



11217



**Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado**

**Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los
Trabajadores del Estado
Subdirección General Médica
Subdirección de Enseñanza e Investigación
Hospital Regional 1º de Octubre
Departamento de Ginecología y Obstetricia**

**“PERFORACIÓN UTERINA ESPONTÁNEA
SECUNDARIO A PIOMETRA: Reporte de 3 casos”**

**Tesis de Postgrado que para obtener la especialidad de
Ginecología y Obstetricia**

Presenta:

DRA. ABISAG ELISA MORALES VELÁZQUEZ

Asesor:

DR. FRANCISCO JAVIER ALVARADO GAY

México Distrito Federal, Febrero del 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

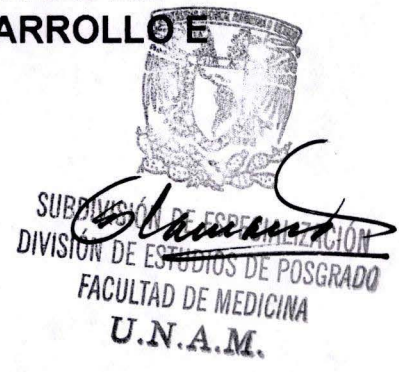
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

[Handwritten signature]

DR. GERARDO DE JESUS OJEDA VALDEZ
COORDINADOR DE CAPACITACIÓN, DESARROLLO E INVESTIGACIÓN



[Handwritten signature]

DR. FRANCISCO JAVIER ALVARADO GAY
PROFESOR TITULAR DEL CURSO Y ASESOR DE TESIS

[Handwritten signature]



DR. VICENTE ROSAS BARRIENTOS
JEFE DE INVESTIGACIÓN

I.S.S.S.T.E.
SUBDIRECCION MEDICA

18 MAY 2004

COORDINACION DE CAPACITACION
DESARROLLO E INVESTIGACION

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Morales Velázquez
Abisag Elisa
FECHA: 17-10-04
FIRMA: *[Handwritten signature]*

DEDICATORIA.

A DIOS por sus bendiciones y por permitir todos mis logros.

A mis dos amores mi esposo MARIO y mi hija JULIETTITA porque son mi inspiración para seguir adelante.

A mis PADRES que amo tanto y siempre me han apoyado incondicionalmente.

A mi HOSPITAL 1° Octubre...

RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo con revisión de expedientes clínicos de aquellas pacientes con diagnóstico de perforación uterina espontánea dentro de un periodo comprendido de 1995 al 2003. Durante este periodo se encontraron 3 pacientes con edad promedio de 76.2 años, las tres pacientes llegaron al servicio de urgencias por dolor abdominal agudo, a la exploración física éstas pacientes presentaron datos de irritación peritoneal franca, por lo que se sometieron a laparotomía exploradora con diagnósticos preoperatorios diferentes a perforación uterina, en todos los casos se encontró material purulento en cavidad abdominal y perforación uterina. A todas las pacientes se les realizó histerectomía total abdominal, lavado de cavidad, colocación de drenajes y antibioticoterapia. En el estudio histopatológico se demostró perforación uterina, piometra y sin evidencia de malignidad. El pronóstico de estas pacientes fue bueno egresándose en promedio a los 8.5 días sin ninguna complicación. En conclusión, la perforación uterina espontánea secundaria a un piometra debe ser considerado en el diagnóstico diferencial del abdomen agudo en pacientes postmenopáusicas, aún sin signos ginecológicos.

ABSTRACT.

It was carried out a retrospective, observational and descriptive study with revision of those patients' clinical files with diagnosis of spontaneous uterine perforation from a period between 1995 to 2003. During this period 3 patients the age was 76.2 years-old average, the three patients arrived to the service of urgencies for acute abdominal pain, at physical exploration these patients presented data of peritoneal irritation, for that reason an emergency laparotomy was performed with preoperative diagnoses different to uterine perforation, in all the cases there was purulent fluid in abdominal cavity and uterine perforation. To all the patients they were carried out abdominal total hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy, cavity lavage, placement of drainages and antibiotics. Histological examination revealed uterine perforation piometra without evidence of malignancy. The pronostic of this patients was good and they were discharged on postoperative day 8.5 without any complications. Conclusions: the secondary spontaneous uterine perforation to a piometra should be considered in the differential diagnosis of the acute abdomen in Postmenopausal patients, still without gynecological signs.

ÍNDICE.

Introducción	1
Objetivos	4
Material y Métodos	5
Resultados	5
Caso I	5
Caso II	8
Caso III	10
Discusión	12
Conclusiones	13
Bibliografía	14
Anexos	16

INTRODUCCIÓN.

El piometra es una condición relativamente frecuente en mujeres postmenopáusicas, descrito en Londres por Clarke desde 1812, este se define como la acumulación de material purulento dentro de la cavidad uterina que ocurre cuando existe interferencia u obstrucción de su drenaje natural. La perforación uterina espontánea como complicación de un piometra es un evento muy raro e incluso en la literatura mundial se han reportado solo 24 casos, aquí en México sólo se ha reportado un solo caso (8). En el cuadro número 1 se describen todos los casos reportados hasta la fecha de perforación uterina espontánea, basado en la publicación de Saleh Gerardo y cols en 1998.

En años atrás se pensaba que el piometra señalaba la presencia de procesos malignos del tracto genital, sin embargo los recientes estudios han demostrado que esta entidad es de etiología diversa, desde entidades benignas como fibromas o pólipos cervicales o uterinos, antecedentes de conización o amputación cervical, cervicitis post-radioterapia, cervicitis atrófica, infección puerperal hasta neoplasias malignas del útero (11)

La incidencia del piometra va desde el 0.03 al 0.05%, sin embargo la incidencia de un piometra perforado todavía es mucho más baja. Se presenta en su mayoría en pacientes de edad avanzada, aunque también se han descrito casos en pacientes jóvenes. La edad de presentación varía desde los 65 años hasta los 86 años, con un promedio de edad de 71.5 años (7)

La estenosis del conducto cervical ya sea por desórdenes malignos o benignos juega un papel de suma importancia para el origen de la acumulación o incremento en el fluido intrauterino y numerosos estudios se han concentrado en investigar cuáles son los factores que influyen para que este fluido en la cavidad uterina se incremente.

La presencia de fluido en la cavidad uterina es resultado probablemente de eventos multifactoriales, se le ha asociado con neoplasias malignas, con el uso de terapia hormonal, con el grosor

del endometrio, con el tabaquismo, se habla también de la configuración endometrial.

El hallazgo de una colección de fluido dentro de la cavidad uterina no es raro durante un ultrasonido endovaginal en mujeres postmenopáusicas asintomáticas. En algunos casos es coexistente con un tumor en la cavidad uterina, sin embargo en la mayoría de los casos se encuentra este fluido en una cavidad normal con un endometrio delgado. Algunos estudios señalan que el flujo intracavitario es una señal de cáncer ginecológico especialmente cervicovaginal, pero aún permanece incierto.

En un hospital universitario de Goteborg, Suecia (1), se llevó a cabo un estudio en febrero de 1998, se tomó una muestra al azar en la población general de 559 pacientes postmenopáusicas asintomáticas, se les realizó sonografía transvaginal para detectar fluido en la cavidad uterina. A todas las pacientes se les realizó historia clínica completa, desde el peso de cada paciente, tabaquismo, antecedentes gineco-obstétricos, enfermedades crónicas degenerativas, el uso de terapia estrogénica o combinada, uso de tamoxifeno, etc.

En ésta muestra al azar 50 de las 559 pacientes (8.9%) presentaron fluido en la cavidad uterina. A todas éstas pacientes además se tomó medición del grosor endometrial. A las pacientes que presentaron un grosor del endometrio mayor de 8mm, se les realizó histeroscopia, dilatación y curetaje. El reporte histopatológico reveló 3 pacientes con pólipos endometriales y una con atrofia endometrial asociado con piometra. En 22 pacientes se encontró un endometrio menor de 5mm al cabo de 1 año a todas éstas pacientes se les realizó un nuevo ultrasonido, 11 pacientes ya no presentaron fluido en la cavidad uterina, y las 11 restantes este fluido ya había disminuido. En 17 pacientes se encontró un grosor endometrial mayor de 5mm pero menor de 8mm y se sometieron a dilatación y curetaje, el resultado histopatológico fue de 11 pacientes con atrofia endometrial, 4 con pólipos endometriales y 2 con pólipos cervicales

Lo importante y revelador de este estudio fue que no hubo ninguna relación entre la presencia de fluido en la cavidad uterina y malignidad. Además la prevalencia de la presencia de éste fluido se incrementó con la edad de la paciente y en las fumadoras. No se demostró incremento en el fluido de la cavidad uterina en aquellas pacientes con terapia hormonal.

La sintomatología de un piometra es diversa e inespecífica, según un estudio realizado en Hong Kong (7)Louis Y. Chan y cols. Revisaron archivos médicos de varios hospitales durante un periodo de 1993 y 1999 y de entre 76,118 admisiones de ginecología encontraron 29 casos de piometra. 13 pacientes presentaron secreción vaginal inespecífica, 12 se presentaron con sangrado postmenopáusico, en 12 pacientes se encontró aumento del tamaño uterino, 7 pacientes presentaron leucocitosis, 6 pacientes refirieron dolor abdominal y 5 presentaron fiebre. La perforación uterina espontánea se presentó en 5 pacientes y en todas ellas se presentó dolor abdominal , irritación peritoneal y fiebre. Una de éstas pacientes murió por sepsis.

El diagnóstico preoperatorio de un piometra perforado es difícil, ya que en la mayoría de los casos se presentan pocos o nulos datos ginecológicos y se llega a confundir generalmente con alguna patología quirúrgica del tracto digestivo (2). Por tal razón todas las pacientes reportadas en la literatura se ingresaron a quirófano con un diagnóstico preoperatorio diferente.

El tratamiento es quirúrgico y en la mayoría de los casos se ha efectuado a base de drenaje del material purulento, histerectomía más salpingooforectomía, lavado de cavidad abdominal, colocación de drenajes e instalación de antibioticoterapia (6).

OBJETIVOS.

General: Reportar los casos de perforación uterina espontánea en el Hospital Regional 1° de Octubre de 1995 al 2003
Analizar la literatura mundial referente a esta patología

Específicos: Determinar la frecuencia de la perforación uterina espontánea en el Hospital Regional 1° de Octubre
Determinar los factores causales de la perforación uterina espontánea en estas pacientes

MATERIAL Y MÉTODOS.

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo con revisión de expedientes clínicos de todas las pacientes en las que se encontró como diagnóstico postoperatorio "perforación uterina espontánea" dentro de un periodo comprendido de 1995 al 2003

RESULTADOS.

En el periodo de estudio se encontraron 3 casos de pacientes con perforación uterina espontánea, todos los casos secundarios a piometra, los cuales se describen a continuación. Las características más importantes de las pacientes se resumen en el cuadro 2.

CASO I

Paciente femenino de 70 años

Antecedentes Heredo Familiares. Madre cardiópata, hermano portador de Diabetes Mellitus tipo 2, hijo con Hipertensión Arterial Sistémica y Diabetes Mellitus tipo 2, Sobrinos con Diabetes Mellitus tipo 2.

Antecedentes Personales No Patológicos. Originaria de Michoacán, residente del Estado de México, ama de casa, estado civil Divorciada, católica, habita casa propia con todos los servicios, hábitos higiénico-dietéticos regulares, niega toxicomanías, cocinó con leña durante 15 años.

Antecedentes Personales Patológicos. Hipertensión Arterial-Sistémica desde hace 3 años tratada con metoprolol 1 tableta cada 12 horas, en 1978 se diagnosticó tumoración uterina (desconoce estirpe) solo refiere tratamiento con radioterapia durante 8 semanas con aparente curación, alérgica a la penicilina, resto negado.

Padecimiento Actual. (Ingreso: 4 de septiembre del 2002) Inicia hace varias semanas con la presencia de sensación de plenitud gástrica, dolor abdominal cólico, intermitente, difuso, acompañado de distensión abdominal y dificultad para evacuar. Hace una semana presenta exacerbación del cuadro, agregándose náusea y vómito y el día de hoy se incrementó el dolor además de presentar incapacidad para evacuar y canalizar gases por lo que acudió a facultativo dando manejo sintomático sin ceder el cuadro por lo que acude a urgencias de esta unidad.

Exploración Física. Conciente, orientada, con palidez tegumentaria ++, con mucosas mal hidratadas, diaforética, polipneica, con datos de dificultad respiratoria. Signos Vitales: Tensión Arterial 100/80 mmHg, Frecuencia cardiaca 70 por minuto, Frecuencia respiratoria 25 por minuto, Temperatura 36.9°C ; cardiopulmonar sin compromiso abdomen globoso a expensas de distensión , a tensión, con dolor a la palpación superficial, media y profunda en forma generalizada, se palpa plastrón en hipogastrio y fosa iliaca izquierda, rebote positivo, ausencia de ruidos peristálticos. Tacto vaginal con vagina cupulizada, con paredes fibrosas, no es posible delimitar útero y anexos, no hay sangrado transvaginal. Tacto rectal con esfínter normotónico, ámpula vacía.

Gabinete: Radiografía de abdomen con distensión de asas de delgado en forma importante, ausencia de aire en ámpula rectal, edema interasa.

Laboratorio: Hemoglobina 11.7 g/dl, Hematócrito 34%, Leucocitos 11600 células, Plaquetas 458000, Bilirrubina Total 2.53 mg/dl, Bilirrubina directa 2.17 mg/dl, Deshidrogenasa láctica 617 U/ml , Creatininfosfocinasa 63 U/l, Sodio 124 mEq/l, Potasio 5.05 mEq/l, Tiempo de protrombina 13.2 segundos, Tiempo parcial de tromboplastina 32 segundos.

Se ingresa a quirófano con diagnóstico preoperatorio de abdomen agudo y oclusión intestinal para realización de Laparotomía exploradora.

Hallazgos quirúrgicos: 1000 ml. de líquido de reacción inflamatoria, múltiples adherencias laxas interasa y hacia pared abdominal, útero aumentado de tamaño (10x8x5 cm) congestivo, con importante proceso inflamatorio en la periferia, a nivel del fondo se encuentra una perforación de 3mm , irregular, y con salida de material achocolatado, fétido en moderada cantidad.

Cirugía realizada: Histerectomía Total Abdominal , sin complicaciones transoperatorias, sin embargo la paciente cursó con inestabilidad hemodinámica por lo que requirió de manejo en la Unidad de Cuidados Intensivos en donde se mantuvo durante un periodo de 8 días, se manejó en piso durante 2 días más y se egresó (14 septiembre 2002) en buenas condiciones.

Reporte histopatológico: Útero con peso de 200 grs, con dimensiones de 9x8x5 cm, con natas de aspecto fibrinopurulento, presentando 2 soluciones de continuidad a nivel del fondo uterino, irregulares, a nivel de cérvix presentando múltiples soluciones de continuidad, al corte el endometrio es irregular, con tejido de aspecto empedrado y observándose que las soluciones de continuidad comprometen todas las capas uterinas.

Microscópicamente no se observaron células malignas, se encontró endometritis + peritonitis

CASO II-

Paciente femenino de 76 años

Antecedentes Heredo Familiares negados.

Antecedentes Personales No Patológicos, originaria y residente del DF, casada, católica, escolaridad 3° de primaria, casa con todos los servicios intra y extradomiciliarios, tabaquismo desde los 18 años (3-4 diarios) hasta hace 15 años, etilismo negado, regulares hábitos higiénicodietéticos.

Antecedentes Gineco-obstétricos. Desconocidos

Antecedentes Personales Patológicos. Oclusión tubaria bilateral hace 36 años, plastía inguinal derecha hace 20 años.

Padecimiento actual (Ingreso 11 diciembre 2002) Inicia 3 días previos a su ingreso caracterizado por náusea y vómito de tipo gastrobiliar, acompañado de evacuaciones líquidas (20 en 24 horas) amarillentas sin moco ni sangre, agregándose 12 horas previas a su ingreso dolor abdominal generalizado, continuo, persistente, que se irradia a la región anorrectal y dorsolumbar, además de ataque al estado general, astenia, adinamia y fiebre de 38°C por lo que acudió a urgencias.

Exploración Física: Paciente conciente, orientada, con palidez mucocutánea, mal hidratada. Signos Vitales: Tensión arterial 130/70 mmHg, Frecuencia cardiaca 90 por minuto, Frecuencia respiratoria 28 por minuto, Temperatura 38°C, Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad sin ruidos agregados, campos pulmonares con adecuada ventilación, sin ruidos agregados; abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, hiperestesia e hiperbaralgesia, resistencia muscular involuntaria en forma generalizada, con dolor intenso a la palpación superficial, media y profunda, con datos de irritación peritoneal en todo el abdomen. Genitales acorde a edad y sexo, tacto rectal con ámpula vacía con escaso líquido amarillento. No se realizó tacto vaginal.

Gabinete: Radiografía de abdomen con distensión de asas de delgado en forma generalizada, imagen en vidrio despulido, edema interasa. Placa de tórax con evidencia de aire libre subdiafragmático.

Laboratorio. Hemoglobina 11.3 gr/dl, Hematócrito 34%, Leucocitos 23000 células/ (Neutrófilos 88%, linfocitos 9%, bandas 0), O Rh+,

Tiempo de protrombina 13 seg, Tiempo parcial de tromboplastina 32 seg, Plaquetas 325000, Glucosa 145mg/dl, Creatinina 1.3mg/dl, Urea 34mg/dl, Transaminasa glutámico oxalacética 20U/l, Deshidrogenasa láctica 229 U/ml, CPK 40U/l, Transaminasa glutámico pirúvica 19U/l, Amilasa 40 U/l, Sodio 145mEq/l, Potasio 3.4mEq/l, Cloro 104mEq/l, Reacciones febriles negativas.

Se ingresa a quirófano con el diagnóstico de abdomen agudo, probable perforación de víscera hueca para realización de Laparotomía exploradora.

Hallazgos quirúrgicos. Líquido Purulento 200 cc en hueco pélvico , útero de 8x6x4 cm, adherido a colon sigmoides, con adherencias firmes, se identifica perforación uterina en pared posterior, de aproximadamente 5 mm, irregular, con salida de material purulento de su interior; resto de exploración abdominal sin alteraciones, por lo que se procede a la realización de Histerectomía total abdominal , lavado de cavidad y colocación de drenajes, sin complicaciones transoperatorias (600 cc de sangrado).

El postoperatorio se manejó a base de triple esquema antibiótico.

La paciente presenta una evolución favorable, sin evidencia de complicaciones postoperatorias y fue egresada 8 días posteriores de su ingreso.

Reporte histopatológico: Utero que pesa 100 grs, con dimensiones de 7x5x3.4 cm, con superficie brillante, café claro, sin nódulos, presenta solución de continuidad en la cara posterior de 1x1cm, bordes irregulares, ovario derecho 2x1 cm, ovario izquierdo 3x3 cm, al corte del útero, la cavidad endometrial mide 2x1 cm, dilatada con material de aspecto hemorrágico, el cérvix mide 3x3 cm. Microscópicamente: Endometritis, miometritis aguda intensa, peritonitis.

CASO III

Paciente femenino de 83 años

Antecedentes heredofamiliares. Madre con Diabetes Mellitus , Resto interrogados y negados

Antecedentes personales no patológicos: Originaria y residente del DF, viuda, escolaridad primaria incompleta, ama de casa, religión católica, habita en casa propia la cual cuenta con todos los servicios intra y extradomiciliarios, hábitos higiénico-dietéticos regulares, tabaquismo e ingesta de alcohol negados. Niega otras toxicomanías.

Antecedentes personales patológicos: Diabetes Mellitus de larga evolución controlada con glibenclamida 1 tableta cada 8 horas, niega alérgicos, traumáticos, transfusionales, quirúrgicos

Antecedentes ginecoobstétricos: menarca:13 años, ciclos regulares, Inicio de vida sexual activa: 18 años, 1 pareja sexual Gesta: 4, Partos:3 Aborto: 1, Fecha de último parto: hace 53 años, Fecha de última menstruación a los 43 años, Papanicolaou hace 5 años negativo a cáncer.

Padecimiento actual:Inicia hace 3 días cuando empieza con dolor abdominal difuso de mediana intensidad, el cual fue aumentando progresivamente, localizado predominantemente en hemiabdomen inferior y generalizándose, posteriormente acompañado de nauseas y agregándose el día de ayer vómito de contenido gastrobiliar en 5 ocasiones, e imposibilidad para canalizar gases y evacuar por lo que acudió a urgencias.

Exploración física:Paciente femenino de edad aparente igual a la cronológica, conciente, orientada, con mal estado de hidratación, palidez mucocutánea +, fascies dolorosa, Tensión arterial:120/70mmHg, Frecuencia cardiaca:93 latidos por minuto, Frecuencia respiratoria:24 respiraciones por minuto, Temperatura:38.6°C, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, sin agregados, ruidos respiratorios sin fenómenos exudativos, abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, blando, depresible, con resistencia muscular involuntaria, doloroso a la palpación media y profunda, generalizado, rebote positivo, peristalsis disminuida, tacto rectal con esfínter normotónico, ampula rectal vacía. Miembros pélvicos íntegros, sin edema, fuerza 5/5, llenado capilar 2", Reflejos osteotendinosos normales.

Laboratorio: Hemoglobina: 12.8gr/dl, Hematócrito: 37.8%, Leucocitos: 19200 células (segmentados 96%, bandas 0%, linfocitos 3%, monocitos 1%, eosinófilos 0%) plaquetas: 267000, Glucosa: 216mg/dl, Creatinina: 1.2mg/dl, Sodio 131 mEq/L, Potasio 4.0 mEq/L, Transaminasa glutámico oxalacética 6U/L Transaminasa glutámico pirúvica 14 U/L, Proteínas totales 5g /dl, albúmina 2.9 g/dl

Gabinete: Se observan asas dilatadas, con edema inertasa, niveles hidroaéreos con predominio izquierdo en radiografía de abdomen, y aire libre subdiafragmático en Radiografía de tórax.

Se ingresa a quirófano con diagnóstico de abdomen agudo, probable perforación de víscera hueca.

Hallazgos: Se encuentran asas de delgado muy dilatadas, con natas de material fibrinopurulento, hueco pélvico con un absceso de 100 cc, en la región anterior de recto sigmoides se encuentra otra colección de 200 cc de material purulento fétido, útero de 8x6x4cm, con abundantes natas fibrinopurulentas que comprometen los anexos, se identifica una perforación en fondo uterino de 1 cm con salida de material purulento (Imagen 1 y 2, pieza quirúrgica).

Cirugía realizada : Histerectomía total abdominal con salpingooforectomía bilateral + lavado de cavidad y colocación de drenajes, no hubo complicaciones en el transoperatorio, la paciente sangró 700cc, la evolución en el postoperatorio inmediato es tórpida, con descontrol metabólico se maneja a base de triple esquema de antibióticos y analgésicos, control de glicemias con insulina, se retiraron los drenajes al tercer día, la paciente toleró la vía oral, se mantuvo afebril y con resto de signos vitales estables, y es dada de alta en buenas condiciones generales al 8º día. Continuó su vigilancia por la consulta externa durante 2 meses y es dada de alta a su Unidad de medicina familiar.

Reporte histopatológico. Útero con peso de 85 grs, con dimensiones de 9.0 x5.5x3.0 cm, con serosa rugosa, opaca, en la superficie natas fibrinopurulentas, a nivel de fondo, solución de continuidad de forma y bordes irregulares, que mide 2.0 cm que afecta hasta la cavidad endometrial. Cérvix irregular de 2.0x1.5 cm, permeable. Al corte cavidad endometrial de 5.0x3.0 cm, en su interior ocupado por material de aspecto purulento. Salpinges y ovarios con natas fibrinopurulentas. Microscópicamente endometritis severa no se reportan células malignas.

DISCUSIÓN.

En el presente estudio se confirma lo reportado en la literatura mundial en los últimos años. La perforación de un piometra es un evento muy raro que se presenta en pacientes añasas, en nuestra población la edad promedio fue de 76.3 años. Dos pacientes se encontraron enfermedades crónicodegenerativas (1 con hipertensión arterial y otra con Diabetes Mellitas tipo 2de larga evolución).

Según la literatura, el dolor abdominal se presenta en el 100% de los casos, vómito en el 53% y sangrado transvaginal atípico en el 20%., nuestras pacientes presentaron dolor abdominal agudo y vómito en todos los casos, pero en ninguna de ellas se presentaron síntomas o signos ginecológicos. A la exploración física todas las pacientes presentaron datos de irritación peritoneal. El aire libre en cavidad se presenta en el 67% de los casos y el fisiopiometra (aire en cavidad uterina) es un hallazgo extremadamente raro . En dos de nuestras pacientes se encontró aire libre subdiafragmático.

La leucocitosis se presentó en el 100% de nuestras pacientes.

El diagnóstico de un piometra perforado en la mayoría de los casos reportados se realiza en el transoperatorio, como sucedió en nuestras 3 pacientes , que ingresaron a quirófano con diagnósticos de abdomen agudo secundario a probable perforación de víscera hueca (en dos casos) y oclusión intestinal .

La cantidad de pus en la cavidad abdominal es en promedio mayor de 100 ml como en nuestras pacientes (200, 300, 1000 cc) . El tamaño de la perforación uterina es por lo general menor de 1 cm y única y sólo el 13% de los casos presentan perforación múltiple. Solo una de nuestras paciente presentó múltiples perforaciones.

Las bacterias más frecuentemente aisladas han sido E. coli y Bacteroides, sin embargo a nuestras pacientes no se les realizó cultivo.

El tratamiento en estas pacientes fue el mismo que el que se ha llevado a cabo en la mayoría de los casos reportados

CONCLUSIONES.

La perforación uterina espontánea secundaria a piometra es una condición extremadamente rara que se presenta en pacientes postmenopáusicas de edad avanzada y que debe ser considerada dentro de el diagnóstico diferencial en aquellas pacientes que se presentan con abdomen agudo aún sin que éstas presenten datos de patología genital.

Aunque se habían considerado tiempo atrás a los desórdenes malignos como causa principal de piometra y perforación uterina secundaria, en el presente estudio y en numerosos estudios recientes se ha demostrado que la patología benigna es la responsable de la mayoría de los casos.

Debido a que se presenta en pacientes añosas y frecuentemente con enfermedades crónico-degenerativas concomitantes, el diagnóstico oportuno es fundamental para disminuir la morbimortalidad y mejorar el pronóstico y calidad de vida.

El tratamiento de la perforación de un piometra debe ser laparotomía inmediata, lavado peritoneal y colocación de drenajes, así como histerectomía y antibioticoterapia.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Gull Berit, Karlsson Bengt, Wikland Mats, et al. Factor influencing the presence of uterine cavity fluid in a random sample of asymptomatic postmenopausal woman. Acta Obst et Gyn Scan 1998; 77: 751-757
2. Iwase Fumiaki, Shimizu H, Koike H, Yasutomi T. Spontaneously perforated Pyometra presenting as diffuse peritonitis in older females at nursing homes. J of Am Geriat Soc 2001; 49: 95-96
3. InuiA, Nitta A, Yamamoto A, Kang SM, et al. Generalized peritonitis with pnemoperitoneum caused by the spontaneous perforation of pyometra without malignancy: report of a case. Surg Today 1999; 29: 935-38
4. Ikematsu Y, Kitajima T, Kamohara Y, Inoue K, et al. Spontaneous perforated pyometra presentin as pneumoperitoneum. Gyn and Obst Inv 1996; 42:274-76
5. Nakao A, Mimura H, Fujisawa K, Esawa K, et al. Generalized peritonitis due to spontaneously perforated pyometra presenting as penumoperitoneum: report of a case. Surg today 2000; 30: 454-57
6. Chan LY, Yu VS, Ho LC, Lok YH, Hui SK. Spontaneous uterine perforation of pyometra. A report of three cases. J Reprod Med 2000; 45: 857-60
7. Louis Y Chan, Tze K Lau, Shell F, et al. Pyometra : Wath is its clinical significance. J Reprod Med 2001; 46: 952-56

8. Saleh Gerardo, Martínez Indalecio, González Ana , et al. Peritonitis secundaria a piometra perforada en una paciente con cáncer cervical: informe de un caso. Rev Ginecol Obstet Méx 1998; 66: 389-91
9. 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: 384-88
10. Sussman AM, Boyd CR, Christy RS, Rudolph R. Pneumoperitoneum and acute abdominal condition caused perforation of a Pyometra in an elderly woman . A case report. Surgery 1995; 105: 230-1
11. Henriksen E. Pyometra associated with benign lesions of the cervix and the corpus. West J Surg 1952; 60: 305-24
12. Gooding, Justin M, Horacio B. MD, Plaxe, Steven C MD Transvaginal Metallic Stents for Drainage of Uterine Collections. Journal of Vascular Interentional Radiology 1998;9:185-186
13. Kao, PAN-FU M.D., Sc.M, TZEN, Kai-Yuan M.D., Sc M. Tsai; MING-FONG, CHEN, FANG-PING M:D. Pyometra as a Lower Abdominal Doughnut Sign on a Ga-67 Scan. Clinical Nuclear Medicine Jun 2000;25:485-486.

ANEXOS

Cuadro 1.

Casos reportados en la literatura mundial

CASO	AÑO	AUTOR	EDAD	DIAGNÓSTICO POSTOPERATORIO	TRATAMIENTO
1	1949	Crisp y Clain	72	Cáncer cervical	HTA +SOB
2	1959	Lister	47	Cáncer rectal	HTA
3	1976	Chew y Rafnam	66		Cierre de perforación
4	1981	Skaane y Katre	68		HTA
5	1981	Bostofte	86		Histerectomía subtotal
6	1982	Fagg y Sturdee	86		Histerectomía subtotal
7	1985	Hosking	77	Cáncer endometrial	Ninguno
8	1985	Hansen y Linholt	67		HTA +SOB
9	1985	Hansen y Linholt	77	Cáncer de colon	Histerectomía subtotal
10	1985	Parkinson y Aldenman	78		HTA +SOB
11	1986	Jones y col	41	Leiomiomatosis	HTA +SOB
12	1989	Bui y Wilkinson	76	Leiomiomatosis	HTA
13	1989	Sussman	85	Leiomiomatosis	HTA +SOB
14	1991	Rasmussen	82		HTA +SOB
15	1993	Imachi	67	Cáncer cervical	HTA +SOB
16	1996	Ikematsu y col	80	Endometritis	HTA
17	1997	Gerardo Saleh y col	65	Cáncer cervical	Cierre de perforación y Radioterapia
18	1999	Inui A y col	88	Endometritis	HTA +SOB
19	2000	Nakao A y col	86	Endometritis	HTA
20	2000	Chan Ly	76	Cáncer cervical	HTA +SOB
21	2000	Chan Ly	65	Cáncer cervical	HTA +SOB
22	2000	Chan Ly	82	Endometritis	HTA
23	2001	Iwase	69	Endometritis	HTA
24	2001	Iwase	89	Endometritis	HTA +SOB

HTA: histerectomía total abdominal
 SOB: salpingo-oforectomía bilateral

Cuadro 2. Comparativa de hallazgos clínicos en las pacientes del estudio.

DATOS CLINICOS	PACIENTE 1	PACIENTE 2	PACIENTE3
EDAD	70 años	76 años	83 años
ANTEC. FAMILIARES	DM2, HAS	NINGUNO	DM2
ANTEC. PATOLOGICOS	HAS, TUMOR UTERINO	OTB, PLASTIA INGUINAL	DM2
DOLOR ABDOMINAL/DURACIÓN	SÍ / 1 SEMANA	SÍ / 12 HORAS	SÍ / 3 DÍAS
VÓMITO	SÍ	SÍ	SÍ
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL	SÍ	NO	SÍ
FREC. CARDIACA	70	90	93
FREC. RESPIRATORIA	25	28	24
TENSIÓN ARTERIAL	100/80	130/70	120/70
TEMPERATURA	36.9	38	38.6
IRRITACIÓN PERITONEAL	SÍ	SÍ	SÍ
PERISTALSIS	AUSENTE	NORMAL	DISMINUIDA
LEUCOCITOS	11,600	23,000	19,200
AIRE LIBRE EN RADIOGRAFIA	NO	SÍ	SÍ
LÍQUIDO EN CAVIDAD (ml.)	1000	200	300
SITIO DE PERFORACIÓN	FONDO	POSTERIOR	FONDO
DIÁMETRO DE PERFORACIÓN	MÚLTIPLES 1cm	1 cm	2 cm
PESO UTERINO	200grs	100grs	85 grs
DX. HISTOPATOLÓGICO	ENDOMETRITIS	MIOMETRITIS, ENDOMETRITIS	ENDOMETRITIS
DÍAS DE ESTANCIA HOSP.	10	8	8

DM2: diabetes mellitus tipo 2,
HAS: hipertensión arterial sistémica,
OTB: oclusión tubaria bilateral

Imagen 1. Cara anterior de útero perforado

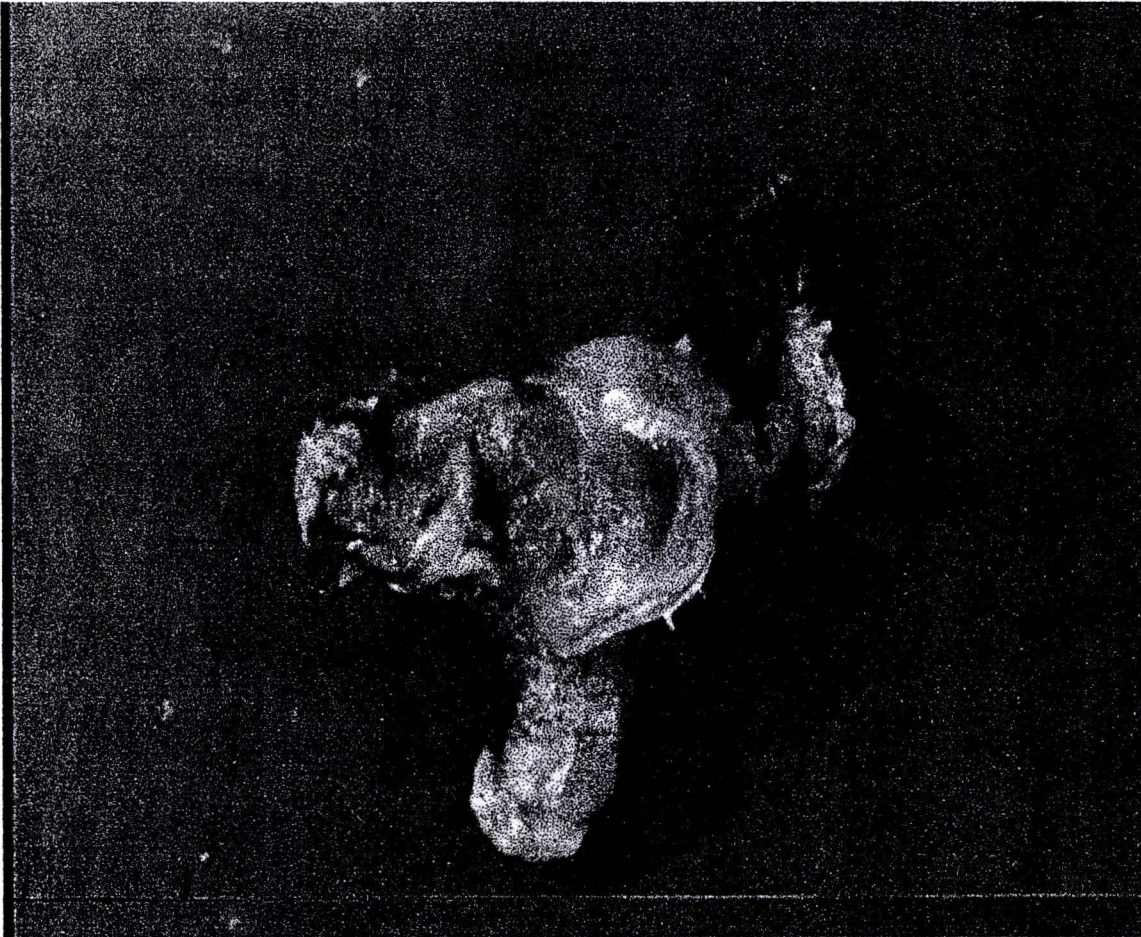


Imagen 2. Cara posterior de útero perforado.

