

316 Diagnóstico de la corioamnionitis

(Actualizado en 2004)

DEFINICIÓN

La corioamnionitis se define como la presencia de gérmenes en el líquido amniótico (estéril en condiciones normales), que comportará manifestaciones clinicoanalíticas para la madre y/o para el feto.

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico clínico

El diagnóstico de la infección intraamniótica (IIA) es básicamente clínico. La corioamnionitis se debe descartar en toda gestante que presente fiebre sin foco aparente, sobre todo si se sospecha o se ha confirmado una rotura de membranas. Los criterios más empleados para el diagnóstico son: fiebre materna y, al menos, 2 de los siguientes signos: taquicardia materna, taquicardia fetal, irritabilidad uterina, leucocitosis materna o líquido amniótico purulento o maloliente. La frecuencia de aparición de estos criterios se puede observar en la tabla 1.

Ante la presencia de taquicardia materna o fetal debe descartarse también un posible origen farmacológico (betamiméticos, etc.).

Pruebas complementarias

Las pruebas complementarias son de utilidad sobre todo en casos de duda o en la fase preclínica.

Analítica

La analítica se realizará de forma sistemática.

– Hemograma. Leucocitosis (> 15.000) + desviación a la izquierda ($> 5\%$ de formas en banda).

Tabla 1 Frecuencia de los síntomas y signos clínicos en la infección amniótica

Fiebre $\geq 37,8$ °C	100%
Taquicardia materna	20-80%
Taquicardia fetal	40-70%
Dolor uterino	4-25%
Olor fétido del líquido amniótico	5-22%
Leucocitosis materna	70-90%

– PCR elevada (valores límites distintos para cada laboratorio).

– Hemocultivo. Suele ser positivo en el 10% de las corioamnionitis, pero el resultado tarda al menos 48 h.

Estudios de bienestar fetal

Los estudios de bienestar fetal se realizarán de forma sistemática.

– Test basal no estresante. Un dato precoz de la infección intraamniótica suele ser la aparición de un patrón no reactivo asociado a taquicardia fetal.

– Ecografía. La corioamnionitis se suele asociar precozmente con ausencia de movimientos respiratorios y, de forma más tardía, con ausencia de movimientos fetales y de tono fetal.

Amniocentesis

La amniocentesis es opcional. A pesar de ser un método invasivo, se puede realizar cuando existan dudas razonables a través de la clínica o de las exploraciones complementarias anteriores.

En el líquido amniótico obtenido se puede determinar:

– Recuento de leucocitos. En condiciones normales el líquido amniótico debe ser estéril, por lo que no debe haber leucocitos. Se considera un resultado positivo si presenta > 50 leucocitos/mm³.

– Glucosa < 14 mg/dl. La sensibilidad para detectar un cultivo positivo en líquido amniótico es del 87% y la especificidad del 91,7%. Si el punto de corte se baja a < 5 mg/dl, es mayor la correlación con la existencia de corioamnionitis (90% de probabili-

dad de obtener un cultivo positivo de líquido amniótico).

– Tinción de Gram. Una tinción de Gram positiva es diagnóstica. Si es negativa no excluye una infección intraamniótica. Tiene una sensibilidad del

36-80% y una especificidad del 80-97%. No identifica el micoplasma.

– Cultivo de líquido amniótico. Es de poca utilidad clínica dado que los resultados tardan en llegar 48 h aproximadamente.

317

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

Asrat T. Intra-amniotic infection in patients with preterm prelabor rupture of membranes. Pathophysiology, detection and management. Clin Perinatol. 2001;28:735-51.

Carroll SG, Philpott-Howard J, Nicolaides KH. Amniotic fluid gram and leukocyte count in prediction of intraamniotic infection in preterm prelabour amniorrhexis. Fetal Diagn Ther. 1996;11:1-5.

Ghidini A, Salafia CM, Kirn V, Doria V, Spong CY. Biophysical profile in predicting acute ascending infection in preterm rupture of membranes before 32 weeks. Obstet Gynecol. 2000;96:201-6.

Gibbs RS. Diagnosis of intraamniotic infection. Semin Perinatal. 1977;1:71.

Gibbs RS, Castilla MS, Rodgers PJ. Management of acute chorioamnionitis. Am J Obstet Gynecol. 1980;136:709-13.

Gibbs RS, Blanco JD, St Clair PJ, Castaneda YS. Quantitative bacteriology of amniotic fluid from patients with clinical intraamniotic infection at term. J Infect Dis. 1982;145:1-8.

Newton ER. Corioamnionitis e infección intraamniótica. Clin Obstet Ginecol (ed esp.). 1993;4:749-61.

Romero R, Quintero R, Oyarzun E, Wu YK, Sabo V, Mazor M, et al. Intraamniotic infection and the onset of labor in preterm premature rupture of membranes. Am J Obstet Gynecol. 1988;159:661-6.

Romero R, Yoon BH, Mazor M, Gómez R, Diamond MP, Kenney JS, et al. The diagnostic and prognostic value of amniotic fluid white blood cell count, glucose, interleukin-6, and gram stain in patients with preterm labor and intact membranes. Am J Obstet Gynecol. 1993;169:805-16.

Romero R, Yoon BH, Mazor M, Gómez R, González R, Diamond MP, et al. A comparative study of the diagnostic performance of amniotic fluid glucose, white blood cell count, interleukin-6, and gram stain in the detection of microbial invasion in patients with preterm premature rupture of membranes. Am J Obstet Gynecol. 1993;169:839-51.

Sperling RS, Newton E, Gibbs RS. Intraamniotic infection in low-birth-weight infants. J Infect Dis. 1988;157:113-7.

Los Protocolos Asistenciales en Ginecología y Obstetricia y los Protocolos de Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia pretenden contribuir al buen quehacer profesional de todos los ginecólogos, especialmente los más alejados de los grandes hospitales y clínicas universitarias. Presentan métodos y técnicas de atención clínica aceptadas y utilizadas por especialistas en cada tema. Estos protocolos no deben interpretarse de forma rígida ni excluyente, sino que deben servir de guía para la atención individualizada a las pacientes. No agotan todas las posibilidades ni pretenden sustituir a los protocolos ya existentes en departamentos y servicios hospitalarios.