



PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Piosalpingitis neumocócica: descripción de un caso inusual

Carmen Fernández Pozuelo ^{a,*}, Irene M. Baena Ferrer ^a, Vicente Aguadero Acera ^a, Julián Sánchez Castaño ^a y Pedro Llera Rocha ^b

^a Servicio de Análisis Clínicos, Hospital de Mérida, Mérida, Badajoz, España

^b Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital de Mérida, Mérida, Badajoz, España

Recibido el 15 de diciembre de 2011; aceptado el 10 de febrero de 2012

Disponible en Internet el 24 de abril de 2012

PALABRAS CLAVE

Piosalpingitis
neumocócica;
Streptococcus
pneumoniae;
Dispositivo intrauterino
(DIU);
Cefotaxima

Resumen

Objetivo: Analizar tanto las características clínicas así como las modalidades diagnósticas y el tratamiento adecuado de un caso de piosalpingitis neumocócica acontecido en el Hospital de Mérida.

Paciente: Mujer aquejada de dolor abdominal, principalmente en hipogastrio, náuseas, vómitos y fiebre. Portadora de DIU.

Resultados: La paciente es intervenida quirúrgicamente por la presencia de abscesos purulentos en ambas trompas. Se decide salpingectomía bilateral. Se identifica *Streptococcus pneumoniae* como agente causante de la infección. Se pauta tratamiento con cefotaxima.

Conclusión: La piosalpingitis neumocócica es de difícil diagnóstico debido a su inespecificidad y baja frecuencia en la población. No obstante, es importante un reconocimiento temprano, mediante el análisis de muestras microbiológicas, para evitar la mortalidad y la morbilidad asociadas.

© 2011 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Pneumococcal
pyosalpinx;
Streptococcus
pneumonia;
Intrauterine device
(IUD);
Cefotaxime

Pneumococcal pyosalpinx: description of an unusual case

Abstract

Objective: To examine the clinical characteristics, diagnostic modalities, and appropriate treatment of a case of pneumococcal pyosalpinx managed in the Hospital of Mérida, Spain.

Patient: A woman complained of abdominal pain, especially in the hypogastrium, nausea, vomiting and fever. The patient was an intrauterine device (IUD) carrier.

Results: The patient underwent surgery due to the presence of purulent abscesses in both tubes. Bilateral salpingectomy was performed. *Streptococcus pneumoniae* was identified as the cause of the infection and cefotaxime was prescribed.

Conclusions: Because of its lack of specificity and low frequency in the population, pneumococcal pyosalpinx is difficult to diagnose. However, early recognition, by analyzing microbiological samples, is important to prevent mortality and morbidity.

© 2011 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carmen.fernandezp85@gmail.com (C. Fernández Pozuelo).

Introducción

Streptococcus pneumoniae puede causar una amplia variedad de infecciones tales como meningitis, sinusitis, otitis media, neumonía, endocarditis, artritis séptica y peritonitis, pero rara vez el tracto genital femenino ha estado implicado como foco primario de infección, principalmente en mujeres en edad reproductiva. Presentamos un caso infrecuente identificado en el trabajo rutinario de nuestro laboratorio, el cual nos invita a realizar una breve revisión de un absceso por neumococo en las trompas de Falopio.

Descripción del caso clínico

Mujer de 32 años de edad que acude al servicio de urgencias por presentar, desde unas 10 h antes, dolor abdominal generalizado con predominio en el hipogastrio, malestar general, náuseas, vómitos y fiebre. Entre los antecedentes personales de interés destacan estreñimiento crónico y apendicectomía. La paciente es nulípara y portadora de DIU.

En la exploración física encontramos abdomen con cicatriz de McBurney, doloroso, con defensa generalizada más importante en hipogastrio y con cierta reacción peritoneal. Se realiza radiografía de tórax, ecografía de abdomen y ginecológica, con resultados normales. Sin embargo, en la radiografía de abdomen se observan asas centinela en mesogastrio y en la tomografía computarizada, distensión del intestino delgado y líquido libre en Douglas. En la analítica de orina destacan la bacteriuria y la leucocituria. Entre los parámetros sanguíneos cabe destacar: potasio, 3,3 mEq/l; bilirrubina total, 1,9 mg/dl, y bilirrubina directa, 0,57 mg/dl. Así mismo se observa una leucocitosis con predominio de neutrófilos (95%). Se realiza intervención quirúrgica debido a los signos de afectación intestinal. Tras laparotomía, se evidencian colecciones purulentas en ambas trompas, con útero y ovarios inflamados y pus en la cavidad abdominal. Se decide salpingectomía bilateral y lavado de la cavidad abdominal dejando drenaje y retirada del DIU. Se toman muestras para cultivo microbiológico.

La paciente es remitida al servicio de ginecología, donde la evolución postoperatoria cursa con normalidad.

La tinción de Gram muestra la presencia de abundantes leucocitos y cocos grampositivos en cadena. A las 24 h de incubación a 37 °C se observa, en agar sangre y agar chocolate, el crecimiento de colonias mucosas, alfa hemolíticas y catalasa negativas. Son identificadas como *S. pneumoniae* por su sensibilidad a optoquina y mediante el sistema semiautomatizado VITEK2 (BioMérieux®, Marcy-l'Étoile, Francia) utilizando la tarjeta GP. El antibiograma muestra sensibilidad a clindamicina, eritromicina, cefepima, levofloxacino, ofloxacino, penicilina G, cefotaxima, vancomicina y tetraciclina.

La paciente es diagnosticada de piosalpingitis neumocócica y completa el tratamiento con cefotaxima (2 g/12 h i.v.) durante 10 días.

Discusión

Piosalinx es un término que se engloba dentro del concepto general de enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), y se

refiere a la infección del tracto genital superior. Este término incluye además de piosalinx una o varias de las siguientes condiciones: salpingitis, pelviperitonitis y absceso tuboovárico.

La prevalencia de EIP está en relación con la prevalencia de infecciones de transmisión sexual por *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*. Los factores de riesgo principales son: edad inferior a 25 años, múltiples compañeros sexuales, ETS, no utilización de métodos de barrera, historia previa de EIP, historia de vaginosis-cervicitis, dispositivos intrauterinos (solo en los 3 meses posteriores a la inserción), abortos e instrumentación uterina¹.

Los síntomas más frecuentes son: dolor abdominal bajo (incluyendo dolor anexial, dispareunia), aumento del flujo vaginal (flujo de características anormales), sangrado anormal (intermenstrual, poscoital) y síntomas urinarios. Pero en el caso que se presenta la paciente solo manifiesta dolor abdominal e infección urinaria, síntomas que no ayudan a realizar un diagnóstico diferencial compatible con piosalpingitis debido a su inespecificidad.

El diagnóstico clínico es con frecuencia difícil por la poca sensibilidad de la historia clínica y los estudios de laboratorio. En esta paciente, las ecografías ginecológica y abdominal pasan desapercibidas ya que no muestran colecciones purulentas en trompas y útero ni ovarios inflamados. Es la radiografía de abdomen la que evidencia signos de alguna enfermedad inflamatoria, en concreto, asas en centinela en el mesogastrio. Estos hallazgos inespecíficos son los que dirigen un abordaje quirúrgico hacia la laparoscopia, la práctica de elección en estos casos.

Ante la sospecha de EIP se debe instaurar tratamiento antimicrobiano empírico, ya que el retraso en el diagnóstico y el tratamiento puede producir secuelas importantes. En general se usan pautas con asociación de antimicrobianos para dar cobertura a *N. gonorrhoeae* (levofloxacino, ceftriaxona), *Ch. trachomatis* (levofloxacino, doxiciclina) y gérmenes anaerobios (clindamicina, metronidazol, cefoxitina)¹. En el caso que nos ocupa se pautó tratamiento con cefotaxima, observándose una evolución favorable de la infección.

S. pneumoniae es un microorganismo humano patógeno capaz de causar en humanos diversas infecciones (neumonía, sinusitis, peritonitis, etc.) y procesos invasivos severos (meningitis, septicemia, etc.), particularmente en ancianos, niños y personas inmunodeprimidas. El hábitat natural del neumococo es la nasofaringe humana, y la colonización puede tener lugar durante los primeros días de vida. Se han descubierto 95 tipos diferentes de infecciones neumocócicas inusuales, algunas de las cuales incluyen abscesos pancreáticos y hepáticos, aortitis, lesiones gingivales, gastritis flemónica, adenitis inguinal, abscesos testiculares y tubuloováricos y fascitis necrosante².

El primer piosalinx causado por *S. pneumoniae* fue descrito hace unos 100 años en una mujer de 38 años. Desde entonces ha habido casos aislados de infecciones neumocócicas en genitales femeninos³.

La puerta de entrada de estas bacterias podrían ser los genitales externos, pero normalmente son inhibidas por la acidez de la vagina. Esto explica que las infecciones ginecológicas por neumococo, a pesar de su rareza, sean más frecuentes en mujeres embarazadas y en niñas prepúberales, en las cuales el pH vaginal es normalmente alcalino⁴. Una vez

colonizado, el microorganismo puede ascender a las trompas y al parénquima ovárico, produciendo la formación de abscesos⁴. Así mismo, se pueden formar abscesos en las trompas como resultado de una invasión bacteriana a través de la vía sanguínea o linfática², o por un trauma quirúrgico⁴. En este caso la infección pudo haber sido favorecida por la presencia del DIU. En cualquier caso es una infección inusual, hecho que se demuestra por la escasez de literatura publicada, principalmente en los últimos años. Para impedir secuelas importantes a causa de un retraso en el diagnóstico, es fundamental la celeridad a la hora de instaurar antibioterapia por sospecha de EIP, así como la obtención de muestras para análisis microbiológico, indispensables para un diagnóstico definitivo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Quede constancia de nuestra gratitud a nuestros compañeros de los Servicios de Microbiología y Ginecología, cuyas atinadas críticas y sugerencias al borrador de este artículo contribuyeron a mejorarlo sustancialmente.

Bibliografía

1. Meis JF, Festen C, Hoogkamp-Korstanje JA. Pyosalpinx caused by *Streptococcus pneumoniae* in a young girl. Pediatr Infect Dis J. 1993;12:539–40.
2. Wetchler SJ, Dunn LJ. Ovarian abscess. Report of a case and a review of the literature. Obstet Gynecol Surv. 1985;40:476–85.
3. Wilson JR, Black JR. Ovarian abscess. Am J Obstet Gynecol. 1964;90:33–4.
4. Jáudenes Vázquez L. Enfermedad inflamatoria pélvica. Guías Clínicas. 2005;5:46.