

CASOS CLÍNICOS

Absceso tubo-ovárico espontáneo como complicación de un endometrioma:

reporte de caso

Spontaneous tubo-ovarian abscess as a complication of
Endometrioma: a case report

Recibido: 04-05-2023 **Aceptado:** 11-05-2023 **Publicado:** 30-06-2023

DOI: <https://doi.org/10.47464/MetroCiencia/vol31/2/2023/73-80>

Revista **MetroCiencia**
Volumen 31, Número 2, 2023
ISSNp: 1390-2989 **ISSNe:** 2737-6303
Editorial Hospital Metropolitano

Absceso tubo-ovárico espontáneo como complicación de un endometrioma: reporte de caso

Spontaneous tubo-ovarian abscess as a complication of endometrioma: a case report

Alexis Javier Haro Perdomo¹, Darwin Homero Loza Peñafiel², Luis Fernando Suárez López³, Felipe Loza⁴

RESUMEN

Presentamos el caso de una paciente de 33 años, sin factores de riesgo que se presenta con absceso tubo-ovárico espontáneo en relación con un endometrioma sobreinfectado. Un absceso tubo-ovárico en un endometrioma es una complicación muy rara, y que este se produzca en pacientes sin factores de riesgo es aún más infrecuente. El caso busca aportar con mayor evidencia, respecto a los hallazgos clínicos, ecográficos y tratamiento, frente a esta complicación. Este caso connota que un endometrioma puede progresar a una complicación infecciosa, que requiere un tratamiento quirúrgico oportuno ya que podría comprometer la vida, si este se rompe.

Palabras clave: absceso tubo-ovárico, endometrioma infectado, endometriosis complicada, endometrioma.

ABSTRACT

We present the case of a 33-year-old patient without risk factors who presented with a spontaneous tubo-ovarian abscess related to an infected endometrioma. A tubo-ovarian abscess in an endometrioma is a very rare complication, and its occurrence in patients without risk factors is even more infrequent. The case aims to provide further evidence regarding the clinical and ultrasound findings, as well as the treatment for this complication. This case signifies that an endometrioma can progress to an infectious complication, which requires timely surgical treatment as it may become life-threatening if ruptured.

Keywords: tubo-ovarian abscess, infected endometrioma, complicated endometriosis endometrioma.

Alexis Javier Haro Perdomo

 <https://orcid.org/0000-0002-7121-7309>

Darwin Homero Loza Peñafiel

 <https://orcid.org/0009-0005-7874-3810>

Luis Fernando Suárez López

 <https://orcid.org/0000-0002-0173-0481>

Felipe Oswaldo Loza Hernández

 <https://orcid.org/0000-0001-8124-0011>

-
1. Médico Posgradista de Ginecología y Obstetricia de la Universidad Internacional del Ecuador; Quito, Ecuador.
 2. Ginecólogo-Obstetra, jefe del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital de los Valles; Profesor de Posgrado de Ginecología y Obstetricia de la Universidad Internacional del Ecuador; Quito, Ecuador.
 3. Ginecólogo-Obstetra, Coordinador del Posgrado de Ginecología y Obstetricia de la Universidad Internacional del Ecuador; Quito, Ecuador.
 4. Estudiante de medicina de la Universidad Internacional del Ecuador; Quito, Ecuador.



Usted es libre de:
Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato.

Adaptar — remezclar, transformar y construir a partir del material para cualquier propósito, incluso comercialmente.

*Correspondencia: javicoalex@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La endometriosis es una enfermedad crónica caracterizada por la presencia de tejido endometrial fuera del útero¹. Un sitio común de implantes de tejido endometrial en orden de frecuencia: son los ovarios, fondo de saco de Douglas, ligamentos anchos y ligamentos útero-sacros².

Los endometriomas ováricos se presentan en un 17-44%, en pacientes con endometriosis³. Existe varias teorías en relación con la patogénesis de los quistes endometriósicos. Se ha postulado que los implantes endometriósicos se invaginan y su crecimiento progresivo forma un quiste con sangre hemolizada en su interior. Otra explicación posible es una metaplasia de tejido celómico ovárico hacia tejido endometrial activo con la subsecuente invaginación y formación quística⁴.

Los abscesos tubo ováricos (ATO), son más frecuentes y severos en mujeres con endometriosis que en mujeres sin endometriosis. Se han propuesto varias vías para el origen del absceso en endometriomas ováricos entre las principales son: inoculación de bacterias directamente en el estroma ovárico por traumatismo quirúrgico; propagación hematógena de bacterias; diseminación linfática, entre otros menos frecuentes⁵.

El ATO, en un endometrioma ovárico es una condición potencialmente mortal⁶. Este tipo de complicación es rara y con escasa literatura reportada⁷.

El objetivo de esta publicación es aportar con mayor evidencia, ante la poca literatura en relación con la clínica, hallazgos ecográficos, frente a un absceso tubo ovárico, como complicación de un endometrioma sobreinfectado.

CASO CLÍNICO

Mujer de 33 años, multipara, casada, sin antecedentes clínicos de importancia, su

fecha de última menstruación fue hace 1 semana previo a su ingreso, sus ciclos son regulares, con flujo moderado, dismenorrea presente, no mastodinia, no utiliza ningún método de planificación familiar; se presenta con dolor pélvico de 1 mes de evolución, con intensidad en un inicio EVA 2-3/10, mejora con medicación analgésica sin llegar a desaparecer totalmente; 3 días previos a su valoración, presenta empeoramiento de su molestia, siendo un dolor pélvico que progresa a una intensidad EVA 8/10, por lo que acude a valoración médica, se valora dolor localizado en hipogastrio sin irradiación, que se presenta de forma progresiva, tipo continua, se acompaña de cefalea, malestar general, escalofrío, alza térmica no cuantificada, se automedicó ibuprofeno 400 mg cada 8 horas durante los 3 días, con lo cual dolor disminuye sin llegar a desaparecer; al examen físico evidencia, signos vitales en parámetros normales, temperatura normal, abdomen suave, depresible, doloroso a la palpación profunda a nivel de hipogastrio, y fosa iliaca izquierda, al examen bimanual doloroso a la palpación anexial izquierda, no se evidencia sangrado ni secreción vaginal. Ultrasonido transvaginal, evidencia útero en tamaño y forma normal, longitud 7,7 cm transverso 3,8 cm anteroposterior 5,3 cm en anteverso-flexión, miometrio homogéneo con signos de adenomiosis. Endometrio normal mide 3,64 mm de grosor; cérvix cerrado de 3,64 cm longitud; ovario derecho, de ubicación adecuada, de longitud 33 mm, ancho 26 mm, profundidad 19 mm, volumen 9,7 ml, de aspecto y tamaño normal (**Figura 1**). Ovario izquierdo muy aumentado de tamaño, que mide de largo 52 mm, ancho 68 mm, profundidad 42 mm, volumen 81,4 ml, por la presencia al interior de 2 imágenes redondeadas, con ecos mixtos, aspecto de vidrio esmerilado, separadas por un tabique delgado, al corte transversal se visualiza como 2 endometriomas, la misma que, al corte sagital se visualiza como una sola masa, con diámetros de 34

x 35 mm y 35 x 31 mm, cada uno, los cuales están ubicado detrás del útero de manera fija, ya que se realiza maniobra bimanual, sin observar movilidad. (*Figura 2*). Doppler normal (*Figura 3*). Fondo de saco sin líquido libre.

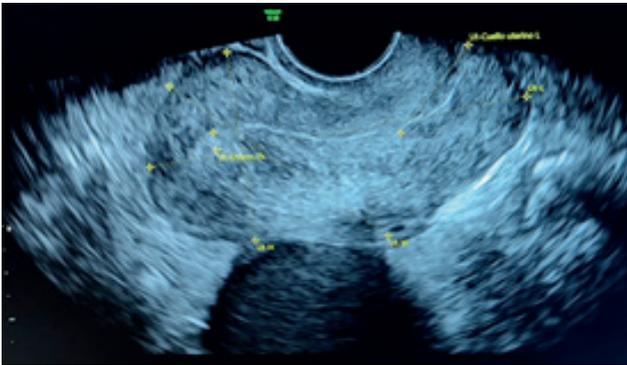


Figura 1. Ecografía transvaginal, corte longitudinal de útero; visible imagen de endometrioma posterior a útero.

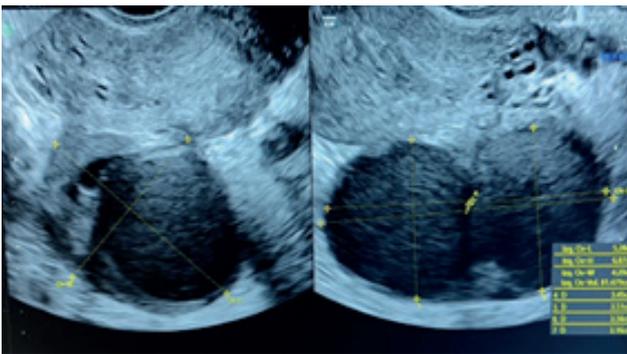


Figura 2. Ecografía transvaginal: corte transversal (izquierda) se visualiza como una sola imagen en vidrio esmerilado sugestiva de endometrioma. Corte longitudinal (derecha) se visualiza 2 imágenes en vidrio esmerilado sugestivas de endometriomas.

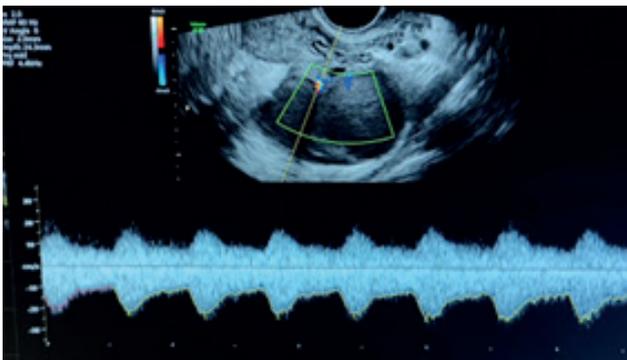


Figura 3. Ecografía transvaginal. Doppler normal de masa anexial.

En laboratorio se identifican los siguientes hallazgos: leucocitos 12,680 cel./mm³; neutrófilos 80%; Hemoglobina 11,2 g/dl; Hematocrito 38,4%; plaquetas 342,000 cel./mm³; BhCG Negativa. Se cataloga como diagnóstico presuntivo, endometrioma más dolor pélvico agudo, y se programa tratamiento quirúrgico laparoscópico.

Durante el procedimiento quirúrgico se evidencian múltiples adherencias pélvicas laxas y firmes que van de pared anterior hacia anexo izquierdo y debajo se observa una masa friable, la cual presenta una ruptura espontánea, de contenido mixto, color blanco-amarillento de aspecto purulento y marrón oscuro de aspecto achocolatado, compatible con absceso tubo ovárico en un endometrioma (*Figura 4 y 5*). Por lo cual, se realiza una salpingooforectomía izquierda, mas adhesiolisis; se presentó un sangrado aproximado de 1000 ml, y se coloca drenaje Jackson Pratt.



Figura 4. Imagen transquirúrgica de masa dependiente de anexo izquierdo.



Figura 5. Ruptura espontánea de masa dependiente de anexo izquierdo de contenido mixto, color blanco-amarillento de aspecto purulento y marrón oscuro de aspecto achocolatado.

RESULTADOS Y SEGUIMIENTO

En transoperatorio se identificó un absceso tubo-ovárico friable de contenido mixto tanto de material purulento como achocolatado, se evidencio múltiples adherencias pélvicas que van de pared anterior y cubren anexo izquierdo, se realizó procedimiento previo citado, reportándose abundante sangrado. En postoperatorio inmediato paciente con adecuado manejo del dolor, hemodinamia estable, se pautó con triple antibioticoterapia a base de ceftriaxona, metronidazol y doxiciclina, más analgesia con horario. Se mantuvo hospitalizada con adecuada evolución clínica durante 48 horas, su hemoglobina de control fue 8.1 g/dl; posterior fue dada de alta con antibiótico para completar 14 días, analgesia y posterior tratamiento con hierro por vía oral. Paciente acude a cita de control y retiro de Jackson Pratt, el cual se encontraba con bajo gasto. Histopatológico reportó estroma ovárico con infiltrado inflamatorio mixto con frecuentes polimorfonucleares. Áreas de fibrosis con hemosiderófagos, y pared de quiste parcialmente revestida por epitelio de tipo endometrial (*Figura 6*). El infiltrado inflamatorio se extiende al tejido adiposo vecino y a la trompa uterina. Los hallazgos son consistentes con endometrioma asociado a formación de absceso que compromete la trompa y el ovario. Como diagnóstico final se considera un endometrioma estadio IV, complicado con ATO. Paciente a los 6 meses posteriores de seguimiento no ha reportada ninguna sintomatología relacionada.

DISCUSIÓN

El desarrollo de un absceso espontáneo en un endometrioma es una complicación muy rara. De manera general la implantación de microorganismos en un endometrioma se lo ha relacionado con procedimientos quirúrgicos como cesáreas, laparotomías, histerectomías vaginales, entre otros⁷⁻⁹. Se

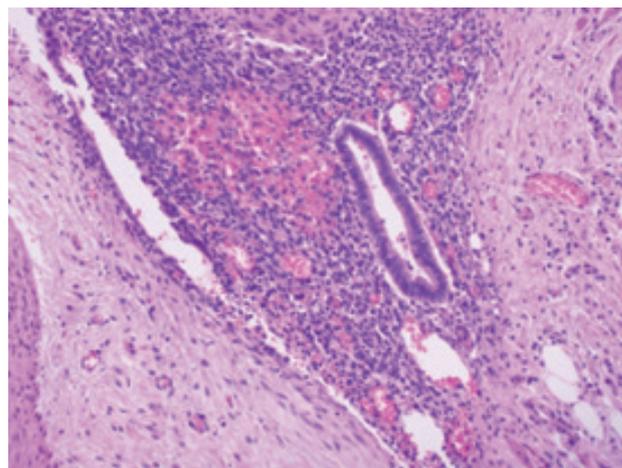


Figura 6. Corte histológico: Áreas de fibrosis con hemosiderófagos, y pared de quiste parcialmente revestida por epitelio de tipo endometrial.

ha registrado casos de endometriomas sobreinfectados en procedimientos de reproducción asistida (extracción transcutánea de ovocitos), empero, actualmente no se ha comprobado dicha relación ya que un absceso puede generarse inclusive de forma espontánea¹⁰. Otras fuentes de infección descritas en la literatura son: ascenso de bacterias de vagina o cérvix, vía hematogena, linfática, propagación directa desde la pared colónica contigua¹¹. Las pacientes con endometriomas desarrollan con mayor frecuencia ATO frente a mujeres sin endometriomas (0.2% vs 2.3% respectivamente)¹², sobre todo en estadio avanzados de endometriosis (III y IV)(10); se ha postulado que el contenido hemático es una fuente potencial para el crecimiento bacteriano, añadiéndose una susceptibilidad intrínseca para la invasión bacteriana de la pared del endometrioma¹², todo ello, sumado a un ambiente inmune alterado dentro de las glándulas endometriales y estroma^{9,13}. Se postula a la nuliparidad como un factor de riesgo alto para desarrollar un absceso ovárico en un endometrioma¹⁴.

Los patógenos con mayor frecuencia aislados en endometriomas sobreinfectados son: estafilococo coagulasa negativo, *S. aureus*, estreptococo del Grupo B y *E. coli*¹⁵.

Se debe considerar que un endometrioma podría infectarse en relación con una enfermedad pélvica inflamatoria, que en su gran mayoría es ocasionada por infecciones de transmisión sexual con patógenos como *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*¹⁶.

Nuestra paciente no presentó ninguno de los factores de riesgos mencionados previamente. Estos datos apoyan que un endometrioma puede infectarse y formar un ATO de manera espontánea sin un factor de riesgo conocido.

Con respecto a su diagnóstico, existe ciertas características que podrían orientarnos pero que no son patogenómicas como dolor abdominal, fiebre, antecedente de cirugía previa, enfermedad pélvica inflamatoria, nuliparidad, historia de infertilidad⁹; apoyado en las características ecográficas de un ATO que usualmente se presenta como, una masa anexial compleja, con paredes gruesas y ecos internos que probablemente representan pus con restos celulares¹⁷. Cabe destacar que se debe tener una alta sospecha clínica, para iniciar un tratamiento oportuno, siendo en ocasiones necesario realizar una resonancia magnética o tomografía axial computarizada cuando existe hallazgos inespecíficos por ecografía¹⁸.

La ruptura de un endometrioma es rara con una prevalencia menor al 3%, y ocurre sobre todo si la lesión es mayor a 6 cm, estadios periovulatorios, traumatismos, o durante el embarazo⁷, si esta ruptura ocurre en un endometrioma sobreinfectado se considera una urgencia ginecológica que requiere ser atendida de manera inmediata sobre todo por el riesgo de desarrollar sepsis, shock séptico e incluso la muerte⁹. Frecuentemente estos pacientes en un inicio se presentan con dolor abdominal agudo, náuseas, vómitos y fiebre, seguidos de signos peritoneales¹⁹. En referencia a nuestro caso la clínica fue solapada posiblemente por analgésicos

y antiinflamatorios administrados, más aún las características del dolor, síntomas clínicos, apoyado por los hallazgos ecográficos, permitieron un abordaje oportuno.

Referente a los marcadores tumorales que podrían elevarse durante una ruptura de un endometrioma Kurata *et al.*²⁰ cita que tanto el CA 19-9 y el CA 125 podrían elevarse de manera significativa por lo cual se debe tener en consideración al momento de interpretar los resultados.

Como parte del tratamiento de los abscesos tubo ováricos la terapia antibiótica es el pilar fundamental, pudiendo utilizarse sola (sin ningún abordaje quirúrgico o drenaje guiado por imagen) con una efectividad del 70%, sobre todo en paciente con hemodinamia estables, sin signos peritoneales, abscesos menores de 7 cm, premenopáusicas, con adecuada respuesta clínica²¹⁻²³; o junto a un abordaje quirúrgico o drenaje mínimamente invasivo. En cuanto al uso de laparoscopia vs. laparotomía en abscesos tubo-ováricos, las pacientes en el grupo de laparoscopia presentaron menor dolor postoperatorio, más rápida recuperación, un retorno más temprano a sus actividades normales y menor morbilidad febril^{10,24}.

Un estudio reportó una mayor frecuencia de complicaciones posquirúrgicas, en pacientes con ATO que también presentaban endometriosis vs. las que no lo presentaban⁹.

En el contexto de nuestra paciente se ofreció terapia antibiótica temprana y resolución quirúrgica mediante laparoscopia con adecuados resultados en su recuperación clínica.

CONCLUSIONES

Los endometriomas sobreinfectados con formación de ATO son entidades muy infrecuentes, por lo que su etiopatogenia aún se mantiene en investigación, siendo posible múltiples vías por las cuales patógenos pueden infectar.

Tener un endometrioma es un factor de riesgo para el desarrollo de un absceso, esto es apoyado en la mayor frecuencia de infecciones en pacientes que padecen esta enfermedad versus las pacientes sanas.

Es importante identificar factores de riesgo tanto clínicos como quirúrgicos previos, que nos permitan tener un índice de sospecha alto ante los hallazgos clínicos que se presenten, siendo fundamental apoyarse con ecografía y si esta no es concluyente, asistir mediante resonancia magnética o tomografía.

La ruptura de un ATO en un endometrioma sobreinfectado, es una complicación que requiere un diagnóstico y tratamiento urgente, con inicio temprano de antibioticoterapia y en ciertos pacientes abordaje quirúrgico, ya que esto puede comprometer la vida.

Fuente de origen

Fotografías de procedimiento laparoscópico tomadas de video grabación de cirugía realizada en Clínica Atlas, el día 25 de abril del 2022 e imágenes ecográficas e histopatológica extraídas de base de datos de historia clínica de la paciente.

Contribución de los autores

a) Concepción y diseño del trabajo: Alexis Haro, Homero Loza, Luis Fernando Suárez, Felipe Loza.

b) Análisis e interpretación de datos, redacción del manuscrito y revisión crítica del manuscrito: Homero Loza, Luis Fernando Suárez, Alexis Haro, Felipe Loza.

Conflicto de interés

Los autores declaramos no tener ningún conflicto de interés personal, financiero, intelectual, económico y de interés corporativo con el Hospital Metropolitano y los miembros de la revista Metro Ciencia. El caso cuenta con la firma del consentimiento informado del paciente para la publicación de este artículo.

Financiación

No fue necesario financiamiento económico.

Bibliografía

1. **Hugh S, Lubna P, Emre S.** Endometriosis. In: *Endocrinología Ginecológica Clínica y Esterilidad*. 9th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2020. p. 1223–49.
2. **Gałczyński K, Józwiak M, Lewkowicz D, Semczuk-Sikora A, Semczuk A.** Ovarian endometrioma – a possible finding in adolescent girls and young women: a mini-review. *Journal of Ovarian Research*. 2019. p. 104.
3. **Yilmaz Hanege B, Güler Çekiç S, Ata B.** Endometrioma and ovarian reserve: effects of endometriomata per se and its surgical treatment on the ovarian reserve. *Facts, views & vision in ObGyn*. 2019. p. 151–7.
4. **Wright KN, Laufer MR.** Endometriomas in adolescents. *Fertil Steril*. 2010 Sep;94(4):1529.e7-1529.e9.
5. **Mateo-Sáñez HA, Olea-Cavarrubias E, Mateo-Madrigal M, Mateo-Madrigal V, Mateo-Madrigal D.** Endometrioma complicado por absceso ovárico espontáneo. 2017 [cited 2022 Jul 22]; Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412017000400008
6. **Grammatikakis I, Evangelinakis N, Salamalekis G, Tziortzioti V, Samaras C, Chrelias C, et al.** Prevalence of severe pelvic inflammatory disease and endometriotic ovarian cysts: a 7-year retrospective study. *Clin Exp Obstet Gynecol* [Internet]. 2009 [cited 2022 Jul 22];36(4):235–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20101855/>
7. **Petruškevičiūtė E, Bužinskienė D.** Acute Diffuse Peritonitis Due to Spontaneous Rupture of an Infected Endometrioma: A Case Report. *Acta Med Litu*. 2021 Dec 22;28(2):20.
8. **Shah R, Shah J, Mehta M.** Laparoscopic management of an endometrioma complicated by an ovarian abscess. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol*. 2013;473–4.
9. **Li H, Zhao Y, Chang X hong, Wang Y, Zhu H lan.** Clinical characteristics, treatment status and complications in women with tube ovarian abscess and endometriosis: a retrospective study. *BMC Womens Health*. 2021 Dec 18;21(1):109.

10. **Villette C, Bourret A, Santulli P, Gayet V, Chapron C, de Ziegler D.** Risks of tubo-ovarian abscess in cases of endometrioma and assisted reproductive technologies are both under- and overreported. *Fertil Steril.* 2016 Aug;106(2):410–5.
11. **Padilla SL.** Case Report: Ovarian abscess following puncture of an endometrioma during ultrasound-guided oocyte retrieval. *Human Reproduction.* 1993 Aug;8(8):1282–3.
12. **Kubota T, Ishi K, Takeuchi H.** A Study of Tubo-Ovarian and Ovarian Abscesses, with a Focus on Cases with Endometrioma. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research.* 1997 Oct;23(5):421–6.
13. **Gupta A, Gupta MM, Manaktala U.** Primary Ovarian Abscess Arising Spontaneously within an Endometrioma: A Rare Case. *J Endometr Pelvic Pain Disord.* 2015 Jan 16;7(1):46–8.
14. **Chen MJ, Yang JH, Yang YS, Ho HN.** Increased occurrence of tubo-ovarian abscesses in women with stage III and IV endometriosis. *Fertil Steril.* 2004 Aug;82(2):498–9.
15. **Edelstein S, Ben Shachar I, Ben-Amram H, Biswas S, Marcus N.** Assisted Reproductive Technology as a Transcutaneous Route for Bacterial Contamination of Ovarian Endometrioma with Coagulase-Negative Staphylococcus: Case Report and Review of the Literature. *Infect Dis Obstet Gynecol.* 2019 Nov 29;2019:1–5.
16. **Taylor BD, Ness RB, Darville T, Haggerty CL.** Microbial Correlates of Delayed Care for Pelvic Inflammatory Disease. *Sex Transm Dis.* 2011 May;38(5):434–8.
17. **Velcani A, Conklin P, Specht N.** Sonographic features of tubo-ovarian abscess mimicking an endometrioma and review of cystic adnexal masses. *J Radiol Case Rep.* 2010 Feb 6;4(2).
18. **Siegelman ES, Oliver ER.** MR Imaging of Endometriosis: Ten Imaging Pearls. *RadioGraphics.* 2012 Oct;32(6):1675–91.
19. **Bottomley C, Bourne T.** Diagnosis and management of ovarian cyst accidents. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2009 Oct;23(5):711–24.
20. **Kurata H, Sasaki M, Kase H, Yamamoto Y, Aoki Y, Tanaka K.** Elevated serum CA125 and CA19-9 due to the spontaneous rupture of ovarian endometrioma. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology.* 2002 Oct;105(1):75–6.
21. **Lareau SM, Beigi RH.** Pelvic Inflammatory Disease and Tubo-ovarian Abscess. *Infect Dis Clin North Am.* 2008 Dec;22(4):693–708.
22. **Landers D V., Sweet RL.** Tubo-ovarian Abscess: Contemporary Approach to Management. *Clinical Infectious Diseases.* 1983 Sep 1;5(5):876–84.
23. **Beigi R.** Management and complications of tubo-ovarian abscess - UpToDate [Internet]. UpToDate. 2022 [cited 2023 Apr 5]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/management-and-complications-of-tubo-ovarian-abscess?search=absceso%20ovarico&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H26297661
24. **Calle-Gómez GA, Arango-Martínez AM, Castañeda-Roldán JD, De los Ríos-Posada JF, Serna E, Vásquez R, et al.** Manejo laparoscópico de la enfermedad pélvica inflamatoria severa: reporte de tres casos y revisión de la literatura. *Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet].* 2011 Jun 30 [cited 2023 Apr 5];62(2):201–7. Available from: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/246>

Cómo citar: Haro Perdomo AJ, Loza Peñafiel DH, Suárez López LF, Loza F. Absceso tubo-ovárico espontáneo como complicación de un endometrioma: reporte de caso. *MetroCiencia [Internet].* 30 de junio de 2023; 31(2):73-80. Disponible en: <https://doi.org/10.47464/MetroCiencia/vol31/2/2023/73-80>