

Cycadaceae, Ericaceae, Euphorbiaceae, Fabaceae, Lamiaceae, Malvaceae, Moraceae, Myrtaceae, Papaveraceae, Passifloraceae, Rosaceae, Sapindaceae. MedULA, Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes. 21: 26-46.

Salinas PJ. 2012. Plantas tóxicas comunes en el estado Mérida., Venezuela. Tercera parte. Saxifragaceae, Scrophulariaceae, Solanaceae.

MedULA, Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes. 21: 93-104.

Schnee L. 1984. Plantas comunes de Venezuela. 3ª ed. Universidad Central de Venezuela. Maracay. Venezuela.

Recibido: 20 dic 2013
2014.

Aceptado: 15 sep

ABSCESO PÉLVICO DURANTE EMBARAZO. REPORTE DE CASO.

Eduardo Reyna-Villasmil. Joel Santos-Bolívar, Ismael Suárez-Torres.

Servicio de Obstetricia y Ginecología - Maternidad "Dr. Nerio Belloso". Hospital Central "Dr. Urquinaona". Maracaibo, Estado Zulia. Venezuela.

Dr. Eduardo Reyna-Villasmil. Hospital Central "Dr. Urquinaona". Final Av. El Milagro. Maracaibo, Estado Zulia. VENEZUELA. Teléfono: 0416-2605233. E-mail: sippenbauch@gmail.com

Resumen.

Las enfermedades inflamatorias pélvicas pre-existentes, diseminación hematógene o linfática desde órganos contiguos, pueden ser responsables de la formación de abscesos pélvicos. Esta complicación puede llevar a morbilidad y mortalidad materna y mortalidad fetal. Se reporta un caso de abscesos pélvicos durante el embarazo. En la paciente se encontraron abscesos pélvicos a las 17 semanas de embarazo, siendo la principal manifestación clínica dolor abdominal con otros síntomas inespecíficos. Se realizó laparotomía ginecológica donde se observó la presencia de abscesos pélvicos, realizándose salpingooforectomía.

Palabras clave: Abscesos Pélvicos, Embarazo, Masa Pélvica, Tratamiento.

Abstract.

Pelvic abscess during pregnancy. Case report.

Pre-existing pelvic inflammatory disease, hematogenous or lymphatic spread from contiguous organs could be responsible for pelvic abscess formation. This complication could lead to severe maternal morbidity and mortality and fetal mortality. A case of pelvic abscess in pregnancy is reported. In this patient pelvic abscess were found at 17 weeks of pregnancy, being the main clinical manifestation abdominal pain with others unspecified symptoms. Gynecologic laparotomy was done where the presence of pelvic abscess were observed, performing oophorosalingectomy.

Keywords: Pelvic abscess, Pregnancy, Pelvic mass, Treatment.

INTRODUCCIÓN.

El absceso pélvico es una de las mayores complicaciones de la enfermedad inflamatoria pélvica (Liberty et al. 2007). La deformación y las adherencias de la trompa de Falopio y el ovario, a consecuencia de salpingitis o peritonitis pélvica, dan lugar a una masa restringida e inflamatoria de los anexos de hasta 15 centímetros de diámetro con posterior formación de quistes y abscesos. La incidencia de infecciones pélvicas reportada en grandes series es de 1% (Benaglia 2008), y en menos de la mitad de los casos se producen abscesos pélvicos. En la mayoría de los casos, las pacientes tienen antecedentes de endometriosis, enfermedad inflamatoria pélvica, adhesiones y/o cirugías pélvicas (Liberty et al. 2007). Sin embargo, se ha propuesto que el embarazo protege contra la infección (Liberty et al. 2007; Benaglia 2008).

La identificación temprana de la aparición de los abscesos pélvicos es crucial, debido al alto riesgo de complicaciones maternas o fetales, especialmente cuando se rompen (Agüero 1957; Bracho 1960; Sudakoff et al. 2005). Debido al hecho que no todos se diagnostican en forma preoperatoria y están asociados con signos mínimos de infección, en la mayoría de los casos el diagnóstico definitivo sólo es posible durante la cirugía (Habek et al. 2005). Se presenta un caso de absceso pélvico durante el segundo trimestre del embarazo.

DESCRIPCIÓN DEL CASO.

Paciente de 26 años de edad (IV gestas, II para, I aborto), con 17 semanas de gestación, quien acude a la Emergencia Obstétrica del Hospital Central "Dr. Urquinaona", Maracaibo, Venezuela, con dolor abdominal, náuseas y vómitos. En el examen físico,

la paciente se encontraba consciente, en un buen estado general y los siguientes signos vitales: presión arterial de 100/60 mm de Hg, pulso de 91 latidos / minuto, temperatura de 37.6° C y frecuencia respiratoria de 16 respiraciones / min. El abdomen estaba blando depresible con un útero a 10 centímetros de la sínfisis del pubis y se palpaba del lado izquierdo una masa que ocupaba una pequeña parte del hipocondrio izquierdo. No se encontraron modificaciones cervicales.

Los estudios de laboratorio iniciales fueron normales, excepto por una cuenta blanca de 25.600/mm³. No se detectó ningún signo clínico de infección. Posterior al ingreso, la ecografía obstétrica reveló un feto de 16 semanas por biometría fetal junto con una tumoración sólida del lado izquierdo de 11 x 10 centímetros, sin ninguna colección de líquido multilocular o en el fondo de saco de Douglas. La paciente no tenía historia previa de uso de dispositivos intrauterinos. La paciente es ingresada con un diagnóstico inicial de neoplasia ovárica.

Se realizó laparotomía encontrándose un gran absceso en el fondo de saco de Douglas lleno de líquido purulento y fétido. En el anexo izquierdo, la trompa de Falopio y el ovario estaban cubiertos por otro absceso con continuidad a la pared pélvica, por lo que se procedió a realizar la salpingooforectomía izquierda. Se realizó irrigación de la cavidad abdominal con solución salina, y se insertó un dren en el fondo de saco de Douglas, y se utilizó un esquema de antibióticos con ampicilina 4 gramos / día, metronidazol 1 gramo / día y gentamicina 240 miligramos / día.

El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico de absceso pélvico. El resultado del cultivo del líquido del absceso mostró crecimiento de *Staphylococcus aureus* y bacterias anaerobias mixtas. En el segundo día del post-operatorio, la ecografía obstétrica demostró muerte fetal y el embarazo terminó por dilatación cervical y legrado uterino.

La paciente fue dada de alta médica a los 10 días de la intervención. El estudio histopatológico fetal reveló cambios líticos con reacciones inflamatorias masivas sugestivas de infección crónica.

DISCUSIÓN.

Los abscesos pélvicos, una complicación poco común de la enfermedad inflamatoria pélvica, pueden producirse en el embarazo por diferentes mecanismos. La diseminación hematógena, diseminación linfática desde órganos contiguos y, la más probable, enfermedad inflamatoria pélvica pre-existente, pueden ser los responsables de la formación de los abscesos (Gjelland et al. 2005). Las

pacientes que desarrollan abscesos tubo-ováricos generalmente tienen antecedentes de salpingitis, endometriosis, adherencias pélvicas, hidrosalpinx o cirugías pélvicas (Gjelland et al. 2005; Liberty et al. 2007).

Los gérmenes oportunistas anaerobios de la vagina que se encuentran más frecuentemente entre los agentes etiológicos de los abscesos pélvicos son: *Escherichia coli*, *Neisseria Gonorrhoeae*, *Streptococcus*, *Bacteroides fragilis*, *Enterococcus*, *Peptostreptococcus* y *Peptococcus*. Es un concepto bien conocido que la fase más importante de la patogénesis de los abscesos pélvicos es la adhesión e invasión bacteriana al tracto genital superior (Benaglia et al. 2008).

Durante el embarazo, los abscesos pélvicos generalmente dan la impresión de tumoraciones pélvicas malignas sin ningún signo relevante de un proceso infeccioso en los antecedentes de la paciente. En el presente caso, la paciente presentaba algunos signos y síntomas, como cuentas blancas elevadas, secreción vaginal, dolor a la movilización del cuello y a la palpación de los anexos, que son sugestivos de una infección progresiva. Además, la presencia de una masa pélvica puede conducir a un probable diagnóstico de absceso pélvico. Sin embargo, no se encontró ningún hallazgo significativo de infección sistémica como hipotensión, taquicardia materna o fiebre. En el presente caso faltaban los hallazgos típicos de un absceso pélvico, como es la colección de líquido multilocular simple o compleja en la ecografía, demostrando la presentación poco común de abscesos pélvicos, haciendo el diagnóstico diferencial más difícil (Habek et al. 2005).

Los abscesos pélvicos durante el embarazo pueden diagnosticarse por varias técnicas no invasivos como ultrasonido y resonancia magnética. En el embarazo pueden presentarse como una tumoración sólida sin ningún septo, ni ecos internos, lo cual debe hacer sospechar de la presencia de esta entidad clínica.

El tratamiento de los abscesos pélvicos varía de acuerdo con la situación clínica. El tratamiento exclusivo con antibióticos ha sido utilizado en forma exitosa. El drenaje del absceso a través de la culdotomía o laparotomía generalmente es el primer método de elección (Liberty et al. 2007). Más aún, bajo la guía de estas técnicas, el drenaje con catéteres percutáneos puede ser una variedad ideal para el tratamiento (Scanlan et al. 2011). Debido a que la mayoría de las pacientes son jóvenes, se debe intentar usar métodos quirúrgicos conservadores como drenajes de abscesos percutáneos, aspiración transvaginal dirigida por ultrasonido, dejando la salpingooforectomía unilateral como tratamiento

final. Se han descrito casos en los cuales el tratamiento médico es exitoso y el embarazo continúa, al igual de casos severos en los cuales se han realizado histerectomía y ooforosalingectomía bilateral (Benaglia et al. 2008). En el caso reportado, se realizó laparotomía, colocación de drenes largos y salpingooforectomía unilateral.

Los efectos sobre el feto encontrados en este reporte son consistentes con estudios publicados en la literatura que apoyan las consecuencias clínicas de esta entidad (Laohaburanakit et al. 1999).

REFERENCIAS.

Agüero O. 1957. Ginecopatías inflamatorias de origen obstétrico. *Acta Méd Venez* 5: 155.
Benaglia L, Somigliana E, Iemmello R. 2008. Endometrioma and oocyte retrieval-induced pelvic abscess: a clinical concern or an exceptional complication? *Fertil Steril* 89: 1263-1266.
Bracho J. 1960. Infecciones obstétricas parauterinas *Rev Obstet Ginecol Venez* 20: 71-78.
Gjelland K, Ekerhovd E, Granberg S. 2005. Transvaginal ultrasound-guided aspiration for treatment of tubo-ovarian abscess: a study of 302 cases. *Am J Obstet Gynecol* 193: 1323-1330.

Habek D, Has B, Habek J. 2005. Tuboovarian abscess mimicking intraligamentar uterine myoma and an intrauterine device: a case report. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 10: 168-170.

Laohaburanakit P, Treevijitsilp P, Tantawichian T. 1999. Ruptured tuboovarian abscess in late pregnancy. A case report. *J Reprod Med* 44: 551-555.

Liberty G, Hyman J, Margalioth E. 2007. Peri-implantation pelvic inflammatory disease with normal pregnancy outcome. *Fertil Steril* 88: 969.e1-2.

Scanlan K, Propeck P, Lee F. 2011. Invasive procedures in the female pelvis: value of transabdominal, endovaginal, and endorectal US guidance. *Radiographics* 21: 491-506.

Sudakoff G, Lundeen S, Otterson M. 2005. Transrectal and transvaginal sonographic intervention of infected pelvic fluid collections: a complete approach. *Ultrasound Q* 21: 175-185.

Recibido: 14 feb 2015

Aceptado: 30 mayo 2015

INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES.

MedULA considerará para publicación artículos originales inéditos, notas científicas y revisiones actualizadas de literatura, en castellano o inglés. Las revisiones son exclusivamente por solicitud de la Comisión Editorial.

Los autores se comprometen mediante carta firmada por cada uno a presentar material inédito y no sometido a consideración para publicación en ninguna otra revista.

La información que aparece en MedULA está basada en fuentes que creemos confiables. MedULA no se hace responsable por el contenido de los trabajos publicados. El autor y cada uno de los co-autores aceptan la responsabilidad por el contenido y redacción del texto. El financiamiento total o parcial (medicamentos, productos, personal, materiales, equipos, libros, revistas, artículos, separatas, viajes, regalos, etc.) por firmas comerciales, de los trabajos enviados, así como cualquier relación económica (incluidos consultoría, enseñanza, empleo, patentes, investigación, inversión, etc.) de los autores con cualquier producto, bienes o servicios señalados en los artículos, debe ser expresado así en carta a la Comisión Editorial.

Los trabajos enviados para publicación deben ser claros, concisos, correctos en estilo y exactos en el uso de las abreviaturas y el léxico especializado. Su aceptación depende de los méritos científicos y estará determinada tanto por su contenido como por la presentación del material. Cada trabajo será críticamente revisado por dos o tres árbitros externos, sistema doble ciego.