

Absceso tubo-ovárico en mujer portadora de dispositivo intrauterino hace 20 años.

Lizbeth de la Caridad Larramendi Benítez ¹, Susana Sucel Arzuaga Labaut ¹, Dr. Yunier Rosales Rodríguez ², Dr. Héctor Alejandro Ulloa Cedeño ²

1 Filial de Ciencias Médicas "Efraín Benítez Popa". Bayamo, Granma. Cuba..

2 Hospital Carlos Manuel de Céspedes. Bayamo, Granma. Cuba.

RESUMEN

El absceso tubo-ovárico es una complicación de la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), caracterizado por la infección del tracto genital superior que se produce, casi siempre, por vía ascendente desde el cuello uterino. Se reportó de un caso de abdomen agudo causado por la rotura de un absceso tubo-ovárico bilateral en una mujer de 42 años portadora de un dispositivo intrauterino hace aproximadamente 20 años. Que consultó por cuadro de dolor abdominal, lumbar y fiebre. El diagnóstico se determinó mediante laparoscopia exploradora, se le realizó histerectomía abdominal total con doble anexectomía. La evolución postoperatoria fue satisfactoria.

Palabras claves: enfermedad inflamatoria pélvica, absceso tubo-ovárico, laparoscopia exploradora.

El absceso tubo-ovárico (ATO) es una entidad sumamente peligrosa que puede provocar la muerte a la paciente por shock endotóxico cuando se rompe. No se ha descrito el mecanismo exacto de la formación del ATO, aunque se manifiesta como una colección de pus en la trompa que compromete el ovario ⁽¹⁾.

En 1869, se reporta el primer caso de ATO, en 1918 se describe posterior a una apendicectomía, en 1936 se presenta la primera serie de 42 casos y en 1976 se describe un caso de ATO un año y medio después de una apendicectomía donde existía perforación intestinal ⁽²⁾.

Los factores de riesgo más importantes que pueden provocar un ATO como complicación de la EIP son: múltiples parejas sexuales, nuevas parejas sexuales en los últimos 12 meses, edad <20 años, raza negra, nivel educacional menor al universitario, presencia de las siguientes infecciones en el tracto genital inferior: C. trachomatis, Neisseria Gonorrhoeae, M. genitalium y Vaginosis Bacte-

riana (VB), presencia de flujo anormal en los últimos 6 meses y dolor pelviano ⁽³⁾.

En cuanto a la clínica del ATO, en general es difícil diferenciarla de una EIP sin la presencia del absceso. Se ha referido al ATO como la etapa final de una EIP, sin embargo solo 30% a 50% de las pacientes presentan sintomatología progresiva, pudiéndose presentar como una infección aguda desde el principio. Para realizar el diagnóstico de ATO, se requiere clínica de EIP, sumada a la existencia una masa inflamatoria, palpable y/o detectable mediante ecotomografía transvaginal. Este es un excelente método debido a que tiene bajo costo, no es invasivo, y tiene una gran exactitud para el diagnóstico de absceso pélvico ⁽⁴⁾.

La terapéutica del absceso tubo-ovárico no solo requiere de tratamiento antimicrobiano sino que debe incluir el quirúrgico, desbridando el absceso y drenándolo, extirpando el anexo correspondiente o la evacuación de todos los órganos genitales, dependiendo de la extensión y compromiso existente en el proceso.

Las complicaciones luego del tratamiento quirúrgico (absceso de herida operatoria, reoperación, lesión intestinal, infección pleuro-pulmonar, sepsis, lesión vesical) son frecuentes y pueden ser causa de muerte de la paciente.

Describimos el caso de una mujer portadora de dispositivo intrauterino (DIU) hace aproximadamente 20 años que presentó una ruptura de un absceso tubo-ovárico bilateral.



✉ Lizbeth de la Caridad Larramendi Benítez. Correo electrónico: joselarramendi@infomed.sld.cu

Recibido: 27/05/2018; **Aceptado:** 06/11/2019

Como citar este artículo:

Larramendi Benítez LC, Arzuaga Labaut SS, Rosales Rodríguez Y, Ulloa Cedeño HA. Absceso tubo-ovárico en mujer portadora de dispositivo intrauterino hace 20 años. Presentación de un caso. 16 de Abril (Internet). 2019 (citado el día del mes del año); 58 (274): 139-142. Disponible en: http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/714/pdf/229

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente femenina de 42 años de edad, raza negra, procedencia urbana con antecedentes de salud aparente y obstétricos G2P2A0 con fecha de última menstruación (FUM) del 10/3/2018, con ciclos regulares y portadora de un DIU hace aproximadamente 20 años. Que acude a cuerpo de guardia de ginecología del Hospital Carlos Manuel de Céspedes, el día 20 de marzo del presente año, porque hace varios días presenta dolor bajo vientre de moderada intensidad que se intensifica al deambular y cambios de posición, no cede con la ingestión de analgésicos, acompañado de fiebre de 38°C comprobado termométricamente y dolor lumbar que se irradia a ambos miembros inferiores.

AL EXAMEN FÍSICO:

Abdomen: Plano, simétrico, que sigue los movimientos respiratorios, ruidos hidroaéreos presentes y normales. Blando, depresible, dolor a la palpación superficial y profunda en hemiabdomen inferior con signos de irritación peritoneal, signo de Blumberg positivo.

Espéculo: Cuello central, largo, orificio cervical externo (OCE) cerrado con escasa leucorrea blanquecina, no fetidez.

Tacto vaginal: Útero de tamaño normal, dolor a la movilización anexial y cervical, vagina caliente.

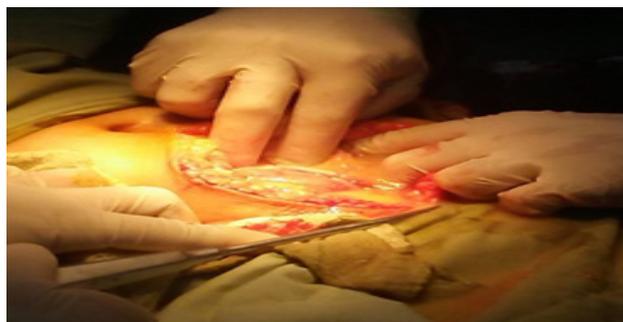


IMAGEN 1: CAVIDAD ABDOMINAL CON ABUNDANTE PUS AMARILLENTO.

INTERVENCIÓN TERAPEUTICA

Se decidió intervenir a la paciente, visualizándose abundante pus amarillento en cavidad y ATO bilateral roto, realizándosele histerectomía abdominal total con doble anexectomía y toma de muestra del pus intraabdominal; las piezas se enviaron para anatomía patológica. Posteriormente se llevó a cabo un intenso lavado de la cavidad abdominal con suero salino dejando un drenaje en el fondo de Douglas.

El cultivo de pus intraabdominal reveló la presencia de *Chlamydia trachomatis*.

Se inició antibioterapia con Ceftriaxona 2 bulbos/12h, endovenoso; Metronidazol 500mg/8h endovenoso y Gentamicina 80mg/8h intramuscular, transcurriendo el postoperatorio sin incidencias y siendo dada de alta a los 19 días.

COMPLEMENTARIOS:

Exámenes de laboratorio: Hemoglobina: 105 g/L; Leucocitos: 8.6 x 10⁹/l Neutrófilos: 0.60, Linfocitos: 0.40; Hematocrito: 0.35 l/l; Eritrosedimentación: 15 mm; Parcial de orina: amarillo turbio, albúminas no contiene, leucocitos 10 a 12 por campo, epitelio plano abundante.

Estudios imagenológicos:

Ultrasonido abdominal: hígado de tamaño normal, textura homogénea, vesícula y vías biliares sin alteración, no dilatación ni litiasis; páncreas y bazo sin alteración, riñones de tamaño normal, no dilatación ni litiasis; vejiga llena, paredes finas y contornos regulares, útero de tamaño normal, textura homogénea con DIU en adecuada posición en cavidad endometrial, no líquido retrouterino, no se visualizan ambos anejos.

Laparoscopia: No se visualiza por abundante líquido en cavidad.



IMAGEN 2: TROMPA Y OVARIO DERECHO ROTO

DISCUSIÓN

La rotura de un absceso tubo-ovárico es una de las principales complicaciones de la EIP5 y puede producir importantes secuelas como infertilidad de origen tubárico, gestación ectópica, dolor pélvico crónico e incremento del riesgo de infección recurrente ⁽⁶⁾.

La etiología microbiológica de la EIP puede describirse como polimicrobiana. La mayoría de los casos de EIP (hasta 85%) son causados por patógenos de transmisión sexual, principalmente *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* ⁽⁷⁾. Una pequeña proporción está causada por microorganismos entéricos (ej. *Escherichia coli*, *Bacteroides fragilis*, estreptococos del grupo B y *Campylobacter* spp) o respiratorios (ej. *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, estreptococos del grupo A y *Staphylococcus aureus*) que han colonizado el tracto genital inferior ⁽⁸⁾. La *Chlamydia trachomatis*, aislado en este caso pertenece al grupo de *Chlamydiaceae*, es la bacteria de transmisión sexual más frecuente al igual que la gonorrea, alrededor del 10-15% de las infecciones endocervicales evolucionan a EPI, pero la presentación subclínica es más frecuente ⁽⁹⁾.

La utilización del DIU como método anticonceptivo se ha asociado con un incremento de la prevalencia de abscesos pélvicos y tubo-ováricos ^(10, 11). Se considera que se relaciona más con la manipulación e instrumentación (principalmente en las 3 semanas siguientes hasta 3 meses posteriores a la inserción) que con el DIU en sí mis-



IMAGEN 3: TROMPA Y OVARIO IZQUIERDO ROTO

mo ⁽¹²⁾, sin embargo y según la publicación de Charonis y Larson ⁽¹¹⁾ las mujeres portadoras de DIU por un período superior a 5 años presentan un riesgo significativamente superior de desarrollar un ATO que aquellas que llevan con el DIU menos de 5 años. En el caso que presentamos la mujer era portadora de DIU hace 20 años.

La mayoría de las pacientes presentan dolor pélvico y/o anaxial a la movilización cervical y a la presión en Douglas, fiebre ≥ 38.3 OC, distensión abdomino-pélvica, flujo anormal mucopurulento cervical o vaginal y síntomas de irritación peritoneal ⁽¹³⁾. En cuanto a los parámetros de laboratorio el recuento leucocitario suele estar aumentado con desviación izquierda, eritrosedimentación acelerada y elevación de la Proteína C reactiva. Estudio microbiológico positivo para *C. trachomatis*, *N. Gonorrhoeae* u otros ⁽¹⁴⁾. En nuestro caso la sintomatología de la paciente coincide con las que aparecen en las literaturas pero en los estudios de laboratorios realizados solo estuvo positivo el parcial de orina por lo que no se puede descartar que presentara una infección del tracto urinario.

El diagnóstico de la EIP es a menudo complicado debido a las muchas patologías ginecológicas y no ginecológicas que pueden presentarse con características similares. Las técnicas de imagen, como la ecografía transvaginal detecta anomalías hasta en el 70% de los casos ⁽¹⁵⁾; la Tomografía Axial Computarizada, su sensibilidad es baja (<65%), pero cuando revela engrosamiento tubárico aumenta mucho su especificidad (95%) ⁽¹⁶⁾; la Resonancia Magnética Nuclear y la Laparoscopia, consi-

derada el "gold standard", son de ayuda en el diagnóstico de ATO. La procalcitonina C es otro de los biomarcadores más utilizados para el diagnóstico y pronóstico de las infecciones ⁽¹⁷⁾. También se ha visto que los niveles de CA125 y de E-cadherina en suero se relacionan con la agudeza del cuadro ⁽¹⁸⁾.

Las técnicas quirúrgicas utilizadas son: colpotomía posterior, drenaje extraperitoneal, drenaje transabdominal, anexectomía unilateral e histerectomía con o sin anexectomía. En el caso que se presenta se realizó histerectomía abdominal total con doble anexectomía ⁽¹⁹⁾.



IMAGEN 4: CUELLO UTERINO DONDE SE OBSERVA LA GUÍA DEL DIU

El manejo de los abscesos tubo-ováricos con tratamiento médico conservador es eficaz en el 95% de los casos; la necesidad de intervención quirúrgica se ha relacionado con el tamaño del absceso, considerando que estaría indicada cuando el tamaño es mayor de 10cm ⁽⁶⁾. La remoción del DIU en pacientes con EPI no acelera la resolución clínica (y hasta puede demorarla) y en la mayoría de los casos se aconseja no remoción ⁽²⁰⁾. La combinación de clindamicina con gentamicina y metronidazol es la más efectiva en aquellas pacientes con abscesos tubo-ováricos y en segunda línea se encuentra la combinación ceftriaxona, metronidazol y doxiciclina, debiendo completar este régimen durante al menos 14 días ⁽¹³⁾.

En conclusión por ser esta una enfermedad de tan alto impacto socio-económico y de salud para la mujer, debemos prevenirla, diagnosticarla a tiempo, elegir el tratamiento adecuado, y disminuir al mínimo la aparición de sus secuelas.

AUTORÍA

Los autores declaran haber contribuido de igual manera a la realización del trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Joiner KA, Onderdonk AB, Gelfand JA, Bartlett JG, Gorbach SL. A quantitative model for subcutaneous abscess formation in mice. *Brit J Exp Pathol.* 1980; 61(1):97-107.
2. Stewart J. Ovarian abscess. Report of a case and a review of the literature. *J Obst Gynecol Surg.* 1985;40:476-485.

3. Hay PE y cols. Which sexually active young female students are most at risk of pelvic inflammatory disease? A prospective study. *Sex. Transm Infect* 2016; 92:63-6.
4. MINDY M. Ultrasound of Pelvic Inflammatory Disease. *Ultrasound Quarterly* 2004; 20: 171-9
5. Luedders DW, Chalvatzas N, Banz C, Horneman A, Diedrich K, Kavallaris A. Tubo-ovarian abscess in woman with an intrauterine device forgotten for 22 years. *Gynecol Surg*. 2010;7: 181--4.
6. Soper DE. Pelvic Inflammatory Disease. *Obstet Gynecol*. 2010; 116:419--28.
7. Price MJ, Ades AE, De Angelis D y cols. Risk of pelvic inflammatory disease following Chlamydia trachomatis infection: analysis of prospective studies with a multistate model. *Am J Epidemiol* 2013; 178:484-92.
8. Sexually Transmitted diseases treatment guidelines 2015. Centers for Disease Control and Prevention. *MMWR Recomm Rep* 2015; 51:1-78.
9. Oakeshott P, Aghaizu A, Hay P, et al. Is *Mycoplasma genitalium* in women the "New Chlamydia?" A community-based prospective cohort study. *Clin Infect Dis* 2010; 51:1160-6.
10. Hsu WC, Lee YH, Chang DY. Tuboovarian Abscess Caused by Candida in a Woman with an Intrauterine Device. *Gynecol Obstet Invest*. 2007; 64:14--6.
11. Charonis G, Larsson P-G. Prolonged use of intrauterine contraceptive device as a risk factor for tubo-ovarian abscess. *Acta Obstetrica et Gynecologica*. 2009; 88:680--4.
12. Grimes DA. Intrauterine device and upper genital tract infection. *Lancet* 2000; 356:1013.
13. Ross J y cols. 2012 European Guideline for the Management of Pelvic Inflammatory Disease. *Int J STD AIDS*. 2014; 25(1):1-7.
14. Workowski KA y cols. CDC. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. *MMWR Recomm Rep*. 2015; 64(RR-03):1-137.
15. Thomassin-Naggara, E. Darai, M. Bazot. Gynecological pelvic infection: What is the role of imaging? 2015: 494
16. Sung Il Jung, Young Jun Kim, Hee Sun Park, Hae Jeong Jeon and Kyung-Ah Jeong. Acute pelvic inflammatory disease: Diagnostic performance of CT. *J. Obstet. Gynaecol. Res.* Vol. 37, No. 3: 228-235, March 2011.
17. Magrini L, Gagliano G, Travaglino F, Vetrone F, Marino R, Cardelli P, Salerno G, Di Somma S. Comparison between white blood cell count, procalcitonin and C reactive protein as diagnostic and prognostic biomarkers of infection or sepsis in patients presenting to emergency department. *Clin Chem Lab Med*. 2014 Oct; 52(10):1465-72. doi: 10.1515/cclm-2014-0210.
18. Tsai HT, Lee TH, Yang SF, Lin LY, Tee YT, Wang PH. Markedly elevated soluble E-cadherin in plasma of patient with pelvic inflammatory disease. *Fertil Steril* 2013; 99: 490-5
19. Brunham R y cols. Pelvic Inflammatory Disease. *N Engl J Med* 2015; 372: 2039-48.
20. Tepper NK, Steenland MW, Gaffield ME, Marchbanks PA, Curtis KM. Retention of intrauterine devices in women who acquire pelvic inflammatory disease: a systematic review. *Contraception* 2013; 87: 655-60.

Tubo-ovarian abscess in a woman with an intrauterine device for 20 years. Case report

ABSTRACT

The tubo-ovarian abscess is a complication of the inflammatory pelvic disease, characterized for the infection of the genital superior tract that is produced, almost always, for ascending road from the cervix. The objective is to present a case of acute abdomen caused by rupture of a bilateral tubo-ovarian abscess in a 42-year-old woman who had been using an intrauterine device approximately 20 years, who presented with abdominal pain, lumbar pain and fever. The diagnosis decided by means of exploring laparoscopy, it's realized abdominal total hysterectomy whit double adnexectomy. Postoperative evolution was satisfactory..

Keywords: pelvic inflammatory disease, tubo-ovarian abscess, exploring laparoscopy..



Este artículo de Revista 16 de Abril está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Revista 16 de Abril.