



Perforación uterina espontánea secundaria a piometra en una paciente con cáncer cervicouterino: reporte de un caso

María Gloria González-Medrano,¹ Luz María Uribe-Koch,² María del Rocío Estrada-Hernández,³ Roberto Carlos Ojendiz-Nava,⁴ Alejandra Pérez-Morales⁴

RESUMEN

La piometra es un padecimiento poco frecuente, con incidencia menor a 1%. En pacientes con cáncer cervicouterino la ruptura espontánea de la piometra se manifiesta como peritonitis generalizada, que es sumamente rara, en la bibliografía sólo se describen siete casos. Se reporta el caso de una paciente postmenopáusica con antecedente de sangrado transvaginal un mes previo a su ingreso al hospital; acudió a valoración por datos de abdomen agudo. La TAC reportó aire libre en la cavidad abdominal y el útero con aire en la periferia, por eso se le practicó una laparotomía exploradora en la que se encontró material purulento con dos perforaciones en el fondo uterino. Se le realizó una histerectomía total abdominal extrafacial, con diagnóstico histopatológico de carcinoma epidermoide queratinizante, moderadamente diferenciado.

Palabras clave: ruptura uterina, piometra, cáncer cervicouterino.

ABSTRACT

The pyometra is a rare condition, with an incidence of less than 1%. In patients with cervical cancer, spontaneous rupture of pyometra manifests as a generalized peritonitis, which is extremely rare, in the literature only seven cases are described. This paper reports the case of a patient with a history of postmenopausal vaginal bleeding one month before her admission to the hospital; she attended because of acute abdomen. The CT scan reported air in the abdominal cavity and the uterus with air at the periphery, so she underwent an exploratory laparotomy in which purulent material was found with two perforations in the uterine fundus. She underwent total abdominal extrafacial hysterectomy with histopathological diagnosis of keratinizing squamous cell carcinoma, moderately differentiated.

Keywords: Uterine rupture, Pyometra, Cervicouterine cancer.

RÉSUMÉ

Le pyomètre est une affection rare, avec une incidence de moins de 1%. Chez les patients atteints de cancer du col utérin, la rupture spontanée du pyomètre se manifeste comme une péritonite généralisée, ce qui est extrêmement rare dans la littérature décrit sept cas seulement. Nous rapportons le cas d'un patient ayant des antécédents de saignements vaginaux après la ménopause, un mois avant l'admission à l'hôpital, est allé à des données d'évaluation de l'abdomen aigu. Le TAC a rapporté l'extérieur dans la cavité abdominale et l'utérus avec de l'air à la périphérie, alors il a subi une laparotomie exploratrice dans lesquels le matériel purulent a été retrouvé deux trous dans le fond. Elle a subi une hystérectomie abdominale totale extrafacial avec diagnostic histopathologique de kératinisant carcinome spinocellulaire, modérément différencié.

Mots-clés: Rupture utérine, pyomètre, le cancer du col utérin.

RESUMO

A piometra é uma condição rara, com uma incidência de menos de 1%. Em pacientes com câncer de colo uterino, ruptura espontânea de piometra se manifesta como uma peritonite generalizada, o que é extremamente raro na literatura descreve apenas sete casos. Relatamos o caso de um paciente com uma história de sangramento vaginal após a menopausa um mês antes da admissão ao hospital, foi para dados de avaliação do abdome agudo. O TAC informou ao ar livre na cavidade abdominal e do útero com o ar na periferia, de modo que ele passou por uma laparotomia exploradora em que o material purulento foi encontrado dois furos no fundo do olho. Ela foi submetida a histerectomia total abdominal extrafacial com diagnóstico histopatológico de queratinização carcinoma espinocelular, moderadamente diferenciado.

Palavras-chave: Ruptura uterina, piometra, o cancro do colo do útero.

La piometra es una colección de material purulento en la cavidad endometrial consecutiva a la interferencia u obstrucción al drenaje natural. La primera descripción la hizo Clarke en Londres, en 1812.¹ La causa más frecuente es la cervicitis atrófica. En la bibliografía internacional se reportan de 0.01 a 0.5% de casos; en México existen datos de 0.03% de los internamientos por padecimientos ginecológicos; en la población asintomática se ha detectado en 0.001%.² La ruptura espontánea de la piometra asociada con cáncer cervicouterino que provoca peritonitis es sumamente rara.³ En la bibliografía sólo existen siete casos de abdomen agudo secundario a perforación uterina relacionado con cáncer cervicouterino en pacientes sin tratamiento.⁴

CASO CLÍNICO

Paciente de 81 años de edad, con antecedentes de tabaquismo positivo durante 70 años de 8 a 10 cigarrillos al día, sin otros antecedentes personales patológicos relevantes. Los antecedentes ginecoobstétricos incluyeron: menarquia a los 14 años, ciclos menstruales regulares, sin registro de la fecha de inicio de la vida sexual activa, sin método de planificación familiar. Tuvo 20 embarazos, 9 partos y 11 abortos, menopausia a los 50 años. No tuvo detección oportuna de cáncer.

El cuadro clínico era de dos meses de evolución, con dolor hipogástrico, punzante, intermitente, de intensidad

3/10, sin irradiaciones, con exacerbaciones desde hacía un mes, acompañado de sangrado posmenopáusico leve a moderado.

En la primera exploración no se apreciaron datos de irritación peritoneal. Al tacto vaginal, en la parte central del cuello uterino se palpó una tumoración en forma de cúpula, irregular, indurada, no móvil, de dos centímetros de longitud, con manchado transvaginal no fétido; debido al panículo adiposo no se logró delimitar el útero. En el tacto rectal se sintió un tabique rectovaginal y los parametrios indurados.

Se le tomó una biopsia del cuello uterino (Figura 1) previo a su envío a un hospital de tercer nivel de atención. Siete días después ingresó al hospital debido a un cuadro de 24 horas de evolución, caracterizado por dolor abdominal generalizado, intermitente, con intensidad de 10/10, sin atenuantes ni exacerbantes, acompañado de náuseas y vómito, con distensión abdominal, al parecer sin evacuaciones y canalización de gases cuatro días previos. En la exploración física se la encontró: consciente, orientada, con palidez de tegumentos y mal hidratada. Los signos vitales al ingreso fueron: tensión arterial de 130-70 mmHg, frecuencia cardiaca de 90 latidos por minuto y respiratoria de 20 latidos por minuto, temperatura de 37°C. No se encontraron afectaciones en el aparato cardiopulmonar. El abdomen estaba globoso, a expensas del panículo adiposo, con hiperestesia e hiperbaralgia, peristalsis ausente, con resistencia muscular involuntaria, doloroso a la palpación superficial, media y profunda de predominio en el mesogastrio, rebote positivo, timpánico a la percusión. Al tacto vaginal se encontraron: el cuello uterino fijo, irregular, no móvil, pétreo, sin pérdidas transvaginales. Al tacto rectal se palpó invasión del tabique recto-vaginal y parametrios, sin pérdidas transvaginales. Los miembros pélvicos estaban hipotróficos.

Exámenes generales: la biometría hemática reportó: leucocitos: 14,200, neutrófilos: 88.6, hemoglobina: 15, hematócrito: 43.5, plaquetas: 240,000. Química sanguínea: glucosa: 119 mg/dL, BUN 9.4, creatinina 1.17, sodio 136, potasio 4.4, cloro 102, bilirrubina total 2.24, bilirrubina directa 0.68, bilirrubina indirecta 1.56, albúmina 3.3, ALT 15, AST 38, LDH 361, fosfatasa alcalina 90, GGT: 33, Ck: 99, amilasa 29, lipasa 17.

Radiografía del abdomen: las asas del intestino delgado estaban dilatadas con abundante material de residuo en el marco cólico y la ampulla rectal. En la TAC de abdomen

¹ Residente de Ginecología y Obstetricia.

² Médico adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia.

³ Médico adscrito al servicio de Anatomía patológica.

⁴ Residente de Ginecología y Obstetricia.
Hospital General Doctor Manuel Gea González, SS, México DF.

Correspondencia: Dra. María Gloria González Medrano. Calle Francisco Villa lote 6, manzana 83. México 02719 DF. Correo electrónico: goshbe@hotmail.com

Recibido: 4 de marzo 2013

Aceptado: mayo 2013

Este artículo debe citarse como: González-Medrano MG, Uribe-Koch LM, Estrada-Hernández MR, Ojendiz-Nava RC, Pérez-Morales A. Perforación uterina espontánea secundaria a piometra en una paciente con cáncer cervicouterino: reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex 2013;81:425-429.

www.femecog.org.mx

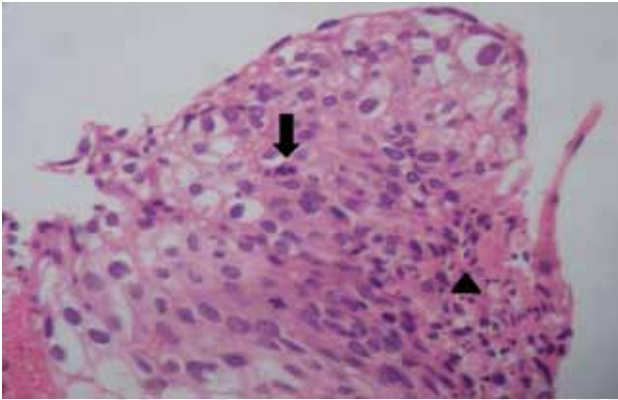


Figura 1. 4x. Fragmento de epitelio plano estratificado, con displasia de alto grado, con atipia y pleomorfismo acentuados, mitosis atípicas (flecha) y figuras apoptóticas (punta de flecha).

se observó aire libre en la cavidad abdominal y uterina, con un tumor en el hueco pélvico que invadía los parametrios. (Figura 2)

La paciente fue valorada por médicos del servicio de Cirugía general, quienes decidieron operarla debido a un cuadro de abdomen agudo secundario a probable perforación intestinal. En la laparotomía exploradora se encontraron 400 cc de material purulento, sin lesión intestinal; en la cavidad pélvica se observaron dos perforaciones en el fondo uterino de 0.5 cm y 1 cm, con útero de 5 x 3 x 2 cm, fijo, no móvil, con aumento de consistencia en el área ístmico-cervical. Debido a que los ovarios estaban hipotróficos se realizó la histerectomía total abdominal, con técnica extrafascial. (Figura 3 y 4)

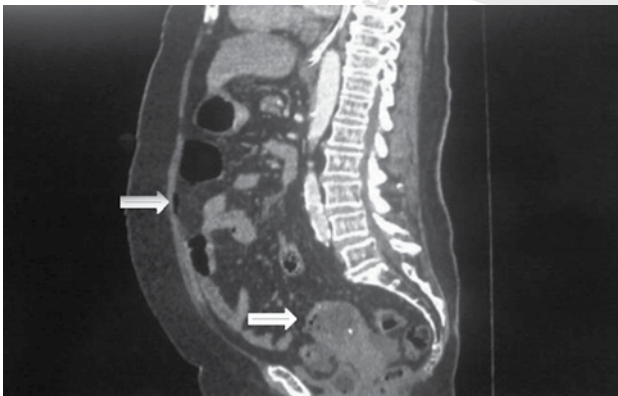


Figura 2. Tomografía en fase contrastada. Al corte sagital se observa aire libre abdominal (flecha superior). Útero aumentado de tamaño, ovoideo, hipodensidad de fondo uterino de 45 x 42 mm, sin reforzamiento, con aire en la periferia, diámetro de 10-17 UH (flecha inferior).

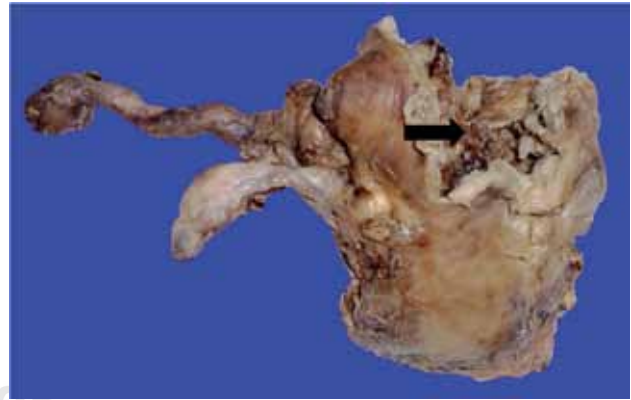


Figura 3. Vista lateral del útero con perforación del fondo uterino.

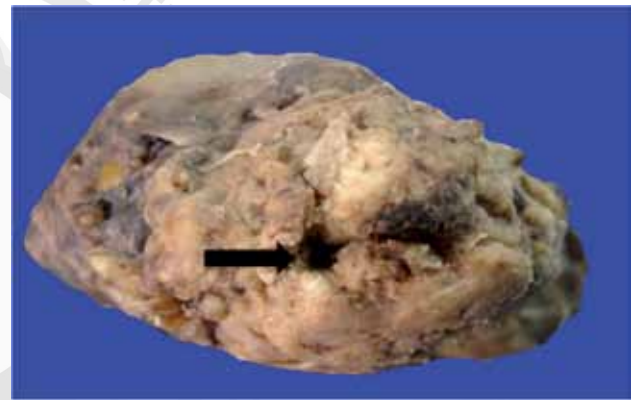


Figura 4. Vista inferior del cuello uterino puntiforme e infiltrado por una lesión neoplásica sólida.

Reporte histopatológico: carcinoma epidermoide queratinizante, moderadamente diferenciado, carcinoma invasor, con invasión linfática. Endometritis ulcerada y miometritis abscedada y perforada en el fondo uterino, peritonitis fibrinopurulenta y salpinges sin alteraciones histológicas. (Figura 5). Durante el postoperatorio le sobrevino insuficiencia cardíaca congestiva y delirium, que luego remitieron. Se le dio de alta del hospital a los 14 días posteriores a su ingreso, para continuar el tratamiento en un centro oncológico.

DISCUSIÓN

El piometra representa 13.6% de los trastornos ginecológicos de las pacientes seniles, sobre todo entre los 65 y 82 años de edad.⁵ La causa más frecuente es la cervicitis atrófica, que en algunas ocasiones se asocia con neopla-

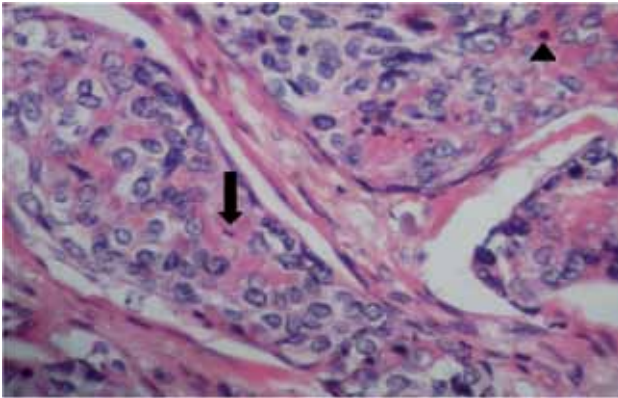


Figura 5. 4x. Neoplasia epitelial maligna caracterizada por células con atipia y pleomorfismo moderado, mitosis atípica (flecha) y disqueratocitos (punta de flecha); el material eosinófilo entre las células que indica producción de queratina.

sias, pólipos uterinos o cervicales, estenosis cervical por conización, amputación cervical y cervicitis posradiación. El cuadro clínico es inespecífico, por lo general comprende hemorragia transvaginal posmenopáusica, leucorrea fétida y dolor pélvico, con menor frecuencia fiebre o vómito. Estas manifestaciones no son patognomónicas y no ocurren en todos las pacientes. En algunos estudios la leucorrea se apreció en 22 a 48%, el sangrado trasvaginal en 44 a

61%, aumento del tamaño uterino en 44%, leucocitosis en 25.9%, dolor abdominal en 22%, fiebre en 16 a 18.5% y tumor pélvico como manifestación inicial de piometra 5%.⁶ La perforación espontánea del piometra es una complicación muy rara, la peritonitis secundaria puede causar la muerte como consecuencia de choque séptico. Puesto que el establecimiento del diagnóstico preoperatorio es complicado, las pacientes suelen requerir laparotomía exploradora, por sospecha clínica de perforación de viscera hueca, tal como sucedió en el caso aquí reportado, con respecto al sitio más frecuente de perforación espontánea, la bibliografía coincide que es el fondo uterino.⁷ El pronóstico del piometra se relaciona con su origen; las pacientes con neoplasia benigna tienen mayor supervivencia (73%) que las que padecen neoplasia maligna (33%). La ruptura espontánea del piometra en cáncer cervicouterino, que se manifiesta como peritonitis generalizada, es extremadamente rara, sólo se describen siete casos que se resumen en el Cuadro 1, incluido el caso aquí comunicado.^{3,8,9}

Con mayor frecuencia se observa que el tratamiento consiste en drenaje con aspiración o lavado peritoneal y, en tres casos, incluido el que aquí se reporta, consistió en histerectomía total abdominal con salpingooforectomía bilateral para, posteriormente, continuar el tratamiento oncológico.

Cuadro 1. Casos de perforación uterina espontánea en cáncer cervicouterino

Referencia	Edad	Síntomas	Diagnóstico provisional	Sitio de perforación	Tipo histológico	Tratamiento
Imachi, et al 1993	67	DA,S,G	P	Fondo	Carcinoma de células escamosas	Aspiración y drenaje
Chan LY, et al 2000	34	DA	P,PU	Cornual izquierdo	Carcinoma de células escamosas	Drenaje y LP
Chan LY, et al 2000	62	DA	P	Fondo	Carcinoma de células escamosas	Drenaje y LP
Lee SL et al 2007 ,	60	DA,F	P	Fondo	Carcinoma de células escamosas	HTA + SOB
Sameer Vyas, et al 2007	60	DA,F,V	P	Fondo	Adenocarcinoma	Drenaje
Rachna Arwal, et al 2011	60	DA,F, Da	PU,P	Fondo	Carcinoma	Drenaje
Hyun-Soo Jeon et al 2012	78	F,V, DA	P,PU	Fondo	Carcinoma de células escamosas	HTA + SOB
Caso reportado: Hospital Gea González	81	DA, V	P	Fondo	Carcinoma epidermoide	HTA + SOB

DA: dolor abdominal, Da: distensión abdominal, F: fiebre, HTA: histerectomía total abdominal, LP: lavado peritoneal, P: peritonitis, PU: perforación uterina, SG: sangrado genital, SOB: salpingooforectomía bilateral, V: vómito.

CONCLUSIÓN

La perforación uterina espontánea, secundaria a piometra, es una afección extremadamente rara que se manifiesta en pacientes de edad avanzada y que debe considerarse en el diagnóstico diferencial de abdomen agudo en pacientes posmenopáusicas. Debe efectuarse laparotomía inmediata, lavado peritoneal, colocación de drenajes o histerectomía, o ambos, para la perforación de una piometra; asimismo, debe iniciarse el tratamiento con antibióticos. El tratamiento ideal de la piometra sin ruptura es el drenaje a través del canal endocervical.

REFERENCIA

1. Alvarado Gay FJ, Morales Velásquez AE, Vega Silva E. Perforación uterina espontánea secundaria a piometra: reporte de tres casos. *Ginecol Obstet Mex* 2005;73:456-463.
2. Ortiz-Mendoza CM. Abdomen agudo debido a perforación uterina espontánea asociada a piometra. *Cir Ciruj* 2006;74:133-135.
3. Sameer-Vyas Z, Kumar A, Prakash M, Kapoor R, et al. Spontaneous perforation of pyometra in a cervical cancer patient: a case report and literature review. *Cancer Imaging* 2009;9:12-14.
4. Toquero M, Bañuelos Flores J. Peritonitis secundaria a piometra perforado en cáncer de cuello uterino. *Ginecol Obstet Mex* 2005;73:618-621.
5. Togo-Peraza JM, Ayala-Castellanos MM, López-Sandoval R. Piometra senil benigno: comunicación de un caso. *Ginecol Obstet Mex* 2008;76:224-227.
6. Ortiz-Mendoza CM, Acosta-Sánchez NA, Catarino-Dircio A. Piometra como complicación del cáncer cervico-uterino invasor endocervical. *Ginecol Obstet Mex* 2006;74:121-124.
7. Begum Y, Uyar E, Sismanoglu A, Gulluoglu G, et al. Spontaneous Perforation of Pyometra: A case report. *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology* 2006, article ID 26786;1-3
8. Rachna A, Amita S, Abha S, Neelam B VD. An unusual Etiology of Spontaneous Pyometra Perforation; A Case Report. *J Reprod Infertil* 2011;12:235-238.
9. Hyun-Soo Jeon, Hyun-Jun Shin, Ick-Hee Kim, Hong Chung, et al. Spontaneous uterine perforation of pyometra presented as an acute abdomen: a case report. *J Obstet Gynecol* 2012;55:437-440.