

Pelviperitonitis gonocócica. A propósito de un caso

Gonococcal pelviperitonitis. A case report

Estela Llamas Guevara¹, Marina Parra Civera¹, Macarena Pariente Martín¹, Rosa González Pellicer¹

¹Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España.

Sin conflictos de intereses

Sin financiamiento

Recibido: 4 de mayo de 2022 / Aceptado: 14 de octubre de 2022

Resumen

Neisseria gonorrhoeae se considera uno de los agentes causales más importantes de la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) produciendo síntomas leves e inespecíficos, lo cual la convierte en un desafío diagnóstico. Se presenta un caso de una pelviperitonitis gonocócica aguda con dolor difuso, distensión abdominal, fiebre. El único hallazgo destacable fue un líquido peritoneal y endocervical purulento con reactantes de fase aguda elevados. El cultivo del líquido endocervical y peritoneal fue positivo para *N. gonorrhoeae*. En mujeres sexualmente activas y con sospecha de EPI es importante descartar enfermedades de transmisión sexual.

Palabras clave: enfermedad pélvica inflamatoria; *Neisseria gonorrhoeae*; pelviperitonitis gonocócica; dolor abdominal.

Abstract

Neisseria gonorrhoeae is considered one of the most important causal agents of pelvic inflammatory disease, producing mild and nonspecific symptoms, which makes it a diagnostic challenge. A case of acute gonococcal pelviperitonitis with abdominal distension, fever and diffuse pain is presented. The only noteworthy finding was purulent peritoneal and endocervical fluid with elevated acute-phase reactants. Endocervical and peritoneal fluid culture showed infection with *N. gonorrhoeae*. Therefore, in sexually active women with suspected PID, it is important to rule out sexually transmitted diseases.

Key words: pelvic inflammatory disease; *Neisseria gonorrhoeae*; gonococcal pelviperitonitis; abdominal pain.

Introducción

La enfermedad inflamatoria pélvica (EPI) es el resultado de una complicación a partir de una infección endocervical producida por diferentes microorganismos que ascienden desde la vagina y el endocérnix hasta el endometrio, las trompas de Falopio y/o estructuras contiguas. *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* han sido identificados como los agentes causales más importantes de EPI, aunque *Mycoplasma genitalium* y algunas bacterias anaerobias también pueden estar implicadas. Se han documentado casos de pelvi-peritonitis con infección concomitante con *C. trachomatis*¹. Por ello, es necesario un diagnóstico inicial correcto y un tratamiento antimicrobiano dirigido a cubrir estos microorganismos^{2,3}.

La infección gonocócica es un problema de salud pública a nivel mundial, siendo la segunda infección de transmisión sexual bacteriana más

prevalente. Según los datos de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, en el año 2019 se notificaron 12.359 casos de infección gonocócica en España (tasa: 28,88 por 100.000 habitantes) mostrándose un marcado incremento de la incidencia desde el año 2001 donde se notificaron 805 casos (tasa: 2,04 por 100.000 habitantes)⁴.

Caso clínico

Mujer de 23 años que acudió a urgencias por presentar cuadro de 18 horas de evolución con dolor y distensión abdominal progresivo, asociado a febrícula de 37,4°C. Refería dolor en hipogastrio a la micción. Destacaba al examen físico un dolor difuso, mal localizado, en el hemiabdomen inferior. En la exploración ginecológica se observó un cervix eritematoso y leucorrea amarillenta y en el TC abdomino-pélvico no se observaron hallazgos significativos. Sin embargo, presentaba alteraciones en los exámenes de laboratorio, con elevación de reactantes agudos (PCR 314 mg/l) y leucocitosis (17.700 céls/mm³, neutrófilos 95%). Ingresó en gineco-

Correspondencia a:

Estela Llamas Guevara
estellallasgovevara@gmail.com

logía, administrándole tratamiento empírico con ceftriaxona y doxiciclina por sospecha clínica de una EPI complicada. Ante la mala evolución, se modificó el tratamiento antimicrobiano y se sometió a una laparoscopia exploradora donde se extrajo una muestra de líquido peritoneal, al que junto con el exudado endocervical se enviaron al Servicio de Microbiología para su estudio.

La identificación del patógeno se realizó mediante tinción de Gram, cultivo y biología molecular por reacción de polimerasa en cadena (RPC). En la tinción de Gram del líquido peritoneal y del exudado endocervical se observaron abundantes leucocitos polimorfonucleares (> 10 por campo/1000x) y diplococos gramnegativos. El cultivo se realizó en medio no selectivo de agar chocolate, y en medio selectivo de agar Thayer-Martin. Las pruebas de susceptibilidad antimicrobiana se realizaron con la técnica de E-test (bioMérieux) empleando los puntos de corte establecidos por el CLSI, 2021. En el cultivo del exudado endocervical se aisló *N. gonorrhoeae* resistente a penicilina (> 256 µg/ml) siendo positiva la prueba cromogénica de nitrocefina para detectar la producción de β lactamasa y a doxiciclina (>16 µg/ml); sensible a ceftriaxona (< 0,008 µg/ml), cefixima (< 0,125 µg/ml), ciprofloxacina (0,50 µg/ml) y azitromicina (0,25 µg/ml). Al mismo tiempo, se realizó una RPC múltiple en tiempo real (Anyplex™ II STI-7 Detection, Seegene) en el exudado endocervical y en el líquido peritoneal, para la detección simultánea de *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae*, *M. genitalium*, *M. hominis*, *Ureaplasma parvum* y *Trichomonas vaginalis*, siendo positiva en ambas muestras para *N. gonorrhoeae*. Tras los resultados clínicos y microbiológicos se diagnosticó una pelviperitonitis gonocócica. Finalmente, la paciente fue tratada con ceftriaxona, doxiciclina y metronidazol, siguiendo las guías para el manejo de la EPI, alcanzando una notable mejoría.

Discusión

Aunque existen técnicas de amplificación de ácidos nucleicos (TAANs) con alta sensibilidad y especificidad, el diagnóstico definitivo de infección endocervical por *N. gonorrhoeae* sigue siendo el aislamiento e identificación del microorganismo en cultivo para poder estudiar su sensibilidad ya que, en las últimas décadas, *N. gonorrhoeae* ha desarrollado resistencia a muchos de los antimicrobianos utilizados para tratar la infección⁵.

A pesar de su alta prevalencia, hasta la fecha se han documentado microbiológicamente pocos casos de pelvi-peritonitis por *N. gonorrhoeae*⁷⁻¹⁰. Ello es debido a que los síntomas pueden ser leves e inespecíficos, presentándose como un abdomen agudo, con fiebre aunque con pruebas de imagenología normales, lo cual dificulta su diagnóstico. Por tanto, ante la sospecha de

una EPI, es importante descartar enfermedades de transmisión sexual ya que, en muchas ocasiones, suelen ser asintomáticas hasta que desarrollan complicaciones. Para esto es primordial tomar muestras adecuadas, idealmente de líquido peritoneal, para cultivo en medios selectivos, y detección por biología molecular para patógenos asociados a infecciones de transmisión sexual.

Referencias bibliográficas

- 1.- Puente Luján M J, Chóliz Ezquerro M, Espiau Romera A, Navarro Sierra J, Fernández Esgueva M, Negro Quintana I. Gonococcal pelviperitonitis: a diagnostic challenge. *An Sist Sanit Navar* 2021; 44: 107-12. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0931>.
- 2.- Ross J, Guaschino S, Cusini M, Jensen J. 2017 European guideline for the management of pelvic inflammatory disease. *Int J STD AIDS* 2018; 29: 108-14. <https://doi.org/10.1177/0956462417744099>.
- 3.- Workowski K A, Bachmann L H, Chan P A, Johnston C M, Muzny C A, Park I, et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. *MMWR Recomm Rep* 2021; 70 (RR-4):1-187. <https://doi.org/10.15585/mmwr.rr7004a1>.
- 4.- Unidad de vigilancia de VIH, ITS y hepatitis B y C. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 2019. Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III/Plan Nacional sobre el Sida, Dirección General de Salud Pública, <http://www.msbs.gob.es/sida/vigilancia/Vigilancia ITS 1995 2019/>; 2021 [Fecha de acceso: 4 de octubre de 2021].
- 5.- Papp J R, Schachter J, Gaydos C A, Van Der Pol B. Recommendations for the laboratory-based detection of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae*, 2014. *MMWR Recomm Rep* 2014; 63(RR-02):1-19.
- 6.- Piszczek J, St Jean R, Khaliq Y. Gonorrhoea: Treatment update for an increasingly resistant organism. *Can Pharm J (Ott)* 2015; 148: 82-9. <https://doi.org/10.1177/1715163515570111>.
- 7.- De Francesco M A, Stefanelli P, Carannante A, Corbellini S, Giagulli C, Lorenzin G, et al. Management of a case of peritonitis due to *Neisseria gonorrhoeae* infection following pelvic inflammatory disease (PID). *Antibiotics (Basel)* 2020; 9: 193. <https://doi.org/10.3390/antibiotics9040193>.
- 8.- Mwandia G, Simon R Q, Polenakovic H, Booher K J. *Neisseria gonorrhoeae* spontaneous bacterial peritonitis. *Case Rep Infect Dis* 2021; 2021: 8865339. <https://doi.org/10.1155/2021/8865339>.
- 9.- Wilmore S M, Reynolds C J. Gonococcal peritonitis diagnosed post laparotomy in a 38-year-old woman: a case report. *Cases J* 2009; 2: 8080. <https://doi.org/10.4076/1757-1626-2-8080>.
- 10.- Geerds MAJ, van Driel LJ, Trienekens TAM, Sassen S, Aarts F. Purulent peritonitis due to gonococcal infection. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2019; 163: D3412.