



Coinfección por *Neisseria gonorrhoeae* y *Actinomyces naeslundii*

José María Eiros-Bouza,¹ Marta Domínguez-Gil González,¹ Eva Martín-Medrano,² Marta García-Yuste²

RESUMEN

Objetivo: comunicar un caso de coinfección por *Neisseria gonorrhoeae* y *Actinomyces naeslundii* en una mujer con dispositivo intrauterino.

Caso clínico: mujer de 36 años de edad, con dispositivo intrauterino, que ingresó al hospital debido a dolor abdominal suprapúbico, febrícula y flujo vaginal maloliente.

Resultados: se identificaron *Neisseria gonorrhoeae* y *Actinomyces naeslundii* y, a pesar del tratamiento antibiótico, la ecografía permitió objetivar enfermedad pélvica inflamatoria y afectación apendicular, que motivaron la exéresis quirúrgica de la misma y salpingectomía bilateral.

Conclusiones: la actitud quirúrgica permitió resolver el cuadro de coinfección.

Palabras clave: *Neisseria gonorrhoeae*, *Actinomyces naeslundii*, DIU, dispositivo intrauterino, enfermedad pélvica inflamatoria.

ABSTRACT

Objective: To report a case of co-infection with *Neisseria gonorrhoeae* and *Actinomyces naeslundii* in a woman with an intrauterine device.

Case report: A 36-year-old woman with IUD, who entered to the hospital because of suprapubic abdominal pain, fever and foul-smelling vaginal discharge.

Results: We identified *Neisseria gonorrhoeae* and *Actinomyces naeslundii* and despite antibiotic treatment, ultrasound allowed objectify pelvic inflammatory disease and appendiceal involvement, which led to its surgical removal and bilateral salpingectomy.

Conclusions: The surgical approach allowed to solve the box co.

Key words: *Neisseria gonorrhoeae*, *Actinomyces naeslundii*, IUD, intrauterine device, pelvic inflammatory disease.

RÉSUMÉ

Objectif: Présenter un cas de co-infection par le *Neisseria gonorrhoeae* et *Actinomyces naeslundii* chez une femme avec un dispositif intra-utérin.

Rapport de cas: 36-year-old avec stérilet, qui est entré dans l'hôpital en raison de douleurs abdominales sus-pubienne, de la fièvre et des pertes vaginales nauséabondes.

Résultats: Nous avons identifié *Neisseria gonorrhoeae* et *Actinomyces naeslundii* et malgré un traitement antibiotique, l'échographie a permis d'objectiver une maladie inflammatoire pelvienne et l'implication appendiculaire, qui a conduit à l'ablation chirurgicale de la même et bilatéraux salpingectomy.

Conclusions: L'approche chirurgicale a permis de résoudre la case co.

Mots-clés: *Neisseria gonorrhoeae*, *Actinomyces naeslundii*, le DIU, dispositif intra-utérin, maladie inflammatoire pelvienne.

RESUMO

Objetivo: relatar um caso de co-infecção com *Neisseria gonorrhoeae* e *Actinomyces naeslundii* em uma mulher com um dispositivo intra-uterino.

Relato de caso: 36-year-old com DIU, que entrou no hospital por causa da dor abdominal suprapública, febre e secreção vaginal de odor fétido.

Resultados: Foram identificados *Neisseria gonorrhoeae* e *Actinomyces naeslundii* e, apesar do tratamento com antibióticos, ultra-som permitiu objetivar a doença inflamatória pélvica e envolvimento apendicular, que levou à remoção cirúrgica do mesmo e salpingectomia bilateral.

Conclusões: A abordagem cirúrgica permitiu resolver o caixa de co.

Palavras-chave: *Neisseria gonorrhoeae*, *Actinomyces naeslundii*, DIU, dispositivo intra-uterino, doença inflamatória pélvica.

Recibido: 2 de abril 2013

Aceptado: 18 de abril 2013

Este artículo debe citarse como: Eiros-Bouza JM, Domínguez-Gil González M, Martín-Medrano E, García-Yuste M. Coinfección por *Neisseria gonorrhoeae* y *Actinomyces naeslundii*. Ginecol Obstet Mex 2013;81:665-667.

www.femecog.org.mx

¹ Sección de Microbiología.

² Servicio de Ginecología y Obstetricia.

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España.

Correspondencia: Dr. José María Eiros Bouza
Sexta planta, Facultad de Medicina
Avenida Ramón y Cajal 7
47005 Valladolid, España
eiros@med.uva.es

La importancia de las coinfecções por microorganismos convencionales como causa de focalidad clínica en mujeres en edad fértil ha sido suficientemente destacada.¹⁻³ Este hecho ha condicionado un impulso en las estrategias de diagnóstico que han culminado en la disponibilidad de métodos de detección molecular eficientes y accesibles.^{4,5} En nuestro medio documentamos el protagonismo que ocasionan determinados agentes como inductores de carga de enfermedad asistida en el sistema sanitario en el ámbito obstétrico y ginecológico.^{6,7}

Si bien el papel de los *Actinomyces* en la causa de la enfermedad pélvica asociada con un dispositivo intrauterino se describió hace casi 40 años,⁸ la dimensión de esta infección ha sufrido desde entonces épocas de olvido.⁹ El cultivo convencional representa un excelente método de diagnóstico y la incorporación de técnicas de amplificación molecular ha impulsado nuevamente su relevancia.¹⁰

De manera concomitante conviene reseñar que desde el punto de vista de su etiología en la enfermedad pélvica inflamatoria el papel de *Neisseria gonorrhoeae* está fuera de toda duda.¹¹ Su espectro clínico es muy variable y, aunque inicialmente se relacionaba con cuadros monomicrobianos, luego se han descrito series en las que las coinfecções con otros microorganismos han cobrado auge.¹² La oportunidad de mantener medios de cultivo con buenas características operacionales y de fácil implantación mejora notablemente la capacidad de documentación etiológica de los cuadros.

El objetivo de esta contribución es describir un caso de coinfecção de *Neisseria gonorrhoeae* y *Actinomyces naeslundii* en una paciente con un dispositivo intrauterino y asistida en el contexto de una salpingitis aguda.

CASO CLÍNICO

Paciente de 36 años de edad con un dispositivo intrauterino (T 380A ParaGard, Ortho-Mc Neil Pharmaceutical) insertado 22 meses antes, que acudió al servicio de Urgencias debido a un cuadro de dolor abdominal suprapúbico y fiebre acompañada de flujo vaginal maloliente. Carecía de antecedentes ginecológicos de interés. A la exploración tuvo defensa abdominal y dolor a la movilización cervical. Tenía leucocitosis con desviación izquierda. En la ecografía se observó mínima cantidad de líquido libre en el saco de Douglas, sin que pudieran objetivarse imágenes de abscesos. El cultivo del dispositivo intrauterino

y del exudado vaginal en medios habituales (agar Thayer-Martin y agar sangre) permitió aislar e identificar *Neisseria gonorrhoeae* y *Actinomyces naeslundii*. Con base en esta información se inició el tratamiento con betalactámicos durante diez días (penicilina G benzatínica, 24 millones de unidades cada 24 horas). Ante la escasa mejoría se realizó una TAC de control luego del tratamiento antibiótico en donde se reportó líquido libre intraperitoneal perihepático, periesplénico, entre las asas y en ambos flancos, en mayor cantidad que en el estudio ecográfico previo. En la pelvis se apreció una colección líquida en el fondo de saco de Douglas de 53 mm de eje mayor y alguna pequeña imagen de apariencia quística, con realce de la pared en localización parauterina. Estos hallazgos se interpretaron como secundarios a enfermedad inflamatoria pélvica (absceso en el fondo de saco de Douglas y potencial piosalpinx). El apéndice se observó con opacificación en su base y discreto engrosamiento de la zona distal (9 mm de calibre). También se apreció distensión de asas del intestino delgado en el lado izquierdo del hemiabdomen. Se documentó el paso de contraste a través de todas las asas del intestino delgado que alcanzaba el colon que quedó opacificado hasta el ángulo esplénico.

Con base en esos hallazgos y ante la resistencia del cuadro infeccioso, se decidió efectuar una laparotomía exploradora, que objetivó la salpingitis bilateral y signos de afectación apendicular con adherencias fibrinosas entre asas de intestino delgado. Se procedió a la salpingectomía bilateral con apendicectomía para resolver el caso.

DISCUSIÓN

La reflexión de conjunto a la que induce el caso descrito es que en mujeres con dispositivo intrauterino las coinfecções con *Neisseria gonorrhoeae* y *Actinomyces naeslundii* lejos de tratarse sólo con antibióticos requieren intervención quirúrgica para permitir la recuperación de las pacientes.

La actinomicosis se ha asociado con el hecho de tener inserto un dispositivo intrauterino¹³ y, aunque en ocasiones remeda una enfermedad neoplásica,¹⁴ su descripción clínica en el contexto de una enfermedad pélvica inflamatoria es un cuadro plausible¹⁵ y, tal como apuntan Marret y su grupo,¹⁶ resulta determinante plantearlo como posibilidad etiológica en el diagnóstico diferencial. En nuestra paciente, el contexto clínico y sus antecedentes la sitúan en este

ámbito, que en contadas ocasiones exige el tratamiento combinado con cirugía y antibióticos.¹⁷ Por lo que hace referencia a la especie, *A. naeslunii* no ha sido objeto de comunicación frecuente en este contexto.¹⁸

El protagonismo de *N. gonorrhoeae* en la causa de la enfermedad pélvica inflamatoria está suficientemente demostrado, y en tiempos recientes se han publicado excelentes contribuciones que analizan modelos predictores de su evolución.¹⁹ Sin embargo, su papel como “coinfección” con actinomicosis constituye un reto²⁰ y, en el contexto de la focalidad clínica descrita, obedece más a un planteamiento conceptual que aplicado como lo han señalado recientemente Taylor-Robinson y sus colaboradores,²⁰ no exento de dificultades. Nuestra contribución establece una llamada a la necesidad de establecer una colaboración eficiente entre ginecólogos y microbiólogos de cara a definir el protagonismo de ambos agentes etiológicos.

REFERENCIAS

1. Audisio T, Pigini T, de Riutort SV, Schindler L, Ozan M, Tocalli C, et al. Validity of the Papanicolaou Smear in the Diagnosis of Candida spp, *Trichomonas vaginalis*, and Bacterial Vaginosis. *J Low Genit Tract Dis* 2001;5:223-225.
2. Adad SJ, de Lima RV, Sawan ZT, Silva ML, de Souza MA, Saldanha JC, et al. Frequency of *Trichomonas vaginalis*, *Candida* sp and *Gardnerella vaginalis* in cervical-vaginal smears in four different decades. *Sao Paulo Med J* 2001;119:200-205.
3. Brown HL, Fuller DD, Jasper LT, Davis TE, Wright JD. Clinical evaluation of affirm VP III in the detection and identification of *Trichomonas vaginalis*, *Gardnerella vaginalis*, and *Candida* species in vaginitis-vaginosis. *Infect Dis Obstet Gynecol* 2004;12:17-21.
4. Garland SM, Tabrizi SN. Diagnosis of sexually transmitted infections (STI) using self-collected non-invasive specimens. *Sex Health* 2004;1:121-126.
5. Shafer MA, Moncada J, Boyer CB, Betsinger K, Flinn SD, Schachter J. Comparing first-void urine specimens, self-collected vaginal swabs, and endocervical specimens to detect *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* by a nucleic acid amplification test. *J Clin Microbiol* 2003; 41: 4395-4399.
6. Treviño A, Aguilera A, Caballero E, Toro C, Eiros JM, Ortiz de Lejarazu R, et al. Seroprevalence of HTLV-1/2 infection among native and immigrant pregnant women in Spain. *AIDS Res Hum Retroviruses* 2009;25:551-554.
7. Treviño A, Benito R, Caballero E, Ramos JM, Parra P, Roc L, et al. HTLV infection among foreign pregnant women living in Spain. *J Clin Virol* 2011;52:119-122.
8. Henderson S. Pelvic actinomycosis associated with intrauterine device. *Obstet Gynecol* 1973; 41:726-732.
9. Stringer M, Cameron A. Abdominal actinomycosis: a forgotten disease? *Br J Hosp Med* 1987;38:125-127.
10. Hall V, Talbot P, Stubbs S, Duerden B. Identification of clinical isolates of *Actinomyces* species by amplified 16S ribosomal DNS restriction analysis. *J Clin Microbiol* 2011; 39:3555-3562.
11. Ross JD. An update on pelvic inflammatory disease. *Sex Transm Infect* 2002;18:18-19.
12. Graseck AS, Shih SL, Peipert JF. Home versus clinic-based specimen collection for *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae*. *Expert Rev Anti Infect Ther* 2011;9:183-194.
13. Grabiec M, Grezlikowska U, Walentowicz M, Chmielewska W. [Pelvic actinomycosis as the result of a long standing use of an intrauterine device. Case report. *Ginekol Pol* 2007; 78:995-997.
14. Akhan SE, Dogan Y, Akhan S, Iyibozkurt AC, Topuz S, Yalcin O. Pelvic actinomycosis mimicking ovarian malignancy: three cases. *Eur J Gynaecol Oncol* 2008;29:294-297.
15. Maxová K, Menzlová E, Kolarík D, Dundr P, Halaska M. Case report: pelvic actinomycosis. *Prague Med Rep* 2012;113: 44-48.
16. Marret H, Wagner N, Ouldamer L, Jacquet A, Body G. Pelvic actinomycosis: just think of it. *Gynecol Obstet Fertil* 2010;38:307-312.
17. Athavale R, Davies Humphreys J. Pelvic actinomycosis causing renal failure with complete resolution after surgery and antibiotics. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006;85:1508-1509.
18. Bonnez W, Lattimer G, Mohanraj NA, Johnson TH. *Actinomyces naeslundii* as an agent of pelvic actinomycosis in the presence of an intrauterine device. *J Clin Microbiol* 1985;21:273-275.
19. Herzog SA, Heijne JC, Althaus CL, Low N. Describing the progression from *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* to pelvic inflammatory disease: systematic review of mathematical modeling studies. *Sex Transm Dis* 2012;39:628-637.
20. Taylor-Robinson D, Jensen JS, Svenstrup H, Stacey CM. Difficulties experienced in defining the microbial cause of pelvic inflammatory disease. *Int J STD AIDS* 2012;23:18-24.
21. Gradison M. Pelvic inflammatory disease. *Am Fam Physician* 2012 15; 85:791-796.