



clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



CASO CLÍNICO

Absceso placentario y bacteriemia en gestante



E. Izquierdo Trechera*, M.J. García Rubio, M.B. Adiego Burgos,
J. Albareda Landivar y M.V. Albi González

Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA), Alcorcón, Madrid, España

Recibido el 1 de noviembre de 2015; aceptado el 2 de febrero de 2016

Disponible en Internet el 22 de marzo de 2016

PALABRAS CLAVE

Gestación;
Bacteriemia;
Absceso placentario;
Streptococcus anginosus;
Biopsia corial

Resumen La bacteriemia durante la gestación es una condición que se asocia a un incremento de la morbimortalidad maternofoetal. Nuestro objetivo es realizar una revisión bibliográfica a propósito de un caso de bacteriemia en una gestante de segundo trimestre por *Streptococcus anginosus*, con hallazgo en el estudio complementario de un absceso placentario. La gestación está asociada con aumento de susceptibilidad a infecciones debido a los cambios fisiológicos que acontecen durante la misma. La sintomatología de la bacteriemia es inespecífica en este grupo de pacientes, manifestándose de forma típica con fiebre y síntomas constitucionales. El tratamiento se basa en una temprana instauración de antibioterapia intravenosa con cefalosporinas de tercera generación durante al menos 2 semanas. Un manejo temprano es fundamental para minimizar los riesgos tanto maternos como fetales.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Pregnancy;
Bacteraemia;
Placental abscess;
Streptococcus anginosus;
Chorionic villous sampling

Placental abscess and bacteraemia in a pregnant woman

Abstract Bacteraemia during pregnancy is associated with increased maternal and foetal morbidity and mortality. Our goal was to conduct a literature review of this infection apropos of a case of bacteraemia caused by *Streptococcus anginosus* in the second trimester with a finding of placental abscess in the complementary study.

Due to the physiological changes that take place during pregnancy, pregnant women have an increased susceptibility to infections. The symptomatology of bacteraemia is nonspecific in this patient group and the infection typically manifests with fever and constitutional symptoms. The therapeutic approach consists of early imitiation of intravenous antibiotics based on third-generation cephalosporins for at least two weeks. Early management is important to minimize the risks to mother and foetus.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: eizquierdotrechera@gmail.com (E. Izquierdo Trechera).

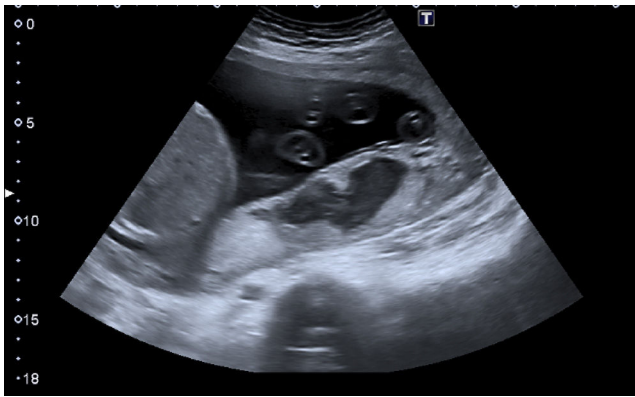


Figura 1 Absceso placentario visualizado por ecografía abdominal.

Introducción

La bacteriemia durante la gestación está asociada con un incremento de la morbilidad materno-fetal. La clínica de presentación incluye fiebre recurrente, pudiendo de forma ocasional no asociar otra clínica acompañante. Una de las causas de bacteriemia en una paciente que ha sido sometida a un procedimiento de diagnóstico prenatal invasivo es la infección del líquido amniótico o de la placenta, que puede llevar a la formación de un absceso placentario, corioamnionitis y desencadenar en una sepsis. Un diagnóstico temprano es fundamental para la instauración precoz del tratamiento, con beneficio para la salud materna y fetal¹.

Presentamos un caso de bacteriemia por *Streptococcus anginosus* en una gestante de 20 semanas.

Caso clínico

Una mujer de 38 años de edad inició el control de la gestación en nuestro centro. Como antecedentes personales era homocigota para la mutación de MTHFR y tenía mutación en el gen del factor XII con elevación del factor VII de coagulación. Tuvo una gestación previa que se interrumpió por detección de trisomía 18 en el estudio del cariotipo. En el momento de la consulta la paciente estaba en tratamiento con heparina de bajo peso molecular de forma profiláctica (tinzaparina 20.000 U/ml, 0,3 ml [6.000 U]/día) y ácido acetilsalicílico (100 mg/día). Se llevó a cabo una biopsia corial en la semana 12 de gestación, ante un riesgo combinado de primer trimestre de alto riesgo para aneuploidías (riesgo de trisomía 21:1/127). La paciente acudió a urgencias de nuestro centro en la semana 20 de gestación por un cuadro de fiebre intermitente, astenia y anorexia sin otros síntomas acompañantes. El estudio analítico mostró leucocitosis con neutrofilia. El hemocultivo fue positivo para *Streptococcus anginosus*.

En el estudio ecográfico se objetivó la presencia de placenta previa con visualización de formación econegativa heterogénea, con paredes irregulares en el espesor placentario de 82 × 33 × 67 mm, siendo el diagnóstico compatible con un absceso placentario (fig. 1). Se realizó confirmación del hallazgo ecográfico con resonancia magnética nuclear. Ante el diagnóstico de bacteriemia por *S. anginosus* con



Figura 2 Técnica de B-Lynch.

presencia de absceso placentario se instauró tratamiento antibiótico intravenoso con 2 g de ceftriaxona al día durante 2 semanas.

Tras el tratamiento la paciente mostró una mejoría tanto clínica como ecográfica, con la resolución completa del absceso placentario. Durante el seguimiento no existieron signos fetales de infección, y todos los indicadores de bienestar fetal se encontraron dentro de los parámetros normales.

A las 35 semanas de gestación la paciente acudió a urgencias de nuevo por un cuadro de metrorragia de tercer trimestre, con presencia de contracciones en presencia de placenta previa, que cedió de forma espontánea. Se llevó a cabo una cesárea electiva en la semana 38. Durante la cirugía se produjo una atonía uterina que requirió de técnica de B-Lynch para su resolución (fig. 2). El estudio anatómo-patológico de la placenta confirmó la presencia de absceso placentario (fig. 3). Actualmente la paciente y el recién nacido se encuentran sanos.

Discusión

La gestación está asociada con un incremento de la susceptibilidad a infecciones. Los cambios fisiológicos secundarios a la adaptación inmunológica de la madre al feto favorecen el desarrollo de las mismas. La bacteriemia no es una enfermedad frecuente en la gestación, pero incrementa

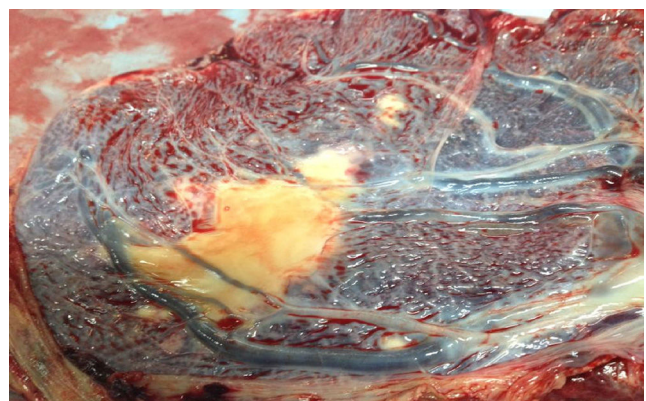


Figura 3 Absceso placentario. Visualización macroscópica.

el riesgo de mortalidad materno-fetal. El microorganismo más comunmente asociado con bacteriemia prenatal y en el posparto es *Escherichia coli*, siendo *Streptococcus agalactiae* la causa más frecuente de bacteriemia intraparto. La respuesta al tratamiento antibiótico es buena, siendo los resultados generalmente satisfactorios².

S. anginosus es un microorganismo que pertenece a la familia de *Streptococcus viridians*. Son cocos gram positivos, catalasa negativos, siendo anaerobios facultativos no móviles. En circunstancias normales esta bacteria puede formar parte de la flora oral y gastrointestinal, pudiendo encontrarse también en la flora vaginal en un 18% de las mujeres asintomáticas. Sin embargo, puede causar también infecciones sistémicas entre las que se encuentran la formaciones de abscesos al nivel del hígado, el pulmón y el cerebro, cuadro de bacteriemia y endocarditis e infecciones intraabdominales. En estos casos los síntomas son inespecíficos, pudiendo manifestarse en la gestación con fiebre recurrente y sintomatología constitucional. La presencia de *S. anginosus* debe hacernos descartar la presencia de abscesos intraabdominales y/o endocarditis³. Durante la gestación las enfermedades pueden manifestarse de forma atípica. Por esta razón, la presencia de fiebre en una mujer gestante requiere de una exploración minuciosa basada en la realización de una exploración física completa, acompañada de pruebas complementarias tanto de laboratorio como de imagen. La leucocitosis leve se considera normal durante el embarazo (≤ 14.000 células/mm³), pero asociada a neutrofilia puede indicar un proceso infeccioso. La ecografía es la técnica de imagen de elección para el diagnóstico de una enfermedad durante el embarazo, debido a su seguridad y disponibilidad en la práctica obstétrica diaria. La resonancia magnética nuclear es también una poderosa herramienta de diagnóstico complementaria a la ecografía. La tomografía axial computarizada debe ser considerada tras un análisis de riesgo/beneficio debido a la radiación ionizante que emite, realizándose en gestantes solo en situaciones urgentes que requieren un diagnóstico rápido⁴.

Es importante excluir un cuadro de corioamnionitis con la realización de cultivo de líquido amniótico debido a que el enfoque terapéutico es completamente diferente al de un cuadro de bacteriemia. En nuestro caso, en ausencia de signos clínicos de corioamnionitis, decidimos no realizar la amniocentesis dado el riesgo de transmisión de la infección de la sangre al líquido amniótico.

La realización de pruebas invasivas para el diagnóstico prenatal durante el embarazo, como la biopsia corial, puede

dar lugar a bacteriemia. Aunque la frecuencia es muy baja (1,8%) un riesgo ligeramente más alto ha sido reportado después de procedimientos invasivos transcervicales, como en nuestro caso⁵.

El tratamiento de *S. anginosus* es médico, basado en administración de cefalosporinas de tercera generación (como ceftriaxona o ceftazidima), por vía intravenosa durante al menos 2 semanas, siendo un tratamiento seguro y eficaz.

La bacteriemia en la gestación es rara, pero debemos sospecharla ante clínica de fiebre recurrente. Es importante un diagnóstico correcto para instaurar de forma precoz el tratamiento, minimizando los efectos adversos tanto maternos como fetales⁶.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A las personas que forman parte del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

Bibliografía

1. Surgers L, Valin N, Carbonne B, Bingen E, Lalande V, Pacanowski J, et al. Evolving microbiological epidemiology and high fetal mortality in 135 cases of bacteremia during pregnancy and postpartum. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2013;32:107–13.
2. O'Higgins AC, Egan AF, Murphy OC, Fitzpatrick C, Sheehan SR, Turner MJ. A clinical review of maternal bacteremia. *Int J Gynaecol Obstet*. 2014;124:226–9.
3. Patounakis G, Krauss K, Nicholas SS, Baxter JK, Rosenblum NG, Berghella V. Development of pelvic abscess during pregnancy following transvaginal oocyte retrieval and in vitro fertilization. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2012;164:116–7.
4. Masselli G, Brunelli R, Monti R, Guida M, Laghi F, Casciani E, et al. Imaging for acute pelvic pain in pregnancy. *Insights Imaging*. 2014;5:165–81.
5. Silverman NS, Sullivan MW, Jungkind DL, Weinblatt V, Beavis K, Wapner RJ. Incidence of bacteremia associated with chorionic villus sampling. *Obstet Gynecol*. 1994;84:1021–4.
6. Giuliano S, Rubini G, Conte A, Goldoni P, Falcone M, Vena A, et al. *Streptococcus anginosus* group disseminated infection: case report and review of literature. *Infez Med*. 2012;20:145–54.