

Peritonitis espontánea por neumococo en paciente portadora de DIU

Sr. Editor: La peritonitis neumocócica es una infección mejor conocida en la infancia pero poco frecuente en adultos, asociándose usualmente a cirrosis y pacientes con síndrome nefrótico, en diálisis peritoneal, trasplantados de médula ósea y en pacientes con artritis reumatoide y lupus eritematoso sistémico. Así mismo se ha asociado a infecciones del tracto urinario en mujeres. Sin embargo, son cada más frecuentes los casos descritos en pacientes portadoras de dispositivos intrauterinos (DIU)¹. Presentamos el caso de una paciente portadora de DIU que desarrolló una sepsis secundaria a una peritonitis neumocócica.

Mujer de 40 años de edad, alérgica a contraste yodados y penicilina, apendicectomizada y portadora de DIU desde hacía 6 meses, que 4 días previos al ingreso comienza de forma brusca con dolor intenso periumbilical y en abdomen inferior, tipo cólico, junto con fiebre de 39 °C, con escalofríos y tiritonas, y hasta 20 deposiciones diarreas diarias, sin productos patológicos. La paciente había estado previamente sana y no tenía ningún síntoma ginecológico. Atendida en el servicio de urgencias presentaba presión arterial (PA) de 115/70 mmHg, 38 °C de temperatura, regular estado general, abdomen blando y depresible, con dolorimiento y discreta defensa voluntaria a la palpación en abdomen inferior, con 21.010 leucocitos/ μ l con 87% de neutrófilos en analítica, con presencia asas intestinales dilatadas en la ecografía abdominal. Valorada por ginecología tras realizar una exploración ginecológica y ecografía vaginal no encuentra patología a ese nivel. Tras iniciar sueroterapia en el área de observación la paciente presentó discreta mejoría, proponiéndose ingreso que rechazó, realizándose el diagnóstico de probable enterocolitis y se aconsejó dieta astringente e hidratación oral, volviendo a las 72 h con importante quebrantamiento del estado general, temperatura 39 °C, PA 90/60 mmHg, 20 resp./min, 120 lat./min, saturación oxígeno basal 89%, con abdomen distendido, doloroso de forma difusa y defensa abdominal ge-

neralizada más acusada en hemiabdomen izquierdo con escaso peristaltismo. La radiografía de tórax fue normal y en analítica destacaba 2.800 leucocitos/ μ l, con una velocidad de sedimentación globular de 95 mm/h, proteína C reactiva de 498 mg/l, sin otras alteraciones. Se realizó una TC abdominal que mostró dilatación de asas intestinales y moderada cantidad de líquido libre peritoneal. Se decidió su ingreso en la unidad de cuidados intensivos iniciándose antibioterapia con ciprofloxacino 400 mg intravenoso (i.v.) cada 12 h ante la sospecha de una enterocolitis enteroinvasiva, modificándolo a las 24 h por vancomicina 1 g/i.v. cada 12 h y gentamicina 240 mg/i.v. cada 24 h al aislarse en hemocultivo bacteriemia por coco grampositivo. Fue valorada por cirugía, que decidió tomar una actitud expectante. Se le extrajo el DIU, cuyo cultivo fue negativo. Se realizó paracentesis diagnóstica donde se observó líquido inflamatorio con 9.730 leucocitos/ μ l, con predominio polimorfonucleares, aislándose en posterior cultivo *Streptococcus pneumoniae* sensible a penicilina. Durante los primeros días la paciente se mantuvo taquicárdica, taquipeica requiriendo fluidoterapia intensa pero sin necesidad de aminas vasoactivas o medidas de soporte ventilatorio, sin deterioro de los parámetros de función renal ni alteración de la coagulación. A las 48 h la paciente desarrolló unas lesiones en ambos flancos tumefactas, rojizas, calientes, cuyo análisis anatomopatológico objetivó necrosis isquémica hemorrágica con presencia de eosinófilos. Se recibió resultado de hemocultivo aislando *S. pneumoniae* sensible a quinolonas, suspendiéndose vancomicina e iniciando tratamiento con levofloxacino 500 mg/i.v. cada 12 h e hidroaltesona 50 mg/i.v. cada 12 h ante la persistencia de los datos de toxemia. En los siguientes días la paciente presentó mejoría progresiva de la situación clínica, encontrándose a los 3 meses asintomática.

S. pneumoniae es el principal agente causal de neumonías adquiridas en la comunidad y el segundo de meningitis purulentas, pero rara vez la causa de infecciones intraabdominales². Se han planteado tres puertas de entrada a la cavidad peritoneal: vía hematológica tras bacteriemias secundarias a infecciones del tracto respiratorio, por translocación del tracto gastrointestinal, si bien *S. pneumoniae* no es un componente habitual de la flora gastrointestinal, por lo que es poco probable sin una lesión intestinal previa, o vía ascendente a través del tracto genital³. En una revisión de Hemsley et al⁴ se evidencia cómo este

cuadro afecta predominantemente a mujeres jóvenes donde el tracto genital es el principal origen de la infección, destacando el alto porcentaje de portadoras de DIU (42%), hecho que se repite en el estudio de Bucher y Müller⁵. En otra revisión en pacientes previamente sanos Dugi et al¹ encuentran que todos los casos descritos afectan a mujeres y hasta en un 70% hay un probable origen ginecológico. Hay controversia en si existe un incremento del riesgo de infecciones del tracto genital alto en pacientes portadoras de DIU⁶, si bien parece ser que este riesgo es mayor durante los primeros 4 meses tras su colocación⁷. Tampoco se ha demostrado que su extracción en caso de infección mejore los resultados⁸.

En nuestra paciente la aparición de placas eritematosas con signos flogóticos en ambos flancos hizo sospechar la posibilidad de una fascitis necrosante, que no se confirmó histológicamente, desapareciendo progresivamente tras el cambio de antibioterapia y la mejoría clínica de la paciente, por lo que pensamos puede estar en relación con una toxicodermia.

En resumen, la peritonitis neumocócica en adultos previamente sanos es un cuadro poco frecuente, que afecta predominantemente a mujeres jóvenes, con origen en el tracto genital y que podría estar favorecido por la presencia de DIU.

Ángel Muñoz-Morente^a,
Mariela Grana-Costa^a,
Sebastián Palacios-Rodríguez^b
y José María Castillo-Caballero^c
Servicios de ^aMedicina Interna,
^bAnatomía Patológica y ^cUrgencias
y Cuidados Críticos. Hospital General
Básico de La Serranía. Ronda.
Málaga. España.

Bibliografía

1. Dugi DD, Musher DM, Clarridge JE, Kimbrough R. Intrabdominal infection due to *Streptococcus pneumoniae*. *Medicine*. 2001;80: 236-44.
2. Musher DM. *Streptococcus pneumoniae*. En: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editors. Principles and practice of infectious diseases. 5th ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2004. p. 2582-604.
3. Capdevilla O, Pallarés R, Grau I, Tubau F, Liñares J, Ariza J, et al. Pneumococcal peritonitis in adult patients: Report of 64 cases with special reference to emergence of antibiotic resistance. *Arch Intern Med*. 2001;161:1742-8.
4. Hemsley C, Eykyn SJ. Pneumococcal peritonitis in previously healthy adults: Case report and review. *Clin Infect Dis*. 1998;27:376-9.
5. Bucher A, Müller F. Spectrum of abdominal and pelvic infections caused by pneumococci in previously healthy adult women. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2002;21:474-7.

6. Grimes DA. Intrauterine device and upper-genital-tract infection. *Lancet*. 2000;356:1013-9.
7. Lee NC, Rubin GL, Ory HW, Burkman RT. Type of intrauterine device and the risk of pelvic inflammatory disease. *Obstet Gynecol*. 1983;62:1-6.
8. Soderberg G, Lindgren S. Influence of an intrauterine device on the course of an acute salpingitis. *Contraception*. 1981;24:137-43.