



Absceso tubo-ovárico en el contexto de enfermedad infecciosa intestinal por *Vibrio cholerae*

Tube-ovarian abscess in the context of infectious intestinal disease caused by *Vibrio cholerae*.

Andrea Alegre-García,¹ Ana Estefanía Roig-Fernández,¹ Marta Lamata-Subero²

Resumen

ANTECEDENTES: La enfermedad inflamatoria pélvica y sus complicaciones, como los abscesos tubo-ováricos, afectan a miles de mujeres cada año en quienes dejan innumerables secuelas: dolor crónico, infertilidad, embarazo ectópico, etc. El tratamiento y la detección temprana suponen una mejora sustancial en su desenlace y en la calidad de vida de las pacientes.

CASO CLÍNICO: Paciente de 33 años que acudió a Urgencias por dolor abdominal y un cuadro diarreico asociado, con dolor a la palpación en el hipogastrio y leve defensa abdominal. La ecografía transvaginal y abdominal reveló varios abscesos tubo-ováricos. Al ingreso al hospital se trató con antibiótico, sin mejoría, por lo que se decidió la intervención quirúrgica. El estudio microbiológico de los abscesos reportó *Vibrio cholerae*, con diseminación hematogena debida a la contigüidad de la infección intestinal.

CONCLUSIONES: La superposición de síntomas y la posibilidad de descubrir patógenos diferentes a los habituales es posible; por esto es necesario tratar a las pacientes con una perspectiva integral y no solo de la ginecoobstetricia. En España, el cólera es una enfermedad de declaración obligatoria; en 2018 solo se registraron dos casos, uno de ellos el aquí reportado. En el medio español es una rareza y, por ello, de diagnóstico y tratamiento complejos.

PALABRAS CLAVE: Enfermedad inflamatoria pélvica; absceso tubo-ovárico; dolor abdominal; *Vibrio cholerae*; antibióticos; ultrasonografía.

Abstract

BACKGROUND: Pelvic inflammatory disease and its complications, such as tubo-ovarian abscesses, affect thousands of women every year and leave innumerable sequelae: chronic pain, infertility, ectopic pregnancy, etc. The treatment and early detection of these abscesses can lead to a substantial improvement in their outcome and in the quality of life of patients.

CLINICAL CASE: A 33-year-old female patient attended the emergency department for abdominal pain and associated diarrhea, with pain on palpation in the hypogastrium and mild abdominal defense. Transvaginal and abdominal ultrasound revealed several tubo-ovarian abscesses. On admission to the hospital, she was treated with antibiotics, without improvement, so surgical intervention was decided. Microbiological study of the abscesses reported *Vibrio cholerae*, with hematogenous dissemination due to contiguity of the intestinal infection.

CONCLUSIONS: The overlapping of symptoms and the possibility of discovering pathogens different from the usual ones is possible; this is why it is necessary to treat patients with an integral perspective and not only from gyneco-obstetrics. In Spain, cholera is a notifiable disease; in 2018 only two cases were recorded, one of them the

¹ Facultativa especialista en Obstetricia y Ginecología, servicio de Obstetricia y Ginecología.

² Microbióloga, servicio de Microbiología, Laboratorio Megalab. Fundación Hospital Calahorra, Calahorra, La Rioja, España.

Recibido: diciembre 2020

Aceptado: enero 2021

Correspondencia

Andrea Alegre García
andreaalegregarcia@hotmail.com

Este artículo debe citarse como:

Alegre-García A, Roig-Fernández AE, Lamata-Subero M. Absceso tubo-ovárico en el contexto de enfermedad infecciosa intestinal por *Vibrio cholerae*. Ginecol Obstet Mex 2021; 89 (7): 556-560.



one reported here. In the Spanish environment it is a rarity and, therefore, of complex diagnosis and treatment.

KEYWORDS: Pelvic inflammatory disease; Tube-ovarian abscess; Chronic pain; Abdominal pain; *Vibrio cholerae*; Antibiotics; Ultrasonography.

ANTECEDENTES

La enfermedad inflamatoria pélvica es la infección del aparato genital femenino superior debida a la invasión por diferentes microorganismos y a través de distintas vías. La ascendente (desde la vagina, por enfermedades de transmisión sexual), por diseminación hematógena o por contigüidad de otras localizaciones: apéndice, intestino, etc. Los abscesos tubo-ováricos son colecciones purulentas que engloban al complejo anexial (trompa, ovario o ambos).¹

Los abscesos tubo-ováricos casi siempre son infecciones polimicrobianas por: *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis* y *genitalium*, *Ureaplasma urealyticum*, *Streptococcus agalactiae*, y otros menos relevantes.²

La enfermedad inflamatoria pélvica engloba un gran espectro de formas de presentación y puede estar provocada por mecanismos y patógenos diferentes a los habituales, lo que dificulta el diagnóstico.

CASO CLÍNICO

Paciente de 33 años que acudió al servicio de Urgencias debido a un cuadro de dolor abdominal y diarreico de 24 horas de evolución. La paciente es nulígrada, sin antecedentes de interés, con ciclos menstruales normales dismenorreicos, y

pareja estable. A la exploración se la encontró afebril, dolor abdominal a la palpación del hipogastrio y con leve defensa abdominal. En la exploración ginecológica destacó el dolor a la movilización cervical. En la ecografía transvaginal se objetivaron tres formaciones: una en el ovario izquierdo de 39 x 37 mm y otras dos en el ovario derecho de 40 x 39 mm y 19 x 16 mm compatibles con hidrosalpinx o piosalpinx. La tomografía axial computada abdomino-pélvica confirmó los hallazgos (**Figuras 1 y 2**). De los análisis de laboratorio destacó la leucocitosis con neutrofilia; la PCR se reportó normal. Se



Figura 1. Tomografía axial computada abdomino-pélvica con contraste. Se identifican dos colecciones compatibles con abscesos tubo-ováricos.

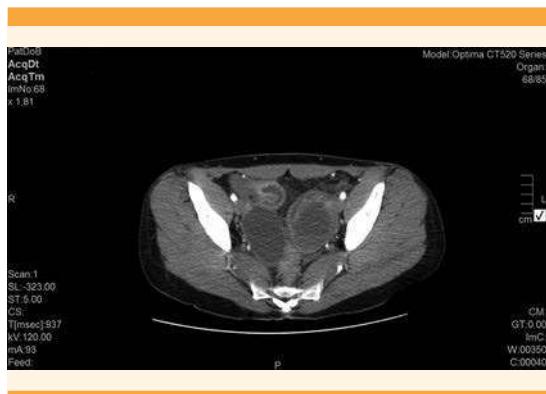


Figura 2. Tomografía axial computada abdominopélvica, con contraste.

descartó el embarazo y se practicaron cultivos endocervicales y un urocultivo.

Se hospitalizó a la paciente para tratarla con amoxicilina-ácido clavulánico por vía endovenosa. Persistió con diarrea, fiebre y elevación de la PCR. Por los reportes de los coprocultivos y hemocultivos se modificó el tratamiento a doxiciclina y cefoxitina.

Los cultivos endocervicales se reportaron positivos para *Ureaplasma urealyticum* (más de 10,000 UFC/mL; sensible a todo el antibiograma), negativos para hongos y *Trichomonas vaginalis*. El urocultivo y los hemocultivos también fueron negativos. Con el cambio de antibiótico mostró mejoría analítica, pero a los 4 días tuvo signos de irritación peritoneal por lo que se decidió la intervención quirúrgica urgente.

Durante la laparotomía abdominal se observó abundante material purulento, del que se tomaron muestras para su análisis. La anatoma se encontró distorsionada y durante el despegamiento se produjo la rotura de la trompa derecha; por eso se decidió extirparla. El anejo izquierdo era un conglomerado en el que no se distinguían zonas sanas, por eso se decidió la anexectomía izquierda. Luego

de comprobar la hemostasia se procedió al cierre. Se conservó el mismo esquema de antibióticos durante el posoperatorio, con mejoría; se dio de alta al cuarto día con la indicación de continuar el tratamiento con doxiciclina y cefixima orales.

Las serologías se reportaron negativas para VIH, VHB, VHC, excepto para sífilis (TPHA positivo). La paciente no recordó haber sido tratada ni haber tenido síntomas, por eso se inició el tratamiento con penicilina B 2.4 millones en 3 dosis (1 cada semana) y cribado de la pareja, que resultó negativo. El cultivo del material purulento abdominal fue positivo para *Vibrio cholerae* (sensible a doxiciclina). Los hemocultivos fueron negativos, el coprocultivo positivo para *Aeromonas sobria* y negativos para *Clostridium difficile*.

En búsqueda del posible origen de la infección volvió a interrogarse a la paciente quien declaró no disponer de recursos económicos, vivir en una zona de montaña sin agua potable, beber agua de un manantial sin tratamiento, que pudo ser el posible origen de la infección por *Vibrio cholerae*.

El reporte anatopatológico fue de: trompa derecha y anejo izquierdo con signos de inflamación aguda y crónica.

Al alta hospitalaria, la paciente permaneció en seguimiento durante un año, sin síntomas y con cultivos de control negativos.

DISCUSIÓN

Los abscesos tubo-ováricos son una de las complicaciones más graves de la enfermedad inflamatoria pélvica. Son polimicrobianos y envuelven al aparato genital femenino, incluidos: el endometrio, las trompas de Falopio, los ovarios y el peritoneo. Afectan a mujeres



jóvenes, sexualmente activas, con predominio entre los 15 y 29 años. Su incidencia se estima en 17 a 20% de las pacientes con enfermedad inflamatoria pélvica, aunque es difícil de estimar por el amplio espectro de presentación y su infradiagnóstico.

Más del 85% se deben a enfermedades de transmisión sexual o vaginosis bacterianas asociadas, y el 15% a microorganismos intestinales o respiratorios. Los mecanismos de trasmisión, aparte de la vía ascendente, pueden ser iatrogénicos (por inserción de dispositivos intrauterinos), por pruebas invasivas (histerosalpingografía o histeroscopia), con menos frecuencia por vía hematógena, linfática o por contigüidad, como en la apendicitis.^{2,3,4}

Es una enfermedad típicamente polimicrobiana con la participación de: *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Escherichia coli*, *Bacteroides fragilis*, *Streptococcus* del grupo A, *Staphylococcus*, etc.⁵

La clínica es variada, incluye síntomas como el dolor en la zona baja del abdomen, secreción vaginal anormal, sangrado intermenstrual, y otros. En la exploración es habitual advertir dolor a la movilización cervical, palpación anexial o al examen bimanual. Si bien puede haber fiebre los síntomas sistémicos no son hallazgos muy habituales o imprescindibles.⁴ Los abscesos tubo-ováricos son una de las manifestaciones más graves, por sus complicaciones a corto plazo: infertilidad, embarazo ectópico, adherencias, dolor crónico, rotura, sepsis o necesidad de cirugía urgente.^{1,2}

El diagnóstico, para afianzarse, requiere pruebas adicionales de imagen, de laboratorio o microbiología. Por su disponibilidad e inocuidad el patrón de referencia es la ecografía transvaginal, aunque quizás sea necesario practicar otras adicionales, como la tomografía axial computada o

la resonancia magnética nuclear para completar el estudio o para el diagnóstico diferencial.⁶

En la bibliografía están reportados diferentes casos de abscesos tubo-ováricos, consecuencia de la diseminación hematógena o por contigüidad de infecciones de origen intestinal. En estos casos, la ruta más probable es la hematógena, luego de la fase de bacteriemia. La diseminación local desde el intestino infectado es menos probable en ausencia de síntomas gastrointestinales.⁷ Encontramos casos producidos por diferentes microorganismos: *Salmonella typhi*, *Bacteroides fragilis*, *Enterobius vermicularis*, *Pasteurella multocida*, *Brucella spp*, *Streptococcus pneumoniae*, y otros.⁸⁻¹³

La dificultad del caso aquí reportado reside en que el cólera no es una enfermedad endémica en España, lo que dificulta la sospecha en primera instancia y menos como agente causal directo. *Vibrio cholerae* es una bacteria gramnegativa, productora de una toxina que desencadena un cuadro agudo de diarreas acuosas. Se trata de una infección infradiagnosticada, con 3 millones de casos diagnosticados, aproximadamente, y alrededor de 100,000 muertes anuales.

Se adquiere a través de la ingestión de alimentos contaminados o aguas sin tratamiento, como le sucedió a la paciente del caso, que consumía agua de manantial no tratada. Los síntomas principales son diarreas acuosas, que pueden ser severas y conducir a la deshidratación o alteraciones electrolíticas graves. Las manifestaciones extraintestinales varían desde abscesos hepáticos, esplénicos, endoftalmitis, bacteriemia, infecciones de tejidos blandos, etc.^{8,9}

El absceso tubo-ovárico se trató con doxiciclina porque la primera sospecha fue de abscesos tubo-ováricos en el contexto de una enfermedad inflamatoria pélvica habitual. Este antibiótico tiene acción en contra del *Vibrio cholerae*.

A pesar del tratamiento médico fue necesario el drenaje quirúrgico, por el empeoramiento del estado general. En términos generales, por norma, cuando hay empeoramiento o no se observa mejoría en 48 a 72 horas debe adoptarse una actitud más activa.

Las vías de acceso para el drenaje son múltiples: por radiología intervencionista, laparoscopia o cirugía abierta. La elección de la técnica está condicionada por: el estado general de la paciente, los medios disponibles, la experiencia del equipo, y otras. En la paciente del caso fue necesaria la laparotomía y, a pesar de ser nulípara, la extirpación de ambas trompas y el ovario izquierdo porque la afectación era realmente extensa y no permitía su conservación.

Como diagnóstico diferencial es importante tener en cuenta no solo los gérmenes habitualmente implicados, sino otros potencialmente poco frecuentes o raros y valorar a la paciente en su conjunto, a veces complicada por la mimetización de algunos síntomas.^{3,4,6,13}

Además, en la paciente del caso se asoció un cultivo endocervical positivo para *Ureaplasma urealyticum* con solo 10,000 UFC/mL, pero la tasa de colonización asintomática puede ser elevada.

CONCLUSIÓN

La superposición de síntomas y la posibilidad de descubrir patógenos diferentes a los habituales es posible; por esto es necesario tratar a las pacientes con una perspectiva integral y no solo de la Ginecoobstetricia. En España, el cólera es una enfermedad de declaración obligatoria; en 2018 solo se registraron dos casos, uno de ellos el aquí reportado. En el medio español es una rareza y, por ello, de diagnóstico y tratamiento complejos.

REFERENCIAS

1. Granberg S, Gjelland K, Ekerhovd E. The management of pelvic abscess. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2009; 23 (5): 667-78. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2009.01.010
2. Baquedano L, Lamarca M, Puig F, Ruiz MA. Enfermedad inflamatoria pélvica: un reto en el diagnóstico y tratamiento precoz. Rev Chil Obstet Ginecol 2014; 79 (2): 115-20. doi: http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262014000200009
3. Ford GW, Decker CF. Pelvic inflammatory disease. Disease-a-Month 2016; 62 (8): 301-5. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.disamonth.2016.03.015
4. Brunham RC, Gottlieb SL, Paavonen J. Pelvic Inflammatory Disease. N Engl J Med 2015; 372 (21): 2039-48. doi: 10.1056/NEJMra1411424
5. Hernández Durán D, Diaz Mitjans O. Enfermedad inflamatoria pélvica. Rev Cubana Obstet Ginecol 2010; 36 (4): 613-31. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000400015&lng=es
6. Granero R, Garrido JL, Vázquez F, Vargas V, Ruiz C, Paredes RM. Abdomen agudo como presentación de absceso tubo-ovárico en adolescente sexualmente inactiva. Prog Obstet Ginecol 2012; 55 (9): 441-44. http://dx.doi.org/10.1016/j.pog.2012.04.005
7. Getahun S, Limaono J, Ligaitukana R, Cabenatabua O, Soqo V, Diege R, et al. Ovarian abscess caused by *Salmonella enterica* serovar *typhi*: A case report. J Med Case Rep 2019; 13 (1): 303. https://doi.org/10.1186/s13256-019-2229-y
8. Deshayes S, Daurel C, Cattoir V, Parienti JJ, Quilici ML, De La Blanchardière A. Non-O1, non-O139, *Vibrio cholerae* bacteremia: case report and literature review. Springerplus 2015; 4: 575. doi: 10.1186/s40064-015-1346-3
9. Lai CC, Liu WL, Chiu YH, Chao CM, et al. Liver abscess due to non-O1 *Vibrio cholerae* in a cirrhotic patient with hepatocellular carcinoma. Diagn Microbiol Infect Dis 2012; 73: 84-5. doi: 10.1016/j.jinf.2011.01.011
10. Guler S, Oksuz H, Cetin GY, et al. Bilateral tubo-ovarian abscess and sepsis caused by *Salmonella* in patients with systemic lupus erythematosus. BMJ Case Reports 2013. doi:10.1136/bcr-2013-200187
11. Feuerstein JL, O'Gorman J, Jakus J. Sepsis secondary to *Bacteroides fragilis* tubo-ovarian abscess requiring hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy. BMJ Case Reports 2018. doi: 10.1136/bcr-2017-22460
12. Baud D, Bizzini A, Jaton K, Achtari C, et al. Pasteurella multocida zoonotic ascending infection: an unusual cause of tubo-ovarian abscess. Vector-Borne and Zoonotic Diseases 2012;12(1):84-5. https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/vbz.2011.0610
13. Argüelles Pérez O. Absceso de tubo-ovárico causado por neumococo. Rev Cubana Obstet Ginecol 2017; 43 (1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2017000100009&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0138-600X