Piometra secundario a estenosis cervical en una adolescente

Pyometra secondary to cervical stenosis in an adolescent

Vanessa Rodríguez-Fernández^{1*}, Laura González-Rodríguez¹, Irene García-García¹, Elena Marín-Ortiz¹, Pilar Fernández-Eire², Emilio Couceiro-Naveira¹ y Carlos López-Ramón y Cajar¹

¹Servicio de Obstetricia y Ginecología; ²Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, Pontevedra, España

Resumen

Introducción: El piometra es una afección infrecuente, pero grave, que en general se diagnostica en mujeres posmenopáusicas. En adolescentes es sumamente raro, y si se acompaña de amenorrea primaria hay que tener en mente las anomalías congénitas. **Caso clínico:** Adolescente de 13 años, sin antecedentes personales de interés salvo amenorrea primaria, que acude con abdomen agudo y es intervenida por una peritonitis difusa causada por un piometra secundario a disgenesia (estenosis) cervical congénita. Se realizó dilatación cervical y se dejó una sonda vesical intrauterina para prevenir la reestenosis. **Conclusiones:** Un diagnóstico precoz y un tratamiento conservador con dilatación cervical y colocación temporal de un catéter urinario son esenciales para un manejo seguro y efectivo de la estenosis cervical en adolescentes.

Palabras clave: Piometra. Adolescente. Estenosis cervical. Peritonitis secundaria. Amenorrea primaria. Sonda vesical intrauterina.

Abstract

Introduction: Pyometra is an uncommon but serious condition that is generally diagnosed in postmenopausal women. In adolescents it is extremely rare; if accompanied by primary amenorrhea, consider congenital abnormalities. **Case report:** A 13-year-old adolescent, with no relevant personal history except primary amenorrhea, who presented with an acute abdomen and was operated on for diffuse peritonitis caused by pyometra secondary to congenital cervical dysgenesis (stenosis). Cervical dilation was performed and a urinary catheter was temporarily placed inside the uterus to prevent restenosis. **Conclusions:** An early diagnosis and conservative treatment with cervical dilation and temporary placement of a urinary catheter are essential for the safe and effective management of cervical stenosis in adolescents.

Key words: Pyometra. Adolescent. Cervical stenosis. Secondary peritonitis. Primary amenorrhea. Intrauterine urinary catheter stent.

Introducción

El piometra es una patología infrecuente caracterizada por la presencia de pus en la cavidad uterina debida a la obstrucción del canal cervical. Su incidencia varía del 0,01% al 0,5% en la literatura¹⁻³. Suele presentarse en mujeres posmenopáusicas, siendo una condición prácticamente anecdótica en edades más

tempranas. Sus causas pueden ser tumoraciones benignas o malignas, cervicitis tras radioterapia, atrofia cervical, estenosis posoperatorias, infecciones, uso de dispositivo intrauterino o alteraciones congénitas. En la serie de Chan et al.⁴, la mayoría de los casos (74%) eran idiopáticos, y asociados a patologías malignas o posradioterapia en un 22,2%. La atresia y la disgenesia

Correspondencia:

*Vanessa Rodríguez-Fernández

E-mail: Vanessa.Rodriguez.Fernandez@sergas.es

Fecha de recepción: 20-02-2021

Fecha de aceptación: 30-09-2021

DOI: 10.24875/RECHOG.M21000027

Disponible en internet: 23-12-2021

Rev Chil Obstet Ginecol. 2021;86(5):461-464

www.rechog.com

0048-766X / © 2021 Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología. Publicado por Permanyer. Éste es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Figura 1. Primer tiempo quirúrgico. **A y B:** al permeabilizar el cérvix fluyó una gran cantidad de líquido hematopurulento maloliente. **C:** tras la dilatación cervical con tallos de Hegar y drenaje de la cavidad uterina se dejó colocada una sonda de Foley del número 14.

cervical congénita es una anomalía mulleriana poco común, cuya incidencia real es aún desconocida^{5,6}.

La tríada clásica de presentación del piometra consiste en flujo purulento, acompañado de dolor abdominal y sangrado (habitualmente posmenopáusico), aunque solo se presenta en un 10% de las afectadas¹. Es una afección con gran morbilidad por sus potenciales complicaciones, la perforación uterina y la peritonitis difusa secundaria, aunque estas son extremadamente raras (0,01-0,05%)⁷. Las pacientes en que la causa es una atresia/disgenesia congénita cervicovaginal se presentan con amenorrea y dolor abdominal cíclico⁸.

El piometra es, por tanto, una patología común en mujeres posmenopáusicas, en muchos casos idiopática o secundaria a patologías malignas o tratamientos radioterápicos, y paucisintomática. El siguiente es un caso atípico tanto por la edad de presentación como por la etiología y la clínica.

Caso clínico

Presentamos el caso de una adolescente de 13 años que consultó en el servicio de urgencias por dolor abdominal, vómitos, diarrea y fiebre, y que finalmente fue intervenida de urgencia por una peritonitis difusa causada por un piometra secundario a una estenosis cervical congénita. Refería un cuadro de dolor abdominal-pélvico cíclico de 6 meses de evolución. No presentaba antecedentes personales de interés, salvo amenorrea primaria, motivo por el cual no había consultado previamente. No refería antecedentes de abuso ni actividad sexual. En la exploración física destacaba

dolor en el hipogastrio con peritonismo y un desarrollo puberal correspondiente con el estadio II de Tanner. En los análisis se observó una marcada elevación de los reactantes de fase aguda. Inicialmente se realizó una ecografía por el servicio de radiología, que describió una dilatación uterina con contenido ecogénico en su interior y líquido libre complicado en la pelvis junto con disminución del peristaltismo intestinal, sugiriendo como hipótesis diagnóstica una perforación uterina. Ante estos hallazgos, se solicitó valoración por el servicio de ginecología. En nuestra valoración se confirmó ecográficamente el colpohematometra, la salpingitis y el líquido libre en la pelvis, y se descartó la perforación uterina al no objetivar solución de continuidad. Ante el estado clínico de la paciente, se completó la exploración ginecológica en el quirófano, bajo anestesia.

En el quirófano se objetivaron unos genitales externos normoconfigurados, con himen anular permeable y vagina normal. El cérvix era normal, pero el orificio externo estaba cerrado yestenótico. Se permeabilizó con una sonda acanalada bajo control ecográfico, fluyendo abundante líquido hemático purulento (Fig. 1). Se prosiguió con dilatación cervical progresiva guiada por ecografía y, tras el drenaje de la cavidad, se dejó colocada una sonda urinaria intrauterina (Fig. 1).

En un segundo tiempo se realizó una laparotomía exploradora (Fig. 2), destacando un importante cuadro adherencial con signos de salpingitis bilateral e inflamación del apéndice y el epiplón adyacente, abundante líquido purulento libre en la cavidad pélvica y peritonitis generalizada secundaria. El útero, las trompas y los ovarios eran macroscópicamente normales.

Figura 2. **A:** segundo tiempo quirúrgico por laparotomía (Pfannenstiel). Tras el lavado y la separación de adherencias se consigue visualizar el útero y los ovarios (normales), además de una intensa reacción inflamatoria. 1) Útero macroscópicamente normal. 2) Trompa de Falopio izquierda dilatada. **B:** disgenesia cervical sospechada en nuestro caso: cuello uterino intacto con obstrucción del orificio cervical externo (imagen tomada de Rock et al.⁶).

Se realizaron adhesiolisis, apendicectomía y lavado profuso de la cavidad abdomino-pélvica.

El posoperatorio cursó favorablemente y la paciente fue dada de alta al decimocuarto día, previa retirada de sonda intrauterina ese mismo día. Los controles posteriores por parte de cirugía pediátrica y ginecología fueron normales. A día de hoy, la paciente ha tenido alguna menstruación sin incidencias. La exploración y la ecografía son normales, sin signos de reestenosis cervical.

Discusión

Las alteraciones de los conductos de Müller son un grupo de anomalías congénitas infrecuentes (0,1-3,8%)⁹. La disgenesia cervical se considera una afección independiente. Su prevalencia es imprecisa por la heterogeneidad de las series publicadas. Según Grimbizis y Campo¹⁰, las pacientes pueden presentar: 1) un cérvix intacto con obstrucción del orificio cervical externo (Fig. 2B)⁶; 2) un cérvix en forma de cordón fibroso; o 3) fragmentación cervical. La correcta descripción de los hallazgos exploratorios es clave para la revisión posterior de los casos. Nuestra paciente se clasificaría en el primer grupo.

La disgenesia cervical es una causa rara de estenosis cervical¹¹. Suele requerir tratamiento quirúrgico cuando provoca hematometra o piometra. En este artículo exponemos un caso sumamente raro de disgenesia cervical con piometra y peritonitis secundaria, probablemente debida al flujo retrógrado a través de las trompas de Falopio. Tras la menarquia, la estenosis cervical puede

generar hematometra en adolescentes, siendo este un posible «caldo de cultivo» de infección que podría ser el origen de nuestro caso clínico, puesto que los microorganismos hallados eran de origen intestinal.

El piometra en una paciente adolescente es algo insólito¹². En este caso se presentó en una paciente con amenorrea primaria, por lo que podía sospecharse que fuera secundario a alguna anomalía congénita del tracto genital inferior, y para confirmarlo era imprescindible una exploración ginecológica. La presentación clínica del piometra es inespecífica; habitualmente cursa con dolor abdominal bajo, fiebre, vómitos y datos analíticos de infección. Su diagnóstico es difícil por tratarse de una afección rara y con una clínica imprecisa. Es crucial un diagnóstico precoz del cuadro porque sus complicaciones, como la peritonitis o el *shock* séptico, son potencialmente graves. Por lo tanto, es importante realizar una exploración ginecológica en adolescentes con amenorrea primaria para descartar anomalías congénitas del tracto genital inferior, tras excluir otras causas de fiebre y dolor abdominal.

La sospecha clínica precoz es clave para prevenir las complicaciones asociadas. El manejo del piometra en edad puberal debe ser conservador para preservar la fertilidad, requiriendo un tratamiento intensivo y un seguimiento estrecho. Para la prevención de la reestenosis, la colocación temporal de una sonda intrauterina ha mostrado buenos resultados en la literatura¹³.

Como conclusión, podemos destacar la importancia del diagnóstico precoz para prevenir complicaciones, así como una actitud conservadora, dada la edad de la paciente. La dilatación cervical ecoguiada con colocación temporal de un catéter urinario dentro del útero parece ser efectiva y segura en el tratamiento de la estenosis cervical. La actitud conservadora exige un seguimiento muy estrecho, y no solo durante el ingreso, sino también *a posteriori*, ya que seguirá con reglas y hay que vigilar que no vuelva a producirse una estenosis. En nuestro caso dejamos una sonda vesical intrauterina durante las primeras 2 semanas para evitar un cierre precoz del canal cervical, con buenos resultados.

Financiamiento

Este artículo no cuenta con ninguna fuente de financiamiento.

Conflicto de intereses

Los autores del artículo no declaran ningún conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Bibliografía

1. Raymond BA, Esper C. Pneumoperitoneum secondary to spontaneously perforated pyometra. *Case Rep Obstet Gynecol.* 2017;2017:5213123.
2. Chan KS, Tan CK, Mak CW, Chia CC, Kuo CY, Yu WL. Computed tomography features of spontaneously perforated pyometra: a case report. *Acta Radiol.* 2006;47:226-7.
3. Shapey IM, Nasser T, Dickens P, Haldar M, Solkar MH. Spontaneously perforated pyometra: an unusual cause of acute abdomen and pneumoperitoneum. *Ann R Coll Surg Engl.* 2012;94:e246-8.
4. Chan LY, Lau TK, Wong SF, Yuen PM. Pyometra. What is its clinical significance? *J Reprod Med.* 2001;46:952-6.
5. Roberts CP, Rock JA. Surgical methods in the treatment of congenital anomalies of the uterine cervix. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2011;23:251-7.
6. Rock JA, Roberts CP, Jones HW Jr. Congenital anomalies of the uterine cervix: lessons from 30 cases managed clinically by a common protocol. *Fertil Steril.* 2010;94:1858-63.
7. Huang Y, Tian Q. Postmenopausal spontaneous rupture of pyometra: a case report. *Medicine (Baltimore).* 2018;97:e13659.
8. Fujimoto VY, Miller JH, Klein NA, Soules MR. Congenital cervical atresia: report of seven cases and review of the literature. *Am J Obstet Gynecol.* 1997;177:1419-25.
9. Croak A, Gebhart JB. Congenital anomalies of the female urogenital tract. *J Pelvic Med Surg.* 2005;11:165-81.
10. Grimbizis GF, Campo R. Congenital malformations of the female genital tract: the need for a new classification system. *Fertil Steril.* 2010;94:401-7.
11. Tzialidou-Palermo I, von Kaisenberg CS, Garcia-Rocha GJ, Schloesser HW, Baehr I, Schippert C. Diagnostic challenges of hemihematomatocolpos and dysmenorrhea in adolescents: obstructed hemivagina, didelphys or bicornuate uterus and renal aplasia is a rare female genital malformation. *Arch Gynecol Obstet.* 2012;286:785-91.
12. Barry C. Pyometra in childhood. *Obstet Gynecol.* 2015;125:1035-8.
13. Tan Y, Bennett MJ. Urinary catheter stent placement for treatment of cervical stenosis. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2007;47:406-9.