

Absceso tubo-ovárico por *granulicatella adiacens*. Descripción de un caso

Torres-Morcillo C.¹, García-Anaya M. P.¹, Rodríguez-Casares J.²

Sanid. mil. 2022; 78 (2): 95-97, ISSN: 1887-8571

RESUMEN:

La mayoría de los abscesos tubo-ováricos son debidos a complicaciones asociadas a la enfermedad inflamatoria pélvica. Sin embargo, una minoría son secundarios a otros procesos como neoplasias o patologías intrabdominales. Se presenta el caso de un absceso tubo-ovárico, en una mujer de 36 años, intervenida previamente de apendicectomía. En el cultivo del material de drenaje del absceso creció *Granulicatella adiacens*, un microorganismo no involucrado habitualmente en este tipo de infecciones. Tras la descripción del caso, se discute la etiología de los abscesos tubo-ováricos y las peculiaridades del microorganismo implicado.

PALABRAS CLAVE: Absceso tubo-ovárico. *Granulicatella adiacens*.

Tubo-ovarian abscess due to *granulicatella adiacens*. A review of a case

ABSTRACT:

Most tubo-ovarian abscesses are due to complications associated with pelvic inflammatory disease. However, a minority are secondary to other processes such as neoplasms or intraabdominal pathologies. A case of tubo-ovarian abscess is presented, in a 36-year-old woman, previously operated on for appendectomy. *Granulicatella adiacens*, a microorganism not usually involved in this type of infection, grew in the culture of the drainage material of the abscess. After the description of the case, the etiology of the tubo-ovarian abscesses and the peculiarities of the microorganism involved are discussed.

KEYWORDS: Tubo-ovarian abscess; *Granulicatella adiacens*

INTRODUCCIÓN

La causa principal de absceso tubo-ovárico (ATO) en premenopáusicas es la enfermedad inflamatoria pélvica (EPI). No obstante, se han descrito abscesos secundarios a complicaciones quirúrgicas, neoplasias y otras patologías infecciosas intrabdominales y pélvicas. Su etiología es polimicrobiana y los patógenos más frecuentemente aislados son *Escherichia Coli*, *Bacteriodes Fragilis*, especies *Bacteriodes*, *Peptostreptococcus*, *Peptococcus* y *Streptococcus* que forman parte de la flora vaginal habitual.

Se presenta una paciente de 36 años diagnosticada de ATO derecho, tras haber sido intervenida laparoscópicamente por apendicitis gangrenosa. El cultivo del drenaje del absceso aisló *Granulicatella adiacens*, un microorganismo inusual en estas infecciones.

Dada la baja incidencia de ATOs secundarios a apendicitis y la rareza del agente causal, consideramos de interés el caso.

CASO CLÍNICO

Una mujer de 36 años acudió a nuestro hospital por fiebre y dolor en fosa iliaca derecha, sin otra sintomatología asociada. Un mes antes, se le había realizado una apendicetomía laparoscópica por apendicitis aguda gangrenosa.

La paciente era nulípara, había tenido dos abortos espontáneos, sus ciclos menstruales eran regulares, la última regla fue 2 semanas antes del inicio del cuadro y como planificación familiar refería uso de preservativo. Negaba hábitos tóxicos y contactos sexuales de riesgo. No destacaban otros antecedentes de interés.

Presentaba buen estado general, febrícula y el abdomen era blando, depresible y doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha, sin signos de irritación peritoneal. Por especuloscopia la vagina y el cérvix eran normales y la leucorrea tenía un aspecto fisiológico. El cuello uterino era levemente doloroso a la movilización y no se palpaban masas pélvicas mediante tacto vaginal bimanual.

Se realizaron exudados endocervicales para clamidia y gonococo que fueron negativos y en el exudado vaginal se asiló candida. La ecografía transvaginal mostraba una imagen, en región anexial derecha, heterogénea de 53 x 50 mm compatible con un ATO y escasa cantidad de líquido libre en Douglas. El útero y ovario derechos eran morfológicamente normales. En la analítica destacaban 29.000 leucocitos/mm³ con desviación izquierda, PCR 36.79 mg/dl, INR 1.36 y fibrinógeno de 1076 mg/dl.

Con la sospecha de ATO derecho se indicó una TAC abdomino-pélvica donde se apreciaron cambios postquirúrgicos secundarios a la apendicetomía y una colección multiloculada

1. Hospital Central de la Defensa «Gómez Ulla», Centro Sanitario de Vida y Esperanza. Ginecología y Obstetricia. Madrid.

2. Teniente coronel médico. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Centro Sanitario de Vida y Esperanza. Ginecología y Obstetricia. Madrid.

Dirección para correspondencia: Celia Torres Morcillo. Calle de Granaderos, nº 21, 1ªA, CP 28024 (Madrid).

Recibido: 16 de junio de 2021

Aceptado: 27 de abril de 2022

doi: 0.4321/S1887-85712022000200007

de 4,7 x 3,9 x 4,7 cm que englobaba el ovario derecho (Figura 1). Ante estos hallazgos, se inició antibioterapia con una dosis única de azitromicina oral y clindamicina y metronidazol intravenosos.

Se indicó una laparoscopia diagnóstica que confirmó el conglomerado inflamatorio en la región anexial derecha, formado por asas de intestino delgado que englobaban la trompa y el ovario derechos. El útero y anejo izquierdo eran de aspecto normal. Tras la adhesiolisis de las asas, se identificó un ATO derecho. El drenaje de la colección permitió la salida de abundante material purulento que se envió para cultivo. Se desestimó la disección completa de las asas intestinales fijadas a la trompa por adherencias firmes.

Al quinto día del postoperatorio se informó del crecimiento en el cultivo de *Granulicatella adiacens*, sensible a amoxicilina-clavulánico, ampicilina, rifampicina, vancomicina y meropenem y resistente a clindamicina y metronidazol. Se suspendió la antibioterapia previa y se comenzó la administración de amoxicilina-clavulánico intravenoso. Tras unos días de mejoría transitoria, la paciente presentó fiebre y la analítica de control evidenció un deterioro de los parámetros inflamatorios.

La paciente fue reintervenida mediante laparotomía media. Tras una extensa adhesiolisis, se objetivó un infiltrado inflamatorio a nivel de colon, trompa y ovario derechos. Se drenó nuevamente el absceso y se realizó una salpingectomía y ooforectomía derechas. El nuevo cultivo y los hemocultivos fueron negativos. La anatomía patológica del ovario y trompa de Falopio derechas describió un intenso componente inflamatorio y extensas áreas de necrosis.

El postoperatorio fue favorable y se dio de alta hospitalaria, tras completar 7 días con amoxicilina-clavulánico intravenoso, desde la segunda intervención.



Figura 1.

DISCUSIÓN

En la premenopausia, la principal causa de los ATOs es la EPI complicada. Sin embargo, se han descrito casos secundarios a la propagación local de procesos infecciosos intraabdominales como los de localización derecha por apendicitis o los de localización izquierda por patologías del colon sigmoide².

La mayoría de las EPIs se originan por una infección ascendente, desde la vagina y el cérvix, hasta el aparato genital interno. *Chlamydia Trachomatis* y *Neisseria Gonorrhoeae* son los principales patógenos aislados. Sin embargo, algunos microorganismos habituales de la flora vaginal, son responsables de un alto porcentaje de casos.

La etiología de los ATOs suele ser polimicrobiana. A diferencia de lo que ocurre en la EPI, los patógenos de transmisión sexual rara vez se aíslan de la cavidad del absceso. La intervención de *Chlamydia Trachomatis* y *Neisseria Gonorrhoeae* parece limitada a infecciones precursoras como cervicitis o EPI, aunque *Neisseria Gonorrhoeae* podría contribuir a la invasión del tracto genital superior por parte de la flora vaginal y favorecer indirectamente la formación del absceso. Los microorganismos aislados con mayor frecuencia en los abscesos tubo-ováricos son *Escherichia Coli*, *Bacteriodes Fragilis*, especies de *Bacteriodes*, *Peptostreptococcus*, *Peptococcus* y *Streptococcus aerobio*³.

Aunque los estreptococos se aíslan con frecuencia en los ATOs, la búsqueda en PubMed con los términos “*Granulicatella adiacens*”, sólo recoge la publicación de un caso de ATO causado por este microorganismo y en su descripción se discute si el origen fue su propagación desde el tracto genitourinario o gastrointestinal hasta el ovario derecho¹.

Granulicatella adiacens, antiguamente incluido entre los estreptococos de variante nutricional (SNV), fue descrito en 1961 en un paciente con endocarditis infecciosa. La secuenciación del gen 16S de su rRNA estableció el género de SNV Abiotrophia. Posteriormente se diferenció Abiotrophia en dos líneas filogenéticamente diferentes, *A. defectiva* y las especies incluidas en el género *Granulicatella* (*Adiacens*, *Elegans* y *Balaenopterae*). *Granulicatella adiacens* son cocos gram positivos, catalasa-negativos, oxidasa-negativos y facultativos anaerobios y forman parte de la flora habitual de la cavidad oral, tracto genitourinario y gastrointestinal⁴.

Estas bacterias requieren aditivos específicos, como pirodoxal, para crecer en medios de cultivos habituales. Otra peculiaridad, es su crecimiento en satélite alrededor de colonias de especies como *Staphylococcus aureus*, este comensalismo microbiológico les permite utilizar los nutrientes liberados por otros microorganismos. Por este motivo, *Granulicatella adiacens* presenta dificultades diagnósticas y se considera una causa de endocarditis infecciosa con cultivos negativos⁴. Además, *Granulicatella adiacens* se ha asociado a sepsis, osteomielitis vertebral, artritis séptica, abscesos pancreáticos, otitis media, infecciones del sistema nervioso central y oculares^{1,4}. Las combinaciones antimicrobianas que parecen eficaces para su tratamiento son la penicilina G, ampicilina, amoxicilina o vancomicina asociadas a gentamicina⁴.

Absceso tubo-ovárico por granulicatella adiacens. Descripción de un caso

Consideramos que la paciente desarrolló un ATO por propagación de la infección apendicular hasta el ovario y trompa derechos. Esta hipótesis es apoyada por la ausencia de factores de riesgo de transmisión sexual y la negatividad de los exudados vaginales y endocervicales.

Nuestro caso apoya la idea que los ATOs son posibles sin el antecedente previo de EPI y subrayan la importancia de incluir en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal y fiebre, la posibilidad de un ATO incluso en ausencia de factores de riesgo sexuales y cultivos vaginales y endocervicales negativos.

Por otro lado, el cultivo del contenido de los ATOs es obligatorio para identificar los microorganismos causales, ya que en caso de no ser los habituales, se retrasaría o no se indicaría el tratamiento antimicrobiano adecuado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gensheimer WG, Reddy SY, Mulconry M, Greves C. Abiotrophia/Granulicatella tubo-ovarian abscess. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 2010 Febrero; 23(1): p. e9-12.
2. Zeltzer J, Zins M, Boulay-Coletta I, Rousset P, Deguelte-Lardièrre S, Hoeffel C. Digestive diseases mimicking primary gynecological diseases or with secondary gynecological manifestations. *Diagnostic and Interventional Imaging*. 2016 Enero; 97(1): p. 29-36.
3. Chappell CA, Wiesenfeld HC. Pathogenesis, Diagnosis, and Management of Severe Pelvic Inflammatory Disease and Tuboovarian Abscess. *Clinical Obstetrics & Gynecology*. 2012. Diciembre; 55(4): p. 893-903.
4. Cargill JS, Scott KS, Gascoyne-Binzi D, Sandoe JAT. Granulicatella infection: diagnosis and management. *Journal of Medical Microbiology*. 2012 Junio; 61(Pt 6): p. 755-761.
5. Macin S, Inkaya AÇ, Tuncer Ö, Ünal S, Akyön Y. Infections Related to Granulicatella adiacens: Report of Two Cases and Review of Literature. *Indian J Med Microbiol*. 2016 Diciembre; 34(4): p. 547-550.