
CORIOAMNIONITIS

María Olivia Koch, Martín Fidel Romano, Mariela Lucia Jara
Dra. Mariana Dolores Sciangula

RESUMEN

La corioamnionitis es una patología propia del embarazo, que se manifiesta por medio de diferentes síntomas, tanto en la madre como en el feto. Mientras que su estado previo la infección intraamniótica no da síntomas.

El principal criterio para el diagnóstico de corioamnionitis es la clínica. Ante el diagnóstico, es esencial que ocurra el parto, independiente de la edad gestacional, conjuntamente se la administrara a la madre antibióticos, desde el momento del diagnóstico, esto constituye la base del tratamiento y el futuro de la paciente.

SUMMARY:

The chorioamnionitis is a condition of pregnancy itself, which manifests itself through a variety of symptoms, both the mother and fetus. While his previous state intraamniotic infection no symptoms.

The main criterion for the diagnosis of chorioamnionitis is the clinic. Before the diagnosis, it is essential that happen delivery, independent of gestational age, it administer antibiotics to the mother, from the time of diagnosis, this is the mainstay of treatment and the future of the patient.

INTRODUCCION

Actualmente, la infección intraamniótica se define como la presencia de un cultivo positivo en líquido amniótico obtenido por amniocentesis, y se denomina corioamnionitis o infección ovular clínica a la presencia de síntomas en una paciente que tiene una infección intraamniótica.¹⁻³

El cuadro clásico de corioamnionitis clínica sigue siendo una situación que observamos con cierta frecuencia en nuestra práctica médica, sin embargo, recientes investigaciones permitió conocer una serie de fenómenos que ocurren previamente a este evento que mas bien parece ser el fin de una larga secuencia fisiopatológica, donde esta involucrada la infección intraamniótica, y cuya consecuencia es la finalización del embarazo sin tomar en cuenta la edad gestacional, ya sea por inicio espontáneo del trabajo de parto o por indicación médica.^{1,3-7}

Objetivo: Esta Revisión Bibliográfica tiene por objetivo revisar y analizar distintas publicaciones referentes a la corioamnionitis teniendo en cuenta sus características en epidemiología, etiopatogenia, clínica, diagnóstico, evolución y tratamiento.

MATERIALES Y METODOS

Se utilizaron libros de texto específicos de Medicina y se realizó la recopilación de artículos de Internet a través de buscadores como el Servicio de la Editorial Elsevier, Secretaría de Ciencia y Técnica de la Nación, LILACS, MEDLINE con la asistencia del buscador específico PUBMED, IMBIOMED, La Biblioteca Cochrane, SciELO. Para esta búsqueda utilizamos las siguientes palabras clave: Corioamnionitis (chorioamnionitis), amnionitis, rotura prematura de membrana (premature rupture of

membranes in preterm pregnancies), infección de membranas ovulares.

DESARROLLO

Epidemiología

La corioamnionitis histológica tiene elevada incidencia en la población estudiada, la corioamnionitis, aparece aproximadamente en 1% de todas las gestaciones;⁷ se presenta de un 5 al 10 % en pacientes con rotura prematura de membranas de término³ y en un 44% de los casos precede a la rotura de membranas.¹ En general la corioamnionitis clínica afecta un 10-30% de las pacientes con rotura prematura de membrana de pretérmino. En el grupo de embarazadas con edad gestacional menor a las 26 semanas, esta cifra puede superar el 50% de los casos.³

Etiopatogenia

Desde el punto de vista etiológico, la gran mayoría de las pacientes presentan un cuadro polimicrobiano, donde suelen coexistir dos o mas tipos de bacterias y habitualmente con combinación de aeróbicos y anaerobios. Los gérmenes mas frecuentes aislados en el líquido amniótico tanto en pacientes con parto prematuro como en caso de rotura prematura de membranas de pretérmino son micoplasmas y ureaplasmas, además de Escherichia coli, Listeria monocytogenes, estreptococo B-hemolítico, Chlamydia trachomatis.^{3,4,6,8}

La mayoría de las veces, los gérmenes llegan a la cavidad amniótica por vía ascendente desde la mucosa vaginal, pasando por el canal cervical.^{1,3,4} Sin embargo, también existen otras vías menos frecuentes que permiten la entrada de bacterias al líquido amniótico, entre ellas:

- Vía hematogena: por germen proveniente de otro foco infeccioso o por sepsis materna.^{3,4}
- Vía canalicular tubaria por contigüidad, siendo el mejor ejemplo una peritonitis apendicular.^{1,4,8}
- Como complicación de procedimientos invasivos (amniocentesis, cordocentesis, fetoscopia)

Factores predisponentes:

- Deficiencia de la actividad antimicrobiana del líquido amniótico por bajos niveles de Zinc en la dieta.⁴
- Aumento del pH vaginal⁴
- Ausencia de moco cervical⁴
- Coito cerca del término⁴
- Los cursos semanales de corticoides en mujeres con Rotura Prematura de Membrana no mejoraron los resultados neonatales por sobre los obtenidos con un curso único, y se asociaron con un riesgo aumentado de corioamnionitis.^{9,10}
- En general, los factores que más incidieron en la aparición de corioamnionitis, fueron: malnutrición materna por defecto, infecciones genitales asociadas al embarazo, tiempo de ruptura de membranas e inicio de trabajo de parto superior a 24 horas y el politacto; asimismo, partos pretérmino, altos índices de cesárea, infecciones neonatales precoces y puerperales, y largas estadías hospitalarias fueron las repercusiones fundamentales sobre la salud materna y el peripato.^{3,7}

Clínica y diagnóstico

El cuadro clínico clásico de corioamnionitis esta dado por el hallazgo de:

- Temperatura axilar mayor a 37,8°C en dos tomas separadas por una hora,
- Taquicardia fetal con frecuencia cardiaca superior a 160 latidos por minuto,
- Sensibilidad a la palpación uterina
- Líquido amniótico purulento con mal olor, todos estos síntomas pueden presentarse con membranas rotas e íntegras tanto en gestaciones de término como de pretérmino.

Se considera que si una paciente presenta fiebre, mas uno de estos criterios clínicos ya se puede hacer un diagnóstico de corioamnionitis.^{3,4}

Los síntomas mencionados pueden deberse a otras situaciones, y además muchas pacientes pueden presentar fiebre sin que eso signifique una corioamnionitis, por ello se han intentado diversos exámenes para precisar el diagnóstico.

La mayoría de los cuadros son subclínicos en un 80%¹⁻⁴

En una corioamnionitis subclínica o infección intraamniótica, se caracteriza además por

el hallazgo de leucocitos polimorfonucleares de origen materno en las membranas ovulares y en la placa corial. Se reconoce como respuesta fetal histológica al hallazgo de migración de polimorfonucleares en las paredes de los vasos fetales de la placa corial y del cordón umbilical en dirección al amnios.¹

El recuento de glóbulos blancos en sangre materna sobre 15000/mm, tiene una sensibilidad cercana al 70%³⁻⁵, para el diagnóstico de corioamnionitis; concomitantemente el cultivo de placenta¹¹; ecografía en donde la corioamnionitis se suele asociar precózmemente con ausencia de movimientos respiratorios y, de forma más tardía, con ausencia de movimientos fetales y de tono fetal.¹²; la amniocentesis es opcional. A pesar de ser un método invasivo, se puede realizar cuando existan dudas razonables a través de la clínica o de las exploraciones complementarias anteriores.¹²

En el líquido amniótico obtenido se puede determinar: Recuento de leucocitos. En condiciones normales el líquido amniótico debe ser estéril, por lo que no debe haber leucocitos. Se considera un resultado positivo si presenta > 50 leucocitos/mm.¹²

Evolución y Pronóstico

Las madres pueden desarrollar endometritis puerperal y los neonatos pueden nacer con neumonía connatal, cuyo pronóstico es muy grave si además se trata de niños prematuros.^{4,10,13}

Existe una asociación entre corioamnionitis histológica y leucomalacia cística periventricular y con las hemorragias intraventriculares severas.^{10, 14}

Tratamiento

Preventivo: suplemento de cinc en la dieta, evitar el coito luego de la segunda mitad en embarazos de riesgo, tratamientos de las infecciones cervicovaginales.^{3,4}

Frente al diagnóstico de corioamnionitis:

- Es esencial que ocurra el parto para la resolución de la enfermedad y eso es independiente de la edad gestacional^{3,4,5,15}
- Siempre se debe administrar antibióticos desde el momento en que se haga el diagnóstico, debe incluir antibióticos combinados y de amplio espectro dado que es un cuadro polimicrobiano.^{3,4,15}
- La madre debe ser tratada con soporte general de hidratación, medición de diuresis y control de signos vitales, para detectar a tiempo una eventual sepsis secundaria al foco uterino
- La vía de parto no depende de la infección, por lo tanto la decisión es según criterios obstétricos, pero se debe tener presente que existe una limitante del tiempo que transcurre entre el diagnósti-

co y el parto, existiendo la recomendación de que el intervalo tiene que ser inferior a ocho horas.^{3,4,15}

CONCLUSION

La corioamnionitis es un cuadro clínico con factores de riesgo conocido que se dan tanto

en gestaciones de término como de pretérmino y que tiene una gran asociación a la rotura prematura de membranas. En cuanto al tratamiento siempre debe incluir antibióticos combinados y de amplio espectro dado que es un cuadro polimicrobiano, independiente a la edad gestacional se debe finalizar el embarazo.

BIBLIOGRAFIA

1. Castro M, Cancela M, Repetto M, Gutiérrez, Fiol V, Piriz G, Castillo E, Medina E, Lattof M, Bustos R. Corioamnionitis histológica en el recién nacido menor de 1.000 gramos. Incidencia y resultados perinatales. Revista Arch Pediatr Urug 2006; 77(3): 244-249
2. Ortiz U, Rebolledo M, Alvarado R. Correlación entre corioamnionitis histológica y clínica en pacientes con ruptura prematura de membranas mayor de 12 horas. Revista De Ginecología [online] 2008 [fecha de acceso 30 de Marzo del 2008] URL disponible en: <http://encolombia.com/obstetricia50399correlacion.htm>
3. Gómez R, Romero R. Ruptura prematura de membrana y corioamnionitis. En: Pérez Sánchez A, Donoso Siña E. Obstetricia. 3ª edición. Santiago de Chile: Editorial Mediterraneo, 2005: 659-666.
4. Schwarcz R, Diverges A, Díaz A, Fescina R. Embarazo patológico. Anomalia de las membranas fetoovulares. En: Schwarcz R, Diverges A, Díaz A, Fescina R. Obstetricia. 4ª edición. Buenos Aires: Editorial El Ateneo, 1992: 190-192
5. Rojas J, Contreras H, Gutierrez I, Ramirez T, Correa A. Inducción de Trabajo de Parto en Gestantes A Término con Ruptura Prematura de Membranas. Revista de Ginecología y Obstetricia 2003; 49 (4): 219 -226
6. Zaga-Clavellina V, Garcia-Lopez G, Flores-Herrera H, Espejel-Nuñez A, Flores-Pliego A, Soriano-Becerril D, Maida-Claros R, Merchant-Larios H, Vadillo-Ortega F. In vitro secretion profiles of interleukin (IL)-1beta, IL-6, IL-8, IL-10, and TNF alpha after selective infection with *Escherichia coli* in human fetal membranes. Reproductive Biology and Endocrinology of journal published by BioMed Central [online] Diciembre 2007 [fecha de acceso 30 de Marzo del 2008] URL disponible en: <http://www.rbej.com/content/5/1/46>
7. Baffoe P, Argilagos C, Toirac A, Arañó F. Repercusión de la corioamnionitis en los indicadores de salud maternoperinatales. Revista electrónica de portales medicos.com [online] enero 2008 [fecha de acceso 30 de Marzo del 2008] URL disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/910/1/Repercusion-de-la-corioamnionitis-en-los-indicadores-de-salud-maternoperinatales.html>
8. Votta A, Parada O. Complicaciones propias del embarazo. Complicaciones de los anexos ovulares. En Votta A, Parada O. Obstetricia 5ª edición. Buenos Aires: Editorial Lopez Libreros, 1995: 315-319
9. Lee MJ, Davies J, Guinn D, Sullivan L, Atkinson W, McGregor S. Dosis única versus repetida de corticoides antenatales en rotura prematura de membranas de pretérmino. Revista chilena de obstetricia y ginecología 2004; 69(2): 183-185
10. Richardson B, Wakim E, Dasilva O, Walton J. Preterm histologic chorioamnionitis: Impact on cord gas and pH values and neonatal outcome. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2006; 195(5): 1357-65
11. Cortés H, Muñoz H. The clinical usefulness of a histopathological study of the placenta at San Vicente de Paul Teaching Hospital. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, Jan./Mar. 2007;58 (1):60-64
12. Abad L, Alvarez M, Becker J, Cano R. Diagnóstico de la corioamnionitis. Progresos de obstetricia y ginecología: revista oficial de la Sociedad española de ginecología y obstetricia. 2005; 48 (6): 316-317
13. Rocha G, Proença E, Quintas C, Rodrigues T, Guimarães H. Chorioamnionitis and lung damage in the extremely low birth weight infant. U.S. National Library of Medicine and the National Institutes of Health. [online] Sep-Oct 2007 [fecha de acceso 30 de Marzo del 2008] 13 (5) URL disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=17962894&ordinal=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed.ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum
14. Rocha G, Proença E, Quintas C, Rodrigues T, Guimarães H. Chorioamnionitis and brain damage in the preterm newborn. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine 2007; 20(10): 745 – 749
15. Edwards RK, Duff P. Dosis única adicional como tratamiento en el posparto para mujeres con corioamnionitis. Revista chilena de obstetricia y ginecología 2005; 70(1): 66-67