

## Enfermedad pelviana inflamatoria por *Acinetobacter* asociada a dispositivo intrauterino

C. SETTECASE, D. BAGILET Y L. SOLDANI

Unidad de Terapia Intensiva. Hospital Escuela Eva Perón. San Martín. Argentina.

El mayor riesgo de infección asociado a un dispositivo intrauterino (DIU) se observa en jóvenes, nulíparas, con múltiples parejas sexuales y durante los primeros meses después de su colocación. Los gérmenes causales son los propios de la flora vaginal. El comienzo de la enfermedad pelviana inflamatoria (EPI) asociada al DIU suele ser gradual con cervicitis inicial, endometritis, salpingitis y finalmente peritonitis. Si bien el uso prolongado del DIU no aumenta el riesgo de EPI, en determinadas pacientes favorece el desarrollo de endometritis crónica anaeróbica (ECA), por lo general asintomática. En este trabajo se presenta un caso de EPI por un microorganismo no habitual, *Acinetobacter baumannii*, en una paciente de 52 años cuyo único factor predisponente fue el uso de un DIU durante 16 años.

**PALABRAS CLAVE:** enfermedad inflamatoria pelviana, dispositivo intrauterino, *Acinetobacter*.

### PELVIC INFLAMMATORY DISEASE BY ACINETOBACTER ASSOCIATED WITH INTRAUTERINE DEVICE

The risk of infection associated to intrauterine devices (IUD) is observed in young, nulliparous women, with multiple sexual couples and during the first months after its placing. The microorganisms causing the disease are the ones that are present in the vaginal flora. The beginning of the pelvic inflammatory disease (PID) associated to IUD is generally gradual with initial cervicitis, endometritis, salpingitis and finally peritonitis.

Correspondencia: Dr. D. Bagilet.  
Zelaya 1536 (2000) Rosario. Argentina.  
Correo electrónico: bagilet@ciudad.com.ar

Manuscrito aceptado el 24-IV-2003.

Although the extended use of IUD does not increase the PID, in some patients helps the development of anaerobic chronic endometritis (ACE), generally asymptomatic. This work reports a case of PID due to a non-habitual germ, *Acinetobacter baumannii*, in a 52 years old woman whose only one predisposing factor for developing the disease was the use of the same IUD during 16 years.

**KEY WORDS:** pelvic inflammatory disease, intrauterine device, *Acinetobacter*.

### INTRODUCCIÓN

Con la inserción de un dispositivo intrauterino (DIU) la cavidad endometrial estéril recibe bacterias de la flora vaginal, aunque éstas son eliminadas muy rápidamente<sup>1</sup>, el traumatismo significativo durante la inserción o el uso prolongado del DIU, en determinadas pacientes, favorece el desarrollo de endometritis crónica anaeróbica (ECA). Muchas de estas ECA son asintomáticas pero un pequeño porcentaje puede progresar hacia una enfermedad local<sup>1,2</sup>. El absceso tubo-ovárico unilateral y el síndrome de Burnhill son las consecuencias finales de la ECA<sup>3</sup>.

En este trabajo se presenta un caso de enfermedad pelviana inflamatoria (EPI) por *Acinetobacter baumannii* en una paciente portadora de un DIU como único factor predisponente.

### CASO CLÍNICO

Mujer de 52 años, previamente sana, que ingresó en la unidad de cuidados intensivos por síndrome de disfunción orgánica múltiple, caracterizado por hipotensión, oligoanuria, fiebre, dolor abdominal y depresión de la conciencia. Nueve días antes había presentado dolor hipogástrico intenso y continuo

que calmaba parcialmente con analgésicos comunes, 2 deposiciones líquidas sin moco, pus ni sangre, sudoración, náuseas y vómitos. Posteriormente, ante la presentación de fiebre, su médico sospechó una infección urinaria, por lo que le indicó norfloxacina. Entre sus antecedentes figuraba ser portadora de un DIU desde hacía 16 años sin control reciente, haber tenido la última menstruación 15 días antes del ingreso y el convivir con una pareja estable. Al examen físico se encontraba notablemente deshidratada, febril (38 °C), con depresión de la conciencia (Glasgow 13/15), tenía una puntuación APACHE II de 8, el abdomen estaba distendido, los ruidos hidroaéreos eran escasos y la palpación profunda en hipogastrio despertaba dolor y defensa. El examen ginecológico constató un cuello posterior, doloroso a la movilización y sin secreción en la especuloscopia. La analítica objetivó: hematíes 3,32 10<sup>9</sup>/l; hematocrito 32%; hemoglobina 8,7 g/dl; leucocitos 8,3 10<sup>6</sup>/l (bandas 6%, neutrófilos 78%, linfocitos 11%, monocitos 5%); uremia 90 mg/dl; creatinina 0,8 mg/dl; albuminemia 2,6 g/l; proteínas totales séricas 5,3 g/l; velocidad de eritrosedimentación globular 130 mm. Durante la primera hora se detectó: pH 7,38; PaO<sub>2</sub> 68 mmHg; PaCO<sub>2</sub> 40 mmHg; CO<sub>3</sub>H<sup>-</sup> 22 mEq/l; SatO<sub>2</sub> 98%, HIV negativo. Las radiografías de tórax frente y directa de abdomen en bipedestación no evidenciaron alteraciones. Una ecografía de abdomen y pelvis reveló la existencia de una moderada cantidad de líquido libre en el fondo del saco de Douglas y el DIU dentro de la cavidad uterina.

Se practicaron las medidas habituales de reanimación, se retiró el DIU y se envió a bacteriología. Se realizaron hemocultivos, urocultivo y cultivo del material purulento extraído por culdocentesis. Se inició tratamiento con ceftriaxona y clindamicina, tras lo que se procedió a la intervención quirúrgica. En la laparotomía se halló material purulento en el fondo del saco de Douglas, y se lavó cuidadosamente la cavidad, sin que la revisión de ésta revelase ninguna causa evidente. A pesar del tratamiento, la paciente continuó con fiebre. Del material de culdocentesis, DIU y líquido extraído en la laparotomía se aisló *A. baumannii* sensible a imipenem, meropenem, ampicacina y trimetoprim-sulfametoxasol. Se cambió el plan antibiótico por meropenem, con lo que se obtuvo una rápida mejoría clínica y humoral.

## DISCUSIÓN

El término enfermedad pelviana inflamatoria (EPI) suele utilizarse para designar una infección ascendente del endometrio, de la trompa de Falopio o de ambas estructuras. Afecta a mujeres jóvenes sexualmente activas, y son el gonococo y *Chlamydia* los patógenos más comunes. En las pacientes con DIU, los microorganismos involucrados corresponden a la flora vaginal. El mayor riesgo de infección lo presentan las mujeres nulíparas, con múltiples parejas sexuales y durante los 4 meses que siguen a la colocación del dispositivo<sup>1</sup>.

En 1973, Burnhill describió un trastorno caracterizado por endometritis crónica anaeróbica, hemorragia intermenstrual y dispareunia asociado al uso prolongado del DIU<sup>2</sup>. Actualmente, se afirma que el riesgo de EPI no aumenta con el tiempo de uso del DIU y, por otro lado, no se ha comprobado fehacientemente el riesgo de infección asociado a éste. Sin embargo, Ory observó un riesgo de infección pélvica de 3 a 5 veces mayor en mujeres con DIU; recientemente, los Centers for Disease Control (CDC) comunicaron un riesgo menor, de 1 a 2,6 veces<sup>4</sup>.

El comienzo de la EPI asociada al DIU suele ser gradual, con cervicitis inicial, endometritis, salpingitis, anexitis y finalmente peritonitis generalizada<sup>1</sup>. Ningún hallazgo clínico o complementario, aparte de la laparoscopia, es diagnóstico.

La peritonitis espontánea puede ocurrir en mujeres con enfermedades de transmisión sexual. Dicha infección, particularmente por *Neisseria gonorrhoeae*, puede provocar peritonitis con perihepatitis. Clínicamente, se presenta en forma similar al síndrome de Fitz-Hugh-Curtis provocado por *Chlamydia trachomatis*, con perihepatitis, fiebre, dolor en el cuadrante superior derecho e hipersensibilidad en la pared abdominal<sup>5</sup>.

Brinson y Byron reportaron un caso de peritonitis bacteriana espontánea en una mujer de 52 años, portadora de un DIU durante 16 años, donde aislaron *Klebsiella pneumoniae* en el DIU y en el líquido ascítico pero, a diferencia de nuestra paciente, ésta presentaba una cirrosis hepática<sup>6</sup>.

*Acinetobacter* es un bacilo gramnegativo oportunista, saprofítico que crece en objetos animados e inanimados en el medio ambiente. Coloniza la piel de los adultos sanos ambulatorios, orofaringe (de forma transitoria), tracto urinario inferior, secreciones vaginales y otros<sup>7</sup>. En la actualidad se aísla con más frecuencia que en el pasado, tanto en infecciones de la comunidad como en las hospitalarias<sup>8-10</sup>. Las infecciones adquiridas en la comunidad generalmente se asocian a diabetes mellitus, alcoholismo, tabaquismo, enfermedad pulmonar crónica y residencia en zonas tropicales. Sin embargo, se han reportado 8 casos de meningitis extrahospitalarias en adultos sanos<sup>7</sup>.

En este trabajo se comunica un caso infrecuente de EPI causado por *A. baumannii*, en el que el único factor predisponente reconocido fue el uso prolongado de un DIU.

## AGRADECIMIENTO

A Irina Soldani, por la corrección del manuscrito.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Thompson JD, Spence MR. Enfermedad inflamatoria pelviana. En: Thompson JD, Rock JA, editores. Te Linde. Ginecología Quirúrgica. Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A., 1993; p. 511-44.
2. Burnhill MS. Syndrome of progressive endometritis associated with intrauterine contraceptive device. Adv Plann Parenth 1973;3:144-52.

3. Taylor ES, McMillan JH, Greer BE, Droege-Mueller W, Thompson HE. The intrauterine device and tuboovarian abscess. *Am J Obstet Gynecol* 1975;123:338-48.
4. Ory HW. Review of association between intrauterine devices and acute pelvic inflammatory disease. *J Reprod Med* 1978; 20:200-7.
5. McNeeley S. Gonococcal infections in women. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1989;16:467-75.
6. Brinson RMD, Byron EMD. Spontaneous bacterial peritonitis associated with an intrauterine device. *J Clin Gastroenterol* 1986;1:82-4.
7. Allen D, Hartman B. *Acinetobacter* species. En: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editors. *Principles and Practice of Infectious Diseases*. Churchill Livingstone, 2000; p. 2339-44.
8. Chang WN, Lu CH, Huang CR. Community-acquired *Acinetobacter* meningitis in adults. *Infection* 2000;28:395-7.
9. Yang CH, Chen KJ, Wang CK. Community-acquired *Acinetobacter* pneumonia: a case report. *J Infect* 1997;35:316-8.
10. López S, López Brea M. ¿Qué debemos saber acerca de las infecciones por *Acinetobacter baumannii*? *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2000;18:153-6.