

PIOMETRA : ESTUDIO DE EVALUACION EN 15 AÑOS EN EL HOSPITAL LOAYZA.

Drs.: Roberto Sandoval Jiménez - H. Castro
J. Seminario

RESUMEN

Se revisa en forma retrospectiva nueve casos de piometra ocurridos durante un periodo de 15 años en el Hospital Arzobispo Loayza, Lima-Perú.

El diagnóstico fue establecido clínicamente luego de la observación de material purulento que escapaba a través del orificio cervical en forma espontánea o luego de dilatación del cervix.

El promedio de edad fue 52.5 años. Siete pacientes se encontraban en edad post-menopáusica. El síntoma de flujo vaginal como descarga purulenta fétida se presentó en siete pacientes, cinco de las cuales acudieron con fiebre y compromiso del estado general. En ningún caso se encontró asociación con enfermedad maligna del cervix o útero. En seis casos se encontró útero aumentado de tamaño y, en todos los casos, este fue doloroso a la palpación.

El diagnóstico preoperatorio fue hecho en cuatro casos. Los resultados bacteriológicos son limitados por no haberse hecho cultivos para anaerobios.

Todas las pacientes recibieron tratamiento médico y quirúrgico, y su evolución fue favorable.

Se discute los resultados basados en una revisión bibliográfica actualizada.

SUMMARY

We reviewed nine cases of pyometra attended at Arzobispo Loayza Hospital, Lima - Perú, during a fifteen year period.

Clinical diagnosis was established by observation of large amounts of pus escaping from the cervix, either spontaneously or after dilatation.

The average age of the patients was 52.5 years. Seven patients were post-menopausal. Purulent vaginal discharge was observed in seven patients. Five of these were admitted with fever and severe generalized discomfort. No association with malignant disease of the cervix or corpus uterus was found.

In six cases, uterine enlargement, cramps and lower abdominal pain were found.

The pre-operative diagnosis was made only in four cases. Bacteriologic findings were limited because anaerobic cultures were not done.

All of these patients were treated medically and surgically and the follow-up showed no evidence of recurrence.

Key words: Pyometra, phyometra, endouterine abscess.

Se define piometra como el acúmulo de material purulento en la cavidad uterina, secundaria a interferencia al drenaje natural, generalmente por obstrucción del canal cervical.

Esta patología era una condición reconocida ya desde muy antiguo por Hipócrates, quien recomendaba para su tratamiento la dilatación y permeabilización del canal cervical con bujías.

El primer caso reportado, establecido científicamente, data de 1812. "A propósito de un caso de colección de pus en la cavidad uterina", por J. Clarke en Londres.¹

Esta entidad ha recibido poca atención en la literatura médica, no obstante haber sido motivo de muchas discusiones y publicaciones en los primeros años de este siglo, luego de lo cual existe muy poca información al respecto.

Esta es una enfermedad incapacitante y potencialmente seria; su incidencia, en nuestro medio, no ha sido establecida.

Ciertas condiciones patológicas predisponen a la formación de una piometra. Henriksen² demuestra en 1956, que la causa más comunmente asociada es la presencia de lesiones malignas en cervix o útero. En pacientes post-menopáusicas, la incidencia reportada es de 0.2%; pero, cuando se encuentra asociada a lesiones malignas del útero, la piometra es más común, encontrándose una incidencia que va del 1.5 al 4%^{1, 3}.

En las mujeres pre-menopáusicas, la piometra es relativamente rara; cuando se presenta, la causa es por lo general un daño local por traumatismo del cervix o una anomalía congénita del tracto uro-genital. La terapia por radiación externa, también ha sido implicada como factor desencadenante; sin embargo, existen reportes en la literatura que relatan muchos casos descritos de piometra antes de que la terapia por radiación fuera usada clínicamente.

CONDICIONES PATOLOGICAS QUE
PREDISPONEN A LA FORMACION
DE PIOMETRA

PIOMETRA:

ACUMULO DE MATERIAL PURULENTO
EN LA CAVIDAD UTERINA,
SECUNDARIA A INTERFERENCIA
EN EL DRENAJE NATURAL,
GENERALMENTE POR OBSTRUCCION
DEL CANAL CERVICAL.

- PROCESOS NEOPLASICOS DE CERVIX O DE CUERPO UTERINO.
- TRAUMATISMO LOCAL DEL CANAL CERVICAL.
- ESTENOSIS CERVICAL SECUNDARIA A CAUTERIZACIONES ITERATIVAS.
- CONSTRICCION CERVICAL POR EDEMA INFLAMATORIO SECUNDARIA A UNA INFECCION CERVICAL (Endocervicitis Cronica)
- FIBROSIS SENIL
- ANOMALIAS CONGENITAS DEL TRACTO URO - GENITAL.
- RETROFLEXION UTERINA FIJA
- POLIPOS ENDOMETRIALES / LEIOMIOMAS SUBMUCOSOS DEGENERADOS INFECTADOS.
- ENFERMEDAD CRONICA INCAPACITANTE.

P I O M E T R A

ESTUDIO DE EVALUACION EN 15 AÑOS EN EL HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA

Reporte de Nueve Casos

| N° PACIENTE | HISTORIA CLINICA | EDAD (años) | TIEMPO DE HOSPITALIZACION | MENARQUIA (años) | REGIMEN CATAMENIAL (días) | GESTA PARA | MEMOPAU. SIA | USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS | ANTECEDENTES PATOLOGICOS | |
|-------------|------------------|-------------|---------------------------|------------------|---------------------------|------------|--------------|--------------------------------|-------------------------------|--|
| 1 | 173241 | 86 | 10 | 19 | 4/30 Regular | 0 | 0 | SI | NO | NO |
| 2 | 171954 | 26 | 21 | 14 | 3/28 Regular | 2 | 2002 | NO | NO | NO |
| 3 | 013970 | 69 | 23 (+) Alta Voluntad | 12 | 3/30 Regular | 6 | 5103 | SI | NO | VARICES EN MMII FIEBRE TIFOIDEA BRUCELLOSIS |
| 4 | 057529 | 50 | 15 | 14 | 3/28 Regular | 8 | 7017 | SI | SI DIU HACE 14 años | EPOC QX. HERNIA UMBILICAL |
| 5 | 211358 | 46 | 33 | 12 | 3-7/22 Irregular | 0 | 0 | SI | NO | NO |
| 6 | 130513 | 43 | 29 | 14 | 3/30 Regular | 0 | 0 | SI | NO | NO |
| 7 | 330822 | 36 | 132 | 12 | 4-6/30 Regular | 8 | 8008 | NO | NO | QX. HERNIA UMBILICAL QX. APENDICECTOMIA QX. LEGRADO UTERINO 3 meses antes |
| 8 | 093517 | 50 | 16 | 14 | 4-5/28 Regular | 3 | 2012 | SI | SI Mecánicos de Barrera | NO |
| 9 | 128787 | 67 | 32 | 13 | 4-5/30 Regular | 8 | 6024 | SI | NO | DBM - HTA QX. COLECISTECTOMIA ITU a repetición |

PIOMETRA

ESTUDIO DE EVALUACION EN 15 AÑOS EN EL HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA

Reporte de Nueve Casos

| N° PACIENTE | TIEMPO DE ENFERMEDAD | Síntomas al Ingreso | | | | OTROS |
|-------------|----------------------|---------------------|-----------------|---------------|---|-------|
| | | FLUJO GENITAL | DOLOR ABDOMINAL | GINECO-RRAGIA | | |
| 1 | ± 1 año | SI(av-ag) | SI(HIPOG + FII) | SI | Sensación Febril- Malestar General Sensación de Tumorción Abdominal Hipogástrica | |
| 2 | 27 días | SI(ac-fet) | SI (FID) | NO | _____ | |
| 3 | 30 días | SI(ac-fet) | SI(HCD+FII) | NO | Sensación Febril-Náuseas + Vómitos Malestar General | |
| 4 | ± 2 años | NO | SI(HIPOG) | NO | Sensación de Tumorción Genital Incontinencia Urinaria de Esfuerzo | |
| 5 | 4 años | SI(ac-fet) | SI(FID) | SI | _____ | |
| 6 | 4 días | NO | SI(HEMIABD INF) | NO | Sensación Febril- Malestar General Disuria + Poliaquiuria | |
| 7 | 3 meses | SI(ab-fet) | SI(HIPOG+ FII) | NO | Sensación Febril Cefalea + Bochornos | |
| 8 | 1 mes | SI(ac-fet) | SI(HIPOG) | NO | Sensación Febril- Malestar General Hiporexia-Escalofríos-Sudorción | |
| 9 | 1 mes | SI(ac-fet) | SI(HIPOG) | SI | _____ | |

PIOMETRA

ESTUDIO DE EVALUACION EN 15 AÑOS : HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA

Reporte de Nueve Casos

| N° PACIENTE | TEMPERATURA (C°) | FRECUENCIA CARDIACA | COMPROMISO ESTADO GEN. | Examen Ginecológico | | | | |
|-------------|------------------|---------------------|------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|---------------|---------------|--|
| | | | | UTERO AUMENTA. DO DE TAMAÑO | DOLOR A LA PALPACION | GINECO-RRAGIA | FLUJO VAGINAL | OTROS |
| 1 | 38.8 | 74 x' | SI | SI(± 15 cm.) | SI | SI(escasa) | SI(abundante) | Tumorción FII Cistocèle II° |
| 2 | 36.0 | 80 x' | NO | SI(± 11 cm.) | SI Signos de irritación peritoneal | SI(escasa) | SI(escasa) | _____ |
| 3 | 38.0 | 120 x' | SI | SI(± 9 cm.) | SI | NO | SI(abundante) | _____ |
| 4 | 37.0 | 84 x' | NO | NO (7 cm) | SI | NO | NO | Distopia Genital II° |
| 5 | 37.0 | 68 x' | NO | SI(± 15 cm.) | SI | SI(regular) | SI(escasa) | _____ |
| 6 | 39.0 | 110 x' | SI | NO CONSIGNADO EN HC | SI | NO | SI(regular) | Tabique Vaginal Inc. Vagina Corta Cuello Uterino no se palpa ni se objetiva. |
| 7 | 39.5 | 120 x' | SI | SI(± 12 cm) | SI | NO | NO | Tumorción anexial Derecha dolorosa |
| 8 | 37.7 | 88 x' | SI | SI(no precisado) | SI | NO | SI(abundante) | Tumorción Anexial Izquierda Dolorosa Hipotrofia Cervical |
| 9 | 37.0 | 82 x' | NO | SI(no precisado) | SI | NO | SI(regular) | _____ |

Ciertas entidades, menos frecuentemente, coinciden en provocar lesiones a nivel de canal cervical y, subsecuentemente, llevar a Piometra, como son: estenosis cervical secundaria a cauterizaciones iterativas, constricción cervical por edema del tejido secundario a infección cervical (endocervicitis crónica), fibrosis senil, o anomalías congénitas del tracto uterino.

Existe en la literatura diversidad de métodos de tratamiento y variabilidad en los resultados, sin llegar a encontrar uniformidad de criterios. Igualmente existe desinformación acerca de datos epidemiológicos en nuestro medio, y es, a propósito de un caso atendido, que se realiza la siguiente revisión.

MATERIAL Y METODOS

Se reporta nueve casos de piometra en una evaluación retrospectiva sobre 33,582 egresos hospitalarios del Servicio de Ginecología, Pabellón 5, Hospital Arzobispo Loayza, en un período comprendido entre marzo de 1970 a diciembre de 1985.

El diagnóstico fue establecido clínicamente luego de la observación de material purulento que escapaba a través del orificio cervical, en forma espontánea o posterior a maniobras de dilatación del cuello uterino.

Ocho de los nueve casos fueron confirmados por examen histopatológico de las muestras obtenidas por legrados uterinos o de las piezas anatómo-patológicas obtenidas post-cirugía.

RESULTADOS

Los rangos de edad de las pacientes variaron entre 26 y 86 años, con un promedio de 52.5 años. Siete de las pacientes se encontraban en edad post-menopáusicas y, en el grupo de estas pacientes, la menopausia había ocurrido desde 1 año hasta 27 años antes de la presentación de piometra. No existió relación entre gravedad y paridad y la ocurrencia de piometra.

Todas las pacientes provenían de Lima, tuvieron un tiempo de hospitalización que varió desde 15 días hasta 132 días; retirándose una paciente a los 23 días de hospitalización por alta voluntaria.

En cuanto a la sintomatología hallada, las pacientes acudieron con un tiempo de enfermedad establecido al ingreso que va desde 27 días hasta 4 años. La tríada clínica clásica, descrita como sangrado post-menopáusico, flujo vaginal y dolor abdominal, se presentó sólo en tres pacientes.

El flujo vaginal, manifestado como descarga líquida o viscosa purulenta fétida, se presentó en siete pacientes. El dolor abdominal estuvo presente en todos los casos. La hemorragia descrita como sangrado post-menopáusico se halló tan sólo en tres pacientes. Cinco pacientes acudieron presentando concomitantemente, sensación febril y compromiso del estado general.

Una paciente acudió presentando dispositivo intra-

uterino (DIU) incarcerated endocavitario, no extraído durante 14 años. En ella, se demostró piometra enquistada en la pared uterina posterior.

Enfermedades crónicas, tales como hipertensión arterial y diabetes, estuvieron presentes como enfermedad de fondo en una paciente que fue diagnosticada de piometra; mientras que, en ninguna de las pacientes se encontró asociación con enfermedad maligna del cervix o útero, ni antecedentes de radioterapia externa. En una paciente se tuvo el antecedente de cirugía ginecológica previa: legrado uterino tres meses antes de presentarse la piometra.

En cuanto a los hallazgos clínicos, cinco pacientes ingresaron con fiebre mayor a 37.5°C y compromiso del estado general.

Al examen ginecológico en seis pacientes, se encontró útero aumentado de volumen; en dos pacientes no se llegó a precisar el tamaño uterino, debido al gran dolor experimentado durante la palpación.

La característica de presentación del dolor fue ser localizado y de naturaleza continua, que no cedía con terapia analgésica corriente. Una paciente se presentó con signos de irritación peritoneal. Igualmente, en una paciente se demostró, luego del examen bimanual e instrumentado, la presencia de tabique vaginal incompleto. En dos pacientes se describió masa anexial palpable y dolorosa.

El diagnóstico fue establecido en el pre-operatorio en cuatro casos; en los cinco restantes, el diagnóstico fue intraoperatorio. Se realizó estudios bacteriológicos del material obtenido en cinco casos. Al examen directo, con coloración de Gram, se encontró: bacilos Gram (—), cocos Gram (+) y Gram (—). En una de las muestras no se encontró gérmenes al examen directo.

Mediante cultivo del material purulento en medios comunes se halló: estreptococo no hemolítico, *estafilococo albus* coagulasa (—), *Escherichia coli*, *Enterococo sp.* y *Actinomyces israeli*.

En un caso no se encontró crecimiento de gérmenes al cultivo. No se realizó cultivos en medios anaeróbicos.

El manejo recibido fue de lo más variable. Todas las pacientes recibieron tratamiento médico y quirúrgico. El tratamiento quirúrgico empleado se muestra en la Tabla N° 1.

El estudio anatómo-patológico demostró endometritis crónica en siete casos, mientras que sólo se confirmó la presencia de restos fibrino-leucocitarios (material purulento y grupos bacterianos) en un caso restante.

DISCUSION

La incidencia de piometra, en nuestra serie, es 0.02%, siendo 10 veces menor a lo reportado por Whitely¹ y Muram⁴, es decir, 0.20% en ambos casos. El rango de edad y la mayor incidencia en mujeres post-menopáusicas concuerda con lo reportado por dichos autores.

PIOMETRA :

ESTUDIO DE EVALUACION EN 15 AÑOS HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA

TRATAMIENTO QUIRURGICO EN NUEVE CASOS

| Intervención Quirúrgica | Nº de casos |
|---|-------------|
| • EBA + LU | 5 casos |
| • EBA + Dilatación Cervical | 2 casos |
| • HAT + SOB | 2 casos |
| • HAT + SOB + Apendicectomía | 1 caso |
| • HAsub-total + SO unilateral + Biopsia en cuña de ovario. | 1 caso |
| • Laparoscopia | 1 caso |

EBA + LU: Examen bajo anestesia + Legrado Uterino.

HAT + SOB: Histerectomía Abdominal Total + Salpingooforectomía bilateral.

HAsub-total + SO unilateral: Histerectomía abdominal sub-total + Salpingooforectomía unilateral.

Todas las pacientes presentaron síntomas, pero la triada sintomática clásica descrita como sangrado postmenopáusico, flujo vaginal y dolor abdominal sólo se presentó en tres casos.

Henriksen², en su reporte de 208 casos de piometra asociados a enfermedad maligna de cervix y cuerpo uterino, señala que, en el 50% de los casos, los síntomas y signos al ingreso no indicaron la presencia de piometra. En un 23%, el diagnóstico fue sólo un hallazgo en la autopsia y, en un 17% se halló masa pélvica central y dolorosa al examen clínico. Igualmente, afirma que la presencia de masa pélvica ovoidea y de dolor pélvico progresivo, con evidencias de enfermedad séptica generalizada, se aproximaría a la forma de presentación del 50% de todos los casos.

Whiteley¹ señala que, en un 67%, la piometra se encuentra asociada a problemas benignos: post-radioterapia, atrofia senil, procedimientos quirúrgicos locales intrauterinos o electrocauterización cervical.

En nuestro estudio, en sólo una paciente se tiene el antecedente de cirugía ginecológica previa (legrado uterino). Igualmente, en una paciente se encontró dispositivo intrauterino (DIU) encarcerado endocavitario no extraído, asociado a la presencia de piometra.

Desde que se conoce de su existencia, se ha postulado que la obstrucción cervical sea la causa determinante para el desarrollo de piometra; pero, Henriksen² describe muchos casos sin obstrucción cervical. Nashashibi⁵ señala que, en muchos casos, el cervix está patente y postula que la presencia de piometra pudiera deberse a la pérdida de tono y carencia de contractilidad del útero.

Carter³ inicialmente sobreestima la asociación encontrada con procesos malignos de cervix o cuerpo uterino. La ausencia de asociación a neoplasias malignas en esta serie, probablemente, pudiera estar en relación al hecho que nuestro hospital no es un centro referencial de enfermedades neoplásicas.

El diagnóstico prooperatorio es bajo; en nuestro estudio llega al 44%; 27% en la serie de Whiteley¹ y 11% en la serie de Muram⁴. Henriksen², en su reporte de 208 casos, llega a afirmar que todos ellos pudieron haber sido diagnosticados en forma correcta haciendo un análisis retrospectivo.

La utilidad de los hallazgos bacteriológicos es muy limitada, por el hecho que en ningún caso se realizó cultivos para anaerobios. Whiteley¹ y Muram⁴ encuentran microorganismos anaerobios con más frecuencia, señalando a la infección mixta como hallazgo relativamente común.

Martina⁶, en nuestro medio, reporta al *Actinomyces israeli* como una causa poco frecuente para el desarrollo posterior de piometra, señala el segundo caso a nivel mundial de actinomycosis pélvica sin asociación a dispositivo intrauterino.

El tratamiento recibido por nuestras pacientes fue de lo más variado, siendo el más frecuente la dilatación y curetaje.

Whiteley¹ y Muram⁴ opinan que, el tratamiento aceptado actualmente es la dilatación cervical, la cual debe ser hecha en forma temprana, vigorosa y permanentemente; para esto último, deberá hacerse dilataciones sucesivas o lograr la inserción de un dren a drenaje continuo, permanente. El curetaje, aunue discutido por unos, debido al temor de llegar a perforar el útero, deberá realizarse inmediatamente después de terminada la evacuación, por la posibilidad de neoplasia maligna asociada.

Asimismo, señalan que la histerectomía debe ser considerada como alternativa de segunda línea de tratamiento, después de haberse descartado otras anomalías asociadas y luego que el componente inflamatorio haya cedido. Los antibióticos recomendados por ambos autores, en forma uniforme, son la asociación gentamicina + clindamicina, sobre todo, si existen evidencias de compromiso sistémico.

CONCLUSIONES:

- 1.—La piometra es una enfermedad poco frecuente. (Se reporta nueve casos ocurridos en un período de 15 años).
- 2.—No se ha encontrado asociación de piometra con procesos neoplásicos malignos de cervix o cuerpo uterino.
- 3.—La sintomatología de presentación fue variable. Hallazgos predominantes fueron:
 - Utero aumentado de volumen
 - Doloroso a la palpación, y
 - Evidencias de descarga purulenta fétida a través del cervix.
- 4.—El tratamiento médico y quirúrgico recibido fue el adecuado.

BIBLIOGRAFIA

- 1 WHITELEY, P.F. y HAMLETT, J.D. Pyometra: A reappraisal. American Journal of Obstetrics and Gynecology
- 2 HENRIKSEN, E. Pyometra associated with malignant lesions of the cervix and the uterus. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1956. 72: 884-893.
- 3 CARTER, B. y DURHAM, C. A bacteriologic study of pyometra. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1942. 44: 1074-1090.
- 4 MURAM, D. DROUIN, P. THOMPSON, F. y OXORN, H. Pyometra. Canadian Medical Association Journal 191. 125(6): 589-592.
- 5 NASHASHIBUDNY, N. Pyometra with massive form cell reaction. A case report. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1972. 112(1): 126-129.
- 6 MARTINA, M. OLÁVIDE, R. FERRUA, G. Actinomicosis Pélvica Uterina. Revista Científica Sandoz. Marzo, 1985.