eritema vulvar o vaginal y flujo vaginal blanquecino y opaco. La infección genital por este hongo es frecuente en la adolescencia. Otros factores predisponentes son el embarazo y

el uso de anticonceptivos orales, ausentes en el caso clínico descrito. Puede tratarse con eficacia mediante cremas vaginales u óvulos de nistatina, clotrimazol o miconazol. También con tratamiento vía oral con una dosis única de fluconazol⁽⁹⁾.

Con respecto a la detección de NG, este es un diplococo gramnegativo, aerobio, agente causal de la gonorrea; una infección de las mucosas del aparato genitourinario, del recto, la orofaringe y la conjuntiva. El número de casos de gonorrea, transmitida por contacto sexual o vía perinatal, ocupa el segundo puesto dentro de las etiologías de las ITS, sólo superada por las infecciones debidas a CT⁽⁵⁾. CT es un germen gramnegativo intracelular obligado, principal agente de infecciones de transmisión sexual. Frecuentemente produce infecciones asintomáticas u oligosintomáticas, favoreciendo su transmisión. En otros casos produce cervicitis en mujeres, uretritis en hombres e infección rectal en ambos⁽⁵⁾. En Uruguay no hay datos de prevalencia específicos para estos gérmenes, pero hay un aumento documentado de otras ITS, como la sífilis y el VIH⁽¹⁰⁾.

Dada la alta prevalencia de la infección, el CDC recomienda ofrecer la detección anual de infección por CT y NG en todas las mujeres sexualmente activas menores de 25 años⁽¹⁾. En todos los pacientes en los que se sospecha o en los que se demuestra la existencia de infección por NG, se debe descartar la coexistencia de sífilis, de infecciones por VIH o por CT. Tal como se realizó en el caso presentado. La incidencia de coinfección por CT es de 15%-25% en los hombres y de 35%-50% en las mujeres⁽¹¹⁾. En este caso la búsqueda de otras ITS resultó negativa.

Es importante mencionar que se debe ofrecer detección de ITS a la/s pareja/s con la/s que la paciente ha mantenido relaciones sexuales en los últimos tres meses⁽¹⁾. Si bien la infección ya ha ocurrido, es una oportunidad que no debe ser perdida, especialmente para reforzar conceptos sobre la salud sexual y reproductiva y reivindicar el correcto uso de métodos anticonceptivos de barrera. El uso de MAC por parte de las mujeres que viven en Uruguay ha ido aumentando de forma constante a lo largo del tiempo, alcanzando el 86% en 2021. Sin embargo, solo la mitad de éstas utiliza preservativo masculino⁽¹⁰⁾. Es prioritario encontrar nuevas estrategias para trabajar en educación y prevención en salud sexual y reproductiva en esta etapa del ciclo vital. El trabajo multidisciplinario entre el equipo de salud, el sistema educativo, la familia y la comunidad continúa siendo la mejor forma de abordar la multicausalidad que subyace detrás de la escasa utilización de métodos de barrera. Desde el sector salud, es fundamental asesorar y realizar intervenciones

educativas adecuadas y precoces en la trayectoria de vida de niños, niñas y adolescentes (NNyA). Está recomendado abordar la sexualidad desde edades tempranas, siempre con una perspectiva de derechos. Por tanto, es imprescindible incluir en la atención de salud de los NNyA un abordaje directo sobre la prevención del embarazo no deseado y sobre las ITS. Estas acciones reducen las conductas sexuales de riesgo; está demostrado que los jóvenes que planifican su primera relación sexual tienen más probabilidades de utilizar algún método anticonceptivo en su primera experiencia sexual⁽¹²⁾.

Conclusiones

El dolor pélvico es un motivo de consulta frecuente en la adolescencia, el equipo de salud que los asiste debe estar familiarizado con su abordaje. La EIP es una de sus posibles causas, su diagnóstico es un desafío especialmente cuando los síntomas son atípicos o inespecíficos. Es importante mantener un alto índice de sospecha ante la presencia de factores de riesgo y leucorrea asociados al dolor pélvico. El diagnóstico es de sospecha clínica y confirmación microbiológica. La antibioticoterapia empírica precoz es fundamental para evitar complicaciones a corto y largo plazo. Este caso clínico evidencia la importancia de una atención pediátrica centrada en la adolescente, con perspectiva de derechos y enfoque interdisciplinario. Es prioritario continuar trabajando en la promoción y prevención de la salud sexual reproductiva en los adolescentes.

Referencias bibliográficas

- Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted infection treatment guidelines 2021: pelvic inflammatory disease. Disponible en: <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/pid.htm>. [Consulta: 3 febrero 2025].
- Baquedano L, Abad C, Adiego I, Colecha M, de la Cueva M, Serrano C, et al. Protocolo aragonés de enfermedad inflamatoria pélvica. *Prog Obstet Ginecol* 2020; 63:347-35. Disponible en: <https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n6/01%20Protocolo%20aragones%20de%20enfermedad%20inflamatoria%20pelvica.pdf>. [Consulta: 3 febrero 2025].
- Rodríguez M. Dolor pélvico en la adolescencia: patología uterina y anexial. *Adolescere* 2019; 7(1):16-25. Disponible en: <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol7num1-2019/16-25%20Tema%20de%20Revision%20-%20Dolor%20pelvico%20adolescencia.pdf>. [Consulta: 3 febrero 2025].
- Perkal G, Suárez M. Dolor pélvico: patología anexial y uterina. En: Hidalgo Vicario M, Rodríguez Molinero L, Muñoz Calvo M, eds. *Medicina de la adolescencia: atención integral*. 3 ed. Madrid: Ergón, 2020:1246.
- Greydanus D, Cabral M, Patel D. Pelvic inflammatory disease in the adolescent and young adult: an update. *Dis Mon* 2022; 68(3):101287. doi: 10.1016/j.disamonth.2021.101287.
- Surd A, Mureşan R, Oprea A, Snakovszki K, Sur L, Usatiuc L, et al. Diagnostic challenges and management strategies of pelvic inflammatory disease in sexually inactive pediatric and adolescent patients: a systematic review of case reports. *J Clin Med* 2025; 14(11):3971. doi: 10.3390/jcm14113971.
- Byun J, Jeong D, Kim Y, Im D, Kim D, Jeong E, et al. Differences in sexually transmitted infection-associated cervical infections in pelvic inflammatory disease patients between adolescents and adults. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2025; 64(2):265-71. doi: 10.1016/j.tjog.2024.10.015.
- Curry A, Williams T, Penny ML. Pelvic inflammatory disease: diagnosis, management, and prevention. *Am Fam Physician* 2019; 100(6):357-64. Disponible en: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2019/0915/p357.html>. [Consulta: 3 febrero 2025].
- Ericson E, Benjamin D, Candida. En: Kliegman R, St Geme III J, Blum N, Tasker R, Shah S, Wilson K, eds. *Nelson tratado de pediatría*. 21 ed. Barcelona: Elsevier, 2020:1640-2.
- Mujer y Salud en Uruguay. Salud sexual y reproductiva en cifras: datos al 2023. Montevideo: MYSU, 2023. Disponible en: https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/fact-sheet_ssr-en-cifras.pdf. [Consulta: 3 febrero 2025].
- Hsu K, Ram S, Darville T. Neisseria gonorrhoeae (gonococo). En: Kliegman R, St Geme III J, Blum N, Tasker R, Shah S, Wilson K, eds. *Nelson tratado de pediatría*. 21 ed. Barcelona: Elsevier, 2020:1478-84.
- Jatlaoui T, Ermias Y, Zapata L. Anticoncepción. En: Kliegman R, St Geme III J, Blum N, Tasker R, Shah S, Wilson K, eds. *Nelson tratado de pediatría*. 21 ed. Barcelona: Elsevier, 2020:1064-7.

Correspondencia: Dra. Manuela Arce.
Correo electrónico: manuela.arce.risso@gmail.com

Disponibilidad de datos

El conjunto de datos que apoya los resultados de este estudio NO se encuentra disponible en repositorios de acceso libre.

Contribución de los autores - CRediT

Manuela Arce: Conceptualización; Análisis formal; Investigación; Redacción - borrador original; Redacción - revisión y edición.

Ma. Laura Rovella: Conceptualización; Análisis formal; Investigación; Redacción - borrador original; Redacción - revisión y edición.

Violeta Quintela: Validación; Visualización; Redacción - revisión y edición.

Verónica Fiol: Validación; Visualización; Redacción - revisión y edición.

Loreley García: Supervisión; Validación; Redacción - revisión y edición.

Manuela Arce, ORCID 0000-0002-4495-715X.

Ma. Laura Rovella, ORCID 0000-0001-5130-7369.

Violeta Quintela, ORCID 0000-0002-4260-326X.

Verónica Fiol, ORCID 0000-0002-4808-9302.

Loreley García, ORCID 0000-0003-2151-7554.