



clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



CASO CLÍNICO

Presentación atípica de la piómetra en la mujer anciana



B. Díaz de la Noval*, A. Gómez Alarcón y G. González de Merlo

Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital General Universitario de Albacete, Albacete, España

Recibido el 5 de mayo de 2015; aceptado el 2 de octubre de 2015

Disponible en Internet el 9 de diciembre de 2015

PALABRAS CLAVE

Piómetra idiopática;
Piómetra benigna
senil;
Drenaje evacuador.

Resumen La piómetra tiene una baja incidencia (0,2-0,5%) y es más habitual en mujeres de edad avanzada. Aparece cuando existe una estenosis del orificio cervical y es más frecuente su asociación a lesiones malignas (1,5-4%), aunque en ocasiones puede ser benigna o idiopática. Se han señalado como causas predisponentes la incontinencia urinaria y el cáncer de colon. Su diagnóstico es radiológico y es importante la sospecha clínica. El adecuado manejo incluye antibioterapia de amplio espectro y drenaje de la colección por vía vaginal y, en casos seleccionados, la histerectomía. La complicación más grave e infrecuente sería la perforación o rotura uterina, con tasa de mortalidad significativa.

Se presenta el caso de una mujer anciana institucionalizada con pluripatología, hospitalizada por leucorrea y mal estado general secundario a infección urinaria de evolución tórpida, con el hallazgo ecográfico de colección uterina compatible con piómetra que se maneja con drenaje evacuador periódico y antibioterapia intensiva prolongada, con buena evolución y estudio de extensión negativo para malignidad. Realizaremos una actualización en el manejo del piómetra.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Idiopathic pyometra;
Elderly benign
pyometra;
Curettage

Atypical presentation of pyometra in an elderly woman

Abstract Pyometra has a low incidence (0.2-0.5%) and is more common in older women. This infection occurs because of cervical stenosis. More frequently it is associated with malignant lesions (1.5-4%), although the cause can sometimes be benign or idiopathic. Urinary incontinence and colon cancer have been identified as predisposing causes. Diagnosis is radiological and clinical suspicion is important. Correct management includes broad spectrum antibiotic therapy and drainage of the collection through vaginal access or hysterectomy in selected cases. The most serious and rare complication is uterine perforation or rupture, which has a significant mortality rate.

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: begodelanoval@gmail.com, bego.delanoval@hotmail.com (B. Díaz de la Noval).

We report the case of an elderly institutionalized woman with multiple comorbidity, hospitalized for leucorrhoea and poor general health status secondary to a torpid urinary infection. Ultrasound revealed a uterine collection compatible with pyometra. The patient was treated with periodic vaginal drainage and prolonged intensive antibiotic therapy. Outcome was favourable and the extension study was negative for malignancy. We provide an update of the management of pyometra.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La piómetra es una acumulación de pus en la cavidad uterina debida al compromiso del drenaje natural del útero. Es una enfermedad infrecuente y que predomina en mujeres de edad avanzada, sobre todo en ancianas con demencia o institucionalizadas. Su diagnóstico es clínico con confirmación radiológica. La tríada de síntomas clásicos es secreción purulenta vaginal, sangrado posmenopáusico y dolor hipogástrico. Su correcto manejo es el menos invasivo en caso de pacientes pluripatológicas ancianas, mediante el drenaje de la colección vía vaginal, exceptuando necesidad de cirugía mayor; asimismo, se debe asociar adecuada cobertura antibiótica mantenida hasta su resolución. Es importante descartar enfermedad maligna subyacente, ya que principalmente se encuentra asociada a cáncer ginecológico, y realizar seguimiento para evitar recidivas tras un manejo conservador. La complicación más grave es la perforación uterina. Realizaremos una actualización en el manejo de la piómetra a través de un caso clínico.

Presentación del caso

Mujer de 88 años que acude a urgencias por irritabilidad y leucorrea de reciente aparición. Paciente institucionalizada pero con buen apoyo familiar, pluripatología y polimedicación, con deterioro cognitivo moderado por demencia senil tipo enfermedad de Alzheimer, diagnosticada en abril de 2014 de tumoración en mama derecha, en observación sin tratamiento. La paciente cursa con infección del tracto urinario recurrente para la que ha tomado varios antibióticos, sin mejoría. Desde hacía días asocia secreción vaginal no maloliente en aumento y progresivo empeoramiento del estado general, tendiendo a apatía con dolor en hipogastrio. Paciente encamada, caquéctica, agitada y con dolor, constantes estables, afebril. Se procede a su exploración con el hallazgo de flujo vaginal abundante, purulento pero no maloliente, importante atrofia genital, tacto vaginal bimanual unidigital y rectal palpando útero ligeramente globuloso, móvil y doloroso, dolorimiento abdominal difuso difícil de valorar, fondo de saco de Douglas libre. Se realiza ecografía ginecológica y se objetiva un útero en anteversión, aumentado de tamaño, de paredes finas (4 mm) calcificadas de dimensiones 90 × 80 × 55 mm (AP × CC × T), distendido a expensas de cavidad real anecoica, homogénea avascular, con áreas de hiperrefringencia difusas, compatible con

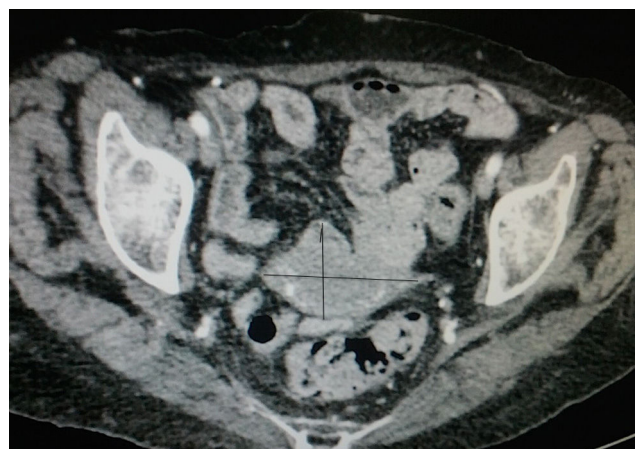


Figura 1 TAC piómetra.

piómetra. Se comprueba salida de abundante material purulento por cérvix tras su canalización. Sin signos de sepsis.

Resultados y seguimiento

Ingresa para transfusión por anemia severa e inicia analgesia y antibioterapia parenteral de amplio espectro con clindamicina 900 mg/8 h, gentamicina 240 mg/24 h y metronidazol 500 mg/8 h durante 2 semanas. Se solicita estudio de extensión y valoración por Medicina Interna. Se realizaron drenajes por aspiración del contenido purulento cada 72-96 h (mediante cánula de Cornier o sonda fémica estéril conectada a jeringa), obteniendo moderado material purulento que remitió progresivamente. Según antibiograma, se inicia pauta de amoxicilina-clavulánico parenteral 1 g/8 h durante una semana.

Control ecográfico a las 2 semanas: útero de 67 × 44 mm (AP × CC) con cavidad distendida de contenido líquido con ecos finos y paredes regulares no engrosadas; miometrio calcificado de 5-6 mm, anejos no valorables, sin masas ni líquido libre en pelvis, fondo de saco de Douglas libre. Estudio de extensión (TAC abdominopélvica, marcadores tumorales, citología cérvico-vaginal y biopsia endometrial) negativo para neoplasia subyacente u otros hallazgos (fig. 1). Buena evolución clínica. Se procede a drenaje en el que persiste salida de abundante material con posterior ecografía de control compatible con piómetra residual de 26 mm (fig. 2). A los 21 días de antibiótico, nuevo drenaje y posterior



Figura 2 Piómetra día 21.

ecografía de control sin signos de colecciones, endometrio lineal de 2 mm. Alta médica hospitalaria manteniendo tratamiento antibiótico con cefepime iv 1 g/12 h 7 días y clindamicina oral 600 mg/8 h 7 días. Seguimiento sin recurrencia.

Discusión

La piómetra tiene una baja incidencia (0,2-0,5%) en mujeres de edad avanzada, edad media de 75 años (40-93)^{1,2}, e institucionalizadas (13,6%)², su asociación con lesiones malignas es frecuente (4%)³. Hay pocos casos descritos en la literatura².

La piómetra se define como una acumulación de pus en la cavidad uterina que se produce cuando se ve comprometido el drenaje natural de la cavidad uterina. Se desarrolla *gradualmente y progresa distendiendo las paredes del útero con riesgo de perforarlas*^{2,4}. El 35% son debidas a neoplasias ginecológicas (endometrio [22%] o cérvix [72,7%]² con extensión a cérvix)³, el 10% a procesos benignos (miomas calcificados de localización cérvica⁵, pólipos endometriales³), secuelas de radioterapia o cirugías (conización), infecciones y malformaciones congénitas⁴. En la otra mitad de los casos son idiopáticas o por atrofia miometrial y atrofia cervical posmenopáusica^{1,6}, lo que se conoce como *piómetra senil benigna o idiopática*². Se han señalado como causas predisponentes la incontinencia urinaria³ y el cáncer de colon-sigma. Otros factores de riesgo asociados son el inmunocompromiso, fallo renal, diabetes o tratamiento con esteroides².

El 50% suelen ser asintomáticas o inespecíficas⁵, fáciles de confundir con infecciones del tracto urinario. La tríada típica (secreción purulenta vaginal, sangrado posmenopáusico y dolor hipogástrico) es poco frecuente^{1,2,7,8}. Los síntomas más habituales son dolor abdominal (97,6%), fiebre (54,8%), vómitos (54,8%), shock (11,9%) y, raramente, sangrado genital². En la serie de Muram et al.: metrorragia (61%), leucorrea (22%) y fiebre (16%)³. Podría sospecharse en pacientes con infecciones urinarias de repetición o que no responden al tratamiento médico y en las que progresa con signos sugestivos de proceso inflamatorio intraabdominal⁶. Las pruebas de imagen son necesarias para su confirmación. El diagnóstico y seguimiento suele ser mediante ecografía,

pero disponer de TAC y RMN es importante dentro del estudio de extensión^{3,8}.

El tratamiento es el drenaje por vía vaginal y, en casos seleccionados, la histerectomía, siempre con amplia cobertura antibiótica⁸. En muchas ocasiones la infección es polimicrobiana. Los microorganismos más frecuentes causantes de esta infección son *Escherichia coli* (40%), *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus sp.* y *Bacteroides fragilis*^{7,8}. Dicho tratamiento es poco efectivo si no se realiza un drenaje adecuado. Sin embargo, algunos autores solo recomiendan el uso de antibióticos en aquellas pacientes que manifiestan signos de infección en forma de fiebre o alteración de parámetros de laboratorio, cubriendo tanto gérmenes aerobios como anaerobios³. Existe poca información sobre la duración recomendada del tratamiento antibiótico. Se contempla la dilatación cervical en la piómetra idiopática, con recurrencias del 33%³.

La complicación más grave e infrecuente sería la perforación espontánea o rotura uterina con salida de pus a la cavidad abdominal, que en ocasiones es la primera manifestación de la enfermedad (aunque hay pocos casos descritos^{1,6}), cursando con abdomen agudo y peritonitis generalizada secundaria^{2,4,9}. Es necesaria una laparotomía de urgencia⁹ para evacuar el pus, lavar profusamente e histerectomía total y doble anexectomía⁶ (otros autores realizan histerectomía total o subtotal y sutura de perforación uterina) con colocación de drenaje (9,5%)² y antibioterapia. Presenta una alta tasa de mortalidad (15,2%)². En caso de perforación, el diagnóstico inicial es complejo, ya que lo más habitual es pensar en una perforación gastrointestinal, por lo que es frecuente el hallazgo intraoperatorio⁹. La causa subyacente frecuente suele ser un tumor maligno (26,2%) (cervical en el 72,7% o colon-sigma en el 27,3%). La localización más habitual de la rotura uterina suele ser el fundus (77,1%), pared anterior (14,3%) o pared posterior (8,6%)², aunque puede haber más de un orificio de rotura.

Conclusión

La piómetra es un caso infrecuente en la literatura; la mayoría son casos aislados y no existen apenas series de casos con los que comparar. Su incidencia mayor es en el ámbito geriátrico, en el que no es costumbre pensar en dicha dolencia. Una exploración cuidadosa y un estudio de extensión deben ser realizados para descartar un proceso maligno asociado¹. En nuestro caso no se objetivó tumoración ginecológica, por lo que se diagnosticó de piómetra senil benigna o idiopática. El diagnóstico es complejo por sintomatología inespecífica¹, por lo que son necesarias pruebas radiológicas. Considerando que son pacientes frágiles, el manejo no invasivo mediante drenajes periódicos o drenaje ecoguiado por vía vaginal bajo sedación¹⁰, evitando el riesgo que supondría la perforación uterina, sería adecuado salvo inestabilidad o malignidad. Siempre con cobertura antibiótica de amplio espectro y posterior seguimiento para evitar recurrencias. La rotura de la piómetra debe ser tenida en cuenta en caso de mujeres ancianas con abdomen agudo^{1,3,10}. Sería adecuado analizar series de casos prospectivamente⁸.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Yildizhan B, Uyar E, Sismanoglu A, Güllüoglu G, Kavak ZN Spontaneous perforation of pyometra: A case report. *Infect Dis Obstet Gynecol*. 2006, article ID 26786.
2. Kitai T, Okuno K, Ugaki H, Komoto Y, Fujimi S, Takemura M. Spontaneous uterine perforation of pyometra presenting as acute abdomen. *Case Rep Obstet Gynecol*. 2014, article ID738568.
3. Lobato Jiménez JL, San Román Sigler MV, López Valverde M. Giant benign senile pyometra in bicornuate uterus. *Medisar*. 2014;12:426–30.
4. Dalal S, Rohilla P, Garg P. La rotura espontánea de la piómetra, una causa infrecuente de abdomen agudo en mujer de edad avanzada. *Internet J Ginecol Obstet*. 2008;12.
5. Jeon HS, Shin HJ, Kim IH, Chung H, Chung DY. Spontaneous uterine perforation of pyometra presented as an acute abdomen: A case report. *Korean J Obstet Gynecol*. 2012;55:437–40.
6. Tsai MT, Lien WC, Liu KL, Wang HP. An elderly woman with abdominal pain and fever. *Clin Infect Dis* 2006. 2006;43:1218–9.
7. Gupta R, Das A, Krishma PS. *Streptococcus agalactiae* causing pyometra in an elderly woman with cervical cancer. *J Infect Dev Ctries*. 2012;6:891–4.
8. Sánchez-González MC, Pérez-García M, Hornillos Calvo M. Atypical presentation of pyometra in an elderly woman. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2011;46:233–4.
9. Kumar P, Gupta P, Mehra R, Goel P, Huria A. Spontaneous perforation of pyometra presented as an acute abdomen: A case report. *Medscape J Med*. 2008;10:15.
10. Perez Guerrero P, Martín Zamorano M, García Trujillo I, Girón González JA. Enfermedad rara: una anciana con Prevotella, bacteriemia secundaria a piómetra. *BMJ Case Reports*. 2009, <http://dx.doi.org/10.1136/bcr.09.2008.0897>.