

Corioamnionitis más tuberculosis peritoneal en paciente embarazada de 21 semanas de gestación. Reporte de caso

Md. Andrés Felipe Hidalgo Eguiguren¹
andreshidalgo9@yahoo.com
<https://orcid.org/0009-0003-8716-7187>
Hospital General Manuel Ygnacio Monteros,
Ecuador

Md. Anthony Alexander Rodríguez López
alextonny.97@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0001-6091-9970>
Consultorio Médico Privado,
Ecuador

Md. Christian Andrés Pintado Paltin
andrespintadopaltin@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0004-1753-9421>
Hospital Católico de Cuenca,
Ecuador

Md. Miguel David Alvarez Saltos
miguel_6_95@hotmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-8488-2797>
Centro de Salud de Palanda Tipo B,
Ecuador

Md. Alicia Deyaneira Sigcho Samaniego
alicia.ssigcho@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0009-0242-0942>
Centro de Salud de Portovelo,
Ecuador

RESUMEN

La corioamnionitis es la inflamación aguda del amnios y el corion, es un marcador de infección intraamniótica, aunque puede ocurrir en ausencia de infección detectable. La corioamnionitis histológica, identificada a través del examen patológico de la placenta, puede estar presente en ausencia de corioamnionitis clínica, que se diagnostica principalmente por fiebre materna. La tuberculosis es una enfermedad infecciosa causada por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis*, que constituye un problema de salud pública en el mundo. La tuberculosis peritoneal (TBP) es una patología de baja incidencia que representa el 0.34% de los casos de tuberculosis. Su presentación clínica suele ser inespecífica e insidiosa.

Se Reporta un caso de un paciente gestante de 21 semanas por fecha de última menstruación que acude por presentar alza térmica mayores a 38 grados centígrados, acompañada de dolor abdominal tipo contracciones uterinas 1 de 10 que duran aproximadamente 5 segundos. Paciente es ingresada al área de ginecología y obstetricia.

Palabras clave: *tuberculosis; peritoneal; corioamnionitis; embarazo; infección.*

¹ Autor Principal

Chorioamnionitis plus peritoneal tuberculosis in a pregnant patient at 21 weeks of gestation. Case report

ABSTRACT

Chorioamnionitis is acute inflammation of the amnion and chorion, it is a marker of intra-amniotic infection, although it can occur in the absence of detectable infection. Histologic chorioamnionitis, identified through pathologic examination of the placenta, may be present in the absence of clinical chorioamnionitis, which is diagnosed primarily by maternal fever. Tuberculosis is an infectious disease caused by the bacterium *Mycobacterium tuberculosis*, which constitutes a public health problem in the world. Peritoneal tuberculosis (TBP) is a low-incidence pathology that represents 0.34% of tuberculosis cases. Its clinical presentation is usually nonspecific and insidious.

A case of a 21-week pregnant patient is reported by date of last menstruation who comes due to a temperature rise greater than 38 degrees Celsius, accompanied by abdominal pain type uterine contractions 1 out of 10 that last approximately 5 seconds. Patient is admitted to the gynecology and obstetrics area.

Keywords: tuberculosis; peritoneal; chorioamnionitis; pregnancy; infection.

Artículo recibido 15 abril 2023

Aceptado para publicación: 07 mayo 2023

INTRODUCCIÓN

La corioamnionitis o infección intraamniótica es una inflamación aguda de las membranas y el corion de la placenta, generalmente debido a una infección bacteriana polimicrobiana ascendente en el contexto de la ruptura de la membrana. Se refiere a una entidad diagnosticada por la presencia de fiebre mayor 37.8°C y al menos dos de los siguientes criterios: taquicardia materna mayor 100 latidos por minuto, leucocitosis materna recuento de glóbulos blancos mayor 15,000 células/mm³, sensibilidad uterina, taquicardia fetal mayor 160 latidos por minuto y líquido amniótico maloliente. Los hallazgos clínicos clave asociados con la corioamnionitis clínica incluyen fiebre, sensibilidad uterina del fondo, taquicardia materna mayor 100/min, taquicardia fetal mayor 160/min y líquido amniótico purulento o asqueroso.

La fiebre materna es el signo clínico más importante de corioamnionitis. La temperatura mayor 100.4°F se considera anormal en el embarazo. Si bien la fiebre de bajo grado aislada mayor 101°F puede ser transitoria en el trabajo de parto, la fiebre mayor 100.4°F persiste más de 1 hora o cualquier fiebre mayor e igual 101°F merece evaluación e intervención apropiada. La fiebre en el contexto de la anestesia epidural, particularmente entre las mujeres nulíparas con trabajo de parto prolongado a menudo se encuentra y plantea un atolladero de diagnóstico frente a la corioamnionitis. El diagnóstico de CA generalmente se basa únicamente en los hallazgos clínicos. El criterio clave es la fiebre materna sin otro foco identificable, que es una manifestación de inflamación sistémica. La terapia antimicrobiana puede proporcionar concentraciones bactericidas de antibióticos en el feto y el líquido amniótico de media a una hora después de la infusión. Se deben administrar antibióticos de amplio espectro inmediatamente después de un diagnóstico de CA para iniciar el tratamiento tanto de la madre como del feto.

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa causada por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis*, que constituye un problema de salud pública en el mundo. Los mecanismos por los que se origina la tuberculosis peritoneal son a través de la diseminación de un foco de primoinfección, que puede diseminarse por vía hematogena de un foco pulmonar activo, deglución de esputo infectado de pacientes con tuberculosis pulmonar activa, ingestión de leche o comida contaminada, contaminación en órganos adyacentes. Posteriormente el bacilo penetra al aparato digestivo llegando a la submucosa a través de la mucosa, en donde provoca cambios inflamatorios con edema de la serosa y submucosa, así como

infiltración celular e hiperplasia linfática. Se presentan linfangitis, endarteritis y fibrosis, lo que produce ulceración en la mucosa, con posterior necrosis caseosa y disminución de la luz intestinal.

La tuberculosis peritoneal es una presentación poco frecuente de tuberculosis con manifestaciones clínicas no específicas, motivo por el que se llega a retrasar el diagnóstico. Aparece a cualquier edad, pero la mayoría de los casos ocurre en mujeres en edad reproductiva, la manifestación clínica suele ser inespecífica, lo que hace al diagnóstico difícil y prolongado, suelen pasar semanas e incluso meses antes de establecer el diagnóstico preciso. Los pacientes con tuberculosis intestinal tienen gran variedad de síntomas inespecíficos clínicos y radiológicos, aunque se demostró que la tomografía computarizada de cortes múltiples es de gran utilidad para el diagnóstico y para el reconocimiento de los cambios y las manifestaciones que ocurren en el intestino.

La laparoscopia es el método directo con pocas complicaciones y mayor seguridad que otros procedimientos invasivos, que permite la exploración visual de los órganos intraabdominales, aspiración de ascitis cualquiera que sea su cantidad, lavado peritoneal, biopsias dirigidas de peritoneo y de órganos abdominales.

CASO CLINICO

Paciente de 32 años acude con embarazo de 21 semanas de gestación por FUM, refiere desde hace 7 días, alza térmica cuantificada mayor a 38 grados, acompañándose de dolor abdominal tipo contracciones uterinas en un lapso de 1 de 10 de 5 segundos de duración, paciente se automedica con antiinflamatorios que no recuerda, además se evidencia mínima secreción vaginal de contenido cristalino no fétido, se realiza valoración e ingresa a especialidad de ginecología.

Se realiza la exploración física pertinente, signos vitales: frecuencia cardíaca 120 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 21, temperatura de 38.2°C, peso: 85 kg, talla: 165 cm, IMC: 31.2 (Ganancia de Peso Adecuado para embarazo). Paciente orientada en tiempo espacio y persona responde adecuadamente al interrogatorio. Cabeza normocéfala. Ojos pupilas isocóricas fotorreactivas, escleras no ictericas, Fosas nasales permeables. Boca mucosas orales secas, orofaringe no congestiva, amígdalas no hiperémicas. Cuello móvil, no presencia de adenopatías, no ingurgitación yugular. Tórax: elasticidad y expansibilidad conservada, no uso de musculatura accesoria. Corazón R1-R2 rítmico normo-fonético. Pulmones murmullo alveolar conservado no se auscultan ruidos sobreañadidos.

Abdomen suave depresible no doloroso a la palpación RHA presentes, frecuencia cardica fetal de 150 latidos por minuto, no se evidencia sufrimiento fetal. Extremidades tono y fuerza muscular conservado. Escala de daniel 5/5. Neuromuscular conservada

Evolucion clinica de la Paciente

Paciente al momento con persistencia de alzas termicas mayores de 38 grados centigrados, se administra paracetamol 1 gramo intravenoso cada 6 horas con hidratacion continua por solucion salina al 0,9% a libre demanda. Se realizan exámenes complementarios donde se evidencia hemoglobina: 14.4 g/dl, Hematocrito 50.1%, Globulos Blancos: 13.1 k/ul, Neutrofilos: 10.3 k/ul, Neutrofilos: 78.6 %, Plaquetas: 261.0 k/ul.

Ecografía obstétrica: Peso fetal estimado: 392 g, edad gestacional (por ecografía) 21 semanas 5 días; FCF: 150 lpm, AFI: 12,6 cm, placenta anterior, feto pelviano, sexo masculino, movimientos fetales ausentes.

Se realiza la amniocentesis:

Líquido amniótico amarillo, aspecto turbio, células totales 25.558 leucocitos, hematíes 19.860, polimorfonucleares 92, mononucleares 7, proteínas 0,89, glucosa no detectable. Tinción de Gram: leucocitos abundantes, cocos grampositivos abundantes.

Se confirma la corioamnionitis y inicia de manera urgente tratamiento antibiotico con ceftriaxone de 1 gramo intravenosos cada 12 horas, durante su estadia de decide mediante consenso medico instaurar doble esquema de tratamiento con linidamicina 900 mg intravenoso cada 8 horas. Posterior a antibiotico terapia instaurada se realiza ecografia obstetrica con signos anormales del feto, se decide terminar embarazo, se aplica aborto terapeutico donde se evidencia feto masculino sin signos vitales de un peso aproximado de 390 gramo.

Paciente continua hospitaliza recibio antibiotico terapia y posterior a los 5 dias de aborto terapeutico, se siguen evidenciando alzas termicas mayores a 38 grados centigrados, a los exámenes complementarios 12.1 g/dl, Hematocrito 43.6%, Globulos Blancos: 14.4 k/ul, Neutrofilos: 13.2 k/ul, Neutrofilos: 81.2 %, Plaquetas: 252.0 k/ul. Al examen fisico se evidencia Abdomen doloroso a la palpacion superficial y profunda en hipogastrio, signos de irritacion peritoneal, eva 9/10.

Se panifica Laparotomía Exploratoria, donde se obtiene los siguientes hallazgos: peritoneo de manera engrosada con lesiones de color blanco amarillento que embarcan toda la zona visceral, con múltiples adherencias, patrón fibroadhesivo, líquido libre tipo purulento en la cavidad peritoneal. Se realiza la toma de muestra de tejido granulomatoso adherido al peritoneo parietal para su respectiva Biopsia.

Al informe de la toma de biopsia, su estudio histopatológico refiere: tejido granulomatoso obtenido con zonas centrales de necrosis por células gigantes de tipo Langhans, células epiteloides y linfocitos.

Diagnostico sugestivo de etiología tuberculosa.

Cultivo de líquido libre purulento con hallazgo de *Mycobacterium tuberculosis*.

DISCUSIÓN

La infección intraamniótica es una inflamación aguda de las membranas y el corion de la placenta, generalmente debido a una infección bacteriana polimicrobiana donde el principal síntoma es la alza térmica, los estudios complementarios donde se evidencia leucocitosis y líquido amniótico fetal purulento maloliente, además de ello, se evidencia frecuencia cardíaca fetal y materna aumentadas con sensibilidad del fondo uterino. Esto también puede estar asociado a un agente causal como sería el *Mycobacterium tuberculosis*, la tuberculosis peritoneal se propaga a través de la diseminación de un foco de primoinfección, que puede diseminarse por vía hematológica de un foco pulmonar activo, deglución de esputo infectado de pacientes con tuberculosis pulmonar activa, ingestión de leche o comida contaminada, contaminación en órganos adyacentes. En este reporte de caso clínico es complejo, primeramente se llegó al diagnóstico de corioamnionitis donde se instauró antibioticoterapia más aborto terapéutico, sin obtener mejoría clínica, durante su estancia en hospitalización la paciente seguía presentando dolor abdominal más signos de irritación peritoneal y alzas térmicas mayores a 38 grados, la laparotomía exploratoria es el diagnóstico de elección en estos casos, permitiéndonos llegar al diagnóstico de manera segura. En todo el mundo es muy infrecuente que existan corioamnionitis causada por una tuberculosis peritoneal.

CONCLUSIONES

La corioamnionitis y tuberculosis peritoneal, dos entidades infecciosas. En donde una presenta síntomas y signos característicos y otra se desconoce hasta hoy en día los datos clínicos para su diagnóstico. Es importante siempre la sospecha clínica que nos permita encaminar hacia el diagnóstico mediante los exámenes complementarios y procesos invasivos como la laparotomía Exploratoria. En el mundo es muy infrecuente encontrar entidades como las mencionadas que provoquen complicaciones. Conocer los diagnósticos diferenciales permitirá agrupar las respectivas patologías con el fin de tener un diagnóstico preciso.

BIBLIOGRAFÍA

- Hurtado F. Criterios actuales en el diagnóstico y manejo de la Corioamnionitis. *Rev. Latin. Perinat.* Vol. 21 (1): 11-17. 2018
- Fowler J. Chorioamnionitis. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532251/>. 2020.
- Couto D. Corioamnionitis y parto pretérmino: resultados perinatales en un trienio. *MEDISAN.* Vol.20(12): 2489. 2016.
- Kim, C. J., Romero, R., Chaemsathong, P., Chaiyasit, N., Yoon, B. H., & Kim, Y. M. (2015). Acute chorioamnionitis and funisitis: definition, pathologic features, and clinical significance. *American journal of obstetrics and gynecology*, 213(4 Suppl), S29–S52. <https://doi.org/bvsspa.idm.oclc.org/10.1016/j.ajog.2015.08.040>
- VANDENBROUCKE L Y COLS. “Corioamnionitis siguiente ruptura prematura de membranas y variabilidad del ritmo cardíaco fetal”. *PLoS ONE* 12 (9): e0184924. Recibido el 28 de de enero de, 2017. Aceptado el 01 de septiembre 2017; publicado el 25 de septiembre de, 2017 [Internet] [Fecha de acceso 01 de diciembre del 2017] URL Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184924>.
- COUTO D Y COL. “Corioanmionitis y parto pretermino”. Santiago Cuba. junio 2014 vol.18 no.6 [Recibido 28 enero 2011, Aceptado 06 junio 2011, fecha de acceso 22 de julio del 2017] URL Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000600014.

- Maki, Y., Furukawa, S., Nakayama, T., Oohashi, M., Shiiba, N., Furuta, K., Tokunaga, S., & Sameshima, H. (2022). Clinical chorioamnionitis criteria are not sufficient for predicting intra-amniotic infection. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 35(1), 52-57. <https://doi.org/10.1080/14767058.2020.1711725>
- Flores, C., Vidal, O., Tuberculosis peritoneal como diagnóstico diferencial de cáncer de ovario, Publicado en *Medicina Universitaria* , vol.12 núm 48, año 2010, disponible en <http://www.elsevier.es/es/revistas/medicinauniversitaria-304/tuberculosisperitoneal-como-diagnosticodiferencial-cancer-ovario-13155926casos-clinicos-2010>
- Gómez-Piña Juan José. Tuberculosis peritoneal. *Med. interna Méx.* [revista en la Internet]. 2018 Jun [citado 2023 Mayo 01] ; 34(3): 490-496. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662018000300017&lng=es. <https://doi.org/10.24245/mim.v34i3.2171>.
- Muñoz Luis, Gallego Claudio, Poropa Alejandra, Joza Karla, Salomone César. Tuberculosis peritoneal: torta epiploica. *Rev. am. med. respir.* [Internet]. 2018 Sep [citado 2023 Mayo 01] ; 18(3): 194-197. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-236X2018000300010&lng=es.
- Arévalo C, et al. Tuberculosis abdominal: patología infrecuente en un paciente joven. Reporte de un caso. *Rev Chil Cir.* 2017. En: <https://doi.org/10.1016/j.rchic.2017.06.006>
- Ködmön C, Zucs P, van der Werf MJ. Tuberculosis relacionada con la migración: epidemiología y características de los casos de tuberculosis con origen fuera de la Unión Europea y el Espacio Económico Europeo, 2007 a 2013 *Euro Surveill.* 2016;2
- Aguado JM, Pons F, Casafont F, San Miguel G, Valle R. Peritonitis tuberculosa : un estudio que compara pacientes cirróticos y no cirróticos *J Clin Gastroenterol.* 1990;12:550–4

- Manohar A, Simjee AE, Haffejee AA, Pettengell KE. Síntomas y hallazgos de investigación en 145 pacientes con peritonitis tuberculosa diagnosticada por peritoneoscopia y biopsia durante un período de cinco años Gut. 1990;31:1130–2
- Karayaylali I, Seyrek N, Akpolat T, Ateş K, Ozener C, Yilmaz ME, et al La prevalencia y las características clínicas de la peritonitis tuberculosa en pacientes con CAPD en Turquía, informe de diez casos de varios centros Ren Fail. 2003;25:819–27
- Saxena P, Saxena S. El papel de la laparoscopia en el diagnóstico de la tuberculosis abdominal Int Surg J. 2016;3:1557–63