

## 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  $\text{mm}^3$  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/  $\text{mm}^3$ , 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 mesogastriq. L'ultra-son et la tomographie calculée ont soutenu le diagnostic clinique. Les études en laboratoire ont résulté avec : 7.100 leucocytes par  $\text{mm}^3$  et CA-125 de 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 hystérectomie 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 hospitaleira, com aumento progressivo do perímetro abdominal. Um tumor abdominal de 28 sentiuse na exploração física cm, em hipo e mesogastrio. O ultrasom e tomografia computado apoiaram o diagnóstico clínico. Os estudos de laboratório resultaram com: 7.100 leucocitos por  $\text{mm}^3$  e CA-125 de 214 U/mL. Um laparotomia 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 tumoral CA-125.

**Palavras chave:** CA-125 tumorosos cirurgia, marcadores.

**P**aciente 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 pacientes 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 movable. 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 estudio de laboratorios demostraron: leucocitos de 7 100/mm<sup>3</sup>, 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 ooforectomía 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.

\* 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](http://www.nietoeditores.com.mx)



Figura 1. Ultrasonido.



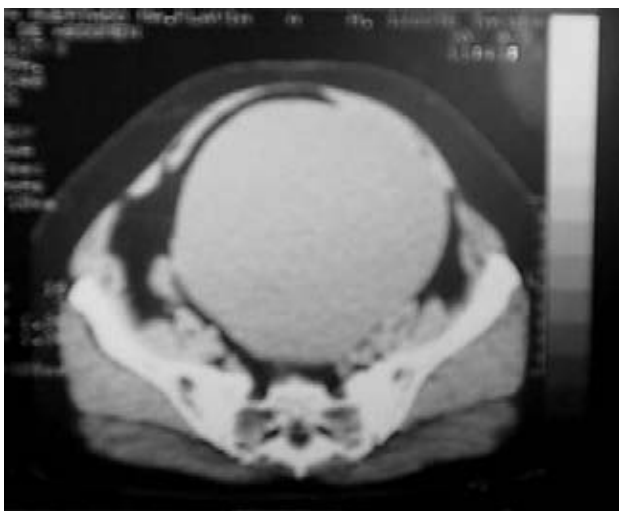
Figura 2. Urografía excretora.

## DISCUSIÓN

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



**Figura 3.** Tomografía computada: reconstrucción sagital.



**Figura 4.** Tomografía computada: corte en la pelvis.

neoplasias.<sup>7</sup> Es indispensable establecer su causa, pues si no se identifica oportunamente resulta en complicaciones y tratamientos inadecuados.<sup>1-4,8</sup>

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



**Figura 5.** Vista macroscópica del útero.

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



**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.<sup>11</sup> Aunque es un marcador tumoral útil para la identificación de neoplasias ováricas epiteliales,<sup>12</sup> no es infalible, pues su concentración puede elevarse por diferentes neoplasias malignas y diversos padecimientos benignos inflamatorios que afectan el peritoneo.<sup>13,14</sup>

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

Los datos clínicos característicos de piometra son: dolor hipogástrico, sangrado trasvaginal y leucorrea fétida,<sup>2,3,10</sup> pero no son patognomónicos ni aparecen en todos los casos, como en la paciente de este estudio. Muram y su grupo<sup>1</sup> reportaron un tumor pélvico como manifestación inicial de piometra en 5% de sus casos. Chan y colaboradores<sup>2</sup> señalaron aumento del tamaño uterino en 44% de los casos.

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

En el tratamiento del piometra es obligatorio prescribir antibióticos dirigidos contra microorganismos aerobios y anaerobios.<sup>1,3</sup> Sin embargo, su drenaje adecuado es imprescindible para evitar complicaciones, como perforación, peritonitis y septicemia.<sup>1-3,10,11</sup> 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, Slegelman 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, Wikland 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. Zeilemaker AM, Verbrugh HA, Hoyneck 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: Lippincot Willimans and Wilkins, 2001;pp:1597-632.