



ABSCESO TUBO-OVÁRICO ROTO EN GESTANTE TRAS FIV. A PROPÓSITO DE UN CASO

*Salinas Amorós A, Bernad Monferrer MJ, Micó Romero Y, Sánchez Martínez E,
Rocher Cruces SA, Jiménez Méndez A, Rojas Dominguez JL, Sánchez Bernal P.*

INTRODUCCIÓN

El absceso tuboovárico (TOA) es una complicación rara del tratamiento de fecundación in vitro (FIV). Su presencia durante el embarazo, a pesar de ser infrecuente, puede conllevar resultados perinatales adversos como parto pretérmino y corioamnionitis, así como la muerte fetal y materna.

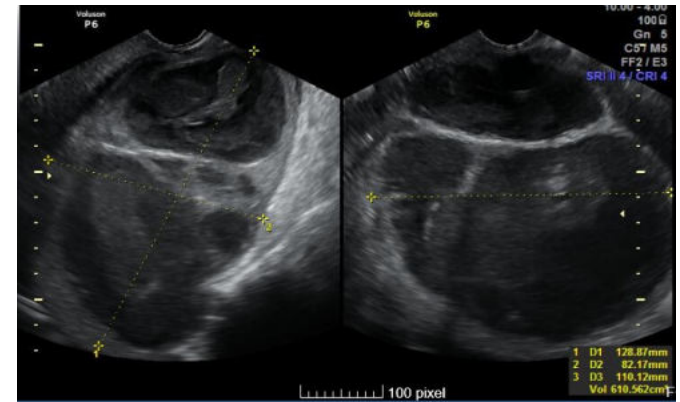
CASO CLÍNICO

Gestante de 39 años que ingresa en la semana 18+4 por un cuadro de abdomen agudo de dos días de evolución. Cuatro meses antes había sido sometida a una punción ovárica con extracción de ovocitos en centro concertado como parte de un primer ciclo de FIV con semen de banco, debido a una esterilidad primaria de 19 años por azoospermia en la pareja. Se logra gestación tras transferencia de un blastocisto, calidad B. Como antecedentes: útero miomatoso y endometrioma de 4cm en ovario izquierdo. Acudió previamente en dos ocasiones en la semana 7 y 13 por dolor y fiebre diagnosticándose de pielonefritis aguda (PNA). La gestante presentaba parámetros analíticos de infección, defensa abdominal con blumberg positivo a la exploración y una formación quística multiloculada de 12 x 8 x 11 cm en Douglas de contenido denso heterogéneo por ecografía transvaginal. Ante la sospecha de torsión de quiste anexial es intervenida por laparoscopia observándose una enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) con TOA izquierdo roto que drenaba material purulento a cavidad. Se realizó lavado y aspirado del contenido. En el postoperatorio presentó signos de septicemia (deterioro hemodinámico progresivo, oligo-anuria, fiebre y elevación de los reactantes de fase aguda) por lo que fue tratada con piperacilina-tazobactam y clindamicina intravenosa con una evolución clínica y analítica muy favorable. El cultivo fue positivo para *E. coli*.

Posteriormente fue reintervenida de nuevo en la semana 22 por dolor y empeoramiento analítico y ecográfico del absceso. Precisó nueva antibioterapia, drenaje ecoguiado por radiología intervencionista y, ante persistencia de la lesión y el alto riesgo de recidiva, se realizó una anexectomía izquierda mediante laparotomía media infra y supraumbilical. Actualmente, la gestante se encuentra en el tercer trimestre con controles ecográficos normales.

BIBLIOGRAFÍA

- Han C, Wang C, et al. In vitro fertilization complicated by rupture of tubo-ovarian abscess during pregnancy. Taiwan J Obstet Gynecol. 2015 Oct;54(5):612-6
- MKatrina A, Marcinkowski MD et al. Enfermedad pélvica inflamatoria en el embarazo: una revisión sistemática centrada en los resultados perinatales. AJOG. 2022 Jul; 4 (4)
- Varras M, Polyzos D, Tsikini A, et al. Ruptured tubo-ovarian abscess as a complication of IVF treatment: clinical, ultrasonographic and histopathologic findings. A case report. Clin Exp Obstet Gynecol. 2003;30(2-3):164-8.



DISCUSIÓN

Las técnicas asociadas al tratamiento de FIV al igual que las infecciones del tracto urogenital inferior, las cirugías previas, una EIP previa o crónica y la endometriosis, son factores de riesgo para la formación de un absceso pélvico durante el embarazo. Además, el sistema inmunitario debilitado de la gestante, junto con la confluencia de factores de riesgo, favorecerían la reactivación o diseminación de la infección, dando lugar a una clínica larvada. En nuestro caso, la gestante presentaba varios factores de riesgo (endometriosis, un tratamiento de FIV y un diagnóstico de PNA previo) por lo que no se pudo confirmar ni descartar una causa única del TOA, habiendo debutado cuatro meses tras la punción ovárica.

CONCLUSIÓN

El absceso pélvico tras un tratamiento FIV es infrecuente y la profilaxis antibiótica previa a las técnicas de punción reduce el riesgo. Su presencia durante la gestación requiere de un alto grado de sospecha clínica y un manejo terapéutico individualizado ya que puede conllevar graves repercusiones maternas y fetales.