



PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Abdomen agudo como presentación de absceso tubo-ovárico en adolescente sexualmente inactiva

Rocío Granero Cendón*, José Ignacio Garrido Pérez, Fernando Vázquez Rueda, Verónica Vargas Cruz, Cristina Ruiz Hierro y Rosa María Paredes Esteban

Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

Recibido el 16 de febrero de 2012; aceptado el 11 de abril de 2012
Disponible en Internet el 10 de julio de 2012

PALABRAS CLAVE

Absceso tubo-ovárico;
Abdomen agudo;
Enfermedad inflamatoria
pélvica;
Relaciones sexuales
ausentes;
Laparoscopia

KEYWORDS

Tubo-ovarian abscess;
Acute abdomen;
Inflammatory pelvic
disease;
Adolescent virgin;
Laparoscopy

Resumen El absceso tubo-ovárico es una complicación de la enfermedad inflamatoria pélvica (EPI), entidad poco frecuente en mujeres sin actividad sexual previa. Presentamos el caso de una paciente de 13 años, sin relaciones sexuales, que consultó por cuadro de dolor abdominal, fiebre y diarrea. Fue diagnosticada de absceso tubo-ovárico bilateral que se resolvió mediante antibioterapia por vía intravenosa y drenaje laparoscópico. El diagnóstico del absceso tubo-ovárico y su tratamiento precoz son esenciales para prevenir posibles secuelas (infertilidad, embarazo ectópico o dolor abdominal crónico) y debe ser sospechado aun en ausencia de relaciones sexuales.

Actualmente, la laparoscopia es el tratamiento quirúrgico de elección porque genera menos morbilidad postoperatoria.

© 2012 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Acute abdomen as the form of presentation of tubo-ovarian abscess in a sexually inactive adolescent

Abstract Tubo-ovarian abscess (TOA) is a complication of pelvic inflammatory disease (PID) rarely found in sexually inactive girls. We report the case of a 13-year-old sexually inactive adolescent who presented with abdominal pain, fever and diarrhea. The patient was diagnosed with bilateral tubo-ovarian abscess, which was resolved by laparoscopic drainage of the abscess and antibiotic therapy. Early diagnosis and treatment are essential to prevent further sequelae including infertility, ectopic pregnancy and chronic pelvic pain. TOA should be included in the broad differential diagnosis of abdominal pain with fever in adolescent girls regardless of sexual history.

Currently, laparoscopy is the surgical treatment of choice because it produces less postoperative morbidity.

© 2012 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rocio.granero.sspa@juntadeandalucia.es (R. Granero Cendón).

Introducción

Los abscesos tubo-ováricos son complicaciones agudas de la enfermedad inflamatoria pélvica (EPI). Las EPI son infecciones del tracto genital superior que pueden combinar endometritis, salpingitis, ooforitis, abscesos tubo-ováricos, peritonitis y perihepatitis. Pueden ser uni o bilaterales.

En la mayoría de los casos están causadas por la diseminación ascendente de una infección de transmisión sexual desde la vagina y el cérvix, por lo que son más frecuentes en mujeres entre los 15-24 años. Los gérmenes más aislados son la *Neisseria gonorrhoeae* (*N. gonorrhoeae*) y la *Chlamydia trachomatis* (*C. trachomatis*), pero en los casos de EPI se han cultivado gran variedad de patógenos que forman parte de la flora vaginal habitual^{1,2}.

Presentamos el caso clínico de una paciente con absceso tubo-ovárico bilateral que negaba cualquier tipo de contacto sexual, vaginal, anal u orogenital.

Caso clínico

Mujer de 13 años que acude al servicio de urgencias de nuestro centro por dolor abdominal de 24 h de evolución, de inicio epigástrico y posteriormente localizado en la fosa ilíaca derecha; refiere asociados fiebre, náuseas y diarrea. No presenta síntomas miccionales o secreciones vaginales aumentadas.

Dos semanas antes había consultado por cuadro de dolor abdominal que fue diagnosticado de gastroenteritis aguda. Menarquia a los 11 años con ciclos regulares de 5 días, de flujo normal, su último período había sido 2 semanas antes del inicio del cuadro, de características habituales. La paciente niega contacto sexual de cualquier tipo o uso de alcohol, tabaco o drogas. No refiere otros antecedentes personales ni familiares de interés.

A la exploración, presenta buen estado general, 53 kilos de peso, febril (38,2 °C), abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en la fosa ilíaca y vacío derecho, con signos de irritación peritoneal presentes. El resto de la exploración por aparatos y sistemas, sin hallazgos de interés.

En la analítica realizada a su ingreso destacan 27.500 leucocitos, con el 91% de neutrófilos, PCR 95 g/dl, proteínas y nitritos en orina, con leucocituria negativa. Con la sospecha de apendicitis aguda, realizamos una ecografía abdominal donde se aprecia una colección en el fondo de saco de Douglas de 6 × 5 cm compatible con tumoración o absceso dependiente de anejo derecho (fig. 1).

Se decide efectuar una RM pélvica donde se identifica colección de 7 × 5 cm, compatible con absceso pélvico y lesión quística anexial derecha de 2,5 × 3,2 cm en relación con el proceso infeccioso (fig. 2). No se objetivan malformaciones genitourinarias asociadas.

Ante estas pruebas de imagen se instaura tratamiento con antibioterapia por vía intravenosa (cefotaxima y metronidazol) y se realiza laparoscopia donde, bajo visión directa, se diagnostica absceso tubo-ovárico bilateral: evidenciamos útero y anejos normales, ambos pegados entre sí, y al útero por secreción purulenta y exudado friable de fibrina; al realizar la adhesiolisis identificamos colecciones purulentas localizadas entre la trompa y el ovario, que se aspiran en su totalidad y envían para cultivo (fig. 3). En el mismo acto



Figura 1 Ecografía abdominal. Hallazgos compatibles con tumoración o absceso dependiente del anejo derecho.

anestésico, antes de la intervención, previo informe a la adolescente y a su familia, y una vez obtenido consentimiento por escrito, se realiza una exploración ginecológica a la paciente en la que identificamos genitales externos femeninos normales con anillo himenal íntegro. No se objetiva patología apendicular, perforación, inflamación o divertículos intestinales durante la cirugía.

La paciente evoluciona favorablemente, permaneciendo afebril durante todo el postoperatorio, siendo alta hospitalaria a los 5 días de la intervención.

El cultivo del frotis cervical para *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis* fue negativo, así como el cultivo de orina, sangre y muestras tomadas al absceso durante la cirugía.

La serología efectuada para el cribado de sífilis, citomegalovirus, virus de Epstein-Barr, toxoplasma, virus del herpes simple, virus de la inmunodeficiencia humana y virus de la hepatitis B y C también fue negativa. Además, se realizó el test de Mantoux a la enferma, con idéntico resultado.

Al alta, la paciente fue seguida en consultas externas durante un año, tiempo en el cual ha estado asintomática, tolerando dieta adecuadamente, realizando deposiciones diarias normales y con periodos menstruales de 5 días de duración, regulares, por lo que creemos se puede descartar enfermedad sistémica concomitante.

Discusión

Los abscesos tubo-ováricos son una de las complicaciones más severas de la EPI. Se estima que el porcentaje de adolescentes que presentan EPI y desarrollan abscesos tubo-ováricos es del 17-20%, pero son infrecuentes en aquellas que no han tenido relaciones sexuales previas²⁻⁴, ya que, en aproximadamente el 85% de los casos, las EPI están causadas por la diseminación ascendente de una infección sexual activa desde la vagina y el cérvix. El 15% restante ocurre después de procedimientos que rompan la barrera de moco cervical, permitiendo a la flora vaginal colonizar el tracto genital superior¹⁻³. La EPI es una infección típicamente polimicrobiana y, aunque los microorganismos más aislados son la *N. gonorrhoeae* y la *C. trachomatis*, podemos identificar gran variedad de patógenos grampositivos o negativos, aerobios o anaerobios, como son el *Escherichia coli*, *Bacteroides fragilis*, *Peptococcus*, *Staphylococcus*, *Streptococcus* del grupo A y

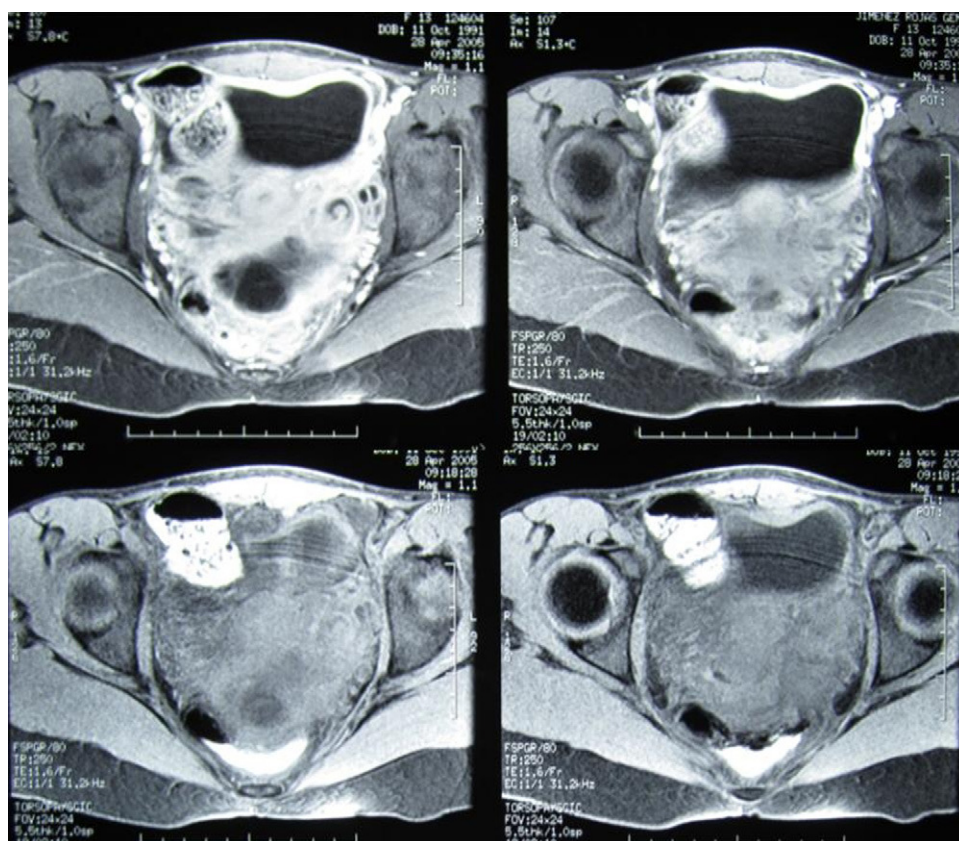


Figura 2 RM pélvica. Se identifica colección compatible con absceso pélvico y lesión quística anexial derecha en relación con el proceso infeccioso.

B y *Enterococcus* que forman parte de la flora vaginal habitual¹.

Por tanto, las EPI y sus complicaciones, los abscesos tubo-ováricos, son las secuelas más frecuentes de las enfermedades de transmisión sexual. Haciendo una revisión de la literatura, encontramos, aunque de manera aislada, casos de abscesos tubo-ováricos debido a otras causas: *Pasteurella multocida*, enfermedad inflamatoria intestinal, mala higiene, infección de orina, estreñimiento, endometriosis,

malformaciones genitourinarias o reflujo urinario a vagina^{1,2,5-7}.

En nuestra paciente, aunque no existían signos o síntomas evidentes de infección del tracto genital inferior u otra infección sistémica, consideramos la hipótesis de que el absceso se desarrolló como resultado de microorganismos ascendentes desde el tracto genital inferior. Sabemos que las secreciones vaginales, debido a que están compuestas por lisozima y lactoferrina, sirven como barrera para las infecciones ascendentes por su actividad antimicrobiana. La alteración en la composición de estas puede predisponer a las mujeres a sufrir infecciones ascendentes, que pueden llevar a serias complicaciones, como pueden ser los abscesos tubo-ováricos⁸. En nuestra paciente, debido al antecedente de gastroenteritis previa, puede haber existido un cambio en sus secreciones cervicales que le permitieron desarrollar una infección pélvica. Nuestro caso apoya la idea de que no es necesaria una infección de tracto genital inferior ni actividad sexual previa para desarrollar un absceso tubo-ovárico.

El dolor abdominal o pélvico es el hallazgo más común en el absceso tubo-ovárico apareciendo en el 90% de los casos; también son frecuentes la fiebre y la leucocitosis. En algunas pacientes, existe un drenaje espontáneo a través de la vagina. Pero todos estos síntomas no están siempre presentes, por lo que la prueba diagnóstica de elección es la ecografía; en algunos casos puede ser necesaria la realización de TC o RM para hacer el diagnóstico diferencial con quistes de ovario, hidrosalpinx, embarazo ectópico, tumores u otros abscesos de origen gastrointestinal⁵.

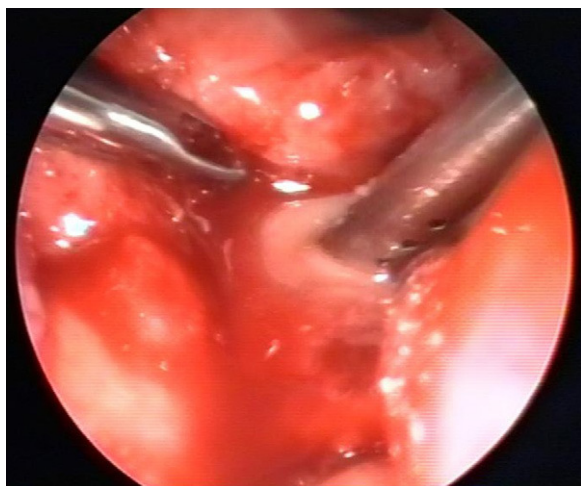


Figura 3 Laparoscopia, limpieza y drenaje del absceso.

El manejo del absceso tubo-ovárico debe realizarse con antibioterapia de amplio espectro y drenaje del absceso. Consideramos que el drenaje quirúrgico debe realizarse siempre que este no ocurra de manera espontánea, ya que el contacto prolongado del absceso con las estructuras abdominales puede crear adherencias, que son la causa más frecuente de infertilidad posterior. Históricamente, el tratamiento quirúrgico se realizaba mediante salpingo-ooforectomía o incluso histerectomía; actualmente, el drenaje mediante laparoscopia es la técnica de elección con un éxito mayor del 90%, que, además, presenta otras ventajas, como son una hospitalización más corta, menor grado de dolor postoperatorio y un riesgo menor de desarrollo de seromas y adherencias postoperatorias^{5,9,10}.

Debido a que los hallazgos clínicos y radiológicos para el diagnóstico del absceso tubo-ovárico tienen una baja sensibilidad y especificidad, la laparoscopia tiene otra ventaja en la práctica clínica, ya que nos permite el diagnóstico en casos con sintomatología poco clara^{5,9-11}.

Por tanto, se debe considerar el diagnóstico diferencial de absceso tubo-ovárico en mujeres jóvenes que presentan abdomen agudo aun en ausencia de relaciones sexuales activas, ya que en este grupo es importante realizar un diagnóstico y tratamiento precoz para prevenir secuelas importantes, como son la infertilidad, el dolor pélvico crónico o el embarazo ectópico, siendo la laparoscopia el tratamiento quirúrgico de elección por generar menor morbilidad postoperatoria.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Hartmann KA, Lerand SJ, Jay MS. Tubo-ovarian abscess in virginal adolescents: exposure of the underlying etiology. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2009;22:13–6.
2. Dogan E, Altunyurt S, Altindag T, Onvural A. Tubo-ovarian abscess mimicking ovarian tumor in a sexually inactive girl. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2004;17:351–2.
3. Mollen CJ, Pletcher JR, Bellah RD, Lavelle JM. Prevalence of tubo-ovarian abscess in adolescents diagnosed with pelvic inflammatory disease in a pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care.* 2006;22:621–5.
4. Slap GB, Forke CM, Cnaan A, Bellah RD, Kreider ME, Hanissian JA, et al. Recognition of tubo-ovarian abscess in adolescents with pelvic inflammatory disease. *J Adolesc Health.* 1996;18:397–403.
5. Arda IS, Ergeneli M, Coskun M, Hicsonmez A. Tubo-ovarian abscess in a sexually inactive adolescent patient. *Eur J Pediatr Surg.* 2004;14:70–2.
6. Gensheimer WG, Reddy SY, Mulconry M, Greves C. Abiotrophia/granulicatella tubo-ovarian abscess in an adolescent virginal female. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2010;23:9–12.
7. Moore MM, Cardosi RJ, Barrionuevo MJ. Tubo-ovarian abscess in an adolescent virgin female. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1999;153:91–2.
8. Hein M, Valore EV, Helmig RB, Ulbjerg N, Ganz T. Antimicrobial factors in the cervical mucus plug. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;187:137–44.
9. Buchweitz O, Malik E, Kressin P, Meyhoefer-Malik A, Diedrich K. Laparoscopic management of tubo-ovarian abscesses: retrospective analysis of 60 cases. *Surg Endosc.* 2000;14:948–50.
10. Granberg S, Gjelland K, Ekerhovd E. The management of pelvic abscess. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2009;23:667–78.
11. Kim SH, Kim SH, Yang DM, Kim KA. Unusual causes of tubo-ovarian abscess: CT and MR imaging findings. *Radiographics.* 2004;24:1575–89.