

NOTA CLÍNICA

Hospital Ginecoobstétrico “Ana Betancourt de Mora”, Camagüey

Absceso de ovario y embarazo a término

Dr. José R. del Toro,¹ Dr. Arnaldo H. Nakahara,¹ Dr. Raúl Suárez,¹ Dr. Eduardo Rojas¹ y Dr. Leobel Almanza¹

Rara vez la salpingooforitis o absceso o ambos ha sido descrita durante el embarazo. No hay diferencia entre los factores de riesgo para la enfermedad pélvica inflamatoria en la mujer embarazada en comparación con los de la no embarazada. En teoría, la mujer en estado de embarazo puede desarrollar la enfermedad pélvica inflamatoria si la cavidad uterina no ha sido obliterada por el saco gestacional; también puede deberse a la reactivación de una salpingitis crónica. La oclusión de la cavidad endometrial, por la aposición de las deciduas capsular y parietal, ocurre hacia la semana 16 de gestación. Los mecanismos del desarrollo de una enfermedad pélvica inflamatoria durante la gestación son los siguientes:

- a. Infección en el momento de la fecundación (transporte de bacterias a las trompas por los espermatozoides).
- b. Infección después de la fecundación y antes del cierre de la cavidad endometrial
- c. Diseminación linfática desde cérvix o vagina
- d. Diseminación vascular de cérvix o vagina
- e. Reactivación de enfermedad pélvica infecciosa crónica, instrumentación, infección ascendente durante aborto o sangrado, diseminación adyacente.¹

Caso clínico

Se presenta el caso de una paciente de 27 años, con antecedentes de salud, que ingresa en nuestro hospital a las 37 semanas de gestación, se produce el parto eutócico a las 8:15 a.m. y se obtiene un recién nacido de 3 700 g y puntuación de Apgar 9-9. A las 9:30 a.m. comienza a referir dolor abdominal intenso que es evaluado por el personal médico, por lo cual se le indicó un ultrasonido diagnóstico que arrojó los siguientes resultados:

Hígado homogéneo que no rebasa el reborde costal, vesícula biliar discretamente distendida y sin litiasis de paredes finas, bazo de tamaño normal, ambos riñones sin alteraciones, marcada cantidad de líquido libre en cavidad abdominal, útero de características normales de acuerdo con el período del puerperio en que se encuentra la paciente, no solución de continuidad. Por las características del ultrasonido se efectuó una punción abdominal y se obtuvo 15 mL de pus, de modo que se le realizó una laparotomía exploradora.

Hallazgo operatorio: Absceso de ovario derecho de aproximadamente 10 cm de diámetro roto y adherencias de este con asas intestinales, la trompa de Falopio no formó parte del proceso. Se realizó histerectomía total abdominal. En el estudio anatomopatológico se confirmó el diagnóstico macroscópico, donde se describen lesiones hemorrágicas e inflamatorias crónicas del tejido ovárico. El cultivo del material purulento extraído de la cavidad abdominal, así como los hemocultivos posteriores demostraron la presencia de *Staphylococcus aureus*. Luego de nueve días de tratamiento antimicrobiano de segunda línea y cuidados posoperatorios la paciente fue dada de alta con evolución satisfactoria (**figuras 1 – 3**).

Absceso de ovario y embarazo a término



Figura 1. Vista posterior de útero y ovario derecho abscedado.

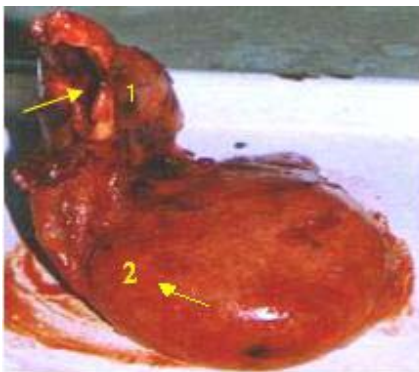


Figura 2. Vista donde se aprecia la cavidad del absceso (1) y la trompa con sus fimbrias indemnes (2).

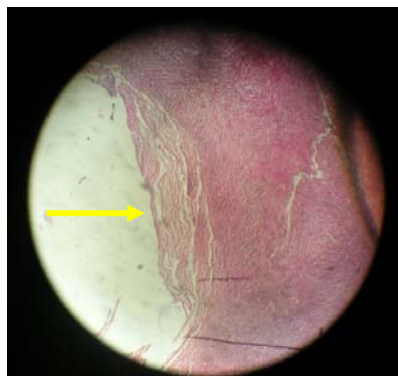


Figura 3. Vista panorámica de la cápsula del absceso ovárico, con signos de inflamación crónica e infiltrado hemorrágico.

Comentarios

La enfermedad pélvica inflamatoria en el curso del embarazo es una entidad infrecuente, más aún al término de este; lo cual se justifica por las características señaladas anteriormente, además de los

escasos informes en las bibliografías consultadas.^{2, 3} Se infiere que el germen que produce el absceso ovárico llega al sitio de colonización por vía hemática o linfática, presumiblemente desde vagina o cuello e incluso pudiéramos suponer que procede del tracto urinario.¹

La forma de presentación más común de la enfermedad inflamatoria pélvica en el curso del embarazo, se corresponde con el embarazo ectópico,⁴ donde existen precedentes de enfermedad inflamatoria pélvica aguda o crónica agudizada, el segundo lugar lo ocupa el aborto de un embarazo que se implanta en un aparato genital ya infectado.¹ Una forma de presentación menos frecuente aún lo constituyen los abscesos tuboováricos secundarios a manipulaciones como la fertilización *in vitro* y transferencia de embrión.

Referencias bibliográficas

1. Baydoun AB, Sarram M. Ovarian abscess in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1961;18:739 - 43.
2. Szczepanski Z. A case of purulent oophoritis and phlegmon of the uterine wall in the 9th month of pregnancy. *Ginekol Pol* 1966 Sep;37(9):1011-4.
3. Tuomivaara LM. Ectopic pregnancy and genital infections: a case-control study. *Ann Med* 1990;22(1):21-4.
4. Matsunaga Y, Fukushima K, Nozaki M, Nakanami N, Kawano Y, Shigematsu T, et al. A case of pregnancy complicated by the development of a tubo-ovarian abscess following in vitro fertilization and embryo transfer. *Am J Perinatol* 2003;20(6):277-82.

Dr. José R. del Toro. Hospital Ginecoobstétrico "Ana Betancourt de Mora", Camagüey

¹ Especialistas de I Grado en Obstetricia y Ginecología

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Toro JR del, Nakarahara AH, Suárez R, Rojas E, Almanza L. Absceso de ovario y embarazo a término [artículo en línea]. *MEDISAN* 2005;9 (2).
<http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol9_2_05/san12205.htm> [consulta: fecha de acceso].