

M. Álvarez de la Rosa
M. García-Peña
L. Álvarez-González
P. Hernández-Ponz
J.L. Trujillo-Carrillo

Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. Santa Cruz de Tenerife. Tenerife. España.

Correspondencia:

Dr. J.L. Trujillo Carrillo.
Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario de Canarias.
Ofra, s/n. 38320 La Laguna. Tenerife. España.
Correo electrónico: jtrujillo@comtf.es

Fecha de recepción: 26/11/04
Aceptado para su publicación: 30/6/05

Diagnóstico por la imagen del absceso intraperitoneal poscesárea

93

Imaging diagnosis of postcesarean intraperitoneal abscess

RESUMEN

Se presentan 2 casos de absceso poscesárea en pacientes de bajo riesgo quirúrgico ilustrados con imágenes de tomografía no concluyentes, y se discuten sus posibles diagnósticos diferenciales. El diagnóstico por la imagen del absceso pelviano se puede confundir con la degeneración miomatosa.

PALABRAS CLAVE

Cesárea. Absceso pelviano. Tomografía.

ABSTRACT

We report 2 cases of postcesarean pelvic abscess that presented in low surgical risk patients. Tomographic scans were inconclusive. The possible differential diagnoses are discussed. Imaging diagnosis of a pelvic abscess may lead to confusion with red degeneration of leiomyoma.

KEY WORDS

Cesarean. Pelvic abscess. Tomography.

INTRODUCCIÓN

De las complicaciones posquirúrgicas de la cesárea, las infecciones son las más frecuentes. Entre este tipo de afecciones, la más común en la práctica clínica es la infección de la herida quirúrgica, seguida por la infección del tracto urinario, la tromboflebitis y la endometritis. Con la depuración de la técnica quirúrgica y la disponibilidad de nuevos antibióticos, las antaño relativamente frecuentes infecciones intraabdominales, como la salpingooforitis y la pelviperitonitis, o la aparición de un absceso en la cavidad pelviana actualmente son situaciones excepcionales en el postoperatorio de la cesárea, descritas principalmente en pacientes inmunodeprimidas. El diagnóstico por la imagen del absceso pelviano puede presentar confusión con la degeneración miomatosa y además un mioma puede pre-

- 94 sentarse con múltiples apariencias ecográficas tanto en la gestación como fuera de ella. Se presentan 2 casos de absceso poscesárea en pacientes de bajo riesgo quirúrgico ilustrados con imágenes de tomografía computarizada (TC) y se discuten sus posibles diagnósticos diferenciales.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1

Se trata de una paciente de 30 años, secundigesta, con una cesárea anterior por falta de evolución, sin otros antecedentes de interés salvo alergia medicamentosa a las penicilinas. La gestación actual se ha controlado extrahospitalariamente y fue de curso fisiológico.

Ingresó en nuestro hospital en la semana 41 en pródromos de parto. La exploración obstétrica mostró un test de Bishop de 5, amnioscopia negativa y registro cardiotocográfico normal con dinámica prodrómica. A las 24 h del ingreso inició trabajo de parto, y se practicó monitorización interna de dinámica y frecuencia cardíaca fetal. Cinco horas después de la amniorraxis artificial, la paciente presentaba una temperatura de 38,5 °C y la misma exploración, por lo que se indicó cesárea por la falta de evolución del parto. Tras la histerotomía fluyó líquido amniótico claro pero fétido. Se obtuvo un recién nacido de 3.250 g y test de Apgar 9/9. Se procedió al lavado de la cavidad abdominal con suero fisiológico y se administró intraoperatoriamente 1 g de eritromicina como profilaxis antibiótica, 40 U de oxitocina —30 inicialmente y 10 en el siguiente suero— y 1 ampolla de metilergometrina i.m. y se transfundió 1 unidad de concentrado de hematíes por pérdidas hemáticas abundantes. Se mantuvo una pauta de 1 g i.v. de eritromicina cada 6 h. Al tercer día postoperatorio la paciente presentó un cuadro de fiebre en picos de 38-39 °C, vómitos y diarrea, por lo que se añadió tobramicina, 100 mg i.m., cada 12 h. Al noveno día, y ante la falta de mejoría del cuadro, se realizó ecografía abdominal (fig. 1), radiografía simple abdominal (fig. 2) y TC de abdomen con contraste (fig. 3), con los que se sospechó un absceso pelviano. Se realizó punción transabdominal con control ecográfico de la formación descrita, y se obtuvo material purulento. Se completó el tratamiento



Figura 1. Caso 1. Radiografía simple de abdomen ortostática en que se aprecia discreta distensión en el marco cólico y ausencia de patrón aéreo en pelvis menor. La cavidad pelviana se encuentra ocupada por una imagen radiológica opaca que, si bien se justifica en parte por un útero en estado puerperal, también es compatible con la existencia de líquido intrainestinal o extraintestinal y ausencia de peristaltismo, todo ello justificable por la presencia de un absceso pelviano.

mediante clindamicina, 600 mg i.v. cada 6 h, y drenaje mediante laparotomía a través de la misma incisión de la cesárea; se constató la presencia de un absceso parauterino derecho que se drenó, se lavó profusamente la cavidad abdominal y se dejaron drenajes en ambos espacios paracólicos y el espacio de Douglas. La evolución fue plenamente favorable, y se la dio de alta a los 5 días.

Caso 2

Primigesta, de 35 años de edad, sin antecedentes médicos de interés. Gestación controlada en nuestro



Figura 2. Caso 1. Ecografía transabdominal en que puede observarse una colección de características hipoecogénicas y patrón heterogéneo adyacente a la cara anterior del útero. Esta formación tiene una localización intraabdominal y mide 110 x 80 x 50 mm.

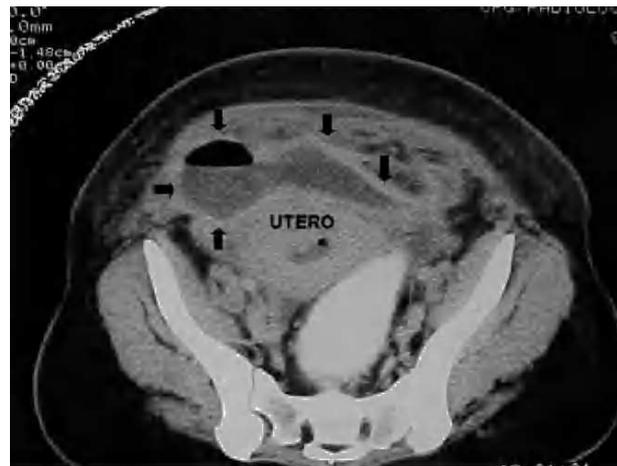


Figura 3. Caso 1. Corte de tomografía computarizada abdominal en el ámbito pelviano en que se aprecia una formación que contiene nivel hidroaéreo en su interior y que indica el diagnóstico de absceso. Queda clara la ubicación intraabdominal de este proceso, adyacente a cara anterior y lateral derecha del útero.

hospital por un diagnóstico de útero miomatoso, de curso fisiológico.

Ingresó en la semana 39 y 5 días de gestación por presentar una amnioscopia positiva. Se indujo el parto, pero el proceso de dilatación se detuvo en 2 cm y se indicó una cesárea por fracaso de inducción. La intervención, mediante incisión de Pfannenstiel e hysterotomía segmentaria transversa, transcurrió sin incidencias. No se hace mención específica de los miomas en el protocolo quirúrgico, que no complicaron la extracción fetal ni la reparación de la hysterotomía. El líquido amniótico era meconial y no fétido. Se obtuvo un recién nacido mujer de 3.520 g, Apgar 8/10 y pH de cordón umbilical de 7,33.

En el cuarto día poscesárea comenzó con fiebre de 38 °C, y con un urinocultivo indicativo de infección urinaria. La paciente evolucionó favorablemente, por lo que fue dada de alta.

A los 22 días tras la cesárea reingresó por urgencias con un cuadro de dolor abdominal y fiebre. La exploración al ingreso mostraba el abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en fosa ilíaca derecha, Blumberg negativo y puñopercusión renal bilateral negativa, restos hemáticos en la vagina no fétidos y movilización cervical no dolorosa. Se realizó una ecografía ginecológica que mostró un útero puerperal, con una formación en la cara



Figura 4. Caso 2. Corte de tomografía computarizada abdominal en el ámbito pelviano en que se aprecian 2 formaciones de igual ecogenicidad (flechas) que indican el diagnóstico de absceso contra necrosis de miomas uterinos.

posterior de 3 cm de diámetro y otra de 6 cm, en contacto con la cara anterior del útero, a 3 cm de profundidad bajo la piel, ambas de igual ecogenicidad. Se solicitó una TC pelviana, en la que destacó una formación en contacto con el útero, que podría corresponder con absceso o formación miomatosa

96 (fig. 4). Analíticamente, la paciente presentaba leucocitosis con desviación izquierda de 20.400/ μ l.

Con la sospecha diagnóstica de mioma necrosado contra absceso posquirúrgico, se inició tratamiento antibiótico por vía intravenosa. Tras 24 h se procedió a la punción con visión ecográfica de la colección más superficial, y se obtuvo material purulento. La paciente comenzó con un cuadro de oliguria que se etiquetó de prerrenal y que se trató con hidratación y albúmina al 5%. Las pruebas de coagulación aparecían alteradas: tiempo de protrombina del 54%, y fibrinógeno, 825 mg/dl, por lo que se administró ácido aminocaproico y plasma para recuperar el tiempo de protrombina.

Ante la falta de mejoría del cuadro en las siguientes 48 h, se realizó laparotomía exploradora, con el hallazgo de múltiples adherencias cicatrizales hasta la cavidad, y al llegar a ésta, abundante material purulento, que se aspiró. Asimismo, el fondo y la cara anterior uterinos estaban adheridos a un plastrón de asas intestinales y se comprobó que la formación descrita en la cara posterior correspondía a un mioma.

En el segundo día tras la laparotomía comenzó con oliguria, edema en los miembros inferiores y dificultad respiratoria con ortopnea y disnea paroxística nocturna. Las pruebas complementarias orientaron hacia una cardiomiopatía periparto contra disfunción sistólica en el contexto de sepsis. Se inició tratamiento con vasopresores, la evolución fue favorable y se dio el alta a los 25 días tras el ingreso.

DISCUSIÓN

Los abscesos intraabdominales después de la cesárea, afortunadamente y desde la era antibiótica, se han convertido en una enfermedad en extinción^{1,2}. Aun así, en el caso de presentarse, la sepsis supone la cuarta causa más frecuente de mortalidad materna. En este artículo se presentan 2 casos cuyo principal interés radica en la ilustración iconográfica de ellos. Dada la dificultad del diagnóstico diferencial con las formaciones miomatosas y los hematomas, creemos interesante aportar estas imágenes a la literatura médica, puesto que escasean las publicaciones similares¹. Quizá esto sea debido a la poca frecuencia con que se publican resultados negativos posquirúrgicos.

La causa más frecuente de fiebre en el puerperio es la infección uterina y ocurre hasta en el 27% de

los partos por cesárea, frente al 1-3% de los vaginales, a pesar del empleo de antibiótico profiláctico. Los síntomas de esta infección suelen aparecer hacia el quinto día postintervención y se asocian a conocidos factores de riesgo, tales como rotura prematura de membranas, tactos vaginales y monitorización interna fetomaternal, y al estado metabólico, nutricional y de colonización vaginal de la paciente³. En el primer caso que se presenta, el origen del absceso parece ser una endometritis cuyo único signo inicial fue el líquido amniótico fétido. En el segundo caso que presentamos, la paciente no pertenecía a ningún grupo de riesgo para infección postoperatoria (diabetes, inmunodepresión, etc.) y la presencia de un útero miomatoso planteó el diagnóstico diferencial con la necrosis miomatosa, sin que la imagen de la TC fuera concluyente. Aunque las nuevas técnicas de imagen desempeñan un papel muy importante, la clínica continúa siendo el primer elemento diagnóstico, y el drenaje y los antibióticos, la terapia definitiva.

El mioma es el tumor sólido pelviano que con más frecuencia coexiste con la gestación y, debido al ambiente estrogénico, tiende a crecer y ser doloroso. En la mayoría de los casos no complica la gestación y permanece asintomático, pero en unos pocos casos se puede asociar a necrosis (ésta es la complicación más frecuente, por ejemplo, en forma de degeneración quística), parto prematuro, amenaza de aborto, desprendimiento de placenta, etc.⁴. La exploración física y una ecografía precoz en la gestación son necesarias para conocer la extensión de los miomas y su relación con el miometrio, el lecho placentario y la presentación fetal, de forma que podamos anticiparnos a posibles complicaciones y, de surgir otras, efectuar el diagnóstico diferencial precozmente. El manejo del mioma en la gestación debe ser la actitud expectante, salvo complicaciones. En el caso 2 destacamos la necesidad de ser lo más exhaustivo posible en la redacción del protocolo quirúrgico tras la exploración abdominal intraoperatoria, puesto que la descripción de la localización y las características de los miomas hubiera facilitado el diagnóstico posterior de la complicación acaecida.

La imagen de la TC pelviana del absceso del segundo caso es prácticamente indistinguible de la formación miomatosa. La necrosis de un mioma produce un cuadro clínico que cursa con dolor abdominal, leucocitosis y otros signos inespecíficos.

El diagnóstico diferencial de la formación descrita se podría plantear también con hematoma o neoplasia debido a las áreas de baja densidad que representan la hemorragia y la necrosis. Un mioma puede presentar calcificaciones que se identifican fácilmente con las técnicas de imagen empleadas, pero no fue éste el caso.

Por otra parte, esta paciente presentó también una complicación cardiológica poco frecuente. La cardiomiopatía del periparto es una entidad de etiología desconocida, que se desarrolla en el tercer trimestre de gestación o en el periparto. En este caso pensamos que pudo tratarse de una disfunción sistólica en el contexto de una sepsis, dado el largo tiempo de evolución del absceso.

La cuestión de qué antibiótico administrar y cuánto tiempo continúa siendo objeto de controversia. Se

sabe que la respuesta a antibióticos tras una cesárea es inferior a la del parto vaginal. El tratamiento inicial debe consistir en antibióticos de amplio espectro con actividad frente a anaerobios y aerobios grampositivos y negativos. Algunos autores aconsejan la combinación de clindamicina y aminoglucósidos. La falta de respuesta a antibióticos en 48-72 h debe hacer sospechar absceso o hematoma pelvianos, infección de la herida quirúrgica, tromboflebitis pelviana séptica u otras complicaciones. Si se dispone, que sería lo deseable, de un cultivo, ya sea de líquido amniótico, hemocultivo, o de los loquios, con antibiograma, se procederá a cambiar la pauta antibiótica según aquél. Asimismo es preciso descartar la resistencia antibiótica u otro foco no obstétrico de la infección o, por supuesto, el incumplimiento o la incorrecta administración del antibiótico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Apter S, Shmamann S, Ben-Baruch G, Rubinstein ZJ, Barkai G, Hertz M. CT of pelvic infection after cesarean section. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 1992;19(3):156-60.
2. Harper AK, Slocumb JT. Right subhepatic abscess after cesarean section. A case report. *J Reprod Med.* 1989;34(5):376-8.
3. De Palma RT, Leveno KJ, Cunningham FG, Pope T, Kappus SS, Roark ML, et al. Identification and management of women at high risk for pelvic infection following cesarean section. *Obstet Gynecol.* 1980;55 Suppl 5:185S-92S.
4. Carlan SJ, O'Brien WF, Holbrook J, Mastrogiannis D, Vaughn V. Cystic degeneration of a leiomyoma masquerading as a postoperative abscess. *Am J Perinatol.* 1992;9(3):175-8.

