

Peritonitis por Actinomyces en portadora de DIU

Peritonitis due to Actinomyces in an IUD carrier

Iglesias Bravo E.V., Sánchez López J.F., Núñez Muñoz L, Caballero Fernández V, Garrido Teruel R.

Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla. España.

Resumen

El dispositivo intrauterino es en la actualidad el segundo método anticonceptivo más utilizado. No es infrecuente que nos encontremos en la clínica diaria ante una paciente portadora de DIU que consulte por sintomatología sugestiva de enfermedad inflamatoria pélvica. Presentamos el caso de una peritonitis difusa por Actinomyces asociada a DIU, una bacteria clásicamente relacionada con estos dispositivos, poco frecuente, pero capaz de originar una infección potencialmente mortal.

Palabras clave: Dispositivo intrauterino. Enfermedad pélvica inflamatoria. Actinomyces. Peritonitis.

Summary

The intrauterine device is nowadays the second most popular contraceptive method. It is not unusual that in our daily practice, a woman carrying one of these, presents symptoms suggestive of a pelvic inflammatory disease. We report the case of an acute peritonitis due to Actinomyces in an IUD carrier, a germ usually associated to these devices, capable to produce an unfrequent disease that can even cause the death of the patient.

Key words: Intrauterine device. Pelvic inflammatory disease. Actinomyces. Peritonitis.

Correspondencia: Eva M^a Iglesias Bravo
Av. Kansas City 44, 4^o D
41007 SEVILLA
iglesiasbravo@yahoo.es

INTRODUCCIÓN

El dispositivo intrauterino es uno de los métodos anticonceptivos más utilizados en la actualidad, sobre todo en pacientes que no toleran los anticonceptivos orales. Al ser en general bien tolerado, existe un número de pacientes que no acuden a sus revisiones ginecológicas periódicas. Por este motivo, no es infrecuente en la práctica diaria que acudan a consulta por dolor hipogástrico inespecífico, y en ocasiones nos encontremos ante una enfermedad inflamatoria pélvica, generalmente producida por gérmenes como *Chlamydia*, *Neisseria*... que suele responder bien con tratamiento antibiótico.

Presentamos el caso de una paciente portadora de DIU con una peritonitis difusa por enfermedad inflamatoria pélvica originada por *Actinomyces*, una bacteria clásicamente asociada a estos dispositivos, aunque, afortunadamente, poco frecuente en la clínica diaria.

CASO CLÍNICO

Paciente de 39 años, sin antecedentes de interés, G1P1, portadora de DIU durante los últimos 5 años sin controles ginecológicos, que consulta por dolor hipogástrico y astenia de dos semanas de evolución, con náuseas y vómitos.

A la exploración, está afebril, aunque con afectación del estado general. A pesar de la defensa abdominal, se palpa una tumoración de límites imprecisos que ocupa el hemiabdomen inferior; en la exploración ginecológica presenta testigos de DIU visibles, leucorrea purulenta por OCE y gran dolor a la movilización cervical.

La ecografía puso de manifiesto una formación heterogénea de contenido mixto en región retrouterina y anexial bilateral, de un tamaño aparente de 110 x 60 x 90 mm, compatible con absceso tuboovárico bilateral. El TAC informó de hallazgos similares, apreciándose además un íleo obstructivo de todo el intestino delgado debido a la infiltración de asas por parte de las colecciones purulentas. El hemograma puso de manifiesto una leucocitosis (20.700) con neutrofilia y trombocitosis (933000) con algunas plaquetas dismórficas.

Con el diagnóstico de sospecha de enfermedad inflamatoria pélvica se ingresó con amplia cobertura antibiótica. 24 horas más tarde se practica laparotomía exploradora con hallazgo de gran plastrón inflamatorio con múltiples adherencias a las asas y trom-

pas engrosadas. Se realizó salpingectomía bilateral, adheriolisis y apendicectomía, con perforación accidental de un asa intestinal durante la intervención que se suturó con moderada dificultad por la afectación inflamatoria de todo el intestino, dejando dos drenajes abocados a cavidad.

En el postoperatorio evoluciona de forma desfavorable con deterioro general, distensión abdominal, íleo paralítico prolongado y débito entérico moderado por herida quirúrgica. Con el diagnóstico de sepsis abdominal grave, ingresa en UCI donde permanece hemodinámicamente estable sin necesidad de aminas, comenzando una evolución favorable con dieta absoluta, nutrición parenteral total y antibioterapia de amplio espectro (penicilina-tazobactám, gentamicina y clindamicina).

El resultado histopatológico de las trompas informó de salpingitis aguda y crónica severas, con abundantes restos fibrinonecróticos superficiales. En el material fibrinopurulento intraluminal se identifican estructuras compatibles con *Actinomyces*. Los hemocultivos fueron todos negativos, y en cultivos de exudados de la herida se aislaron *Eikenella corrodens*, *Morganella morganii* y *Proteus vulgaris*, sensibles a la antibioterapia utilizada.

Finalmente, un mes tras su ingreso, se retiran drenajes, inicia tolerancia y en el TC de control se observan únicamente 2 o 3 pequeñas colecciones líquidas adyacentes al útero. Dos semanas más tarde es dada de alta con la función intestinal completamente reestablecida.

DISCUSIÓN

La actinomicosis pélvica, producida por *A. israeli*, puede representar una infección primaria en mujeres portadoras de dispositivo intrauterino. El cuadro clínico viene determinado por una enfermedad inflamatoria de curso subagudo con dolor, fiebre, leucorrea, astenia y en ocasiones, aparición de masa anexial. En estos casos el hemocultivo rara vez resulta positivo, al igual que el cultivo de las secreciones, ya que el tratamiento antibiótico previo permite identificar sólo otros microorganismos acompañantes, de significado patogénico dudoso.(1)

La actinomicosis se produce por bacterias anaerobias o microaerófilas grampositivas. La evolución indolora se asemeja a las infecciones micóticas, tuberculosis y enfermedades malignas, lo que complica el diagnóstico precoz. Las lesiones clínicas se caracterizan por abscesos comunicados por trayectos sinusoidales que se extienden desde las lesiones a la piel, mucosas u órganos internos, rodeados de tejido de

granulación y abundante fibrosis, facilitando la diseminación de la infección, sobre todo en el abdomen y la pelvis. El examen histológico revela la presencia de pus rodeado de un tejido de granulación agudo o crónico (fibrótico) y en las lesiones avanzadas aparecen los clásicos gránulos de color amarillo, que se observan con la tinción de gram (+) en cortes de las paredes de los abscesos. Sin tratamiento es una infección de pronóstico infausto, aunque es sensible a la penicilina G o tetraciclina. Las colecciones purulentas deben ser drenadas, y mantener a la paciente con antibioterapia durante al menos 6 semanas.

Existen varios casos publicados similares al que presentamos, con peritonitis difusa y abscesos intercomunicados (2-5) En todos ellos el debut de la infección fue larvado, la evolución tórpida, fatal en alguno de ellos, aunque con buena respuesta al tratamiento con piperacilina. En cuanto al diagnóstico, las imágenes radiológicas en los TCs fueron similares (6), y no en todos se consiguió aislar el germen en las secreciones purulentas, sino en la histología de estructuras extirpadas (7). En nuestro caso además, se produjo una sobreinfección de gérmenes saprofitos intestinales (*E. corrodens*, *M. morgani*, *P. vulgaris*), probablemente por la presencia de la fístula intestinal, lo cual retrasó más aún la mejoría de nuestra paciente.

Debido a la gravedad de esta infección, nos planteamos qué hacer en aquellas portadoras de DIU en las que se aísla el microorganismo en una citología de control. Según consenso (8), se debe retirar el dispositivo y realizar una nueva citología de seguimiento en 6-8 semanas, para comprobar que el microorganismo haya sido erradicado. Si es así, no es necesario más tratamiento, pero si persiste, debe realizarse una ecografía para descartar la presencia de abscesos y hemograma con velocidad de sedimentación globular. Si todo esto es normal, se realiza tratamiento con penicilina oral durante un mes (500 mg/6h/30 días). Si se observa la presencia de abscesos el tratamiento debe incluir la penicilina, un aminoglucósido y clindamicina o metronidazol previos a la cirugía si esta es necesaria.

Por tanto, pese a la eficacia y comodidad del dispositivo intrauterino, no debemos olvidar que no está exento de complicaciones. Debemos saber actuar ante una citología positiva frente a actinomyces en estas pacientes, y recordar la posibilidad de infección por este germen ante un cuadro compatible con una enfermedad inflamatoria pélvica de curso subagudo, con múltiples abscesos abdominales intercomunicados, y de evolución tórpida, en ocasiones incluso fatal.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Harrison.:** Principios de Medicina Interna 13ª Ed. Ed McGraw-Hill. Vol I. PAG 813-15.
2. **Lazzaretti MG, Rosi A, Gavioli M, Castellani Tarabini C, Biagini M, Zenezini Chiozzi A, Piccagli I, Bernardelli D, Romani M.:** A rare case of primary abdominal actinomycosis. *Minerva Chir* 1996 Sep; 51(9): 707-11.
3. **Manouana M, Lorgeron P, Louis O, Brossard G, Trespeuch N, Gay J, Rochelson BL, Mann WJ, Fromowitz R, Baim R.:** Actinomyces peritonitis of the pelvis in a patient with an intrauterine device. A case. *Presse Med* 1994; Mar 19; 23(11): 544.
4. **Charnock M, Chambers TJ.:** Pelvic actinomycosis and intrauterine contraceptive devices. *Lancet* 1979; Jun 9; 1(8128): 1239-40.
5. **Helenius I, Takala T, Ristkari S, Jarvi K, Mokka R.:** Actinomycosis-a rare cause of purulent peritonitis in a woman in fertile age. *Duodecim* 2001; 117(7): 722-4.
6. **Laurent T, de Grandi P, Schnyder P.:** Abdominal actinomycosis associated with intrauterine device : CT features. *Eur Radiol.* 1996; 6(5) : 670-3.
7. **Dawson JM, O'Riordan B, Chopra S.:** Ovarian actinomycosis presenting as acute peritonitis. *Aust NZJ Surg.* 1992; Feb; 62(2): 161-3.
8. **IUD-associated infections: diagnosis and treatment of pelvic actinomycosis.** *Contemporary OB/GYN Archive.* Sep. 1, 1999.