

# ABCESSO TUBO-OVÁRICO

## Análise de 20 Casos

RAUL VARELA, VITOR GONÇALVES, CONCEIÇÃO TELHADO,  
CONCEIÇÃO HORMIGO, CATARINO TAVARES  
Serviço de Ginecologia. Maternidade Dr. Alfredo da Costa. Lisboa

### RESUMO

Os autores procedem à análise retrospectiva dos casos de abcesso tubo-ovárico, internados no Serviço de Ginecologia da Maternidade Dr Alfredo da Costa, num período de 3 anos (1991-1993). O número total de casos foi 20. A incidência em nulíparas foi 25%. Uma percentagem significativa das doentes (30%) tinha sido recentemente submetida a técnicas de instrumentação uterina. Em apenas 15% dos casos havia antecedentes de doença inflamatória pélvica. Nas doentes portadoras de DIU a incidência de abscessos unilaterais e bilaterais foi idêntica. Na maioria dos casos (85%) a apirexia surgiu até 48 horas após o início da antibioterapia. A maioria das doentes (90%) foi submetida a terapêutica cirúrgica. O tempo médio decorrido entre o início da antibioterapia e a intervenção cirúrgica foi 3 dias. Registou-se um caso de rotura de abcesso. Em 3 (15%) doentes verificou-se intraoperatoriamente a co-existência de um abcesso apendicular. Em 30% dos casos as doentes foram submetidas a histerectomia total com anexectomia unilateral ou bilateral. Uma das 2 (10%) doentes submetidas a terapêutica médica isolada apresentou recidiva 1 mês após a alta. A abordagem terapêutica do abcesso tubo-ovárico embora se tenha tornado mais conservadora, continua a incluir, na maioria dos casos, drenagem ou resecção cirúrgica após antibioterapia adequada.

### SUMMARY

#### Tube-ovarian Abscess

The authors make a 3-year retrospective analysis of the tubo-ovarian abscess cases admitted to the Gynecology Ward of Dr Alfredo da Costa Maternity Hospital. In the period studied (1991 through 1993) there were 20 such cases. The incidence in nulliparous patients was 25%. A significant percentage (30%) of the patients had recently undergone uterine instrumentation. A prior history of pelvic inflammatory disease was obtained in only 15% of the cases. In the IUD users the incidence of unilateral and bilateral abscesses was identical. Most patients (85%) became afebrile within 48 hours of instituting intravenous antibiotics. In most cases (90%) the patients underwent surgical therapy. The mean time elapsed between instituting antibiotics and the surgical procedure was 3 days. There was one case of intra-abdominal rupture of the abscess. Intraoperatively, an appendiceal abscess was found in 3 (15%) patients. In 30% of the cases a total hysterectomy with unilateral or bilateral adnexectomy was performed. One of the 2 (10%) patients treated solely with medical therapy presented abscess recurrence one month after hospital discharge. Although the management of tubo-ovarian abscesses has become more conservative it still includes, in most cases, surgical drainage or extirpation after appropriate antibiotic therapy.

### INTRODUÇÃO

Os dados epidemiológicos indicam que a incidência de doenças de transmissão sexual (DTS) têm aumentado significativamente na maioria dos países do mundo, incluindo Portugal. A doença inflamatória pélvica (DIP)

é sem dúvida uma das complicações mais significativas das DTS constituindo um importante problema de saúde pública, quer pelas consequências médicas e económicas imediatas quer pelas sequelas (infertilidade, dor pélvica crónica, gravidez ectópica), principalmente se tivermos em conta que esta patologia é mais frequente na 2ª e 3ª

décadas da vida, com uma alta incidência (25-50%) em nulíparas.

O abscesso tubo-ovárico (ATO) é uma complicação relativamente frequente da DIP sendo responsável por cerca de um terço dos internamentos hospitalares por salpingite aguda e constituindo uma das principais causas de massa pélvica na mulher pré-menopausa. Os factores de risco do ATO são idênticos aos da DIP (múltiplos parceiros sexuais, antecedentes de DIP, ausência de contraceção, DIU e baixo estrato sócio-económico). No entanto, em apenas um terço das doentes com ATO é possível identificar antecedentes de DIP o que pode significar uma grande incidência de infecções subclínicas ou então agentes microbiológicos diferentes<sup>1</sup> - hipótese difícil de provar dado tratarem-se de infecções polimicrobianas com preponderância de bactérias anaeróbias.

O quadro clínico e laboratorial é variável e em muitos casos não está directamente relacionado com a extensão do processo infeccioso. Este facto, associado ao carácter urgente do diagnóstico diferencial com outras patologias pélvicas (apendicite aguda, gravidez ectópica, torção de quisto do ovário), tornam imprescindível a utilização de outros meios complementares de diagnóstico, nomeadamente a ecografia e em alguns casos a laparoscopia.

A abordagem terapêutica do ATO, inicialmente radical, tem vindo a tornar-se cada vez mais conservadora incluindo, em casos seleccionados, a drenagem percutânea e a terapêutica médica isolada.

## MATERIAL E MÉTODOS

Procedeu-se à análise retrospectiva dos casos de ATO internados no Serviço de Ginecologia da Maternidade Dr Alfredo da Costa (MAC) num período de 3 anos (Janeiro de 1991 a Dezembro de 1993).

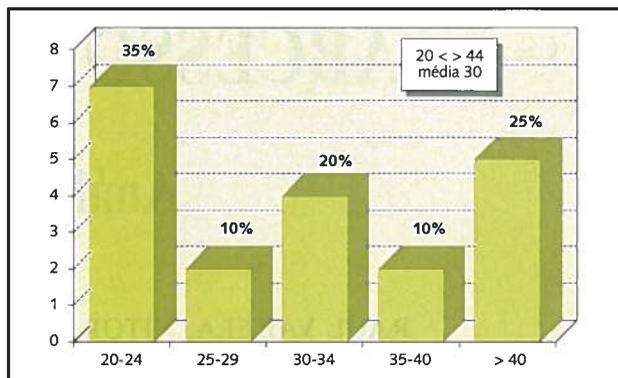
Foram consultados os livros de registo dos blocos operatórios do Serviço de Ginecologia e Serviço de Urgência, os dados codificados dos internamentos no Serviço de Ginecologia e os respectivos processos clínicos. O número total de casos foi 20: 2 em 1991, 8 em 1992 e 10 em 1993).

Procedeu-se à avaliação dos seguintes parâmetros: idade, índice obstétrico, método contraceptivo utilizado, factores de risco, factores desencadeantes, sintomatologia, exame físico, análises laboratoriais, dados ecográficos, tempo decorrido entre o início dos sintomas e o internamento, antibioterapia, número de dias até à apirexia, terapêutica cirúrgica, achados intra-operatórios, tempo decorrido entre o internamento e a intervenção cirúrgica, complicações pós-operatórias, tempo total de internamento e *follow-up*.

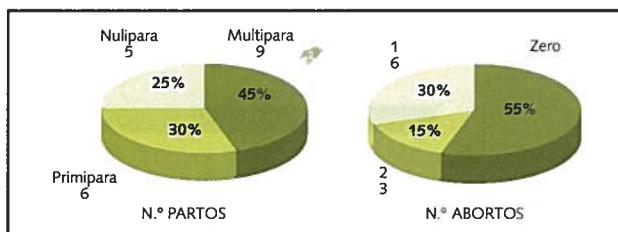
## RESULTADOS

A maioria das doentes (75%) situou-se na faixa etária compreendida entre 20 e 40 anos, com uma média de 30 anos, tendo-se observado um pico (35%) entre os 20 e 24 anos (*Fig. 1*).

Em relação à paridade, verificou-se que 25% eram nulíparas (*Fig. 2*). Mais de metade das doentes (53%) não referiram antecedentes de manobras abortivas, 30% referiram 1 episódio e 15% dois ou mais (*Fig. 2*).



*Fig. 1* – Abscessos tubo-ováricos (Idade)

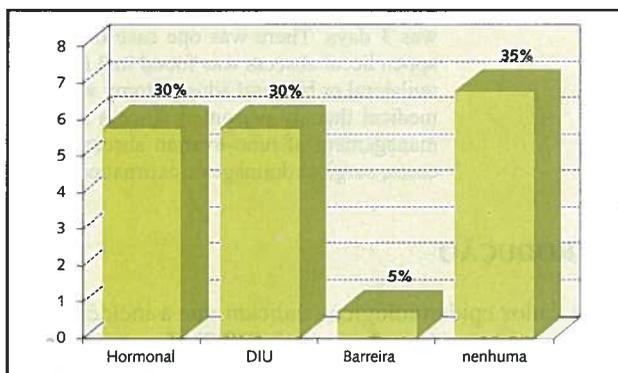


*Fig. 2* – Abscessos tubo-ovaricos (n.º de partos/n.º abortos provocados)

Quanto aos factores de risco, 35% das doentes tinham um DIU inserido. Em apenas 15% dos casos havia antecedentes de DIP. Em relação a outros factores de risco, nomeadamente múltiplos parceiros sexuais e baixo nível sócio-económico, verificou-se que a grande maioria dos processos clínicos eram omissos nestes dados pelo que não foi possível avaliá-los.

Em 30% dos casos as doentes tinham sido recentemente submetidas a técnicas de instrumentação uterina, principalmente manobras abortivas, e, dada a proximidade temporal com o início da sintomatologia (6 a 28 dias) e a natureza invasiva dessas técnicas, podemos considerá-las factores desencadeantes. Não foi detectado nenhum caso de ATO na sequência de cirurgia pélvica ou vaginal.

No que diz respeito à contraceção, 30% das doentes utilizavam contraceptivos orais e uma percentagem idêntica era portadora de DIU. Apenas 1 doente utilizava métodos de barreira (preservativo). Em 35% dos casos as doentes não efectuavam qualquer tipo de contraceção (*Fig. 3*).



*Fig. 3* – Abscessos tubo-ovaricos (Contraceção)

O sintoma mais frequente foi a dor pélvica (referido por todas as doentes). Na maioria dos casos tratou-se de uma dor difusa e apenas 2 doentes referiram lateralização da dor. O sinal mais frequente foi a febre que surgiu em 85% dos casos. Em 50% dos casos as doentes referiram leucorreia, quase sempre fétida, 15% referiram metrorragias e uma percentagem idêntica apresentava queixas urinárias (Fig.4). Numa doente o quadro clínico tinha sido inicialmente interpretado como uma infecção urinária. As doentes que referiram queixas gastro-intestinais (15%) apresentavam infecções extensas e uma grande quantidade de pús na cavidade pélvica.

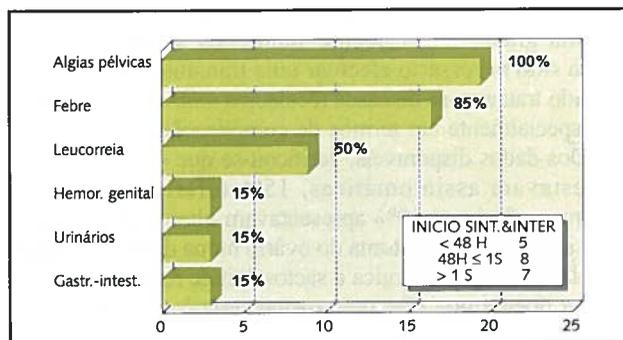


Fig. 4 – Abscessos tubo-ovaricos (Sintomas)

O tempo decorrido entre o início da sintomatologia e o internamento foi, na maioria dos casos (65%), inferior a 7 dias e em 25% dos casos inferior a 48 horas. No entanto, 35% das doentes apresentavam sintomas há mais de uma semana e, num caso, há 3 semanas (Fig.4).

No exame físico 85% das doentes apresentava febre, na maioria dos casos baixa ou moderada, com apenas 2 casos de febre alta. Não se observou qualquer relação entre o valor da temperatura e a gravidade da infecção. Em 85% dos casos a mobilização uterina foi extremamente dolorosa o que, em muitas doentes, tornou o exame inconclusivo em termos de detecção de massa pélvica. Apenas em 45% dos casos foi possível identificar uma massa pélvica através da palpação bimanual. Em 20% dos casos observou-se leucorreia e uma doente apresentou um quadro de peritonite com defesa abdominal (Fig.5).

O leucograma revelou em todas as doentes leucocitose com neutrofilia. Em 70% dos casos o valor da leucocito-

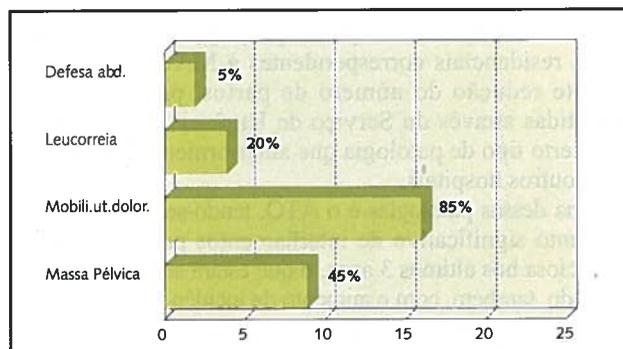


Fig. 5 – Abscessos tubo-ovaricos (Exame Objectivo)

se era inferior a 15000, em 10% estava compreendido entre 15 e 20000 e em 20% era superior a 20000 (Fig.6). Não se verificou qualquer relação entre o valor da leucocitose e a gravidade da infecção. A VS apresentou-se elevada em todas as doentes nas quais se procedeu à sua determinação (65%). Em 50% dos casos o valor da VS foi inferior a 100 e em 15% foi mais elevada. Verificou-se que as doentes com VS muito elevada (>100) apresentavam infecções graves tendo todas elas sido submetidas a histerectomia total com anexectomia unilateral ou bilateral. Em 35% dos casos não se procedeu à determinação deste parâmetro laboratorial (Fig.6). O valor da PCR só foi determinado em 5 doentes apresentando-se elevado em todos os casos.

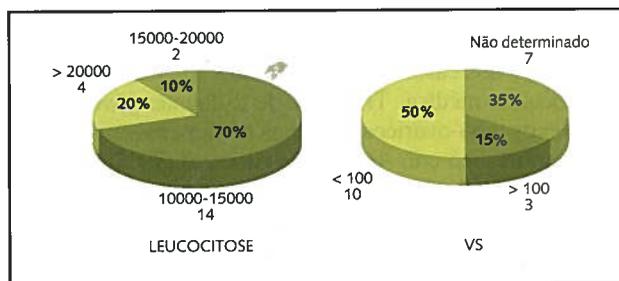


Fig. 6 – Abscesso tubo-ovárico (Laboratório)

O exame ecográfico revelou massa pélvica em todas as doentes, com igual incidência de massas unilaterais e bilaterais. Em 35% dos casos o maior diâmetro do complexo tubo-ovárico foi inferior a 5 cm, em 55% das doentes estava compreendido entre 5 e 8 cm e em 10% era superior a 8 cm. Verificou-se que as dimensões do abscesso estavam directamente relacionadas com a gravidade da infecção. As 2 doentes com abscessos de dimensões superiores a 8 cm apresentavam quadros graves: numa verificou-se rotura do abscesso e a outra apresentava um extenso processo inflamatório, com pelve congelada, tendo sido necessário efectuar histerectomia total com anexectomia bilateral. Em cerca de metade das doentes a ecografia revelou o preenchimento do F.S.P. por líquido finamente ecogénico sugestivo de colecção purulenta.

Todas as doentes foram medicadas com 3 antibióticos, por via endovenosa, tendo sido universal a administração de gentamicina e clindamicina que, em 75% dos casos, foi associada à ampicilina. A 4 doentes foi administrada penicilina em vez de ampicilina. Numa doente alérgica à penicilina esta foi substituída pela eritromicina. Em 2 casos foi associado o metronidazol (Fig.7). Em 25% dos casos as doentes foram medicadas com doxiciclina aquando da alta.

A maioria das doentes (85%) tornou-se apirética às 48 horas, tendo-se registado apenas um caso, de uma doente transferida de outra instituição, em que a apirexia só surgiu ao 4º dia de antibioterapia. Esta doente foi inicialmente medicada apenas com amoxicilina. Nas doentes operadas, o tempo médio decorrido entre o internamento e a intervenção cirúrgica foi 3 dias, variando entre algumas horas, num caso de rotura de abscesso, e 10 dias, no caso da doente transferida de outra instituição.

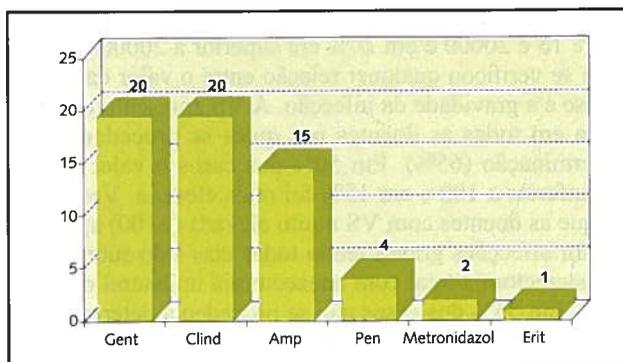


Fig. 7 – Abscesso tubo-ovárico (Antibióterapia)

Em 10% dos casos as doentes foram apenas submetidas a terapêutica médica. Tratou-se de 2 doentes jovens com complexos tubo-ováricos bilaterais de dimensões ecográficas inferiores a 5 cm. As restantes doentes (90%), além da terapêutica médica, foram submetidas a terapêutica cirúrgica tendo-se procedido à laparotomia em 55% dos casos, laparoscopia em 25% e laparoscopia seguida de laparotomia em 10%. Num caso foi efectuada colpotomia posterior com colocação de uma sonda Pezzer (Fig 8). Esta doente

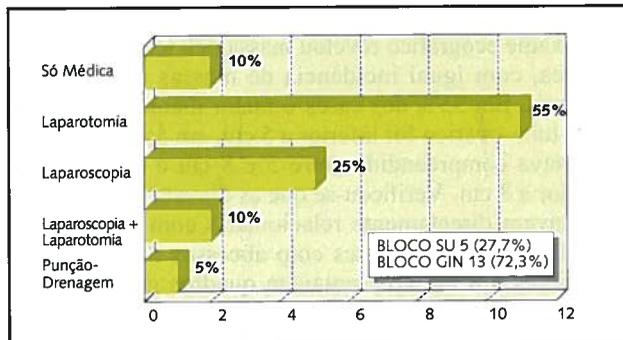


Fig. 8 – Abscesso tubo-ovárico (Terapêutica)

foi posteriormente submetida a laparoscopia seguida de laparotomia em que se efectuou hysterectomia total com anexectomia bilateral e apendicectomia. Em 72,3% dos casos as doentes foram operadas no Serviço de Ginecologia e em 27,7% no Serviço de Urgência.

Intraoperatoriamente foi confirmada a presença de abscesso tubo-ovárico em todas as doentes tendo-se verificado que 3 apresentavam abscesso apendicular associado e 1 rotura de abscesso. Nesta última doente o exame ecográfico pré-operatório tinha indiciado tal complicação.

Em 33% dos casos a terapêutica cirúrgica consistiu apenas em drenagem e adesiólise. Em 17% dos casos procedeu-se a salpingectomia unilateral ou bilateral, em 22% a anexectomia unilateral, em 22% a hysterectomia total com anexectomia bilateral e em 11% a hysterectomia total com anexectomia unilateral. As doentes submetidas a hysterectomia tinham idades compreendidas entre 29 e 44 anos e apresentavam quase todas quadros graves. Numa doente, de 44 anos, procedeu-se à hysterectomia devido a patologia tumoral uterina associada (fibromioma).

ma). Em 5 casos (30%) foi efectuada apendicectomia tendo 4 destas doentes sido, também, submetidas a hysterectomia total com anexectomia unilateral ou bilateral. Nas 7 doentes submetidas a laparoscopia foi necessário proceder à laparotomia em 2. Nos restantes 5 casos foi efectuada anexectomia bilateral num, apendicectomia noutra e apenas drenagem e adesiólise em 3.

O tempo médio de internamento foi 8,4 dias, tendo variado entre 4 dias, numa doente submetida apenas a terapêutica médica, e 20 dias, no caso da doente transferida de outra instituição e que apresentava um quadro grave em que a antibióterapia inicial não foi a mais indicada.

A única complicação pós-operatória foi um caso de anemia grave, numa doente submetida a hysterectomia, tendo sido necessário efectuar uma transfusão de sangue.

Dado tratarem-se de casos recentes o *follow-up* foi limitado especialmente em termos de complicações a longo prazo. Dos dados disponíveis, verificou-se que 45% das doentes estavam assintomáticas, 15% referiam síndrome doloroso pélvico e 10% apresentavam alterações ecográficas - suspeita de hematoma do ovário numa doente submetida a laparoscopia cirúrgica e sactosalpinge residual bilateral noutra doente que efectuou apenas terapêutica médica. A outra doente submetida a terapêutica médica isolada apresentou recidiva do processo infeccioso 2 meses após a alta tendo-se efectuado laparoscopia cirúrgica no 2º internamento. Apesar de terem sido convocadas por escrito 30% das doentes não compareceram à consulta de revisão (Fig. 9).

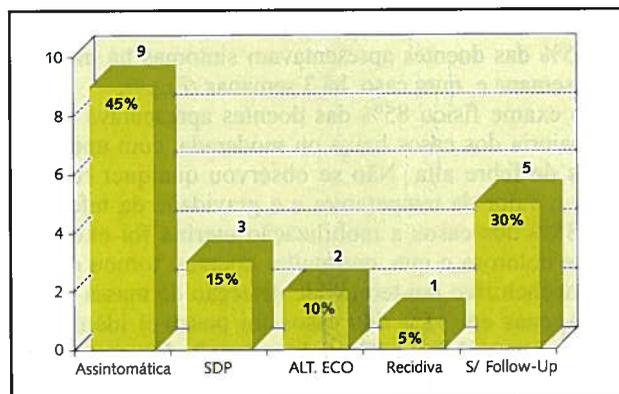


Fig. 9 – Abscesso tubo-ovárico (Follow-up)

## DISCUSSÃO

Desde 1991, ano em que se procedeu à alteração das áreas residenciais correspondentes à MAC, com consequente redução do número de partos, passaram a ser admitidas através do Serviço de Urgência desta instituição certo tipo de patologia que anteriormente era enviada para outros hospitais.

Uma dessas patologias é o ATO, tendo-se verificado um aumento significativo de internamentos por esta doença infecciosa nos últimos 3 anos, o que estará sem dúvida relacionado, também, com o aumento da incidência de DTS.

Apesar da nossa série reportar-se a um número reduzido de casos, pela razão acima indicada, é possível tirar algumas ilações importantes.

O ATO é considerado por muitos autores como o estadió final das DTS. No entanto, tal como é referido em várias séries, a maioria das doentes não apresenta antecedentes de DIP (85% na nossa série). Este facto indica que a prevalência de infecções subclínicas deve ser muito superior ao notificado, sendo importante o rastreio sistemático das DTS (após o início da actividade sexual), principalmente nos grupos de risco. A literatura é pobre em estudos que avaliem a frequência e importância da DIP subclínica.

Inicialmente, vários autores referiram que os ATO unilaterais estavam associados à utilização do DIU mas as séries mais recentes indicam que 70% dos ATO são unilaterais independentemente do uso do DIU<sup>2</sup>. Na nossa série verificamos que 50% das doentes portadoras de DIU apresentavam abscessos bilaterais. No total, a incidência de abscessos unilaterais e bilaterais foi idêntica.

Um achado curioso foi o facto de 30% das doentes terem sido recentemente submetidas a técnicas de instrumentação uterina, principalmente manobras abortivas. Dada a proximidade temporal entre essas intervenções e o início da sintomatologia, decidimos considerá-las como factores desencadeantes. A maioria dos autores não faz referência a esses factores, focando apenas os factores de risco. Considerando a alta incidência de infecções subclínicas que progridem rapidamente para ATO, parece-nos importante identificar possíveis factores responsáveis pela agudização do processo infeccioso, assim como variações qualitativas nos microrganismos envolvidos. Este último aspecto é difícil de avaliar devido à natureza polimicrónica do ATO com preponderância de bactérias anaeróbias.

O diagnóstico clínico de ATO é prejudicado pela diversidade e variabilidade dos sintomas, pela dificuldade de se efectuar um exame ginecológico conclusivo e pela existência de outras patologias com um quadro clínico sobreponível. Na série de Livengood et al<sup>3</sup> 83% das doentes apresentavam sintomas gastro-intestinais que não estavam relacionados com a gravidade da infecção. Nós verificamos uma menor incidência (15%) de queixas gastro-intestinais e apenas nos quadros graves. Aliás esses sintomas foram os únicos que se relacionaram directamente com a gravidade da infecção. Na nossa série 85% das doentes referia dor intensa à mobilização uterina e só foi possível identificar massa pélvica, através da palpação bimanual, em 45% dos casos.

À semelhança de vários autores<sup>1</sup>, verificamos que o leucograma, embora importante na monitorização da resposta terapêutica, é pouco fiável como indicador da gravidade da infecção. A VS, pelo contrário, revelou-se um bom indicador da extensão e gravidade do processo infeccioso e, todas as doentes com VS superior a 100 apresentaram quadros graves tendo sido necessário efectuar histerectomia total com anexectomia unilateral ou bilateral.

A ecografia, efectuada por médicos experientes, é um meio complementar extremamente útil no diagnóstico e monitorização da evolução do ATO. Verificamos que o exame ecográfico revelou a presença de massa pélvica, sugestiva de ATO, em todas as doentes e possibilitou o

diagnóstico pré-operatório de rotura de abcesso no único caso em que esta complicação ocorreu. No entanto, intraoperatoriamente foram observados 3 casos (15%) de abcesso apendicular associado, não tendo o exame ecográfico indiciado tal patologia. Resultados idênticos foram referidos por Taylor et al na maior série publicada e que envolveu 220 doentes<sup>1</sup>.

A laparoscopia é uma técnica de primeira linha no diagnóstico e terapêutica da DIP, existindo uma classificação laparoscópica de gravidade da DIP, introduzida por Hager. No entanto, as implicações técnicas, médicas e económicas deste meio complementar limitam o seu uso.

A TAC e a RMN são métodos fiáveis no diagnóstico do ATO mas os elevados custos limitam a sua utilização.

A cintigrafia com leucocitos autólogos radioactivos detecta o ATO numa grande percentagem de doentes. Moza et al referiram uma sensibilidade de 95% e uma especificidade de 85%<sup>4</sup>. No entanto, além dos elevados custos, é necessário aguardar 24-48 horas para interpretação dos resultados. Por outro lado, a cintigrafia identifica todos os processos inflamatórios tornando difícil o diagnóstico diferencial<sup>1</sup>.

Moir e Robins compararam a fiabilidade da ecografia, cintigrafia e TAC no diagnóstico de abscessos abdominais tendo verificado que a sensibilidade era de 82, 96 e 100% e a especificidade de 91, 65 e 100%, respectivamente<sup>1</sup>. Fica por esclarecer se a sensibilidade e especificidade dessas 3 técnicas serão idênticas para os abscessos pélvicos e se a fiabilidade da TAC justifica os custos acrescidos.

No passado, todas as doentes com ATO eram submetidas a histerectomia total com anexectomia bilateral. Presentemente, não há consenso acerca do tratamento do ATO tendo-se observado, nos últimos anos, uma tendência para maior conservadorismo na abordagem terapêutica desta patologia, desafiando o velho conceito cirúrgico de que os abscessos não podem ser adequadamente tratados só com antibióticos, sendo necessário proceder à sua drenagem ou exérese. Esta tendência verifica-se em relação à DIP em geral tendo-se registado uma diminuição do número de internamentos por esta patologia, nos E.U.A.<sup>5</sup>. Wiesenfeld e Sweet referem que 75% das doentes com ATO podem ser tratadas apenas com terapêutica médica devendo a cirurgia ser reservada aos casos de rotura de abcesso, alta suspeita de outra emergência cirúrgica (p.e. apendicite) e ausência de resposta à antibioterapia em 48-72 horas<sup>2</sup>. Outros factores a ter em conta são a idade e paridade da doente e as dimensões do abcesso (> 8 cm). Na nossa série 90% das doentes foram submetidas a terapêutica cirúrgica, em 25% dos casos por via laparoscópica. Em 33% das doentes procedeu-se apenas a drenagem e adesiólise mas, numa igual percentagem de casos, foi efectuada histerectomia total com anexectomia unilateral (11%) ou bilateral (22%). Isto poderá traduzir uma diferença de gravidade dos casos avaliados ou de atitude na abordagem terapêutica.

A drenagem dos ATO por colpotomia posterior está associada a uma elevada taxa de complicações e consequente necessidade de efectuar cirurgia aberta, além de que a maioria dos ATO não satisfaz os requisitos necessários a esta abordagem terapêutica - massa mediana ade-

rente ao peritoneu pélvico e dissecando o terço superior do septo recto-vaginal<sup>1</sup>. Na nossa série, apenas uma doente foi submetida a colpotomia posterior tendo num segundo tempo sido submetida a laparoscopia seguida de laparotomia em que se efectuou histerectomia total com anexectomia bilateral e apendicectomia.

Em relação às 2 doentes submetidas apenas a terapêutica médica, uma apresentou recidiva do quadro infeccioso 2 meses após a alta tendo sido submetida a laparoscopia cirúrgica. Na outra o exame ecográfico de controlo revelou sactosalpinge residual bilateral. Tratou-se de 2 doentes jovens com ATO bilateral e que responderam rapidamente à antibioterapia. Nestas doentes, em que é importante manter a função reprodutora, parece-nos aceitável uma abordagem terapêutica conservadora inicial mesmo que posteriormente venha a ser necessário adoptar medidas mais agressivas. Nas doentes jovens com abscessos unilaterais que não respondem à antibioterapia, a anexectomia unilateral é uma boa opção terapêutica, mantendo-se a capacidade reprodutora e prevenindo recidivas<sup>6</sup>.

Na nossa série, a combinação de gentamicina com a clindamicina e a ampicilina (ou penicilina ou eritromicina) foi eficaz em todas as doentes, denotando uma boa cobertura dos microorganismos resistentes (*B. fragilis*, *B. biviaus*, *B. disiens*).

A maioria dos autores preconiza o encerramento em segundo tempo da pele e do tecido celular subcutâneo<sup>1,2,6,7</sup>. Na nossa série procedeu-se ao encerramento imediato da pele em todas as doentes não tendo ocorrido nenhum caso de infecção da ferida operatória.

Uma técnica que tem vindo recentemente a ganhar popularidade é a drenagem percutânea sob controlo ecográfico ou por TAC, tendo sido referidas taxas de eficácia de 77 - 93%, evitando-se a cirurgia a longo prazo em 81% dos casos<sup>2</sup>. Alguns autores defendem mesmo que a drenagem percutânea deve ser o método terapêutico de primeira linha nas doentes que não respondem à antibioterapia<sup>2</sup>. São necessários mais estudos para avaliar a aplicabilidade, eficácia e segurança deste novo método, sem dúvida vantajoso na conservação da fertilidade em doentes jovens.

## BIBLIOGRAFIA

1. SWEET RL, GIBBS RS: Mixed Anaerobic-Aerobic Pelvic Infection and Pelvic Abscess. In: Infectious Diseases Of The Female Genital Tract. 2º edition, Baltimore: Williams & Wilkins 1991
2. WIESENFELD HC, SWEET LR: Progress in the Management of Tuboovarian Abscesses. Clin Obstet Gynecol 1993; 36: 433-55
3. LIVENGOOD CH, HILL GB, ADDISON WA: Pelvic inflammatory disease: Findings during inpatient treatment of clinically severe, laparoscopy-documented disease. Am J Obstet Gynecol 1992; 519-24
4. MÓZAS L, CASTILLA JA, ALARCON JL, RUIZ J, JIMENA P, HERRUZO AJ: Diagnosis of Pelvic Inflammatory Disease with 99m Technetium-Hexamethylpropylenamine-Oxime-Labeled Autologous Leukocytes and Pelvic Radionuclide Scintigraphy. Obstet Gynecol 1993; 81: 797-99
5. ROLFS RT, GALAID EI, ZAIDI AA: Pelvic inflammatory disease: Trends in hospitalizations and office visits, 1979 through 1988. Am J Obstet Gynecol 1992; 166: 983-90
6. LANDERS DV, SWEET RL: Current trends in the diagnosis and treatment of tuboovarian abscess. Am J Obstet Gynecol 1985; 151: 1098-110
7. MATTINGLY RF, THMPSON JD: Te Linde's Operative Gynecology. Sixth Edition, Philadelphia: JB Lippincott Company 1985

