

PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Gestante de 14 semanas con sepsis secundaria a corioamnionitis por *Peptoniphilus harei*



Manuel Perea Brenes ^{a,*}, Carmen León Vergara ^a, María José Artacho Reinoso ^b
y José Antonio Lepe Jiménez ^b

^a Unidad Clínica de Reproducción, Genética y Medicina Fetal, Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, Sevilla, España

^b Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas, Microbiología y Medicina Preventiva, Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, Sevilla, España

Disponible en Internet el 5 de junio de 2014

PALABRAS CLAVE

Sepsis;
Corioamnionitis;
Vaginosis bacteriana

KEYWORDS

Sepsis;
Chorioamnionitis;
Bacterial vaginosis

Resumen Las corioamnionitis precoces suelen producirse vía ascendente a partir de una infección vaginal o bien tras técnicas invasivas sobre el útero. La vaginosis bacteriana es prevalente entre gestantes, pero la infección ascendente con corioamnionitis y sepsis es infrecuente, más aún tan precozmente como en la semana 14. Para prevenir las complicaciones de la vaginosis se ha propuesto su cribado, sin que exista actualmente evidencia de su beneficio, al menos en gestantes de bajo riesgo. Sí parece establecido que el riesgo de recidiva a pesar del tratamiento adecuado es alto, por lo se recomienda el seguimiento de la gestante.

© 2013 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

A pregnant woman at 14 weeks with sepsis caused by chorioamnionitis due to *Peptoniphilus harei*

Abstract Early chorioamnionitis most often occurs as a result of ascending infection from the vagina or after invasive procedures on the uterus. Bacterial vaginosis is prevalent among pregnant women, but ascending infection with chorioamnionitis and sepsis is rare, especially as early as week 14. Screening has been proposed to avoid the complications of vaginosis, with no current evidence of benefit, at least in low-risk pregnant women. However, it is well established that the risk of recurrence is high, despite adequate treatment, and therefore monitoring is recommended in pregnant woman with vaginosis.

© 2013 SEGO. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mpereabrenes@gmail.com (M. Perea Brenes).

Introducción

La corioamnionitis se define como la inflamación de origen infeccioso de las membranas placentarias. Se asocia a abortos y a morbilidad maternofoetal. Su relación con la prematuridad está bien establecida, encontrándose tasas del 67% de corioamnionitis histológica en partos inmaduros entre la 21-24 semanas¹ y hasta en el 41% de las roturas de bolsa amniótica por debajo de la semana 27². Sin embargo, las corioamnionitis tan precoces y con criterios de sepsis como la que se describe son infrecuentes.

Caso clínico

Secundigesta de 14 semanas, sin antecedentes médicos, que acude por malestar general, fiebre, cefalea, escalofríos e hipogastralgia. Al explorarla se aprecia afectación del estado general, fiebre de 39,4 °C y taquicardia. La palpación hipogástrica es dolorosa, presenta leucorrea verdosa fétida de aspecto purulento procedente de útero, siendo la movilización de este dolorosa. La ecografía muestra feto con latido acorde a amenorrea, placenta normoinsera, líquido amniótico normal pero con imagen de detritus (slugde) y cérvix de 42 mm (fig. 1). En la analítica existe elevación PCR (178 mg/l), leucocitosis y neutrofilia intensa.

Tras iniciar antibioterapia por vía intravenosa (ampicilina, gentamicina y clindamicina) y ante la sospecha de corioamnionitis como causante de la sepsis, se informa a la paciente de la necesidad de finalizar la gestación por interés materno. Se procede a la inducción del aborto expulsando el feto y la placenta pocas horas más tardes. La evolución posterior es favorable, permaneciendo la paciente afebril, mejorando su estado general y los controles analíticos. En los hemocultivos realizados se aísla *Peptoniphilus* spp. y mientras que en el cultivo vaginal crece flora habitual, en el de placenta se aíslan múltiples gérmenes grampositivos en medio aerobio. En medio anaerobio, no se aísla ningún germen, pero debemos tener en cuenta que el medio de transporte no fue el adecuado. El estudio histológico de la placenta muestra signos de corioamnionitis (figs. 2 y 3).

Previo al alta, se advierte que la paciente había acudido 5 semanas antes a otro hospital, siendo diagnosticada y tratada de vaginosis bacteriana (VB).



Figura 1 Imagen ecográfica de depósito de detritus (slugde).

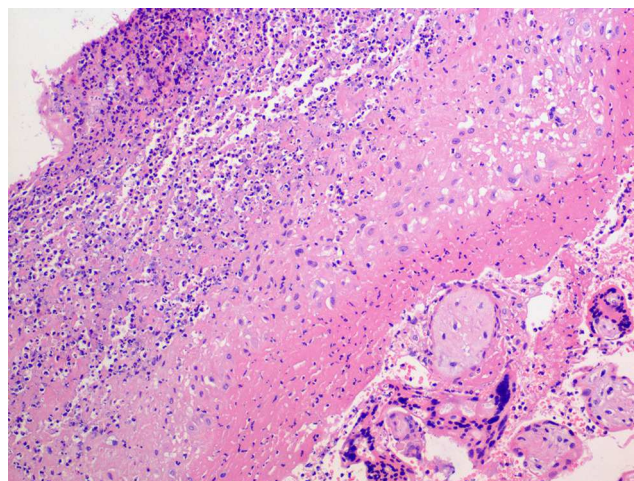


Figura 2 Histología de la placenta donde se aprecia infiltración intensa del tejido deciduocorial por PMN.

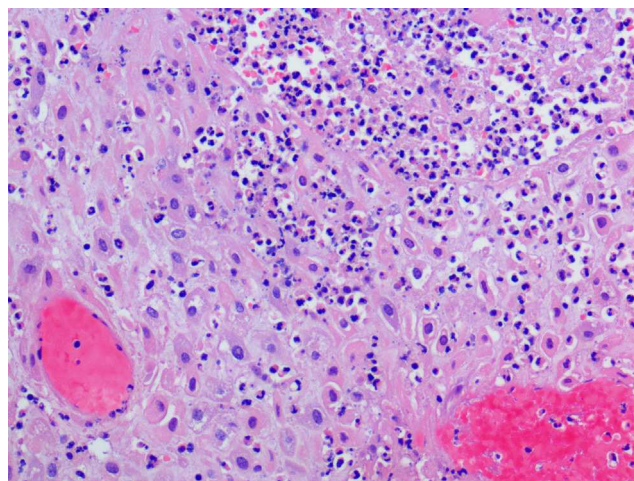


Figura 3 Histología de placenta a mayor aumento.

Discusión

Las corioamnionitis precoces suelen producirse vía ascendente a partir de una infección vaginal o bien tras técnicas invasivas sobre el útero, más raramente hay casos de infección por vía hematogena con paso trasplacentario del germen a partir de una bacteriemia^{3,4}. La VB se detecta con frecuencia entre las gestantes⁵ y se asocia a abortos y corioamnionitis. Sin embargo, a pesar de su alta prevalencia, la infección precoz ascendente con sepsis tras bacteriemia es infrecuente, más aún tan precozmente como en la semana 14. El caso de corioamnionitis que se presenta, dadas las semanas de gestación, predomina la clínica materna, pero las complicaciones fetales pueden ser múltiples (fig. 4).

La corioamnionitis suele ser polimicrobiana, aislándose más de un germen en el 50% de los casos, siendo normalmente gérmenes habituales de la flora vaginal. En este caso, se aísla en sangre por espectrometría de masas (MALDI-TOF) el *Peptoniphilus harei* spp., coco anaerobio grampositivo que presenta sobrecrecimiento en la VB. En ocasiones, se ha propuesto el cribado de la VB en la gestante; su elevada prevalencia y su asociación a complicaciones obstétricas,

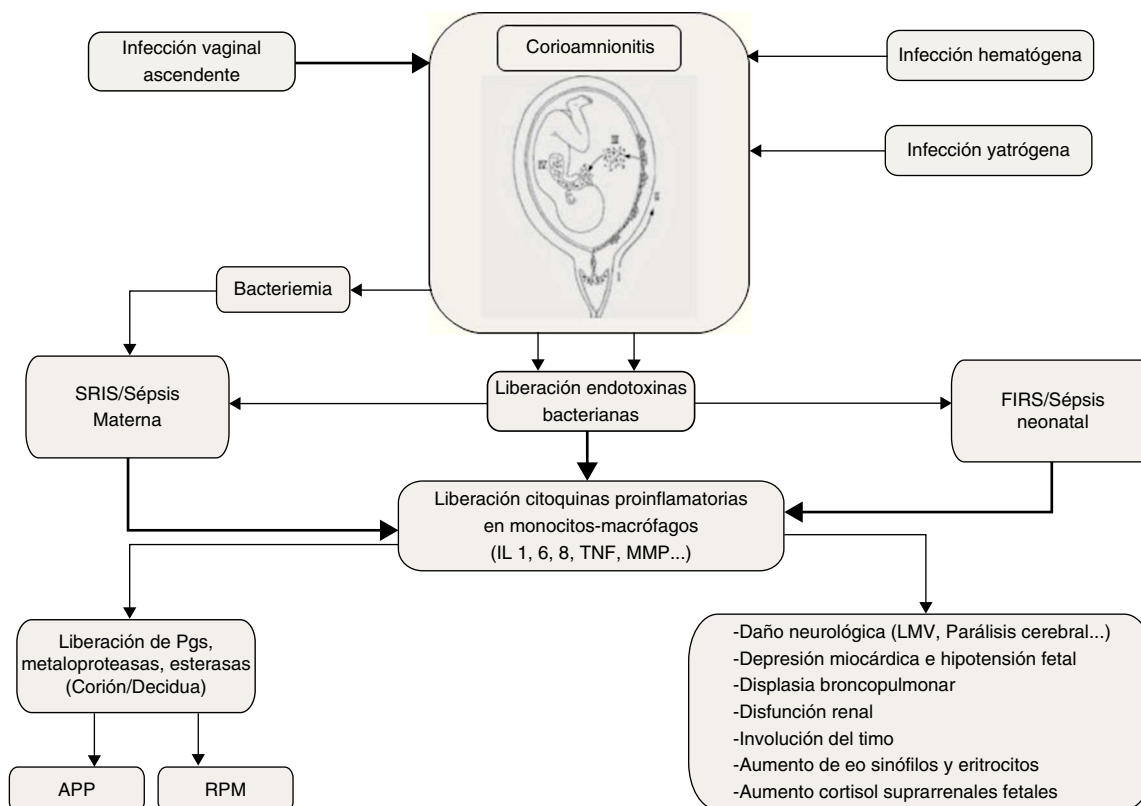


Figura 4 Esquema de la patogenia de la corioamnionitis, sepsis materna y FIRS.

APP: amenaza de parto pretérmino; FIRS: fetal inflammatory response syndrome; IL: interleucina; LMV: leucomalacia periventricular; MMP: metaloproteasas; Pgs: prostaglandinas; RPM: rotura precoz de membranas; SRIS: systematic response inflammatory syndrome; TNF: factor de necrosis tumoral.

como aborto espontáneo, parto pretérmino o fiebre puerperal, justificarían el intento de identificar a las pacientes sintomáticas o asintomáticas con VB y tratarlas. Sin embargo, los ensayos clínicos realizados para estudiar el beneficio del tratamiento de la VB no demuestran reducción de dichas complicaciones, al menos en gestantes de bajo riesgo^{6,7}. Si debemos considerar que el riesgo de recidiva a pesar del tratamiento antibiótico adecuado es alto⁸, siendo recomendable repetir las pruebas diagnósticas al mes del tratamiento para comprobar que la curación se ha alcanzado⁹.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Mueller-Heubach E, Rubinstein DN, Schwarz SS. Histologic chorioamnionitis and preterm delivery in different patient populations. *Obstet Gynecol.* 1990;75:622–6.
2. Newton ER. Chorioamnionitis and intraamniotic infection. *Clin Obstet Gynecol.* 1993;36:795.
3. Zettell L, Jelsema RD, Isada NB. First-trimester septic abortion due to *Salmonella enteritidis* Oranienburg. *Infect Dis Obstet Gynecol.* 1995;2:239–41.
4. Goddijn M, Chipper HG, Spanjaard L, Wolf H. First trimester *Listeria monocytogenes* septicemia. *Infect Dis Obstet Gynecol.* 1997;5:219–21.
5. Wenman WM, Tataryn IV, Joffres MR, Pearson R, Grace MGA, Albritton WL, et al. Demographic, clinical and microbiological characteristics of maternity patients: A Canadian clinical cohort study. *Can J Infect Dis.* 2002;13:311–8.
6. Brocklehurst P, Gordon A, Heatley E, Milan SJ. Antibiotics for treating bacterial vaginosis in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;1.
7. Guaschino S, Ricci E, Franchi M, Frate GD, Tibaldi C, Santo DD, et al. Treatment of asymptomatic bacterial vaginosis to prevent pre-term delivery: A randomized trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2003;110:149–52.
8. Diagnóstico y tratamiento de las vulvovaginitis. Protocolo SEGO 2012. [consultado Mayo 2013]. Disponible en: <http://www.prosego.com>
9. Yudin MH, Money DM, Infectious Disease Committee. Screening and management of bacterial vaginosis in pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can.* 2008;30:702–8.