



Fig. 1. TAC de laringe con contraste: absceso retrofaringeo izquierdo.

El espacio laríngeo es un área cervical con mínima resistencia a la extensión de infecciones localizadas a este nivel (2). Los abscesos de esta ubicación son en la actualidad una entidad poco frecuente debido sobre todo al desarrollo de los antibióticos (7). La mayoría de los mismos son de origen médico o traumático, y especialmente en el adulto es frecuente su asociación a enfermedades sistémicas (3,4,8). Además de la clínica y la laringoscopia, la TAC con contraste constituye una herramienta fundamental para su diagnóstico, sobre todo si se sospecha la invasión del espacio laríngeo y si aparecen signos de ocupación en esta área (8). Los abscesos localizados en la parte posterior y lateral de la faringe requieren un diagnóstico precoz para establecer el diagnóstico diferencial entre celulitis y absceso. Además de iniciar tratamiento con antibioterapia, el drenaje quirúrgico aunque en ocasiones controvertido, debe ser considerado ante la gravedad del proceso, el posible desarrollo de mediastinitis y la elevada mortalidad que presenta (7,8).

La perforación de la faringe tras la práctica de un procedimiento no invasivo como el sondaje nasogástrico resulta altamente improbable, aunque debe ser considerada ante la existencia de dolor faríngeo y afectación del estado general de aparición posterior a su implantación. El desarrollo de efectos adversos derivados de procedimientos médicos debe hacernos valorar la indicación de los mismos en aras de evitar su presentación; siendo deseable su realización por personal entrenado y cualificado para ello, para no añadir más factores de riesgo extrínsecos (9,10).

B. Obón Azuara, I. Gutiérrez Cía, R. Montoiro Allué

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza

1. Blanco JJ, Barreiro M, Tabara J. Hidroneumotórax secundario a colocación de sonda de sonda nasogástrica. An Med Interna (Madrid) 2005; 22: 54-5.
2. Moran I, Cancio B, Claramunt A. Condensación pulmonar por colocación inadecuada de una sonda nasogástrica. Med Clin (Barc) 2001; 117: 40.
3. Aviv JE, Di Tullio MR, Homma S, Storper IS, et al. Hypopharyngeal

perforation near-miss during transesophageal echocardiography. Laryngoscope 2004; 114: 821-6.

4. Allotey J, Duncan H, Williams H. Mediastinitis and retropharyngeal abscess following delayed diagnosis of glass ingestion. Emerg Med J2006; 23: e12.
5. Tuerlinckx D, Bodart E, Lawson G, De Wispelaere JF, De Bilderling G. Retropharyngeal and mediastinal abscess following adenoidectomy. Pediatr Pulmonol 2003; 36: 257-8.
6. Koscielny S, Gottschall R. Perforation of the hypopharynx as a rare life-threatening complication of endotracheal intubation. Anaesthetist 2006; 55: 45-52.
7. Sichel JY, Attal P, Hocwald E, Eliashar R. Redefining parapharyngeal space infections. Ann Otol Rhinol Laryngol 2006; 115: 117-23.
8. Agada FO, Sharma R, Makura ZG. Atypical presentation of cutaneous tuberculosis and a retropharyngeal neck abscess. Ear Nose Throat J 2006; 85: 60-2.
9. Needham DM, Thompson DA, Holzmüller CG, Dorman T, Lubomski LH, Wu AW, Morlock LL, Pronovost PJ. A system factors analysis of airway events from the Intensive Care Unit Safety Reporting System (ICUSRS). Crit Care Med 2004; 32: 2227-33.
10. Pronovost P, Weast B, Schwarz M, Wyskiel RM, Prow D, Milanovich SN, Berenholtz S, Dorman T, Lipsett P. Medication reconciliation: A practical tool to reduce the risk of medication errors. J Crit Care 2003; 18: 201-5.

Absceso tubo-ovárico por *Streptococcus agalactiae* en una mujer no gestante

Sr. Director:

Streptococcus agalactiae (SGB), es bien conocido como agente causal de meningitis y sepsis neonatales e infecciones durante el puerperio (1). Sin embargo, la incidencia de infecciones invasivas por SGB en adultos no gestantes se está incrementando (2). Por otro lado, el absceso tuboovárico (ATO) es una forma severa de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) y aunque SGB ha sido descrito como agente causal de EPI(3) y los estreptococos anaerobios de ATO, no hemos encontrado en la literatura ningún caso descrito de ATO causado por SGB en mujer adulta no embarazada.

Presentamos el caso de una mujer de 47 años de edad, con antecedentes de tuberculosis pulmonar en la infancia y diagnosticada 15 años antes de diabetes mellitus tipo 1, con buen control metabólico, que fue ingresada en nuestro hospital por presentar fiebre y molestias suprapúbicas de una semana de evolución. Dos semanas antes había tenido una menstruación normal y no usaba ningún método anticonceptivo. Dos meses antes, estuvo ingresada en nuestro hospital con clínica compatible con infección del tracto urinario con hemocultivos y urocultivos negativos, presentando entonces molestias abdominales focalizadas en la fosa iliaca izquierda, con estudio ecográfico anodino, siendo tratada con cefotaxima con buena evolución, sin llegar a realizarse entonces una valoración ginecológica.

La paciente presentaba una temperatura de 38 °C, tensión arterial de 140/90 mmHg, frecuencia cardiaca de 105 latidos por minuto y 18 respiraciones por minuto con dolor a la palpación en fosa iliaca izquierda con signos de irritación peritoneal. La exploración vaginal y de cérvix fue normal. Se realizó una ecografía abdominal y vaginal objetivándose una masa quística, loculada de 7 x 6 x 5 cm en anejo izquierdo. Con la sospe-

cha de peritonitis secundaria a rotura de ATO se realizó una laparotomía donde encontrando una masa anexial izquierda con signos de peritonitis pélvica y múltiples adherencias intestinales. Una histerectomía con bilateral salpingo-ooforectomía y apendicectomía fue realizada. El estudio anatomopatológico reveló una masa inflamatoria mal definida con contenido purulento que englobaba la trompa y el ovario izquierdo, con datos de perisalpingo- ooforitis derecha con focal miometritis y cervicitis. SGB fue el único germen aislado en el cultivo del material purulento de la masa. La paciente fue tratada con cefoxitina y metronidazol intravenoso durante 14 días con buena evolución.

El papel de SGB como patógeno humano es conocido desde la década de los años 30 como causa de sepsis puerperal y neonatal, sin embargo, cobra cada vez más importancia como patógeno en adultos no gestantes, como lo confirma el estudio de Farley y cols. (4), donde el 68% de las infecciones invasivas afectaron a adultos no gestantes, especialmente ancianos y pacientes con enfermedades crónicas. Los cuadros clínicos más frecuentemente descritos son bacteriemia sin foco, infecciones de piel y partes blandas, endocarditis, infecciones osteoarticulares, meningitis, neumonía, peritonitis e infecciones del tracto urinario (5,6). El ATO es considerado como una forma severa de EPI, la cual se suele producir por bacterias de la vagina o endocervix que ascienden a través del tracto genital femenino, en relación con cirugía pélvica, por diseminación hematógena o por contigüidad. SGB es causa poco frecuente de EPI, como se recoge en el estudio de Soper y cols. (7), donde en 84 casos de salpingitis aguda sólo una fue provocada por SGB, lo que contrasta con su especial capacidad para causar infecciones en mujeres gestantes.

En nuestra paciente no podemos descartar que el origen fuese la infección del tracto urinario que presentó dos meses antes, o

más probable que lo que fue interpretado como una infección urinaria se tratase de una salpingitis aguda.

A. Muñoz Morente, M. Maíz Jiménez, M. A. González Benítez, V. Díaz Morant

Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Ronda. Málaga

1. Edwards MS and Baker CJ. Streptococcus agalactiae (estreptococos del grupo B). In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, eds. Enfermedades Infecciosas. Principios y práctica. 5th ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2004: 2615-28.
2. Farley MM. Group B streptococcal disease in nonpregnant adults. CID 2001; 33: 556-61.
3. Sweet RL, Roy S, Faro S, O'Brien WF, Sanfilippo JS, Seidlin M. Piperacillin and tazobactam versus clindamycin and gentamicin in the treatment of hospitalised with pelvic infection. The piperacillin/tazobactam Study Group. Obstet Gynecol 1994; 83: 280-6.
4. Farley MM, Harvey RC, Stull T, et al. A population-based assessment of invasive disease due to group B streptococcus in non pregnant adults. NEJM 1993; 328: 1807-11.
5. Tyrrel GJ, Senzilet LD, Spika JS, et al. Invasive disease due to Group B Streptococcal infection in adults: results from a Canadian, population-based, active laboratory surveillance study-1996. JID 2000; 182: 168-73.
6. Muñoz P, Llancaqueo A, Rodríguez-Créixems M, Peláez T, Martín L, Bouza E. Group B streptococcus bacteriemia in non pregnant adults. Arch Intern Med 1997; 157: 213-6.
7. Soper DE, Brockwell NJ, Dalton HP, Jonhson D. Observations concerning the microbial etiology of acute salpingitis. Am J Obstet Gynecol 1994; 170: 1008-17.