

DOCTORA, OTRA VEZ TENGO CISTITIS

Dra. Leticia Esther Royo Trallero¹ / Dra. Anyuli Gracia Gutiérrez¹ / Dra. Gloria Abad Tallada²

¹ Servicio de Medicina Interna. Hospital General de la Defensa. Zaragoza

² Servicio de Radiología. Hospital General de la Defensa. Zaragoza

RESUMEN

La Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP) es un gran desafío clínico. Tiene alta prevalencia en mujeres en edad fértil y es de máxima repercusión personal, familiar y socioeconómica, por las complicaciones que acarrea a medio y largo plazo, debidas a su retraso diagnóstico terapéutico. Dada la gran variabilidad clínica en cuanto a su presentación y su baja sospecha diagnóstica inicial, es imprescindible en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal en mujeres sexualmente activas.

PALABRAS CLAVE

Dolor abdominal, dispositivo intrauterino (DIU), enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), infertilidad

ABSTRACT

Pelvic Inflammatory Disease (PID) is a clinical challenge. It has a high prevalence in women of childbearing age and has the greatest personal, family and socioeconomic impact, due to the complications that it entails in the medium and long term, due to its therapeutic diagnostic delay. Given the great clinical variability regarding its presentation and its low initial diagnostic suspicion, it is essential in the differential diagnosis of abdominal pain in sexually active women.

KEYWORDS

Abdominal pain, intrauterine contraceptive device (IDU), Pelvic inflammatory disease (IPE), infertility

INTRODUCCIÓN

La EIP es un síndrome clínico que engloba la patología infecciosa del tracto genital superior. Suele ser el resultado de una infección ascendente desde endocérvix, pudiendo llegar a afectar a todo el aparato reproductor femenino, incluido peritoneo pélvico (pelvipерitonitis)^{1,2}. Se trata de una de las infecciones más frecuentes e importantes en las mujeres no embarazadas en edad reproductiva, constituyendo un problema de salud pública por los costos directos e indirectos secundarios a sus manifestaciones clínicas y secuelas^{3,4}. Por este motivo, es importante mantener una alta sospecha clínica e incluirla en el diagnóstico diferencial de todo dolor abdominal de mujeres jóvenes en edad fértil.

A propósito de esta premisa, presentamos un caso de EIP secundaria a un absceso tuboovárico,

cuya presentación inicial simuló la existencia de patología renoureteral. Debido a su precoz diagnóstico, las secuelas de la paciente pudieron evitarse tras el tratamiento adecuado.

CASO CLÍNICO

Se trata de una mujer de 30 años, sin alergias medicamentosas conocidas cuyo único antecedente personal de interés radica en que es portadora de dispositivo intrauterino (DIU) de cobre (más de 5 años). Acude a Urgencias por cuadro de malestar general y sensación distérmica no termometrada de 72 horas de evolución así como dolor lumbar izquierdo no irradiado de aparición brusca, sin relación con traumatismo o esfuerzo físico. Asimismo, refiere leve disuria y tenesmo miccional, sin otra clínica acompañante. Al reinterrogarla, relata varios

Notas Clínicas

episodios previos similares en los últimos dos meses catalogados de infección de tracto urinario (ITU) tratados con Fosfomicina oral y analgesia con AINEs; sin mejoría franca posterior, únicamente parcial, hasta el episodio actual.

A su llegada a Urgencias presentaba fiebre de 38,5°C con unas cifras de PArterial de 123/80 mmHg, una frecuencia cardiaca de 100lpm y una cifra de saturación de O₂ basal de 97%. La exploración física de la paciente mostró una paciente consciente, orientada, sin deterioro del estado general, con una buena perfusión periférica y con una adecuada frecuencia respiratoria. A la auscultación cardiopulmonar se encontraba taquicárdica, sin soplos cardiacos audibles y la ventilación pulmonar era correcta en ambos campos pulmonares, sin ruidos respiratorios patológicos. A nivel de abdomen, éste se encontraba blando y depresible, sin masas ni megalias con una puñopercusión renal izda dudosa, con reproducción leve del dolor a nivel local, sin rebote ni irradiación.

Se realizaron las siguientes pruebas complementarias: Un test de embarazo cuyo resultado fue negativo así como una analítica sanguínea que demostraba una Proteína C Reactiva (PCR) y una procalcitonina (PCT) ambas elevadas (6,8 mg/dl y 3.78 ng/ml respectivamente). El resto de la bioquímica, función renal e ionograma se encontraban conservados. El hemograma mostró una leucocitosis con neutrofilia moderada (Leucocitos 15450; Neutrófilos 90%), una leve trombopenia (plaquetas 100000), sin anomalías destacables en cuanto a la serie roja.

Finalmente, la coagulación evidenció una coagulopatía moderada (actividad de protrombina 65%) con un fibrinógeno moderadamente elevado como reactante de fase aguda (479 mg/dl). El análisis de orina era de leucocitos 500/campo con nitritos y bacteriuria negativos.

Respecto a las pruebas de imagen, la ecografía abdominal mostró un riñón izquierdo con una buena diferenciación corticomedular, de tamaño y forma adecuados, sin litiasis ni dilatación pielocalicial pero con engrosamientos uroteliales compatibles con pielonefritis incipiente. Vejiga urinaria sin alteraciones, sin líquido libre abdominal. Útero en anteversión con DIU normoinserto y sin alteraciones evidentes.

La paciente ingresó en Medicina Interna

con diagnóstico inicial de pielonefritis cuyo tratamiento inicial fue Ceftriaxona 2 gramos (gr) intravenosa (IV), fluidoterapia IV y analgesia/antitérmicos. En planta de hospitalización, se solicitaron hemocultivos y urocultivo, con resultado posterior negativo.

En días sucesivos, la evolución clínica de la paciente fue tórpida, con reaparición de picos febriles (hasta 39°C) y persistencia del dolor lumbar izdo irradiándose hacia hipogastrio. Se extrajeron nuevos hemocultivos y urocultivo, con resultado posterior negativo de nuevo. En la analítica de control se objetivó persistencia de PCR y PCT elevadas (22.3 mg/dl y 0.86 ng/ml respectivamente, con normalidad en el resto de parámetros bioquímicos (urea 16 mg/dl, creatinina 0.56 mg/dl, Na 138 mEq/L, K 4 mEq/L, AST 16 U/L, ALT 20 U/L, FA 20 U/L, GGT 30 U/L). A nivel del hemograma, persistencia de leucocitosis y neutrofilia moderadas (18600 totales; Neutrófilos 86%) con aparición de anemia normocítica (Hemoglobina (Hb) 10.5 g/dl, Volumen corpuscular medio (VCM) 87 fl), sin trombopenia (plaquetas 232000) y con una coagulación que, en esta ocasión, no mostraba alteraciones.

Se modificó antibioterapia a Meropenem IV y se solicitó tomografía computarizada (TC) abdominopélvico urgente con resultado a nivel parauterino izquierdo de lesión focal pobremente delimitada de aproximadamente 8 x 5 cm, de aspecto quístico, multiseptada (ver Fig. 1) cuyo contenido hipodenso presenta una densidad ligeramente superior a la del líquido, con leve hiperrealce de los septos y la pared, sugestiva de absceso tuboovárico. Se asociaba aumento de la densidad y reticulación de la grasa pélvica perilesional así como múltiples adenopatías ilíacas (ver Fig. 2). Ambos riñones simétricos, con dimensiones y nefrograma conservados, sin defectos de realce parenquimatoso, lesiones focales ni dilataciones pielocaliciales o ureterales.

Ante los hallazgos recibidos se comentó el caso con el servicio de Ginecología, evidenciándose a nivel exploratorio mediante especuloscopia: Cérvix macroscópicamente normal, móvil, ligeramente doloroso a la palpación. Se visualizan hilos de DIU, restos hemáticos, no sangrado activo. Características del flujo no valorable por sangrado, no maloliente.

Se realizó ecografía transvaginal (TV) que

Notas Clínicas



Fig. 1. Corte coronal. Localización parauterina izquierda (ver flecha). Se aprecia lesión focal (ver asterisco) pobremente delimitada de aproximadamente 8 x 5 cm, de aspecto quístico, multiseptada.

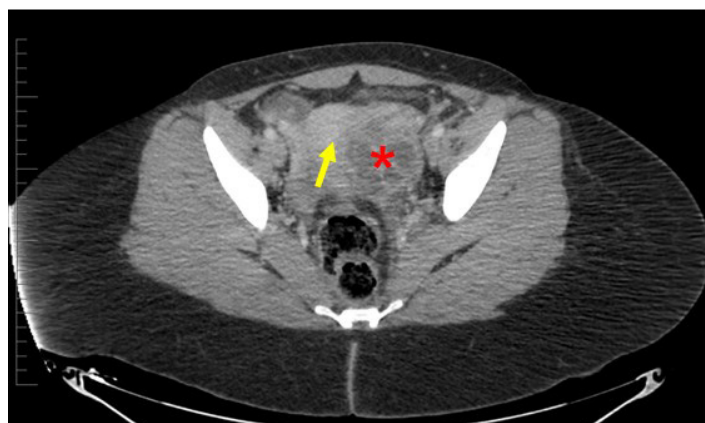


Fig. 2. Corte axial. Lesión focal pobremente delimitada de aproximadamente 8 x 5 cm, de aspecto quístico, multiseptada (señalada con asterisco) y de localización parauterina izquierda (señalada con flecha) cuyo contenido hipodenso presenta una densidad ligeramente superior a la del líquido, con leve hiperrealce de los septos y la pared, sugestiva de absceso tuboovárico. Se asocia aumento de la densidad y reticulación de la grasa pélvica perilesional así como múltiples adenopatías ilíacas.

mostró útero en anteflexión, regular, con DIU de cobre normoinserito. Ovario derecho normal. Ovario izquierdo en el que se visualiza masa heterogénea de 6x8 cm tabicada, redondeada sin visualizarse ovario.

Asimismo, se tomaron muestras para despistaje de enfermedades de transmisión sexual (ITS) mediante reacción en cadena para polimerasa (PCR) endocervical para *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Mycoplasma genitalium*, *Trichomonas vaginalis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis* y *Ureaplasma parvum* (todos negativos), permaneciendo pendientes de resultado el cultivo de bacterias vaginal (posteriormente negativo) y el endocervical.

Se decidió modificación de la pauta anti-biótica de la paciente a Ceftriaxona, Doxiciclina y Metronidazol IV así como tratamiento sintomático y vigilancia clínica. Se solicitó valoración de drenaje percutáneo al servicio de Radiología Intervencionista, desestimándose por importante disminución de su tamaño respecto a TC previo a los siete días de tratamiento anti-biótico. La evolución clínica de la paciente fue satis-

factoria, con desaparición de la fiebre, mejoría del dolor abdominal y del estado general así como la normalización de los parámetros inflamatorios.

Posteriormente, el cultivo microbiológico vaginal evidenció un *Streptococcus constellatus* sensible a betalactámicos y Clindamicina, sustituyéndose Metronidazol por ésta última, ante la buena evolución clínica ya referida.

Finalmente, la paciente pudo ser dada de alta hospitalaria bajo tratamiento anti-biótico oral, sin complicaciones ni secuelas posteriores a dicho proceso infeccioso en sucesivos controles ginecológicos ambulatorios.

DISCUSIÓN

A pesar de los avances en los métodos de diagnóstico por la imagen, el diagnóstico de EIP es clínico, siendo fundamental una alta sospecha clínica por parte del médico asistencial. La importancia de abordar este tema radica en la alta prevalencia de esta infección en mujeres jóvenes sexualmente activas y el alto impacto en la salud reproductiva², constituyendo un pro-

Notas Clínicas

blema de salud pública por los costes directos e indirectos secundarios a sus manifestaciones clínicas y secuelas 3-5. Dado que se trata de una infección ascendente del tracto genital superior puede afectar en su evolución a todo el aparato genital femenino, incluido peritoneo pélvico^{1,2}.

Tiene un carácter polimicrobiano, cuyos agentes patógenos más prevalentes son *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* y *Mycoplasma genitalium*, todos ellos de transmisión sexual. Podemos encontrar también gérmenes pertenecientes a la microbiota del tracto genitourinario femenino del tipo aerobios-anaerobios facultativos (*Streptococcus* spp, *Proteus mirabilis*, *Escherichia coli*) ó anaerobios (*Gardnerella vaginalis*, *Bacteroides* spp, *Prevotella* spp, *Peptostreptococcus* spp, *Peptococcus* spp.)⁷.

Su mecanismo de transmisión más frecuente es vía sexual pero también son posibles otras etiologías: principalmente yatrogénica (DIU, histerosalpingografía (HSG) ó histeroscopia) y, con menor frecuencia, vía hematógena (Tuberculosis), linfática y/o contigüidad (apendicitis)^{4,6}.

Existe gran variabilidad en cuanto a su presentación, desde formas leves hasta situaciones de compromiso vital^{3,4}. Los síntomas más frecuentes de EIP son dolor pélvico (síntoma guía), sangrado uterino anómalo (SUA), leucorrea, dispareunia, fiebre y clínica digestiva (si pelviperitonitis)^{6,7}.

Es preciso iniciar tratamiento empírico ante toda paciente con sospecha de EIP, aunque los hallazgos sean sutiles o mínimos, dado el alto riesgo de complicaciones a largo plazo que supone el retraso en el inicio de tratamiento^{1,2,5}. Éste debe basarse en una serie de premisas fundamentales y pautas antibióticas guiadas según

la situación clínica de la paciente al diagnóstico y/o según su evolución clínica⁷. El tratamiento antibiótico es la base terapéutica de los abscesos tuboováricos. Para las pacientes hemodinámicamente estables, no existe un consenso que establezca los criterios para realizar un tratamiento antibiótico único o combinarlo con el drenaje del absces^{8,9}.

Las complicaciones pueden manifestarse de forma precoz (rotura de absceso tuboovárico, síndrome de Fitz-Hugh-Curtis) y hasta varios años después del episodio de EIP (esterilidad, hidrosálpinx, dolor pélvico crónico)¹⁰. El riesgo de éstas se incrementa con el número de infecciones, su duración, la severidad del episodio y el retraso terapéutico antibiótico adecuado^{7,10,11}. El régimen de tratamiento (hospitalario o ambulatorio) no es un factor de riesgo para la aparición de complicaciones a largo plazo¹².

CONCLUSIONES

Finalmente, es prioritario un adecuado diagnóstico diferencial en mujeres jóvenes sexualmente activas con dolor abdominopélvico, dada la gravedad clínica aguda o ulterior como secuela permanente. Debe incluir patología obstétrica (gestación ectópica, aborto séptico), ginecológica (endometriosis, quiste ovárico complicado, ovulación dolorosa), procesos digestivos (apendicitis, diverticulitis) y, especialmente, patología nefrourológica (cistitis, pielonefritis, litiasis ureteral), no solamente al diagnóstico sino durante la evolución clínica de la paciente dada su facilidad para simularla y su gran variabilidad clínica de presentación; justificándose, por todo lo ya expuesto con anterioridad en este texto, su sobrediagnóstico y tratamiento¹¹.

BIBLIOGRAFÍA

Notas Clínicas

1. Ford GW, Decker CF. Pelvic inflammatory disease. *Dis Mon.* 2016 Aug;62(8):301–5.
2. Soper DE. Pelvic inflammatory disease. *Obstet Gynecol.* 2010 Aug;116(2 Pt 1):419–28.
3. Workowski KA, Berman S. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. *MMWR Recomm Rep* 2010; 59 (RR12):1-110. Erratum in: *MMWR Recomm Rep.* 2011 Jan 14;60(1):18.
4. Smith KJ, Ness RB, Wiesenfeld HC, Roberts MS. Cost-effectiveness of alternative outpatient pelvic inflammatory disease treatment strategies. *Sex Transm Dis* 2007; 34:960-6.
5. Rein DB, Kassler WJ, Irwin KL, Rabiee L. Direct medical cost of pelvic inflammatory disease and its sequelae: decreasing, but still substantial. *Obstet Gynecol* 2000; 95:397-402.
6. Haggerty CL, Ness RB. Epidemiology, pathogenesis and treatment of pelvic inflammatory disease. *Expert Rev Anti Infect Ther* 2006;4: 235-47.
7. Baquedano Mainar L, Abad Rubio C, Adiego Calvo I, Colecha Morales M, De la Cueva Barrao MP. Protocolo aragones de Enfermedad Pélvica Inflamatoria. *Prog Obstet Ginecol* 2020;63:347-354. Disponible en [Internet]https://sego.es/documentos/progresos/v63_2020/n6/01%20Protocolo%20aragones%20de%20enfermedad%20inflamatoria%20pelvica.pdf.
8. Charvériat A, Fritel X. Diagnosis of pelvic inflammatory disease: Clinical, paraclinical, imaging and laparoscopy criteria. *CNGOF and SPILF Pelvic Inflammatory Diseases Guidelines.* *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2019 May;47(5):404–8.
9. Beigi RH. Management and complications of tubo-ovarian abscess [Internet]. UpToDate. 2019. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/management-and-complications-of-tubo-ovarian-abscess>.
10. Hoenderboom BM, van Oeffelen AAM, van Benthem BHB, van Bergen JEAM, Dukers-Muijers NHTM, Götz HM, et al. The Netherlands Chlamydia cohort study (NECCST) protocol to assess the risk of late complications following Chlamydia trachomatis infection in women. *BMC Infect Dis* [Internet]. 2017 Apr;17(1):264. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28399813>.
11. Ross J, Guaschino S, Cusini M, Jensen J. 2017 European guideline for the management of pelvic inflammatory disease. *Int J STD AIDS* [Internet]. 2018 Feb 1;29(2):108–14. Available from: <https://mohit.pure.elsevier.com/en/publications/2017-european-guideline-for-the-management-of-pelvic-inflammatory>.
12. Ness RB, Soper DE, Holley RL, Peipert J, Randall H, Sweet RL, et al. Effectiveness of inpatient and outpatient treatment strategies for women with pelvic inflammatory disease: Results from the pelvic inflammatory disease evaluation and clinical health (peach) randomized trial. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2002 May;186(5):929–37. Available from: <https://doi.org/10.1067/mob.2002.121625>