Caso clínico
Ginecol Obstet Mex. 2020 febrero;88(2):105-110.

Bacteriemia con afectación inflamatoria pélvica y miositis secundaria a histeroscopia diagnóstica. Reporte de un caso

Bacteremia with pelvic inflamatory involvement and secondary myositis due to diagnostic hysteroscopy. A case report.

Javier Navarro-Sierra,[1] Marcos Berdejo-Alloza,[2] Marta Chóliz-Ezquerro,[1] Isabel Negredo-Quintana,[1] Lourdes Gabasa-Gorgas,[1] Miguel Ángel Ruiz-Conde[1]

Resumen

ANTECEDENTES: Las complicaciones infecciosas secundarias a la histeroscopia diagnóstica ambulatoria son bajas (0.6%).

CASO CLÍNICO: Paciente de 46 años que a los 6 días posthisteroscopia diagnóstica ambulatoria por pólipos endometriales ingresó al servicio de Ginecología debido a un cuadro de piomiositis del músculo piriforme izquierdo, secundario a bacteriemia por *Streptococcus pyogenes* luego de un procedimiento ginecológico. Se trató con una dosis subcutánea de 40 mg de enoxaparina al día, y 2 g de ceftriaxona intravenosa cada 24 h, 240 mg de gentamicina intravenosa una vez al día. En las siguientes 48 horas se retiró la gentamicina y se prescribió 1 g de amoxicilina cada 8 h, por vía oral más 300 mg de clindamicina cada 8 h, también por vía oral que la paciente continuó durante 7 días más. En la resonancia magnética de control tomada a los 10 días quedó de manifiesto la tromboflebitis séptica en la vena iliaca interna izquierda y la persistencia del cuadro de piomiositis, con colección pélvica intra y extramuscular. Se decidió reingresarla para tratarla con el siguiente esquema: 1 g de amoxicilina por vía intravenosa cada 8 horas y 900 mg de clindamicina con igual pauta; se suspendió a las 24 h enseguida de la valoración por el infectólogo. Se indicó nuevo tratamiento antitrombótico con 0.5 mL de fraxiparina forte cada 24 horas, por vía subcutánea. El eco-Doppler descartó la trombosis venosa profunda; los hemocultivos que resultaron negativos. La paciente fue dada de alta con prescripción de fraxiparina Forte a dosis de 0.5 mL cada 24 horas durante 6 semanas; la evolución clínica fue favorable. La resonancia magnética de control a los 30 días reportó la desaparición completa del proceso inflamatorio. Luego de un año, la paciente permanece asintomática y continúa en seguimiento médico anual.

CONCLUSIONES: La histeroscopia diagnóstica ambulatoria es una técnica eficaz y segura aunque excepcionalmente pueden sobrevenir complicaciones infecciosas derivadas de la técnica. Esto se previene con profilaxis antibiótica. La valoración previa a la histeroscopia es indispensable para advertir factores de riesgo que puedan controlarse o contraindiquen la realización del procedimiento.

PALABRAS CLAVE: Histeroscopia diagnóstica; *Streptococcus pyogenes*; profilaxis con antibiótico; fibrinolíticos; bacteriemia; antibióticos.

Abstract

BACKGROUND: Infectious complications due to diagnostic hysteroscopy are uncommon, being only 0.6% of all complications.

CLINICAL CASE: A 46-year-old patient who, 6 days after performing an outpatient diagnostic hysteroscopy due to endometrial polyps, was admitted to the Gynecology Department, due to pyomyositis of the left piriformis muscle secondary to *Streptococcus pyogenes* bacteremia after gynecological procedure. Antithrombotic treatment was initiated with Enoxaparin 40 mg, 1/24h subcutaneously and antibiotic therapy with Ceftriaxone 2g/24h intravenously (iv) and Gentamicin 240 mg/24h IV, which 48 hours later were changed to Amoxicillin 1g/8h orally (VO) and Clindamycin 300 mg/8 hours orally for another 7 days. In the 10-day control magnetic resonance im-

[1] Servicio de Ginecología.
[2] Servicio de Radiodiagnóstico.
Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España.

Recibido: septiembre 2019
Aceptado: octubre 2019

Correspondencia
Javier Navarro Sierra
jnavarro_11@telefonica.net

Este artículo debe citarse como
Navarro-Sierra J, Berdejo-Alloza M, Chóliz-Ezquerro M, Negredo-Quintana I, Gabasa Gorgas L, Ruiz-Conde MA. Bacteriemia con afectación inflamatoria pélvica y miositis secundaria a histeroscopia diagnóstica. Reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex. 2020 febrero;88(2):105-110.
https://doi.org/10.24245/gom.v88i2.3529

aging (MRI), septic thrombophlebitis was seen in the left internal iliac vein as well as persistence of the pyomyositis condition, with intra and extramuscular pelvic collections. Therefore, a new admission was decided to start antibiotic therapy again with Amoxicillin 1g/8h IV and Clindamycin 900 mg/8h IV, which was suspended 24 hours after assessment by the Infectious Diseases Unit; and new antithrombotic treatment with Fraxiparin Forte 0.5 mL/24h subcutaneous, by consensus with the Vascular Surgery Service. ECO-DOPPLER was performed, which ruled out Deep Venous Thrombosis (DVT); and negative blood cultures. The patient was discharged with Fraxiparina Forte 0.5 mL/24h for 6 weeks presenting good clinical evolution. A new MRI control was scheduled for the following month, finding a complete resolution of the inflammatory process. Currently, one year later, the patient is asymptomatic and continues in annual follow-up in our consultations.

CONCLUSIONS: Outpatient diagnostic hysteroscopy is an effective and safe technique. Infectious complications derived from the technique are infrequent, which is why it is not necessary to perform an antibiotic prophylaxis in patients who are going to undergo this test

KEYWORDS: Diagnostic hysteroscopy; *Streptococcus pyogenes*; Antiobiotic prophylaxis; Fibrinolityc Agents; Bacteremia; Anti-bacterial agents.

ANTECEDENTES

La histeroscopia diagnóstica es una prueba muy utilizada en la práctica ginecológica para valorar la morfología uterina y las lesiones endometriales, e incluso tratarlas en un solo acto sin necesidad de anestesia.[1] Las complicaciones descritas en este procedimiento son mínimas: dolor, síncope vasovagal o imposibilidad técnica en consulta.[2] Las complicaciones infecciosas secundarias a la histeroscopia diagnóstica son excepcionales (0.6%).[3]

CASO CLÍNICO

Paciente de 46 años, alérgica al ácido acetilsalicílico, con antecedente quirúrgico de apendicectomía y sin enfermedades médicas de interés. Antecedentes ginecoobstétricos: embarazo inducido por fecundación in vitro, con un parto eutócico. Citología en 2016 sin hallazgos. Mamografía con reporte de fibroadenoma de 16 y otro de 9 mm en el cuadrante supero externo de la mama derecha e izquierda, respectivamente. BIRADS 3.

El 12 de abril de 2018 se practicó una histeroscopia diagnóstica, en consulta, por sospecha de pólipo endometrial. La histeroscopia trascurrió sin complicaciones. Hallazgos: vaginoscopia sin alteraciones, cuello uterino normal, sin lesiones endocervicales, cavidad endometrial con endometrio concordante. Ambos ostium visibles. Pólipo endometrial de 6-7 mm en el fondo uterino que se extirpó con una tijera flexible y otro endometrial de 3 mm en la cara lateral izquierda: se extirpó con una pinza flexible, sin complicaciones agudas durante el procedimiento.

A los 6 días la paciente acudió a urgencias de maternidad debido a un cuadro de 3 días de evolución de dolor en la región glútea izquierda, irradiado desde la extremidad inferior hasta el pie y fiebre de 39 °C que le produjo un cuadro de taquicardia sinusal. En la exploración física se

https://doi.org/10.24245/gom.v88i2.3529

encontraron: tensión arterial de 110-62 mmHg, frecuencia cardiaca de 148 latidos por minuto. Temperatura de 37.4 ºC. El abdomen se palpó: blando, depresible y no doloroso. Lasegue y Bragard negativos en el lado derecho pero positivos en el lado izquierdo. La exploración ginecológica se reportó normal. Los exámenes de sangre reportaron: 25,600 leucocitos/µL, con 91% neutrófilos y PCR 33.32 mg/dL. El resto sin alteraciones. La TAC de urgencia describió una asimetría y engrosamiento del músculo piriforme izquierdo, que englobaba y desplazaba los vasos hipogástricos y el nervio ciático izquierdo (**Figura 1**).

La paciente fue ingresada al servicio de Ginecología donde inicialmente se trató con 900 mg cada 24 h de clindamicina, 500 mg cada 12 h de metronidazol y 240 mg cada 24 horas de gentamicina, los tres por vía intravenosa. Los cultivos vaginal y endocervical se reportaron negativos, pero los hemocultivos fueron positivos para *Streptococcus pyogenes*, por eso se ajustó el tratamiento a las 48 horas con 2 g de ceftriaxona y 240 mg de gentamicina por vía intravenosa. A las 48 h de mejoría clínica se suspendió el tratamiento intravenoso y se le prescribieron 1 g de amoxicilina y 300 mg de clindamicina, ambos cada 8 horas administrados por vía oral. La paciente fue dada de alta con buena respuesta clínica y prescripción del antibiótico durante 7 días más y quedando pendiente la resonancia magnética de control ambulatorio.

En el seguimiento posterior en la resonancia magnética de control se objetivó la persistencia de la piomiositis del músculo piriforme, con colección pélvica intra y extramuscular, tromboflebitis séptica de la vena iliaca interna y radiculitis de S1 asociada **(Figuras 2-4)**. Por ello, en la consulta posterior se decidió reingresarla para nuevos cultivos y hemocultivos de la vagina y el endocérvix y se inició el tratamiento antibiótico profiláctico con 1g de amoxicilina cada 8 h por vía intravenosa y 900 mg de clindamicina por igual vía y pauta horaria y 0.5 mL/24 h de fraxiparina forte subcutánea, luego de la valoración del cirujano vascular.

También se practicó una eco-doppler de los miembros inferiores, que descartó una trombosis venosa profunda en ese momento. El infectólogo decidió suspender los antibióticos debido al resultado negativo de los cultivos.



Figura 1. TAC pélvica, con contraste. Se aprecia el engrosamiento del músculo piriforme izquierdo.

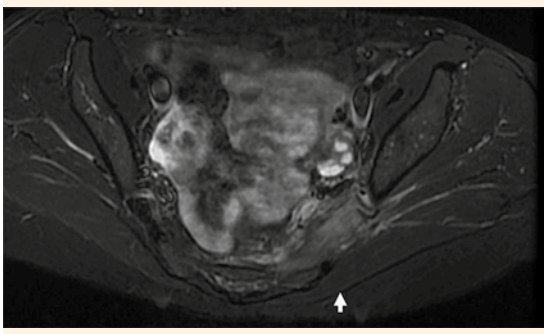


Figura 2. Resonancia magnética pélvica, con supresión grasa sin contraste. Se aprecian engrosamiento y zona hiperintensa sugerente de edema. El músculo piriforme sugerente de edema.

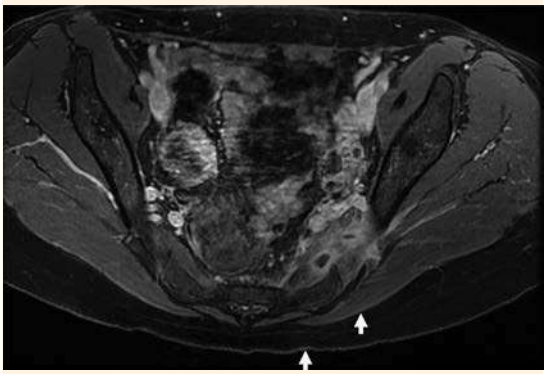


Figura 3. Resonancia magnética pélvica con supresión grasa, con contraste (gadolinio). Se aprecian 2 lesiones anecogénicas con halo hiperintenso a su alrededor sugerentes de abscesos intramusculares.

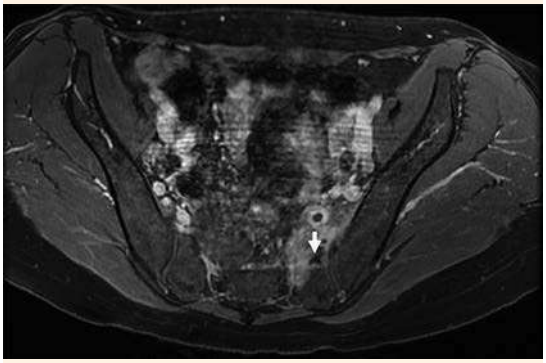


Figura 4. Resonancia magnética pélvica con supresión grasa con contraste (gadolinio) sugerente de trombo en la vena iliaca izquierda.

La paciente fue dada de alta a los 5 días con fraxiparina Forte a la dosis de 0.5 mL cada 24 h, administrada por vía subcutánea, durante 6 semanas. En la resonancia magnética de control se objetivó buena evolución radiológica del proceso inflamatorio, con reducción importante de la edematización y el engrosamiento del músculo piriforme izquierdo ya sin colecciones ni abscesos, aunque con persistencia de una leve radiculitis en S1. **Figura 5**

La paciente continuó con consultas rutinarias. Al mes refirió mejoría clínica, con persistencia de dolor leve en la zona lumbar, que ya no fue mencionado en la consulta a los 6 meses. La última revisión, un año después, la paciente permanecía por completo asintomática.

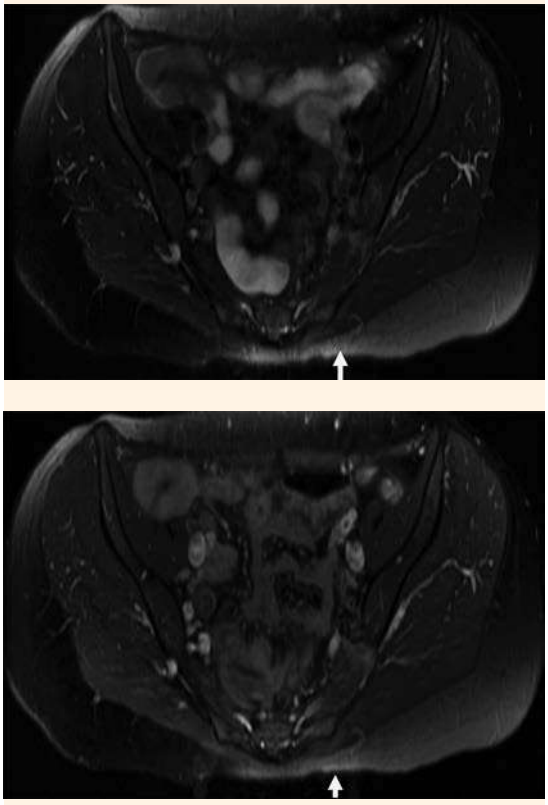


Figura 5. Resonancias magnéticas pélvicas de control con supresión grasa sin contraste (arriba) y con contraste (abajo). Se aprecia disminución importante del edema y engrosamiento del músculo piriforme izquierdo, y ausencia de colecciones intramusculares.

https://doi.org/10.24245/gom.v88i2.3529

DISCUSIÓN

La histeroscopia diagnóstica es un procedimiento ginecológico utilizado, sobre todo, para valorar la cavidad endometrial.

De acuerdo con las principales guías de práctica clínica,[4,5] para llevar a cabo este procedimiento es necesario efectuarlo con las correctas medidas de asepsia y antisepsia, dedicar una sala blanca y contar con personal médico y de enfermería debidamente adiestrado. Este procedimiento se considera seguro y está contraindicado en el embarazo evolutivo, infecciones genitales y herpes genital activo.[4] El cribado para despistaje de infecciones genitales, previo a una histeroscopia diagnóstica ambulatoria en pacientes sin factores de riesgo, no está contemplado en ninguna de las principales recomendaciones de las guías internacionales.[6]

En la paciente del caso aquí comunicado no se encontró ningún factor de riesgo de infección que hubiera contraindicado la histeroscopia diagnóstica ambulatoria. De acuerdo con el protocolo interno de nuestro hospital, las histeroscopias diagnósticas se efectúan en una sala habilitada para ello, con un equipo de enfermería y esterilización previa de todo el material que habrá de utilizarse. Se efectuó la preparación cervical con misoprostol, por vía vaginal, en las pacientes nuligestas o posmenopáusicas. La desinfección de la vulva y la vagina se hizo con povidona yodada antes de iniciar el procedimiento. No se indicó ninguna profilaxis antibiótica.

Kasius y colaboradores,[7] que buscaron la prevalencia de complicaciones infecciosas en un grupo de 631 mujeres a quienes se practicó histeroscopia diagnóstica, concluyeron que ante el mínimo riesgo de infección posterior no estaba indicada la profilaxis antibiótica en este tipo de procedimiento ginecológico. Gregoriou y su grupo,[8] en su ensayo clínico con asignación al azar de 8 años de duración en mujeres posmenopáusicas o con tratamientos previos a técnicas de reproducción no encontraron diferencias significativas en la prevalencia de infecciones posintervención, respecto de quienes recibieron profilaxis antibiótica con las que no (0.57 *vs* 0.53%), por lo que no existió evidencia en la eficacia de la profilaxis antibiótica. Las conclusiones reportadas en los trabajos de Nappi y coautores[9] refieren las mismas conclusiones anteriores.

El metanálisis de Muzii y colaboradores[10] concluye que la profilaxis antibiótica para histeroscopia no es benéfica; no obstante, la calidad de los estudios incluidos dificultó afirmar de manera contundente tal aseveración. La mayoría de los autores coincide en la necesidad de más estudios con muestras más representativas y datos más amplios que permitan llegar a conclusiones más precisas y debidamente fundamentadas.

CONCLUSIÓN

La histeroscopia diagnóstica ambulatoria es una técnica eficaz y segura, aunque excepcionalmente pueden sobrevenir complicaciones infecciosas derivadas de la técnica. Esto se previene con profilaxis antibiótica. La valoración previa a la histeroscopia es indispensable para advertir factores de riesgo que puedan controlarse o contraindiquen la realización del procedimiento.

REFERENCIAS

1. Salazar CA, Isaacson KB. Office Operative Hysteroscopy: An Update. J Minim Invasive Gynecol. 2018 Feb;25(2):199-208. doi: 10.1016/j.jmig.2017.08.009. Epub 2017 Aug 10.
2. Centini G, et al. Modern operative hysteroscopy. Minerva Ginecol. 2016 Apr;68(2):126-32.
3. Florio P, et al. Prevalence of Infections After In-Office Hysteroscopy in Premenopausal and Postmenopausal Women. J Minim Invasive Gynecol. 2019;26(4):733-39. doi: 10.1016/j.jmig.2018.06.021.

4. ACOG Technology Assessment No. 13: Hysteroscopy. Obstet Gynecol. 2018 May; 131 (5): e151-e156. doi: 10.1097/AOG.0000000000002634.
5. Hysteroscopy, Best Practice in Outpatient (Green-top Guideline No. 59). 2011. Mar. Disponible en: https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research services/guidelines/gtg59/
6. ACOG Practice Bulletin No. 195: Prevention of Infection After Gynecologic Procedures. Obstet Gynecol. 2018 Jun;131(6):e172-e189. doi: 10.1097/AOG.0000000000002670.
7. Kasius JC, et al. Antibiotic prophylaxis for hysteroscopy evaluation of the uterine cavity. Fertil Steril. 2011 Feb;95(2):792-4. doi: 10.1016/j.fertnstert.2010.08.031.
8. Gregoriou O, et al. Antibiotic prophylaxis in diagnostic hysteroscopy: is it necessary or not? Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2012 Aug;163(2):190-2. doi: 10.1016/j.ejogrb.2012.03.027.
9. Nappi L, et al. A multicenter, double-blind, randomized, placebo-controlled study to assess whether antibiotic administration should be recommended during office operative hysteroscopy. Reprod Sci. 2013 Jul;20(7):755-61. doi: 10.1177/1933719112466308.
10. Muzii L, et al. Efficacy of Antibiotic Prophylaxis for Hysteroscopy: A Meta-Analysis of Randomized Trials. J Minim Invasive Gynecol. 2019 Jul 11. pii: S1553-4650(19)30308-5. doi: 10.1016/j.jmig.2019.07.006

CITACIÓN ACTUAL

De acuerdo con las principales bases de datos y repositorios internacionales, la nueva forma de citación para publicaciones periódicas, digitales (revistas en línea), libros o cualquier tipo de referencia que incluya número doi (por sus siglas en inglés: Digital Object Identifier) será de la siguiente forma:

REFERENCIAS

1. Katarina V, Gordana T. Oxidative stress and neuroinflammation should be both considered in the occurrence of fatigue and depression in multiple sclerosis. Acta Neurol Belg 2018;34(7):663-9. doi: 10.1007/s13760-018-1015-8.
2. Yang M, et al. A comparative study of three different forecasting methods for trial of labor after cesarean section. J Obstet Gynaecol Res 2017;25(11):239-42. doi: https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2015.04.015

https://doi.org/10.24245/gom.v88i2.3529