



CASO CLÍNICO

Corioamnionitis subclínica: un reto diagnóstico. A propósito de un caso

D. Abehsera Davó^{a,*}, R. Alcedo Olea^b, G. Vegas García de Yébenes^a,
M. Sancha Naranjo^a, F. Magdaleno Dans^a y A. González González^a

^a Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

^b Servicio de Pediatría, Complejo Hospitalario de Segovia, Segovia, España

Recibido el 17 de diciembre de 2012; aceptado el 17 de mayo de 2013

PALABRAS CLAVE

Corioamnionitis;
Amniocentesis;
Rotura prematura de
membranas fetales;
Diagnóstico precoz

KEYWORDS

Chorioamnionitis;
Amniocentesis;
Premature rupture of
fetal membranes;
Early diagnosis

Resumen El diagnóstico de la corioamnionitis subclínica en pacientes con rotura prematura de membranas en gestación pretérmino supone un reto. Cuando se descarta infección intraamniótica mediante amniocentesis, no está claro, dentro del manejo expectante de la paciente, y hasta que se alcanza la edad gestacional subsidiaria de una conducta activa, cuándo se debe repetir la prueba, o si se debe o no se debe repetir. En el caso clínico presentado, se decidió un manejo expectante de la gestación, una vez descartada la infección intraamniótica mediante amniocentesis, pero la alteración en la fórmula leucocitaria junto con el ascenso de reactantes de fase aguda, en ausencia de otro foco infeccioso, sentaron la indicación para realizar de nuevo la prueba. A pesar de llevar a cabo un diagnóstico precoz de corioamnionitis subclínica, ya se había producido afectación fetal por el proceso infeccioso-inflamatorio. Es fundamental obtener un marcador precoz materno sérico de infección intraamniótica.

© 2012 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Case report of subclinical chorioamnionitis: A diagnostic challenge

Abstract Diagnosis of subclinical chorioamnionitis in patients with premature rupture of membranes in preterm gestation is a challenge. If intraamniotic infection is ruled out by amniocentesis, it is not clear—in the expectant management of the pregnancy and until the fetus has reached a gestational age allowing active management—when the test should be repeated, or whether it should be repeated. In the case reported herein, expectant management of pregnancy was adopted after intra-amniotic infection had been excluded by amniocentesis. However, because of changes in the number of leukocytes and an increase in acute phase reactants in the absence of infection at another site, we decided to repeat the test. Despite early diagnosis of subclinical chorioamnionitis, fetal involvement had already occurred due to

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: danielabehsera@hotmail.com (D. Abehsera Davó).

the inflammation-infection process. It is therefore essential to obtain an early maternal serum marker of intra-amniotic infection.

© 2012 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Desde hace más de 2 décadas se sabe que la corioamnionitis subclínica desempeña un papel fundamental en la etiopatogenia de la amenaza de parto pretérmino y la rotura prematura de membranas en pretérmino (RPMP). La amniocentesis diagnóstica ha demostrado ser un método eficaz para el diagnóstico de esta entidad. No obstante, no está claro cuándo se debe repetir esta prueba si su resultado es negativo pero continúa existiendo un riesgo elevado de infección. La demora en el diagnóstico de la infección puede dar lugar a graves secuelas fetales y neonatales.

Se presenta el caso de una gestante cuyo embarazo se complicó con una rotura prematura de membranas en semana 25+1 de gestación. Tras descartar mediante amniocentesis una infección intraamniótica, se llevó a cabo un manejo expectante de la paciente hasta la semana 28+6 de gestación, momento en el que a consecuencia de una alteración en su control analítico, se llevó a cabo una nueva amniocentesis que demostró la presencia de infección intraamniótica. Una vez diagnosticada la corioamnionitis subclínica se finalizó la gestación.

Caso clínico

Mujer de 39 años, cuartigesta, gestación única, sin antecedentes familiares de interés. Como antecedentes médico-quirúrgicos de interés destacan una quistectomía en ovario izquierdo y una miomectomía vía laparotómica en la que se realizó apertura de cavidad endometrial. No presenta alergias medicamentosas conocidas. Como antecedentes obstétricos destacan 3 embarazos previos, de los cuales 2 fueron abortos durante el primer trimestre de la gestación y un tercero, que llegó al término, llevándose a cabo el parto mediante cesárea por miomectomía previa con apertura de cavidad. Gestación actual conseguida mediante fecundación in-vitro y controlada en centro privado. Ecografías acordes a edad gestacional. Test de O'sullivan negativo. Serologías maternas negativas salvo inmunidad para rubeola. En semana 24+5 es diagnosticada en otro centro de insuficiencia cervical, por lo que se programa cerclaje terapéutico. Se realiza aceleración farmacológica de la madurez pulmonar fetal mediante betametasona en semana 24+6 de gestación.

Acude a Urgencias de Obstetricia del Hospital Universitario La Paz de Madrid en semana 25+1 de gestación, trasladada desde otro centro con diagnóstico de rotura prematura de membranas en gestación pretérmino, la cual se produce durante la realización de un cerclaje terapéutico que finalmente no se llevó a cabo. Al ingreso, la paciente se encuentra asintomática, normotensa y apirética. En la exploración destaca la salida de líquido amniótico claro a través de orificio cervical externo, evidenciado mediante especuloscopia; altura uterina acorde a edad gestacional y cérvix permeable a un dedo, borrado un 50%, posición media y consistencia media.

En la exploración ecográfica se observa un feto de biometría acorde a edad gestacional, con placenta inserta en cara posterior y líquido amniótico muy disminuido, siendo la cervicometría de 33 mm. Se realiza registro cardiotocográfico que muestra un patrón fetal reactivo y ausencia de dinámica uterina. El hemograma, los parámetros de coagulación y la proteína c reactiva (PCR) están dentro de valores normales al ingreso.

Según protocolo del centro, se realiza amniocentesis diagnóstica de corioamnionitis subclínica al ingreso, la cual muestra resultados negativos para los cultivos de bacterias aerobias y anaerobias, hongos, *Mycoplasma hominis* y *Ureaplasma urealiticum*. Son también negativas las técnicas moleculares para detección de virus (adenovirus, enterovirus y virus del grupo herpes), y la técnica de reacción en cadena de la polimerasa universal (PCR-U) para el diagnóstico de bacterias. La tinción de Gram del líquido amniótico muestra leucocitos pero no bacterias, y en la bioquímica del líquido se encuentran 15 leucocitos/mm³ y 20 mg de glucosa/dl (se consideran valores sugestivos de infección la glucosa < 10 mg/dl y los leucocitos > 50/mm³). Debido a la ausencia de signos directos o indirectos de infección, la paciente ingresa para manejo expectante de RPMP según protocolo del centro, consistente en la administración de antibioterapia intravenosa con ampicilina y gentamicina durante 5 días, test no estresante diario, hemograma y PCR cada 3 días, y ecografía semanal.

Durante 26 días de ingreso, los controles son normales hasta que en la semana 28+6 de gestación, se aprecia la siguiente analítica de control: 19.300 leucocitos/mm³, una neutrofilia del 77,1%, y una PCR de 20,1 mg/l. La paciente se encuentra asintomática y apirética, el test no estresante muestra un patrón fetal reactivo y ausencia de dinámica uterina, y la exploración cervical es similar al ingreso. Ante la sospecha analítica de corioamnionitis subclínica se decide llevar a cabo una nueva amniocentesis diagnóstica, la cual muestra gérmenes Gram + en la tinción, niveles de glucosa en líquido amniótico de 2 mg/dl, y 465 leucocitos/mm³. Posteriormente, los cultivos y la PCR-U revelarían la presencia de un *Streptococcus* del grupo *viridans*. Ante estos parámetros de infección en líquido amniótico, se decide finalizar la gestación por corioamnionitis subclínica mediante cesárea por cesárea anterior y miomectomía previa con apertura de cavidad. Cuatro horas anteparto se administró sulfato de magnesio intravenoso a la paciente como neuroprotector neonatal (4g vía intravenosa en bolo durante 30 min, tras lo cual se administró 1 g/hora).

Se atendió el parto por cesárea de un feto vivo, Apgar 4 al min y 7 a los 5 min, que requirió intubación y oxigenoterapia al 100%, pH 7,36 (arteria umbilical) y 7,40 (vena umbilical), con peso al nacimiento de 1.416 g. El neonato fue trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos neonatales, de donde fue dado de alta a los 8 días de vida. La toma de cultivos de superficie del neonato corroboró la presencia del germen detectado en líquido amniótico. Durante el ingreso en el Servicio de Neonatología, se diagnosticó la

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2812742>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2812742>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)