

CASO CLÍNICO: DOLOR ABDOMINO-PÉLVICO: UN RETO DIAGNÓSTICO

Autores: Leyre Darocas Garrigues, Oihana Sabalza Baztán, M^a Dolores Tirado Balaguer

Hospital General Universitario de Castellón

Palabras clave: pelviperitonitis, enfermedad inflamatoria pélvica, *Neisseria gonorrhoeae*

Se presenta el caso de una mujer de 19 años que acudió a urgencias por presentar dolor abdominal intenso en el hipogastrio de dos días de duración, asociado a náuseas, vómitos y fiebre (38'5°C). La paciente, sin antecedentes de ITS, tomaba anticonceptivos orales y tenía pareja estable con la que no utilizaba método barrera.

En la exploración física, el médico especialista refirió abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación generalizada con predominio en hipogastrio y fosa ilíaca izquierda, siendo el signo de Blumberg negativo.

En cuanto a las pruebas complementarias, cabe destacar un aumento de la proteína C reactiva (63,37mg/L), una leucocitosis con neutrofilia en el hemograma solicitado y sedimento urinario positivo.

Se procedió a la realización de una ecografía abdominal en la que se observaron cambios de aspecto inflamatorio sin causa identificada y un TAC abdominal que fue normal.

Tras la exploración y las pruebas realizadas, se administró tratamiento antiálgico y se remitieron un par de hemocultivos y un urocultivo al Servicio de Microbiología. La paciente pasó a observación por parte de Ginecología, que descartó patología ginecológica urgente y tomó muestra de frotis vaginal.

Dada la clínica de la paciente (abdomen agudo), se decidió su ingreso y la realización de laparoscopia exploradora por parte de Cirugía, en la que se descartó apendicitis, colecistitis, perforación gástrica o postpilórica y se visualizó una peritonitis difusa purulenta. Se administró una dosis de amoxicilina/clavulánico intravenoso preoperatorio y se procedió a un lavado y aspiración con los que se obtuvo muestra del absceso intraabdominal y anexial. La paciente pasó a cargo del servicio de Ginecología tras comunicación intraoperatoria del caso.

Por parte de Ginecología se describe la presencia de útero, trompas y ovarios hiperémicos sin dilatación y salida de líquido de la trompa derecha. Se procedió a la limpieza exhaustiva con suero fisiológico y se administró empíricamente Clindamicina asociada a Gentamicina. Así es como se diagnosticó de peritonitis purulenta difusa con probable origen en una EPI (enfermedad pélvica inflamatoria)

El servicio de Microbiología (gracias a la presencia de guardias 24 horas) informó telefónicamente de la observación de diplococos gramnegativos en la tinción de Gram del absceso intraabdominal recogido intraoperatoriamente.

Se obtuvieron los resultados de las pruebas bacteriológicas, aislándose *Neisseria gonorrhoeae* en los cultivos del absceso intraabdominal, absceso del anexo genital y vaginal. En la prueba PCR de infecciones de transmisión sexual (ITS) se detectó la presencia de *Neisseria gonorrhoeae* en muestras intraoperatorias. En el frotis vaginal,

además de *Neisseria gonorrhoeae*, se detectó *Chlamydia trachomatis*. El urocultivo y los hemocultivos fueron negativos.

Como pruebas adicionales, se realizaron pruebas serológicas para el virus de la hepatitis A, hepatitis B, Herpes Simplex, VIH y Sífilis, siendo todas negativas.

La sensibilidad del aislado fue la siguiente (interpretación según puntos de corte EUCAST 2023):

Antibiótico	S/I/R	CMI (mg/L)
Cefixima	S	<0.016
Ciprofloxacino	S	0.002
Azitromicina	NC	0.125
Tetraciclina	R	1
Penicilina	I	0.47
Cefotaxima	S	0.003

Una vez conocido el microorganismo causante, se planteó tratar a la paciente con Ceftriaxona, Doxiciclina y Metronidazol durante 14 días. Tras conocer la sensibilidad del gonococo (dos días después) y su resistencia a tetraciclinas, el servicio de Farmacia recomendó administrar Ciprofloxacino más Metronidazol en su lugar. Microbiología aconseja reinstaurar el tratamiento inicial, manteniendo Doxiciclina ante la posible coinfección por *Chlamydia trachomatis*. Sin embargo, se añade Doxiciclina al tratamiento de Ciprofloxacino y Metronidazol previamente decidido dada la buena evolución clínica de la paciente y mejoría de los parámetros inflamatorios. Al alta, debe continuar unos días más con ciprofloxacino y doxiciclina.

A modo de resumen, la paciente recibió finalmente tratamiento un total de un día de Ceftriaxona, 8 días de metronidazol, 9 días de Ciprofloxacino y 11 días de Doxiciclina.

A los 7 días, la paciente acudió de nuevo a urgencias con una sintomatología similar al cuadro inicial y tras realizar pruebas de imagen, se observan en el TAC cambios inflamatorios de asas de yeyuno terminal-íleon proximal, engrosamiento mural concéntrico de segmento largo compatible con enteritis inflamatoria infecciosa y un aumento de la cantidad de líquido libre con realce peritoneal. Se decidió su ingreso en Ginecología de nuevo por enteritis secundaria a peritonitis infecciosa. Tras consultar con el servicio de Microbiología se administra Ceftriaxona más Metronidazol para cubrir posibles microorganismos anaerobios.

Cirugía descartó intervención quirúrgica por su parte, y se procedió a la recogida de frotis vaginal y cervical para estudio microbiológico (cultivo y PCR). En el cultivo de las muestras de frotis vaginal y cervical no se aisló *N. gonorrhoeae*, sin embargo la PCR de ambas muestras fueron positivas para *N. gonorrhoeae* y para *Chlamydia trachomatis*. En el cultivo

del frotis vaginal se evidenció una disbacteriosis como consecuencia del tratamiento antimicrobiano administrado.

Dados los resultados de PCR, se modificó el tratamiento a Ceftriaxona, Doxiciclina y Metronidazol hasta completar 14 días.

Seis meses más tarde en el control de ITS realizado por la unidad de prevención de SIDA e ITS (C.I.P.S.) se aisló nuevamente *N. gonorrhoeae* en el cultivo de muestras vaginales, cervicales y anales, y se detectó, mediante PCR, la coinfección de *Chlamydia trachomatis*. Se consideró una reinfección, por lo que se administró Azitromicina y Ceftriaxona como tratamiento antibiótico dirigido.

Además, se informó a la paciente de la necesidad del empleo de un método barrera como un preservativo a fin de minimizar reinfecciones y sus complicaciones futuras.

El resultado de la PCR del frotis vaginal fue negativo a los 8 meses.

Neisseria gonorrhoeae

Se trata de un diplococo gramnegativo aerobio estricto que se agrupa adoptando la forma característica de “grano de café”. Los pilis y proteínas de adhesión constituyen factores de virulencia importantes que le permiten formar “biofilms” (biopelículas) y microcolonias. Es un microorganismo intracelular facultativo cuyo único reservorio es el ser humano.

La infección se adquiere por transmisión sexual y vertical, con un periodo de incubación entre los 2 días y 1 semana.

Algunas de las enfermedades que puede causar el gonococo son las infecciones genitales como la uretritis, salpingitis y/o cervicitis; faringitis, proctitis, conjuntivitis e infecciones diseminadas como la artritis gonocócica y bacteriemia.

El diagnóstico se realiza por la tinción de Gram, siembra y cultivo de la secreción uretral, endocervical, conjuntival, faríngea o rectal con escobillón. Es importante inocular la muestra inmediatamente en medios de cultivo o transporte selectivos como Thayer-Martin, Martin-Lewis o New York City en el caso de muestras contaminadas y/o agar sangre si son muestras estériles.

Las pruebas de biología molecular como la PCR son muy útiles para detectar el material genético en las muestras obtenidas, sobre todo cuando la cepa no es viable para el estudio de la sensibilidad. Se trata de un microorganismo muy lábil.

Es importante en estos casos descartar infecciones concomitantes por *Chlamydia*, *Treponema pallidum*, VIH, VHB, VHC y otras ITS mediante PCR o serología.

El tratamiento de elección para la infección por gonococo sería el siguiente:

De elección	Alternativo	Alergia a penicilinas
- Empírico: Ceftriaxona 500 mg IM dosis única. * - Dirigido: Ceftriaxona 500 mg IM	Excepcionalmente si no se dispone de cefalosporinas IM: -Cefixima 800 mg VO dosis única.	Gentamicina 240mg IM dosis única + Azitromicina 2 gr vo dosis única

Cuando no se puede descartar coinfección por *C. trachomatis* es necesario añadir Doxiciclina 100 mg VO cada 12 horas por 7 días.

El tratamiento empírico de elección para la pelviperitonitis gonocócica y para la Enfermedad Pélvica Inflamatoria, en ingreso hospitalario es Ceftriaxona 2 g/24 h IV + Doxiciclina 100 mg/12 h IV o VO 100 mg/12h + Metronidazol 500 mg/8 h IV o VO.

En relación al diagnóstico, se debe tener en cuenta que los síntomas de la EPI pueden ser leves e inespecíficos (o incluso estar ausentes asintomáticas), sobre todo en mujeres. Los estudios radiológicos son importantes para excluir otras causas y las pruebas de laboratorio suelen ser negativas o estar ligeramente elevadas.

La pelviperitonitis es una complicación poco frecuente de la enfermedad inflamatoria pélvica en mujeres jóvenes sexualmente activas. Las hipótesis más probables de su fisiopatología podrían ser la extensión de la infección genital vía ascendente a través del canal cervical hasta el peritoneo o bien su propagación hematológica o linfática.

Aunque existen pocos casos de pelviperitonitis por gonococo, su reporte puede ayudar a su diagnóstico temprano y su correcto tratamiento dado el aumento de la incidencia de infecciones por *N. gonorrhoeae* y su resistencia a antibióticos.