Rev Clin Esp. 2015;215 (Espec Congr):1117

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

I-155 - ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA Y PERITONITIS AGUDA POR *STREPTOCOCCUS PYOGENES*

A. Peláez Ballesta, G. Lara, I. Fernández, G. Alonso, J. Hernández, R. Mateo, E. Mené

Servicio de Medicina Interna. Hospital Rafael Méndez. Lorca (Murcia).

Resumen

Objetivos: Se denomina peritonitis primaria o espontánea a aquella en la que no se objetiva ninguna causa evidente, de etiología monomicrobiana y en personas sin comorbilidades es muy poco frecuente. Suele producirse por Streptococcus pneumoniae, Streptococcus pyogenes, Neisseria meningitis, Salmonella y Fusobacterium necrophorum. La peritonitis primaria por S. pyogenes es más frecuente en mujeres jóvenes y puede evolucionar a síndrome de shock tóxico estreptocócico (SSTE) con shock séptico. Se presenta un caso clínico de peritonitis primaria por S. pyogenes complicada por shock séptico y enfermedad inflamatoria pélvica (EIP).

Métodos: Mujer de 38 años, sexualmente activa, que refería dolor abdominal de inicio súbito y fiebre de 12 horas de evolución. A la exploración física presentaba hipotensión, 150 lpm, 38 ^{o}C, defensa a la palpación abdominal y signos de irritación peritoneal. La analítica al ingreso presentaba: procalcitonina 5,66 ng/ml, leucocitosis, coagulopatía, sin anemización, y acidosis metabólica. Test de embarazo negativo. En ecografía y TC abdominal se objetivó liquido libre peritoneal y plastrón a nivel de fosa iliaca derecha.

Resultados: Dada la clínica y los hallazgos en las pruebas solicitadas se realizó diagnóstico diferencial entre: peritonitis secundaria, endometrioma y EIP. Se realizó laparotomía abdominal urgente con hallazgos de peritonitis purulenta difusa, plastrón en pelvis menor con dilatación e hiperemia de las trompas de Falopio. Se realizó apendicectomía profiláctica y salpingo-ooferectomía bilateral. Precisó ingreso en Unidad de cuidados intensivos con diagnóstico de shock séptico. Se inició antibioterapia empírica con piperacilina-tazobactam y metronidazol. En cultivo de líquido abdominal se aisló S. pyogenes, cambiando antibioterapia a penicilina G y clindamicina, con buena evolución clínica, descenso de reactantes de fase aguda y de leucocitosis. La anatomía patológica describió periapendicitis aguda asociada a apendicitis aguda incipiente, y salpingooforitis con abscesos mesoováricos e intensa perisalpingitis, compatible con EIP. Diagnóstico final: peritonitis primaria complicada por Streptococcus pyogenes y EIP asociada.

Discusión: S. pyogenes es un estreptococo beta hemolítico del grupo A causante de faringoamigdalitis aguda e infecciones de la piel y tejidos blandos, asociado a sepsis puerperal e implicado en fiebre reumática y glomerulonefritis aguda posestreptocócica. Es una bacteria productora de toxinas. La peritonitis primaria por S. pyogenes es una entidad muy poco frecuente, con evolución a shock séptico o SSTE, que según las series publicadas se presenta preferentemente en mujeres jóvenes, motivo por el que se ha postulado como posible vía de acceso ascendente a través del tracto genital por colonización tras transmisión orogenital. Otra vía sería la hematógena. El tratamiento se basa en la estabilización del paciente y el tratamiento de la infección mediante laparoscopia exploradora de la cavidad abdominal para descartar peritonitis secundaria, toma de

muestras y lavado. La antibioterapia comprenderá: clindamicina (específico para cocos gram positivos además de inhibir la síntesis proteica que disminuye la carga de toxinas y con ello de superantígenos responsables del SSTE) y penicilina (para tratar las cepas resistentes a clindamicina), junto con inmunoglobulinas y corticoterapia a dosis elevadas en el caso de desarrollar SSTE.

Conclusiones: Ante pacientes jóvenes, sobre todo mujeres, sin patología previa, con un cuadro de peritonitis aguda sin causa aparente y con pruebas de imagen sin hallazgos relevantes, se deberá considerar la peritonitis primaria por S. pyogenes. Es importante el inicio precoz con antibioterapia de amplio espectro debido a la agresiva evolución que pueden presentar (shock séptico o SSTE) hasta el resultado de cultivos. En caso de infección por S. pyogenes la terapia de elección consistirá en clindamicina y penicilina, reservando la laparotomía para casos con evolución desfavorable.

0014-2565 / © 2015, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.