

Piometra gigante que originó concentraciones séricas elevadas de CA-125. Reporte de un caso

Carlos Manuel Ortiz Mendoza*

Nivel de evidencia: II-3

RESUMEN

Se comunica el caso clínico de una mujer de 65 años de edad, con diagnóstico de probable quiste ovárico. Su padecimiento se inició dos años antes de ingresar a la unidad hospitalaria, con aumento progresivo del perímetro abdominal. En la exploración física se palpó un tumor abdominal de 28 cm, en el hipo y mesogastrio. El ultrasonido y la tomografía computada apoyaron el diagnóstico clínico. Los estudios de laboratorio resultaron con: 7,100 leucocitos por mm³ y CA-125 de 214 U/mL. Con el diagnóstico de posible cáncer de ovario se le hizo una laparotomía exploradora. Los hallazgos quirúrgicos fueron: útero de 26 cm y ovarios atróficos; se efectuó histerectomía y salpingooforectomía bilateral. El reporte del servicio de patología fue: piometra masivo coagulado. El piometra gigante es un hallazgo excepcional y es capaz de elevar las concentraciones séricas del marcador tumoral CA-125.

Palabras clave: CA-125, cirugía, marcadores tumorales, piometra, útero.

ABSTRACT

A case report patient with pyometra is infrequent. The aim of this communication is to present rare manifestations of it. A 65-year-old female with an ovarian cyst diagnosis was evaluated. She reported that since two years ago abdominal perimeter increased progressively. Physical exam revealed a 28 cm abdominal tumor. An ultrasound and a CT scan supported clinical diagnosis. Laboratory test results: white cell count 7 100/ mm³, and CA-125: 214 U/mL. With a presumptive ovarian cancer diagnosis an exploratory laparotomy was carried out. Operative findings: a 26 cm uterus with atrophic ovaries. A total abdominal hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy were performed. The histopathology test results revealed a massive coagulated pyometra.

Conclusion: A giant pyometra is an exceptional event, and also it can increase CA-125 serum levels.

Key words: CA-125, pyometra, surgery, tumor markers, uterus.

RÉSUMÉ

On communique le cas clinique d'une femme de 65 années d'âge, avec diagnostic de kyste ovarien probable. Son épreuve a été entamée deux années avant de verser à l'unité hospitalière, avec augmentation progressive du périmètre abdominal. Dans l'exploration physique on a palpé une tumeur abdominale de 28 cm, dans le hoquet et mesogastrique. L'ultra-son et la tomographie calculée ont soutenu le diagnostic clinique. Les études en laboratoire ont résulté avec : 7.100 leucocytes par mm³ et CA-125 de 214 U/mL. Avec le diagnostic de possible cancer d'ovaire il a été fait une laparotomie exploratoire. Les découvertes chirurgicales ont été : utérus 26 cm et ovaires atrophiques ; on a effectué hysterectomie et salpingooforectomie bilatéral. Le rapport du service de pathologie a été: piometra massif coagulé. Le géant piometra est un événement exceptionnel et est capable d'élever les concentrations sériq du marqueur tumoral CA-125.

RESUMO

O caso clínico duma mulher de 65 anos de idade comunica-se, com diagnóstico do quisto provável ovárico. Seu sofrimento iniciou-se dois anos antes de ingressar à unidade hospitaliera, com aumento progressivo do perímetro abdominal. Um tumor abdominal de 28 sentiu-se na exploração física cm, em hipo e mesogastrio. O ultrasom e tomografia computada apoiaram o diagnóstico clínico. Os estudos de laboratório resultaram com: 7.100 leucocitos por mm³ e CA-125 de 214 U/mL. Um laparotomía explorador fêz- se-lhe com o diagnóstico do cancro possível de ovário. Os encontros cirúrgicos foram: útero de 26 cm e ovários atróficos; efetuou-se histerectomia e salpingooforectomia bilateral. Os relatórios do serviço de patologia foram: piometra maciço coagulado. Gigante piometra é um evento excepcional e é capaz para elevar as concentrações séricas do marcador tumoroso CA-125.

Palavras chave: CA-125 tumorosos cirugía, marcadores.

Paciente femenina de 65 años de edad, referida por diagnóstico de quiste de ovario. El padecimiento se inició dos años antes de ingresar a la unidad hospitalaria, con aumento progresivo e indoloro en el perímetro abdominal, que alcanzó la dimensión de un embarazo de 20 semanas de gestación. En la exploración física se observó a la paciente en buen estado general. En el abdomen se palpó un tumor prominente de 28 cm, en el hipo y mesogastrio, de consistencia lisa, renitente y poco móvil. Útero y anexos no palpables. La citología cérvico-vaginal resultó de clase II, con epitelio atrófico y células de metaplasia epidermoide. El ultrasonido pélvico mostró una masa redondeada de 153 mm, con ecos en su interior; se catalogó como el ovario derecho, y se precisó que no se identificó el útero (figura 1). La urografía excretora mostró una masa en el hipo y mesogastrio de forma oval (figura 2). La tomografía computada de abdomen comprobó el quiste, que provenía de la pelvis verdadera (figuras 3 y 4). Los estudios de laboratorios demostraron: leucocitos de 7 100/mm³, hemoglobina de 15.7 g/dL y CA-125 de 214 U/mL. La telerradiografía de tórax fue normal. Con el diagnóstico de probable cáncer de ovario se decidió efectuar una laparotomía exploradora, cuyos hallazgos fueron: útero de 22 x 24 x 26 cm y ovarios atróficos (figura 5), por lo que se realizó histerectomía extrafacial y oforeachtomía bilateral. Con la pieza fuera del campo operatorio, se abrió parcialmente el útero y se descubrió un piometra masivo y el miometrio adelgazado (figura 6). El servicio de Patología reportó piometra masivo coagulado y útero con paredes de 2 a 3 mm de grosor. La paciente evolucionó satisfactoriamente en el periodo posoperatorio.



Figura 1. Ultrasonido.



Figura 2. Urografía excretora.

DISCUSIÓN

La acumulación purulenta intrauterina se denomina piometra, que se origina por obstrucción cervical que interfiere con su drenaje natural.¹⁻⁶ Su causa más frecuente es la cervicitis atrófica,^{2,4} pero en algunas ocasiones se asocia con

* Servicio de Oncología Quirúrgica. Hospital General Tacuba, ISSSTE, México, DF.

Correspondencia: Dr. Carlos Manuel Ortiz Mendoza, servicio de Oncología Quirúrgica, Hospital General Tacuba, ISSSTE. Lago Ontario 119, colonia Tacuba, México 11410, DF. Correo electrónico: cortizmendoza@yahoo.com.mx

Recibido: abril, 2009. Aceptado: junio, 2009.

Este artículo debe citarse como: Ortiz MCM. Piometra gigante originado por concentraciones séricas elevadas de CA-125. Reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex 2009;77(9):445-48.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: www.nietoeditores.com.mx



Figura 3. Tomografía computada: reconstrucción sagital.



Figura 4. Tomografía computada: corte en la pelvis.

neoplasias.⁷ Es indispensable establecer su causa, pues si no se identifica oportunamente resulta en complicaciones y tratamientos inadecuados.^{1-4,8}

El piometra gigante, o masivo, es un hallazgo raro. Sólo se han identificado dos casos similares al actual,^{9,10} de los cuales uno ocurrió en una mujer posmenopáusica,¹⁰ pero en

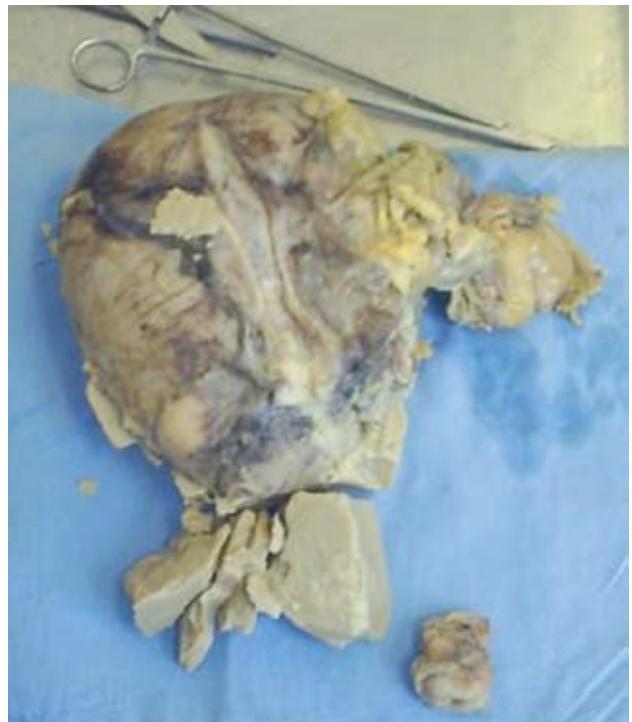


Figura 5. Vista macroscópica del útero.

ambos no fue factible el diagnóstico preoperatorio.^{9,10} En los dos casos la manifestación clínica fue un tumor pélvico y no se reportaron las concentraciones de CA-125.^{9,10}



Figura 6. Útero abierto por la mitad. Se observa el piometra coagulado y la pared muscular adelgazada.

El antígeno CA-125 es una glucoproteína derivada del mesotelio peritoneal.¹¹ Aunque es un marcador tumoral útil para la identificación de neoplasias ováricas epiteliales,¹² no es infalible, pues su concentración puede elevarse por diferentes neoplasias malignas y diversos padecimientos benignos inflamatorios que afectan el peritoneo.^{13,14}

El piometra suele aparecer durante la posmenopausia.⁶ Su diagnóstico es clínico y se comprueba con el drenaje de pus proveniente de la cavidad uterina.¹ En los casos de sospecha, el ultrasonido o la tomografía computada permiten corroborar la acumulación de líquido intrauterino;⁴ sin embargo, no es posible diferenciar entre hidrómetra, hematometra o piometra.⁴

Los datos clínicos característicos de piometra son: dolor hipogástrico, sangrado trasvaginal y leucorrea fétida,^{2,3,10} pero no son patognomónicos ni aparecen en todos los casos, como en la paciente de este estudio. Muram y su grupo¹ reportaron un tumor pélvico como manifestación inicial de piometra en 5% de sus casos. Chan y colaboradores² señalaron aumento del tamaño uterino en 44% de los casos.

El piometra consiste en un absceso y su tratamiento de elección es el drenaje;¹ la vía recomendada es a través de dilatación cervical. En las pacientes con probabilidad de rotura uterina, necrosis o perforación^{1,3,10,11} se indica la histerectomía, cuyo tipo (total o subtotal) dependerá del estado de la paciente y la causa subyacente.³

En el tratamiento del piometra es obligatorio prescribir antibióticos dirigidos contra microorganismos aerobios y anaerobios.^{1,3} Sin embargo, su drenaje adecuado es imprescindible para evitar complicaciones, como perforación, peritonitis y septicemia.^{1-3,10,11} Inexplicablemente, la paciente de este estudio no tuvo leucocitosis ni síntomas generales por la acumulación de pus.

REFERENCIAS

1. Muram D, Drouin P, Thompson FE, Oxorn H. Pyometra. *CMAJ* 1981;125:589-92.
2. Chan LY, Lau TK, Wong SF, Yuen PM. Pyometra: what is its clinical significance. *J Reprod Med* 2001;46:952-6.
3. Imachi M, Tanaka S, Ishikawa S, Matsuo K. Spontaneous perforation of pyometra presenting as generalized peritonitis in a patient with cervical cancer. *Gynecol Oncol* 1993;50:384-8.
4. Scott WW, Rosenshein NB, Sleegeleman SS, Sanders RC. The obstructed uterus. *Radiology* 1981;141:767-770.
5. Loera-García A, Hernández AJE, Villalobos-Román M. Piometra. Informe de un caso. *Ginec Obstet Mex* 1980;48:403-8.
6. Gull B, Karlsson B, Wiklund M, Milson I, Granberg S. Factors influencing the presence of uterine cavity fluid in a random sample of asymptomatic postmenopausal women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998;77:751-7.
7. Ortiz-Mendoza CM, Acosta SNA, Catarino DA. Piometra como complicación del cáncer cervicouterino invasor endocervical. *Ginecol Obstet Mex* 2006;74:121-4.
8. Ortiz-Mendoza CM. Abdomen agudo debido a perforación uterina espontánea asociada a piometra. *Cir Ciruj* 2006;74:133-5.
9. Klug PW. Rare pelvic tumors. A case report. *Zentralbl Gynakol* 1991;113:105-9.
10. Dare FO, Makinde OO, Nganwuchu AM. Massive pyometra simulating a giant ovarian cyst in a post-menopausal Nigerian woman. A case report. *Trop Doct* 1989;19:63.
11. Zeillemaker AM, Verbrugh HA, Hoynck van Papendrecht AA, Leguit P. CA 125 secretion by peritoneal mesothelial cells. *J Clin Pathol* 1994;47:263-265.
12. Chi DS, Venkatraman ES, Masson V, Hoskins WJ. The ability of preoperative serum CA-125 to predict optimal primary tumor cytoreduction in stage III epithelial ovarian carcinoma. *Gynecol Oncol* 2000;77:227-31.
13. Zeimet AG, Offner FA, Marth C, Heim K, et al. Modulation of CA-125 release by inflammatory cytokines in human peritoneal mesothelial and ovarian cancer cells. *Anticancer Res* 1997;17:3129-31.
14. Ozols RF, Schwartz PE, Eifel PJ. Ovarian cancer, fallopian tube carcinoma, and peritoneal carcinoma. En: De Vita V, Hellman S, Rosenberg SA. *Cancer. Principles and practice of oncology*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2001;pp:1597-632.