REVISTA MÉDICO CIENTÍFICA

Vol. 39, No. 1, enero-junio, 2026
pp. 31-36
ISSN 2218-8266

Caso clínico

Asociación entre absceso tubo-ovárico y apendicitis aguda: Reporte de caso

Association between tubo-ovarian abscess and acute appendicitis: A case report

Díaz García, Niko. Hospital Santo Tomás, Panamá. nikodz04@gmail.com https://orcid.org/0009-0008-5618-030X
Evans N., Nicole E. Ciudad de la Salud, Panamá. ne.evansnicole@gmail.com https://orcid.org/0009-0006-1759-7351
Duarte R., Ana M. Ciudad de la Salud, Panamá. anamelissaduarte@gmail.com https://orcid.org/0009-0007-3487-8267
Endara C., Nicole C. Ciudad de la Salud. Panamá. nicoleendara@hotmail.com https://orcid.org/0009-0008-1430-3981

Recibido: 31/12/2024
Aceptado: 11/3/2025
DOI: https://doi.org/10.48204/1608-3849.11722

RESUMEN

El absceso tubo-ovárico es una de las complicaciones más severas de la enfermedad pélvica inflamatoria. Aunque es frecuente la asociación con infecciones de transmisión sexual, su relación con apendicitis aguda es poco reportada. Se presenta el caso de una paciente con enfermedad pélvica inflamatoria complicada por absceso tubo-ovárico que evolucionó causando una inflamación secundaria afectando desde el apéndice hasta el epiplón mayor, convirtiéndose en un caso de alta complejidad quirúrgica que requirió un manejo multidisciplinario. Se detalla la evolución clínica, el abordaje quirúrgico, la evolución intrahospitalaria y la perspectiva de la paciente respecto a su proceso. Este caso resalta la importancia de considerar diagnósticos diferenciales en cuadros abdominales complejos y de mantener un enfoque integral, incluso en patologías que habitualmente se abordan de forma médica.

PALABRAS CLAVE: apendicitis, enfermedades de las trompas uterinas, laparotomía

ABSTRACT

Tubo-ovarian abscess is one of the most severe complications of pelvic inflammatory disease. Although it is commonly associated with sexually transmitted infections, its coexistence with acute appendicitis is rarely reported. We present the case of a patient with pelvic inflammatory disease complicated by a tubo-ovarian abscess that subsequently involved the appendix and the greater omentum, resulting in an extensive inflammatory process that became a highly complex surgical scenario that required multidisciplinary management. The clinical course, surgical approach, and the patient's perspective on her process are described. This case highlights the importance of considering differential diagnoses in complex abdominal presentations and reinforces the need for a comprehensive multidisciplinary approach, even in conditions that are traditionally managed medically.

KEY WORDS: appendicitis, fallopian tube diseases, laparotomy

La enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) constituye un síndrome clínico caracterizado por la infección ascendente del tracto genital superior femenino, afectando al útero, las trompas tubáricas y los ovarios. Se asocia con frecuencia a infecciones de transmisión sexual (ITS) provocadas por *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoea*[1]. Una de las complicaciones con mayor morbimortalidad de la EPI es el absceso tubo-ovárico (ATO), definido como un complejo infeccioso en los anexos que se desarrolla como secuela de la EPI.

Clínicamente, suele manifestarse como una tumoración anexial asociada a fiebre, leucocitosis, dolor abdomino-pélvico, secreción vaginal; aunque sus presentaciones pueden ser variables. En caso de sospecharse complicaciones, como el ATO, se recomienda realizar un ultrasonido abdominal y transvaginal. Sus hallazgos suelen ser variables, pero incluyen la pérdida de los límites anatómicos

normales secundaria a cambios inflamatorios severos, la presencia de un complejo quístico septado heterogéneo, y líquido libre loculado en el fondo de saco.[1–3]

La apendicitis, por su parte, es la inflamación del apéndice vermiforme, generalmente causada por una obstrucción luminal por un fecalito. Existen reportes de casos de apendicitis causada por piosálpinx, una patología infecciosa ginecológica similar.[3,4] Sin embargo, estas asociaciones poco frecuentes pueden dificultar el diagnóstico inicial y retrasar el tratamiento oportuno, incrementando el riesgo de complicaciones intraabdominales.

Presentamos el caso de una paciente que acude debido a un ATO, cuyo manejo requirió la intervención coordinada de múltiples especialidades debido a la complejidad del cuadro clínico. Este caso enfatiza la importancia de establecer un diagnóstico diferencial preciso e implementar un abordaje multidisciplinario para optimizar los resultados terapéuticos.

PRESENTACIÓN CLÍNICA

Paciente femenina de 19 años sin antecedentes personales patológicos, ni quirúrgicos, ni heredofamiliares. Niega alergias, consumo de alcohol, tabaco o drogas, transfusiones u hospitalizaciones previas. Antecedentes ginecoobstétricos: G0; método de planificación: anticoncepción oral. Menarquia a los 12 años, inicio de vida sexual a los 17 años, 2 parejas sexuales, niega ITS previas, ciclos menstruales irregulares y fecha de última menstruación (FUM) hace 3 días.

Acude con historia de aproximadamente 1 semana de evolución de dolor abdominal generalizado, asociado a disuria, tenesmo, dolor al pasar flatos, diarrea no sanguinolenta, vómitos intermitentes y dispareunia de un mes de evolución.

Signos vitales: PA: 93/61 mmHg, FC: 92 lpm, FR: 18 cpm, T: 38.5º C.

Al examen físico: abdomen blando y depresible, con dolor a la palpación en la fosa iliaca derecha, signos de defensa y rebote presentes. Genitales externos sin lesiones y cuello cerrado. Los paraclínicos reportan leucocitosis a expensas de neutrófilos (Ver Tabla 1). Hormona gonadotropina coriónica humana (hCG), negativa.

Tabla 1: Laboratorios de ingreso

Prueba	Valor
Leucocitos	20 210 mm^3
Neutrófilos	74.40 %
Hemoglobina	12.5 g/dL
Hematocrito	36.9%
Plaquetas	331 000 mm^3

Fuente: *Servicio de Cirugía del Complejo Hospitalario Dr. Manuel Amador Guerrero.*

El ultrasonido (USG) transvaginal con hallazgos de anexo derecho de 8 x 6 cm, junto a una imagen tortuosa que parece ser la trompa ipsilateral, y una imagen anecoica con patrón de vidrio esmerilado en el saco de Douglas, que en conjunto con el examen físico y los datos de laboratorio sugieren el diagnóstico de absceso tubo-ovárico.

Se admite para manejo clínico y horas después se le realizó un USG que mostró líquido libre por lo que la paciente fue llevada a salón de operaciones para laparotomía exploratoria de urgencia.

Durante la laparotomía exploratoria se evidenciaron los siguientes hallazgos: apéndice cecal grado II, plastrón abdominal con apéndice cecal, ciego,

epiplón e intestino delgado adheridos; absceso pélvico en región anterior y posterior; cambios isquémicos y datos de emplastronamiento del epiplón mayor; útero eritematoso; trompas uterinas eritematosas y tortuosas por lo que se le realizó una apendicectomía y resección del segmento de epiplón emplastronado e isquémico, además de lavado de cavidad abdominal y drenaje de la colección pélvica.

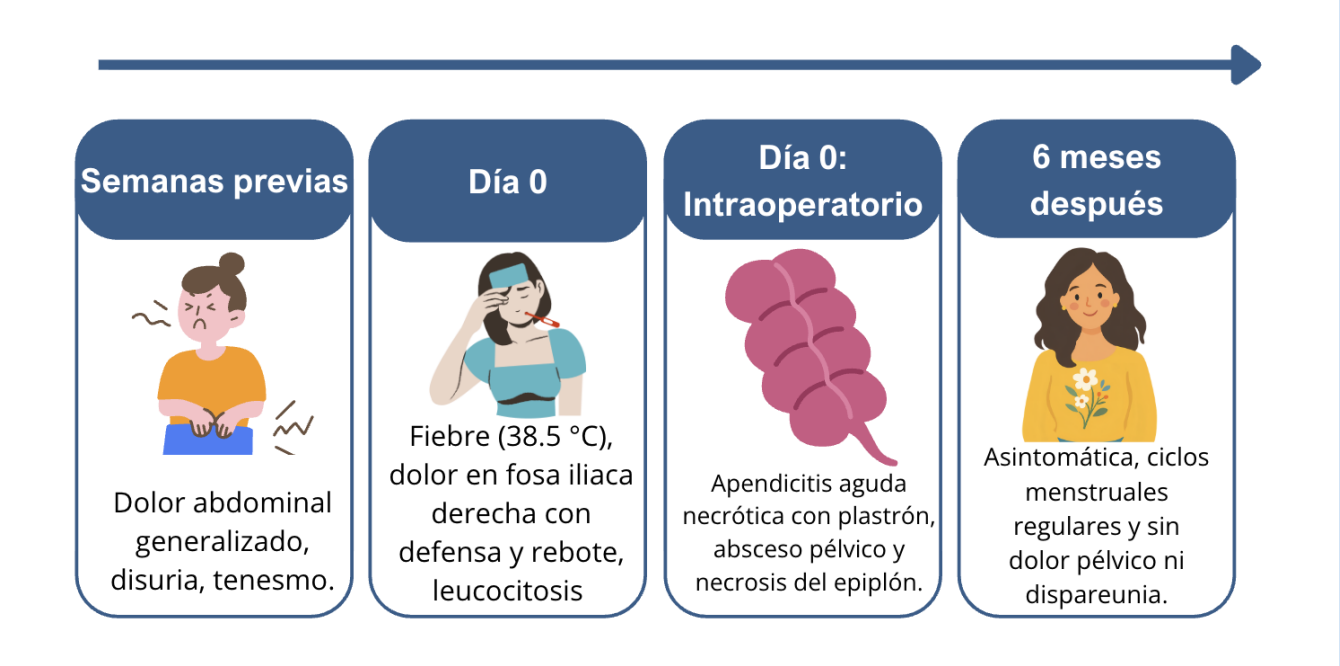
El informe de patología reportó: 1. Apendicitis aguda necrótica. 2. Inflamación aguda con necrosis y serositis del epiplón mayor.

En el postoperatorio con evolución favorable, tolerando vía oral (VO), canalizando y sin datos de infección o sepsis por lo que se decide dar egreso. Al seguimiento a los 6 meses, la paciente permanecía clínicamente estable, con ciclos menstruales regulares y sin dolor pélvico ni dispareunia.

Retos del caso

El principal reto del caso fue evaluar la posibilidad de conservar los órganos sin daños a órganos continuos y evitar infección en las mujeres jóvenes. Otro reto presentado fue la triple afección que surgió como un efecto en cadena y lo raro que esto ocurra, ya que está muy poco descrito en la literatura. La paciente fue tratada como una EPI que desarrolló un absceso tubárico y debido a este, un proceso de apendicitis que, al momento del diagnóstico, se encontraba en fase II. Este proceso inflamatorio fue tan grave que causó una inflamación en toda la región apendicular que hizo que la paciente no requiriera de una apendicectomía solamente, sino de resecciones de epiplón durante la cirugía.

Figura 1. Línea del tiempo



Fuente: *autoría propia.*

CC BY NC ND

DISCUSIÓN

Un 15-30% de los pacientes con EPI, pueden desarrollar ATO [5] , originada en su mayoría por la diseminación ascendente de microorganismos desde el tracto genital inferior hacia las trompas de Falopio y los ovarios, desencadenando inflamación, necrosis y colecciones purulentas. La apendicitis aguda tiene una incidencia global de 100 casos cada 100,000 habitantes y surge debido a una obstrucción apendicular, que se divide en: intraluminal por fecalitos; intramural por hiperplasia linfoide y extramural por cáncer. [4–7] La coexistencia de estas dos patologías sugiere una interacción inflamatoria local que exacerbó el cuadro clínico. [1,7,8]

La presentación clínica de los ATO es la misma que en la EPI, incluyen: dolor abdominal inferior agudo (88%), fiebre > 38.3°C (76%), náuseas y vómitos (53%), aumento de VES/PCR, dolor a la palpación uterina y anexial con flujo vaginal mucopurulento (Ver Tabla 2). [9,10] De los cuales nuestra paciente presentó disuria, dispareunia, náuseas y vómitos. [11,12]

Tabla 2: Diagnósticos diferenciales de dolor abdominal en mujer en edad reproductiva

Diagnósticos	Hallazgos clínicos
Embarazo ectópico	Falta de menstruación, Prueba de embarazo positivo, Hipotensión con dolor pélvico unilateral
Endometriosis	Disquecia dismenorrea, sangrado intermenstrual, dispareunia.
Ruptura ovárica	Dolor abdominal unilateral de inicio repentino
Cálculo ureteral	Disuria, fiebre, náuseas, hematuria, dolor pélvico o en el flanco

Los diagnósticos diferenciales no son exhaustivos y existen otras alternativas a tomar en cuenta.

Fuente: *Curry A, Williams T, Penny ML. Pelvic Inflammatory Disease: Diagnosis, Management, and Prevention. Am Fam Physician. 2019 Sep 15;100(6):357–64. PubMed PMID: 31524362.*

Ante la presentación de dolor abdominal y vómitos, existen algunos diagnósticos inciales a tomar en cuenta en una mujer en edad reproductiva, como quiste ovárico, embarazo ectópico, diverticulitis, enfermedad inflamatoria intestinal (Ver Tabla 2). En base a esto se realizó un ultrasonido transvaginal (USGTV). El USG es la herramienta imagenológica más utilizada en este contexto clínico, debido en gran parte a su disponibilidad, a que no emite radiación y a sus costos. Otro método diagnóstico útil es la tomografía computarizada (TC) que suele preferirse en pacientes que se desea excluir patologías del tracto gastrointestinal como la apendicitis. No se realizó TC debido a que el USGTV mostró hallazgos concluyentes compatibles con absceso tubo-ovárico, sumado a la presencia de signos clínicos de abdomen agudo e inestabilidad hemodinámica que indican la necesidad de intervención quirúrgica urgente. La realización de una TC habría retrasado el manejo definitivo sin aportar información diagnóstica adicional relevante. [11–13]

El manejo inicial del ATO son los antibióticos con regímenes como el Cefotetan 2g IV cada 12 horas y doxiciclina 100mg IV cada 12 horas [1,10], que son eficaces en el 70% de los pacientes cubriendo las bacterias: *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* y anaerobios. Sin embargo, cuando hay falta de respuesta clínica o se sospechan complicaciones, es necesaria la intervención quirúrgica. [14]

Las opciones quirúrgicas son: drenaje guiado por imagen o laparotomía/laparoscopía. Debido a hipotensión (93/61), la leucocitosis (20 210 mm^3) y la fiebre se llevó al salón de operaciones para tratar la sepsis de foco abdominal, lo que permitió tratar el ATO, la apendicitis aguda, resecar el epiplón y el lavado de la cavidad abdominal, que fueron críticos en reducir las complicaciones. El tratamiento de elección para la apendicitis es la apendicectomía,

que puede realizarse abierta o laparoscópica. En una revisión sistemática de nueve metaanálisis se concluyó que, el abordaje laparoscópico es mejor en: tasa menor de infecciones (OR 0,3 a 0,52), menor dolor y menor estancia hospitalaria. [15–17]

Los reportes de casos que describen el piosálpinx como causa de apendicitis son escasos. [2] Debido a estos hallazgos clínicos, surge la duda de si la apendicitis aguda fue consecuencia de la inflamación del epiplón, que habría producido una infección por continuidad, o si, por el contrario, el absceso ovárico fue el origen de la inflamación apendicular.

En relación al manejo, una TC habría brindado mayor claridad sobre la extensión del proceso inflamatorio y el compromiso de órganos vecinos y realizar cultivos intraoperatorios del absceso hubiera sido óptimo para identificar los agentes etiológicos específicos y ajustar el tratamiento antimicrobiano postoperatorio. En nuestro caso , se manejó como diagnóstico primario el ATO debido a la fuerte correlación entre la clínica ginecológica inicial (dispareunia, disuria, antecedentes sexuales activos), los hallazgos laboratoriales de leucocitosis y, los hallazgos concluyentes en el ultrasonido transvaginal, que mostraban un complejo anexial compatible con absceso tubo-ovárico. Además, en mujeres jóvenes en edad reproductiva, la EPI complicada constituye una causa frecuente de dolor abdominal bajo, lo que orientó inicialmente el abordaje diagnóstico y terapéutico hacia esta entidad.

CONCLUSIONES

Se muestra una combinación de patologías comunes que rara vez comparten una misma fisiopatología de fondo. Esto destaca la necesidad de considerar múltiples etiologías en el diagnóstico diferencial de abdomen agudo en mujeres jóvenes, remarcado la importancia de un abordaje multidisciplinario. Además, resalta la importancia de herramientas diagnósticas adecuadas, el manejo quirúrgico oportuno y un seguimiento postoperatorio adecuado, garantizando una recuperación correcta.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La paciente dio su consentimiento informado.

REFERENCIAS

[1] Curry A, Williams T, Penny ML. Pelvic Inflammatory Disease: Diagnosis, Management, and Prevention. Am Fam Physician. 2019 Sep 15;100(6):357–64. PubMed PMID: 31524362.

[2] Agbor VN, Njim T, Aminde LN. Pyosalpinx causing acute appendicitis in a 32-year-old Cameroonian female: a case report. BMC Res Notes. 2016 Dec;9(1):368. doi:10.1186/s13104-016-2175-3

[3] Sørbye IK, Jerve F, Staff AC. Reduction in hospitalized women with pelvic inflammatory disease in Oslo over the past decade. Acta Obstet Gynecol Scand. 2005 Mar;84(3):290–6. doi:10.1111/j.0001-6349.2005.00509.x

[4] Schwartz's principles of surgery. 11th ed. New York, N.Y.: McGraw-Hill Education LLC.

[5] Mitchell C, Prabhu M. Pelvic Inflammatory Disease. Infect Dis Clin North Am. 2013 Dec;27(4):793–809. doi:10.1016/j.idc.2013.08.004

[6] Golz RA, Flum DR, Sanchez SE, Liu X, Donovan C, Drake FT. Geographic Association Between Incidence of Acute Appendicitis and Socioeconomic Status. JAMA Surg. 2020 Apr 1;155(4):330. doi:10.1001/jamasurg.2019.6030

[7] Dagobeth EV, Ortiz MM, García DAV. PLASTRÓN APENDICULAR SECUNDARIO A APENDICITIS AGUDA DE PRESENTACIÓN CLÍNICA ATÍPICA: UN REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA. REVISALUD Unisucre. 2014 Feb 1;1(2). doi:10.24188/23394072.v1.n2.2013.108

[8] Lareau SM, Beigi RH. Pelvic Inflammatory Disease and Tubo-ovarian Abscess. Infect Dis Clin North Am. 2008 Dec;22(4):693–708. doi:10.1016/j.idc.2008.05.008

[9] Bridwell RE, Koyfman A, Long B. High risk and low prevalence diseases: Tubo-ovarian abscess. Am J Emerg Med. 2022 Jul;57:70–5. doi:10.1016/j.ajem.2022.04.026

[10] Yusuf H, Trent M. Management of Pelvic Inflammatory Disease in Clinical Practice. Ther Clin Risk Manag. 2023 Feb;Volume 19:183–92. doi:10.2147/TCRM.S350750

[11] McClean KL, Sheehan GJ, Harding GKM. Intraabdominal Infection: A Review. Clin Infect Dis. 1994 Jul 1;19(1):100–16. doi:10.1093/clinids/19.1.100

[12] Gagliardi PD, Hoffer PB, Rosenfield AT. Correlative imaging in abdominal infection: An algorithmic approach using nuclear medicine, ultrasound, and computed tomography. Semin Nucl Med. 1988 Oct;18(4):320–34. doi:10.1016/S0001-2998(88)80041-2

[13] Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep. 2021 Jul 23;70(4):1–187. doi:10.15585/mmwr.rr7004a1

[14] Goje O, Markwei M, Kollikonda S, Chavan M, Soper DE. Outcomes of Minimally Invasive Management of Tubo-ovarian Abscess: A Systematic Review. J Minim Invasive Gynecol. 2021 Mar;28(3):556–64. doi:10.1016/j.jmig.2020.09.014

[15] Yang CC, Chen P, Tseng JY, Wang PH. Advantages of Open Laparoscopic Surgery over Exploratory Laparotomy in Patients with Tubo-ovarian Abscess. J Am Assoc Gynecol Laparosc. 2002 Aug;9(3):327–32. doi:10.1016/S1074-3804(05)60412-4

[16] Baird DLH, Simillis C, Kontovounisios C, Rasheed S, Tekkis PP. Acute appendicitis. BMJ. 2017 Apr 19;j1703. doi:10.1136/bmj.j1703

[17] Jaschinski T, Mosch C, Eikermann M, Neugebauer EA. Laparoscopic versus open appendectomy in patients with suspected appendicitis: a systematic review of meta-analyses of randomised controlled trials. BMC Gastroenterol. 2015 Dec;15(1):48. doi:10.1186/s12876-015-0277-3