

G. Lozano Sánchez, J.M. Ramos Fernández\*, E. Moreno Medinilla  
y F.J. García Martín

Servicio de Pediatría, Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga, España

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: jmramos@doctor.com  
(J.M. Ramos Fernández).

doi:10.1016/j.anpedi.2011.03.026

## Infección de orina como manifestación de un absceso pélvico

### Urine infection as a sign of a pelvic abscess

Sr. Editor:

Presentamos una niña de 12 años que acudió al servicio de urgencias por dolor abdominal continuo que empeoraba con la micción de 9 días de evolución. Inicialmente localizado en zona suprapúbica, presentó irradiación progresiva hacia las fosas renales. Asociaba febrícula, astenia y síndrome miccional. Había sido diagnosticada 24 h antes de infección urinaria y estaba en tratamiento con cefixima por vía oral.

Antecedentes personales: apendicectomía 4 meses antes. Pielonefritis aguda a los 7 y 10 años. Menarquia a los 11 años. La última regla fue 35 días antes. Negaba relaciones sexuales. Resto sin interés.

Exploración física: peso 59,0 kg. Presión arterial 106/62 mmHg. Frecuencia cardiaca: 87 lpm. Frecuencia respiratoria: 18 rpm. Temperatura 37,4 °C. El estado general era bueno. Estaba bien hidratada y perfundida. El abdomen, ligeramente distendido, era doloroso a la palpación, sobre todo en la zona suprapúbica, pero blando y depresible. La puñopercusión renal bilateral era dudosamente positiva. No presentaba otros signos de irritación peritoneal. El resto de la exploración era normal.

Pruebas complementarias: leucocitos: 19.500/ $\mu$ L (86% neutrófilos), proteína C reactiva: 36,2 mg/dl; análisis de orina: proteinuria 30 mg/dl, esterasa leucocitaria 500 células/ $\mu$ L, 5-10 hemafíes/campo, piuria y bacteriuria; urocultivo > 100.000 UFC de *Escherichia coli*; prueba de embarazo, negativa. Ecografía abdominal: imagen ovalada y avascular de 8 x 8 x 12 cm en fondo de saco de Douglas (fig. 1). En el tacto rectal se palpaba como una masa fluctuante y dolorosa ventral al recto.

Ante estos hallazgos, pensando en una posible complicación posquirúrgica de la apendicectomía realizada meses antes, se realizó una laparoscopia, sin poder acceder a zona pélvica por adherencias en el epiplón y las asas intestinales. Debido a la imposibilidad de abordar el absceso por vía abdominal, se realizó una punción-aspiración guiada por ecografía vía suprapúbica, obteniéndose material purulento. En el mismo acto, al realizar el sondaje vesical, se objetivó salida de secreción purulenta por la vagina. Se realizó una colposcopia, hallándose un cuerpo extraño adherido a la pared vaginal anterior, envuelto en tejido de granulación. El himen estaba íntegro. Tras la extracción del cuerpo extraño (capuchón de bolígrafo azul) se administró antibioterapia por vía intravenosa durante 10 días. La tomografía computarizada a las 48 h (fig. 2) mostraba hallazgos compatibles con enfermedad inflamatoria pélvica, con

absceso a nivel tuboovárico derecho, pelviperitonitis y proctitis. Presentó buena evolución clínica, siendo dada de alta 10 días después con resolución completa del absceso.

Los abscesos pélvicos pueden deberse a complicaciones de patología abdominal (enfermedad inflamatoria intestinal, infección postquirúrgica...) o de patología ginecológica (enfermedad inflamatoria pélvica...).

En este caso, dado el antecedente quirúrgico, la primera sospecha fue una complicación de la apendicectomía. Sin embargo, si se hubiera tenido en cuenta la posibilidad de patología vaginal desde la exploración inicial y realizado una exploración ginecológica básica, se podría haber orientado el diagnóstico desde el primer momento, evitando probablemente la laparoscopia.

En este caso, el origen del absceso parecía secundario a una enfermedad pélvica ascendente, iniciándose como vaginitis por cuerpo extraño. El origen de la infección urinaria pudo ser ascendente a partir de la colonización perineal por la secreción vaginal. El diagnóstico de cuerpo extraño vaginal requiere un alto grado de sospecha y en la mayoría de los casos es tardío<sup>1-3</sup>, ya que no se suele tener en cuenta en el diagnóstico diferencial inicial, fundamentalmente por tres motivos: a) es una patología infrecuente en pediatría. Se estima que supone un 4% de la patología ginecológica en menores de 14 años, siendo la edad de mayor incidencia entre los 3 y 9 años<sup>1</sup>. b) La presentación clínica puede ser muy inespecífica. Las manifestaciones más frecuentes son el sangrado y la secreción vaginal. Otras formas de presentación son dolor abdominal, infección urinaria, hematoquecia, esterilidad, etc. Pueden permanecer asintomáticas durante años<sup>1,4-8</sup>. c) Generalmente se omite el antecedente o se utilizan excusas para justificar los síntomas por vergüenza. La paciente negaba flujo o sangrado vaginal, relaciones sexua-

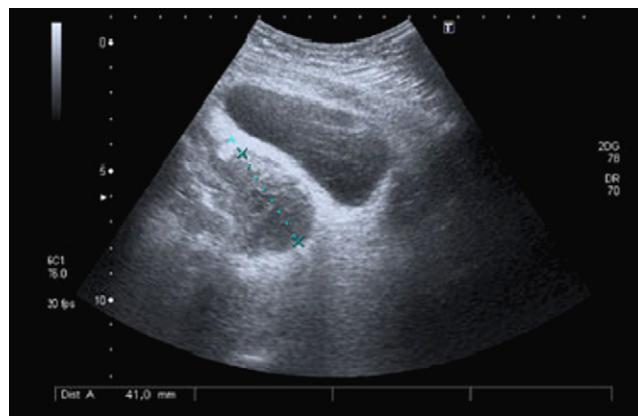


Figura 1 Ecografía transabdominal que muestra un absceso pélvico retrovesical de 12 cm de diámetro mayor.



**Figura 2** Tomografía computarizada pélvica. Absceso multiloculado dependiente del ovario derecho.

les, abuso sexual o introducción del objeto en vagina por ella misma u otra persona.

En conclusión, debemos tener en cuenta la posibilidad de cuerpo extraño vaginal en pacientes pediátricas con clínica ginecológica, infecciones urinarias de repetición o patología pélvica, y realizar siempre un examen ginecológico básico en la exploración inicial e incluir en la anamnesis datos relacionados con la actividad sexual. El tratamiento es la retirada del cuerpo extraño lo antes posible, ya que el diagnóstico tardío implica mayor probabilidad de secuelas de la vagina, recto, uretra o vejiga, que secundariamente pueden dar lugar a infecciones, estenosis, fístulas, peritonitis, abscesos pélvicos y esterilidad<sup>8-10</sup>.

## Bibliografía

1. Paradise J, Willis E. Probability of vaginal foreign body in girls with genital complaints. *Am J Dis Child*. 1985;139:472-6.
2. Simon D, Berry S, Brannian J, Hansen K. Recurrent, purulent vaginal discharge associated with longstanding presence of a foreign body and vaginal stenosis. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2003;16:361-3.
3. Di Meglio G. Genital foreign bodies. *Pediatr Rev*. 1998;19:34.
4. Neulander E, Tiktinsky A, Romanowsky I, Kaneti J. Urinary tract infection as a single presenting sign of multiple vaginal foreign bodies: case report and review of the literature. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2010;23:e31-33.
5. Abdessamad H, Greenfield M. Vaginal foreign body presenting as bleeding with defecation in a child. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2009;22:e5-7.
6. Pokorny S. Long-term intravaginal presence of foreign bodies in children. A preliminary study. *J Reprod Med*. 1994;39:931-5.
7. Siddiqui NY, Paraiso MFR. Vesicovaginal fistula due to an unreported foreign body in an adolescent. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2007;20:253-5.
8. Caldwell J. Foreign body in the vagina for twenty years; report of a case. *Am J Obstet Gynecol*. 1953;66:899-901.
9. Stricker T, Navratil F, Sennhauser FH. Vaginal foreign bodies. *J Paediatr Child Health*. 2004;40:205-7.
10. Henderson PA, Scott RB. Foreign body vaginitis caused by toilet tissue. *Am J Dis Child*. 1966;111:529.

S.N. Fernández Lafever\*, R. López  
y R. Marañón

*Departamento de Urgencias Pediátricas, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España*

\* Autor para correspondencia.  
*Correo electrónico: sarahlafever@gmail.com*  
(S.N. Fernández Lafever).

doi:10.1016/j.anpedi.2011.03.003

## Enfermedad meningocócica neonatal

### Neonatal meningococcal disease

*Sr. Editor:*

Dentro de la sepsis de origen bacteriano en la etapa neonatal, la enfermedad meningocócica es causante de muy pocos casos<sup>1</sup>.

Los síntomas suelen ser inespecíficos, como es habitual en pacientes de esta edad, y las lesiones purpúricas características de observar en otros grupos etáreos sólo se presentan ocasionalmente<sup>2</sup>. Es por esto que se debe tener un alto índice de sospecha para enfrentar esta patología en forma precoz y adecuada.

Presentamos los casos de tres pacientes recién nacidos que cursaron con sepsis por *Neisseria meningitidis* (*N. meningitidis*) serogrupo B.

Entre los años 2002 y 2010 ingresaron a la unidad de cuidados intensivos pediátricos tres pacientes neonatos con enfermedad meningocócica, de 9, 15 y 25 días de vida. Todos

eran de sexo femenino y nacidos a término. Ninguno con antecedentes perinatales.

Todos ellos se presentaron con fiebre, pero sólo uno con lesiones purpúricas. Desde su admisión con cobertura antibiótica de amplio espectro. En todos se confirmó mediante cultivo *N. meningitidis* serogrupo B.

Una de los pacientes presentó hipotensión arterial y shock séptico, requiriendo apoyo ventilatorio y uso fármacos vasoactivos.

Las pacientes evolucionaron satisfactoriamente, sin mortalidad.

Las principales características epidemiológicas, clínicas y de laboratorio se presentan en la *tabla 1*.

La infección por *N. meningitidis* es una causa muy poco frecuente de sepsis durante el periodo neonatal; sin embargo, ésta puede presentarse en la etapa intrauterina<sup>3</sup>, al momento del parto<sup>2</sup> o como sepsis dentro de la primera semana de vida<sup>4</sup>, siendo estas situaciones extremadamente raras de observar. La mayoría de los casos reportados ocurren en pacientes mayores de una semana (sepsis neonatal tardía) y los serogrupos más frecuente invo-