

Absceso tubo-ovárico en usuaria de dispositivo intrauterino durante 13 años

(Tubo-Ovarian Abscess in a Patient with a 13-year History of Intrauterine Device Use)

Nini Yalimar Sierra-Gutiérrez¹, Mónica Liseth Holguín-Barrera², Lorena García-Agudelo³

Resumen

El absceso tubo-ovárico es una masa infecciosa polimicrobiana, generalmente producida como complicación de la enfermedad inflamatoria pélvica. Es una morbilidad de alto impacto en la salud y en la vida de las mujeres que la padecen; por esto es imperativo su prevención, diagnóstico y tratamiento adecuado para disminuir los posibles desenlaces y secuelas, como infertilidad, embarazo ectópico, dolor pélvico crónico, sepsis e incluso la muerte. Se reporta un caso de abdomen agudo causado por la presencia de un absceso tubo-ovárico derecho en una mujer de 31 años usuaria de un dispositivo intrauterino hace aproximadamente 13 años, quien consultó por cuadro de dolor abdominal y lumbar, sangrado vaginal escaso y vómito. El diagnóstico se determinó mediante exámenes imagenológicos. Además, a la paciente se le efectuó una laparotomía con salpingooforectomía unilateral derecha, extracción del dispositivo intrauterino y apendicetomía. La evolución postoperatoria fue satisfactoria.

Descriptores: dolor pélvico, enfermedad inflamatoria pélvica, abdomen agudo, absceso abdominal, migración de dispositivo intrauterino

Abstract

Tubo-ovarian abscess is a polymicrobial infectious mass, usually produced as a complication of pelvic inflammatory disease. It is a morbidity with a high impact on the health and lives of the women who suffer from it; therefore, its prevention, diagnosis, and appropriate treatment are imperative to reduce possible outcomes and sequelae, such as infertility, ectopic pregnancy, chronic pelvic pain, sepsis, and even death. We report a case of acute abdomen caused by the presence of a right tubo-ovarian abscess in a 31-year-old woman who had been an intrauterine device user for approximately 13 years. She consulted for abdominal and lumbar pain, scant vaginal bleeding and vomiting. The diagnosis was determined by imaging tests and she underwent a laparotomy with right unilateral salpingo-oophorectomy, removal of the intrauterine device and appendectomy. Postoperative evolution was satisfactory.

Keywords: pelvic pain, pelvic inflammatory disease, abdomen, acute, abdominal abscess, intrauterine device migration

Fecha de recibido: 11, marzo, 2025

Fecha de aceptado: 14, noviembre, 2025

Afiliación Institucional:

¹Hospital Regional de la Orinoquía,
Departamento de Investigación,
Yopal, Colombia.

²0009-0001-1609-8837

³Hospital Regional de la Orinoquía,
Departamento de Investigación,
Yopal, Colombia.

⁴0000-0001-7925-3999

⁵Hospital Regional de la Orinoquía,
Departamento de Investigación,
Yopal, Colombia.

⁶0000-0001-9557-0900

Abreviaturas

ATO; absceso tubo-ovárico
DIU; dispositivo intrauterino
TC; tomografía computarizada

✉ humphrylg@hotmail.com



Esta obra está bajo una licencia
internacional: Creative Commons
Atribución-NoComercial-
CompartirIgual 4.0.

El absceso tubo-ovárico (ATO) es una masa inflamatoria polimicrobiana que incluye la trompa de Falopio, el ovario y, en casos graves, otros órganos pélvicos como el intestino y la vejiga. Puede presentarse como un complejo tubo-ovárico con aglutinación de estas estructuras o como una colección purulenta.^{1,2} Los organismos comúnmente aislados incluyen *Escherichia coli*, *Bacteroides fragilis*, *Peptostreptococcus*, *Peptococcus* y *Streptococcus*, los cuales forman parte de la flora vaginal habitual.²⁻⁴ Se ha reportado que el ATO se desarrolla hasta en el 34% de las pacientes hospitalizadas por enfermedad pélvica inflamatoria.²

El ATO se manifiesta con fiebre, recuento elevado de glóbulos blancos, dolor abdominal y pélvico inferior y/o secreción vaginal; su sintomatología puede ser variada. Está asociado a dispositivos intrauterinos, procedimientos uterinos, múltiples parejas sexuales, diabetes mellitus y estados de inmunocompromiso.⁵ También se ha descrito una fuente gastrointestinal.^{5,6}

En cuanto al diagnóstico, generalmente se detecta por ecografía y tomografía computarizada (TC).⁷ La mayoría de los ATO son unilaterales. El hallazgo más común en la TC es una masa tabicada multilocular en la ubicación anexial, con densidad de líquido, y una pared gruesa que realza uniformemente.⁸ No obstante, la resonancia magnética (RM) tiene una capacidad superior para evaluar la extensión de la enfermedad y las características de la lesión, así como para hacer el diagnóstico. La laparoscopia se considera el estándar de oro para el diagnóstico de la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) y el ATO; además, la laparoscopia puede facilitar el drenaje y la toma de muestras para cultivo.⁸

Con el propósito de prevenir las complicaciones del ATO, la terapia con antibióticos de amplio espectro debe iniciarse lo antes posible. Las pacientes son tratadas con antibióticos parenterales hasta que estén afebriles durante 48 h más y luego se cambian a agentes antibacterianos orales para completar los 14 días.⁹ La tasa de respuesta al tratamiento con antibióticos es de alrededor del 70%, mientras que, en los casos refractarios, los que no tienen resolución con antibióticos o cuando ocurre una ruptura, es necesario el drenaje.^{3,5} Varios factores están asociados con un fracaso del tratamiento, como la presencia de abscesos más grandes (más de 8 cm), los niveles altos de proteína C reactiva (más de 12mg/dL), su ocurrencia durante la edad reproductiva, la presencia de leucocitosis y el uso prolongado del dispositivo intrauterino (DIU).^{4,5}

La falta de reconocimiento de un ATO puede provocar daños irreversibles en los ovarios y las trompas, ruptura de abscesos, peritonitis y shock séptico. Además, puede presentarse obstrucción ureteral e hidronefrosis debido a compresión mecánica u obstrucción funcional por inflamación reactiva.⁶ Esta emergencia obstétrica y

ginecológica relativamente rara requiere de un alto índice de sospecha clínica, una historia detallada y un examen físico adecuado, además de estudios de imagen. Ante la presencia de sepsis secundaria a rotura de ATO, la tasa de mortalidad oscila entre el 5-10%, lo que constituye una verdadera emergencia obstétrica y ginecológica. Por ello, cualquier sospecha clínica de este diagnóstico requiere una evaluación inmediata y el inicio oportuno de antibioticoterapia de primera línea.^{8,9}

A continuación, se presenta el caso de un ATO en una paciente usuaria de DIU de larga data. Se reporta su diagnóstico y tratamiento, con el propósito de destacar la relevancia de esta patología, que puede generar complicaciones como infertilidad, embarazo ectópico, dolor pélvico crónico o sepsis de origen ginecológico.

Caso clínico

Paciente femenina de 31 años, con antecedente de un embarazo y un parto vaginal, ciclos menstruales irregulares, portadora de un DIU aproximadamente desde hace 13 años y dispareunia de un año de evolución. Ingresó por un cuadro clínico de cinco días de dolor en fosa iliaca derecha e hipogastrio que se intensificaba al deambular y al realizar cambios de posición, sin mejoría pese al uso de analgésicos (acetaminofén e ibuprofeno). A la exploración física, los signos vitales se encontraron dentro de límites normales. Presentaba dolor en hemiabdomen inferior y fosa iliaca derecha, con una masa indurada a la palpación de 10 cm y signos claros de irritación peritoneal. La especuloscopia evidenció un cérvix posterior de aspecto sano, con estigmas de sangrado. Se solicitaron exámenes de laboratorio y estudios de imagen. La ultrasonografía reveló una masa abdominopélvica heterogénea de predominio quístico, simétrica, no vascularizada, con cápsula continua y pequeñas calcificaciones a la periferia, además de septos y papilas; con un volumen aproximado de 500 cc de 10.66 x 6.96 cm (figura 1).

Las pruebas de laboratorio reportaron un hemograma normal, reactantes de fase aguda elevados, tiempos de coagulación normales, el uroanálisis con leucocitos de 15-20/campo y gonadotropina coriónica subunidad beta <2.39 mUI/mL.

La paciente fue trasladada a sala de observación, se indicó manejo analgésico y aporte de líquidos endovenosos. Además, se solicitó una TC de abdomen, la cual evidenció un DIU que atravesaba el miometrio, con su punta sobresaliendo a la cavidad peritoneal, lo que generaba una comunicación uteroperitoneal y un gran absceso pélvico en fosa ilíaca derecha (figura 2).

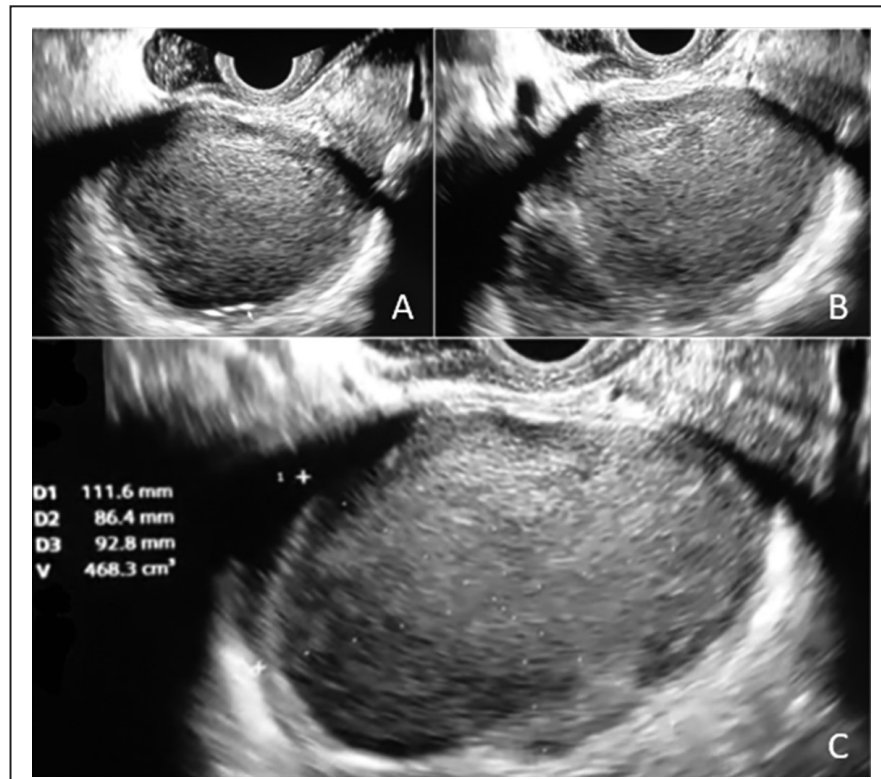


Figura 1: Ecografía transvaginal en la que se observa: A. Masa abdominopélvica heterogénea de predominio quístico, simétrica, no vascularizada, con cápsula continua y pequeñas calcificaciones a la periferia, con presencia de septos y papilas y un volumen aproximado de 500 mL de 10.66 x 6.96 cm B. Septos y papilas y C. Volumen de la masa.

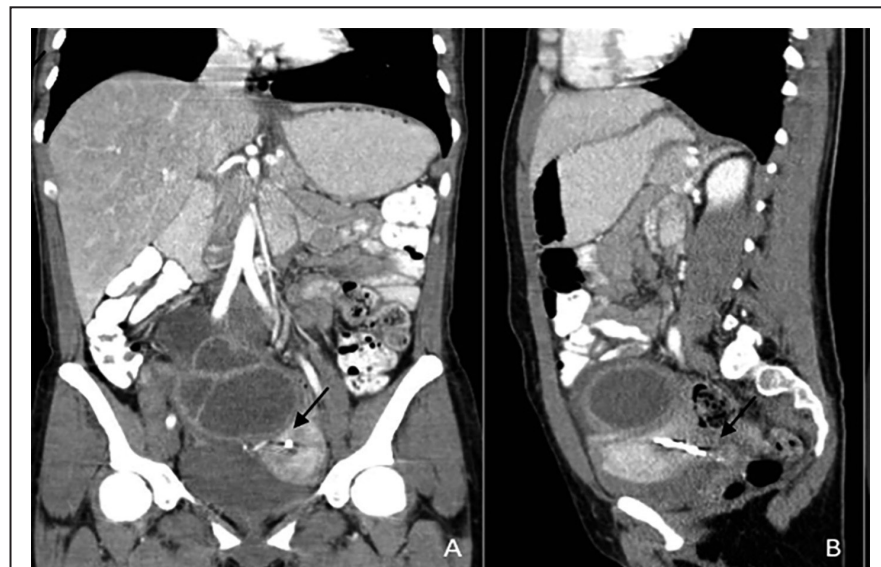


Figura 2. Tomografía con contraste que muestra absceso pélvico y ubicación del dispositivo intrauterino (DIU). A. Masa quística multiseptada con diámetros mínimos de 115 x 100 x 95 mm anexial derecha ovárica que provoca desplazamiento del útero en sentido anterolateral izquierdo, el cual muestra en su interior imagen compatible con dispositivo intrauterino. B. Se evidencia la lesión quística septada y la presencia de imagen compatible con DIU, el cual atraviesa el miometrio, con su punta y sobresale a la cavidad peritoneal, lo que produce una comunicación y un gran absceso pélvico en fosa iliaca derecha.

Ante estos hallazgos, se inició antibioticoterapia intravenosa con clindamicina 600 mg cada 8 horas y gentamicina 240 mg cada 24 hora. Posteriormente, la paciente fue llevada a procedimiento quirúrgico de laparotomía, donde se evidenció una gran masa sugestiva de absceso tubo-ovárico derecho, de aproximadamente 14 cm de diámetro, con adherencias firmes a la cara posterior del útero, la trompa de Falopio izquierda, el apéndice y el ciego. Se realizó liberación de las adherencias y drenaje

de aproximadamente 300 mL de material purulento de la masa (figura 3), además de salpingooforectomía unilateral derecha y apendicectomía. Además, se extrajo el DIU, localizado en el canal endocervical. Se efectuó lavado abdominal, verificación de la hemostasia y cierre por planos hasta llegar a piel. Las muestras del contenido y de las piezas extraídas fueron enviadas a Patología y se tomaron muestras para cultivos. El procedimiento quirúrgico fue reportado sin complicaciones.

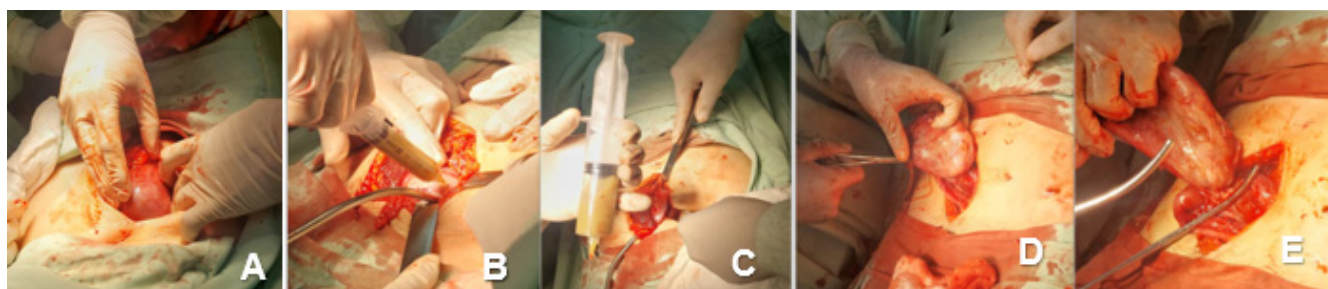


Figura 3. Imágenes intraoperatorias: A: Presencia de absceso en la cavidad abdominal. B y C: Extracción de material purulento del absceso mediante punción con jeringa. D y E: Extracción de la cápsula del absceso.

Los cultivos aislaron *Enterococcus faecalis*, β -lactamasa negativa, resistente a eritromicina y sensible a gentamicina, vancomicina, levofloxacina, linezolida y ciprofloxacina; por lo que se mantuvo el esquema inicial administrado hasta completar los primeros siete días.

La evolución de la paciente fue satisfactoria y el estudio histopatológico reportó un proceso inflamatorio. Tras completar el esquema antibiótico, y al encontrarse la paciente deambulando y tolerando la vía oral, se decidió dar el alta luego de ocho días de estancia hospitalaria, con ciprofloxacina 500 mg cada 12 horas por cinco días y seguimiento ambulatorio a los 15 días.

Discusión

Como infección del tracto genital superior, la EPI es una morbilidad de riesgo para las pacientes; dentro de la EPI se incluye al ATO, así como una o varias de las siguientes condiciones: salpingitis, pelviperitonitis y piosalpinx.⁸

Entre los principales factores de riesgo para el desarrollo de un ATO se describen: edad inferior a 25 años, múltiples parejas sexuales, infecciones de transmisión sexual, no uso de métodos de barrera, antecedente de EPI o de vaginosis-cervicitis, uso de DIU sin control microbiológico previo, abortos e instrumentación uterina.² En la paciente que se presenta, se encontró solo uno de los factores de riesgo mencionados; el resto fueron descartados. No obstante, Palma Espinoza, et al.

sugieren otros factores de riesgo como diabetes mellitus, consumo de inmunosupresores, cirugía abdominal, trauma local, historia previa de enfermedad digestiva mayor de 40 años; aunque en un 20 % de los casos no presentan factores de riesgo.⁸ En esta paciente no se identificó ninguno de los riesgos anteriores mencionados.

En relación con el diagnóstico diferencial, este es amplio; comprende entidades como cáncer de ovario, embarazo ectópico, endometriosis, otras neoplasias malignas, apendicitis, enfermedad de Crohn, entre otras.¹⁰ En el caso presentado, la paciente presentaba masa en fosa iliaca y tenía antecedente de uso de DIU, por lo cual el diagnóstico se orientó hacia el ATO.

Las ayudas diagnósticas se basan en imágenes como la ultrasonografía y la TC, como el estándar de oro, la cual ha revelado que el ATO es unilateral en el 25-50% de los casos, evidencia una masa quística multiloculada y septada en el anexo con una pared gruesa hipercaptante uniforme; encuentra pérdida de los planos grasos entre la masa y los órganos adyacentes y detecta engrosamiento de los ligamentos uterosacros. Además, muestra la presencia de líquido libre en el fondo de saco.¹¹ Hallazgos compatibles con los encontrados en este caso.

Con relación a los microorganismos más predominantes en el ATO, se reconocen a *Escherichia coli*, *Bacteroides fragilis*, *Peptostreptococcus*, *Peptococcus* y *Streptococcus*.³ No obstante, el germen aislado en esta paciente correspondió a *Enterococcus faecalis* una bacteria Gram positiva que es habitual en el tracto gastrointestinal humano.

Finalmente, el ATO es una enfermedad de alto impacto en la salud y en la vida de las mujeres que la padecen; por esto es imperativo su prevención, diagnóstico y tratamiento adecuado para disminuir los posibles desenlaces y secuelas, como infertilidad, embarazo ectópico, dolor pélvico crónico, sepsis e incluso la muerte. Aunque en este caso se efectuó un diagnóstico preciso, la acción no se puede catalogar como oportuna, dado que la paciente presentó síntomas durante un año. Esto nos insta a reflexionar sobre la importancia de llevar a cabo una anamnesis exhaustiva y un examen físico riguroso de las pacientes. Sin embargo, la intervención terapéutica realizada a la paciente resultó exitosa y se alcanzó un buen desenlace.

Referencias

1. Bridwell RE, Koyfman A, Long B. High risk and low prevalence diseases: Tubo-ovarian abscess. *Am J Emerg Med.* 2022; 57:70–5. DOI: [10.1016/j.ajem.2022.04.026](https://doi.org/10.1016/j.ajem.2022.04.026)
2. Correa Martínez L, González Velasco C, Gaona Álvarez CE, Sánchez Castañón J. Tuboovarian abscess due to *Eikenella corrodens*. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2018;36:319-320. DOI: [10.1016/j.eimc.2017.09.009](https://doi.org/10.1016/j.eimc.2017.09.009)
3. Kapustian V, Namazov A, Yaakov O, Volodarsky M, Anteby EY, Gerner O. Is intrauterine device a risk factor for failure of conservative management in patients with tubo-ovarian abscess? An observational retrospective study. *Arch Gynecol Obstet.* 2018;297:1201–4. DOI: [10.1007/s00404-018-4690-z](https://doi.org/10.1007/s00404-018-4690-z)
4. Torres-Morcillo C, García-Anaya MP, Rodríguez-Casares J. Absceso tubo-ovárico por granulicatella adiacens. Descripción de un caso. *RSM.* 2022;78:95–97. DOI: [10.4321/s1887-85712022000200007](https://doi.org/10.4321/s1887-85712022000200007)
5. Pardo MI, Fernández-Rial M, Campos S, Seoane J, Alonso-Vaquero MJ, Moral JE. Absceso pélvico y tubo-ovárico en mujer portadora de DIU hace 16 años. *Clin Invest Gin Obst.* 2012; 39:174-176 DOI: [10.1016/j.gine.2011.03.005](https://doi.org/10.1016/j.gine.2011.03.005)
6. Kakisi OK, Kalkakos P, Spyropoulos V, Lazaraki TP, Moraitou H, Avdeliodi K, et al. Non-typeable *Haemophilus influenzae* and tubo-ovarian abscesses: case report and brief review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2010;152:226-7. DOI: [10.1016/j.ejogrb.2010.05.029](https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2010.05.029)
7. Munro K, Nagabushanam S, Martin C. Diagnosis and management of tubo-ovarian abscesses. *TOG* 2018; 20: 11-19. DOI: [10.1111/tog.12447](https://doi.org/10.1111/tog.12447)
8. Eshed I, Halshtok O, Erlich Z, Mashiach R, Hertz M, Amitai MM, et al. Differentiation between right tubo-ovarian abscess and appendicitis using CT—a diagnostic challenge. *Clin Radiol.* 2011;66:1030–5. DOI: [10.1016/j.crad.2011.05.005](https://doi.org/10.1016/j.crad.2011.05.005)
9. Tang H, Zhou H, Zhang R. Antibiotic Resistance and Mechanisms of Pathogenic Bacteria in Tubo-Ovarian Abscess. *Front Cell Infect Microbiol.* 2022; 27; 12:958210. DOI: [10.3389/fcimb.2022.958210](https://doi.org/10.3389/fcimb.2022.958210)
10. Bravo Acosta M, Vélez Solórzano P, Martínez Méndez D. Causa inesperada de absceso tuboovárico en una paciente con insuficiencia respiratoria aguda. *Salud(i)Ciencia.* 2023; 25: 223-225. DOI: [10.21840/siic/171672](https://doi.org/10.21840/siic/171672)
11. Ponsà Cobas L, Gordillo Zabaleta K, Chevasco Hanze ME, Serra Salas MM, Romero Martínez NM, Quintero Rivera JC, et al. Principales hallazgos TC de la enfermedad pélvica inflamatoria. *Seram.* 2024;1.