

<http://www.elsevier.es/semergen>

424/2079 - ABSCESOS TUBÁRICOS

A. de la Cal Núñez¹, D. Sánchez Andrés², M. Martínez Pérez³ y S. Díaz-Salazar de la Flor²

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Astillero. Cantabria.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria.³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vargas. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 19 años, acude por dolor abdominal y sangrado vaginal de 2 semanas. Tras tomar anticonceptivos orales ha tenido sangrados esporádicos. Desde hace 2 semanas manchados diarios, dolor en fosa iliaca izquierda y dispareunia. Valorada en urgencias, analítica con leucocitosis y PCR elevada y orina poco alterada. Ginecología realiza exploración donde se objetivan restos hemáticos menores a regla malolientes y ECOTV normal. Ante la sospecha de vaginosis bacteriana se pauta tratamiento con óvulos. Reacude a urgencias dos días después por persistencia de síntomas asociando disuria y polaquiuria. Se realiza exploración física y analítica, destacando una EyS con leucocitos 20-30, resto negativo, por lo que se pauta tratamiento con cefuroxima. Reacude a la semana por dolor en ambas fosas iliacas irradiado hacia hemicórtax derecho y sensación distérmica.

Exploración y pruebas complementarias: Afebril, TAS: 126/78 mmHg, 71 lpm SATO2: 97%. Abdomen: timpánico, dolor difuso con defensa, más en hemiabdomen derecho, Blumberg - y PPRD+ genitales externos normales: restos hemáticos escasos, flujo blanquecino no maloliente, cérvix doloroso a la movilización. Eco TV: Anejo derecho: Imagen heterogénea tubular compatible con absceso tubárico de 48 × 12 mm. Anejo izquierdo: Imagen tubular heterogénea de 27 × 14 mm compatible con absceso tubárico.

Orientación diagnóstica: Abscesos tubáricos bilaterales.

Diagnóstico diferencial: Infección urogenital. EPI. Embarazo ectópico.

Comentario final: Ingresó en ginecología para tratamiento antibiótico. Urocultivo y serologías negativas, cultivo endocervical positivo para C. trachomatis, y se pautó tratamiento con doxiciclina 10 días. La mayoría de las mujeres con infección por C. trachomatis son asintomáticas, pero es una causa importante de varios síndromes clínicos comunes. El cuello uterino y la uretra son los sitios más comúnmente infectados. Sin tratamiento, la infección cervical puede ascender y causar EPI, infertilidad y dolor crónico. La mayoría de las mujeres con infección de uretra no tienen síntomas específicos, pero algunas refieren polaquiuria y disuria. La combinación de piuria sin bacteriuria en una mujer joven y sexualmente activa debe hacernos sospechar una infección uretral por clamidia. La EPI debido a C. trachomatis se asocia con tasas altas de infertilidad tubárica posterior, embarazo ectópico y dolor pélvico crónico

Bibliografía

1. Marrazo J, Hynes N, Bloom A, Clinical manifestations and diagnosis of Chlamydia Trachomatis infections. UpToDate, 2019. Disponible en: <https://www.uptodate.com>

Palabras clave: Abscesos tubáricos. Clamydia trachomatis. EPI.