

1,5-4%)¹⁻⁵. La mitad son debidas a neoplasias ginecológicas malignas, a la secuela de su tratamiento como la radiación, tumoraciones benignas, o los procedimientos intrauterinos como la conización y en la otra mitad de los casos son por atrofia miometrial y cervical, lo que se conoce como piometra senil benigna o idiopática^{1,6}. Se ha señalado la incontinencia urinaria como factor de riesgo y también se ha relacionado con patologías colindantes, como el cáncer de colon. En cuanto al diagnóstico, el 50% pueden ser asintomáticas y cuando los síntomas aparecen, además de la tríada característica, pueden ser inespecíficos, siendo frecuentemente confundida con infecciones urinarias, por lo que la incidencia podría infraestimarse. Podría sospecharse en pacientes con infecciones urinarias de repetición o que no responden al tratamiento⁵. Las pruebas de imagen indicadas son la ecografía y la TC o la resonancia magnética³.

El tratamiento es el drenaje por vía vaginal y en casos seleccionados la histerectomía. Los microorganismos más frecuentes causantes de esta infección son *E. coli*, *Klebsiella*, *Proteus* y *Bacteroides* (en muchas ocasiones son polimicrobianas), por lo que el antibiótico debe estar principalmente dirigido a anaerobios, siendo poco efectivo dicho tratamiento si no se realiza un drenaje adecuado¹⁻⁴. Existe poca información sobre la duración recomendada del tratamiento antibiótico. Se contempla la dilatación periódica cervical en la piometra idiopática, ya que la recidiva llega al 33%⁵.

La complicación más grave e infrecuente sería la rotura uterina con salida de pus a la cavidad abdominal, que en ocasiones es la primera manifestación de la patología (26 casos en literatura inglesa), cursando con abdomen agudo. Estarían indicados la laparotomía exploratoria y el drenaje con histerectomía^{6,7}.

La piometra es un caso infrecuente en la literatura; la mayoría de los artículos son informes de casos, existe alguna serie y son publicados en revistas de ginecología y cirugía. Nos ha llamado la atención este caso porque pueden ocurrir en pacientes geriátricas que son atendidas en servicios médicos donde no es costumbre

pensar en dicha patología, sobre todo si no tienen la tríada típica de presentación como ocurrió en nuestra paciente. En nuestro caso, la paciente tenía un germen oportunista *Morganella*, debido a que había estado con varios antibióticos previamente. No se objetivó tumoración ginecológica por lo que se diagnosticó de piometra senil benigna, recomendando realizar drenajes periódicos para evitar sucesivas recidivas.

Bibliografía

1. Muram D, Drouin P, Thompson FE, Oxorn H. Pyometra. CMAJ. 1981;125:589-92.
2. Hosking SW. Spontaneous perforation of a pyometra presenting as generalized peritonitis. Postgrad Med J. 1985;61:645-6.
3. Ortiz Mendoza CM. Abdomen agudo debido a perforación aguda espontánea asociado a piometra. Cir Cirug. 2006;74:133-5.
4. Yang CY, Lai MY, Yang WC, Lin CC, Ng YY. Cervical cancer with pyometra—an insidious cause of uraemia in a post-menopausal woman. Nephrol Dial Transplant. 2006;21:2984-5.
5. Togo Peraza JM, Ayala Castellanos MM, López Sandoval R. Piometra senil benigno: comunicación de un caso. Ginecol Obstet Mex. 2008;76:224-7.
6. Geranpayeh L, Fadaei-Araghi M, Shakiba B. Spontaneous uterine perforation due to pyometra presenting as acute abdomen. Infect Dis Obstet Gynecol. DOI 10.1155/IDOG/2006/60276.
7. Yildizhan B, Uyar E, Sişmanoğlu A, Güllüoğlu G, Kavak ZN. Spontaneous perforation of pyometra. Infect Dis Obstet Gynecol. DOI 10.1155/IDOG/2006/26786.

María del Carmen Sánchez-González, Marta Pérez-García y Mercedes Hornillos Calvo*

Servicio de Geriátria, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mhornillos@sescam.jccm.es (M. Hornillos Calvo).

doi:10.1016/j.regg.2011.02.006

Intolerancia digestiva en un anciano por compresión de quiste hepático gigante

Digestive intolerance in an elderly patient due to compression of giant liver cyst

Sr. Editor:

Los quistes hepáticos simples son formaciones de contenido líquido-seroso, rodeadas de un parénquima hepático normal sin comunicación con la vía biliar intrahepática, que aparecen en el 2-7% de la población adulta. La mayoría son asintomáticos pero los quistes de gran tamaño pueden producir síntomas por compresión de estructuras adyacentes¹. Presentamos un caso de quiste hepático gigante en un anciano con clínica digestiva compresiva tratado de forma exitosa con fenestración laparoscópica.

Se trata de un anciano de 85 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés ni tratamiento habitual, que en 2007 ingresa por cuadro de 3 meses de evolución de dolor epigástrico, distensión abdominal y adelgazamiento de 10 kg sin náuseas ni vómitos, siendo diagnosticado de quiste hepático gigante de 18 cm de diámetro máximo y rechazando el paciente la intervención quirúrgica. Un año después el paciente acude a urgencias por vómitos persistentes y aumento del dolor abdominal de 2 semanas de evolución. A la exploración física se aprecia un gran efecto masa que ocupa la práctica totalidad del abdomen.

La analítica con serología para hidatidosis no mostró alteraciones. Los marcadores tumorales CEA, CA19.9 y AFP eran

normales. La tomografía computarizada abdominal demostró un quiste hepático gigante de 31 × 25 × 20 cm de diámetro (fig. 1).

Se propone de nuevo al paciente la intervención quirúrgica, que ahora acepta. Se realiza la cirugía por vía laparoscópica con punción-evacuación de 1 l de contenido del quiste guiado por ecografía previa a la insuflación del neumoperitoneo y posterior drenaje de 8 l más de líquido achocolatado del interior del quiste. Finalmente, se realizó fenestración laparoscópica del quiste y colocación de drenaje abdominal. El paciente evoluciona favorablemente durante el post-operatorio, siendo dado de alta al cuarto día. El estudio histológico de la pared del quiste demostró que se trataba de un quiste hepático simple con signos de hemorragia antigua. Tras 2 años de seguimiento, el paciente no presenta recidiva del quiste.

La mayoría de los quistes hepáticos son asintomáticos y suelen ser un hallazgo casual. La mitad se presenta como un quiste único, pudiendo medir desde milímetros a varios centímetros, siendo muy infrecuente que alcancen tamaños gigantes de 20-30 cm. Los síntomas se presentan en el 5-10% de los casos y son debidos a su gran tamaño o a la presencia de complicaciones, como la hemorragia, la rotura, la infección intraquistica o la compresión de estructuras adyacentes^{2,3}.

El tratamiento se reserva para los quistes sintomáticos, siendo la fenestración laparoscópica del quiste el tratamiento ampliamente adoptado en la actualidad debido a sus ventajas respecto a la cirugía abierta (menor dolor, menor estancia hospitalaria, recuperación más rápida) y similares tasas de recurrencia^{4,5}.

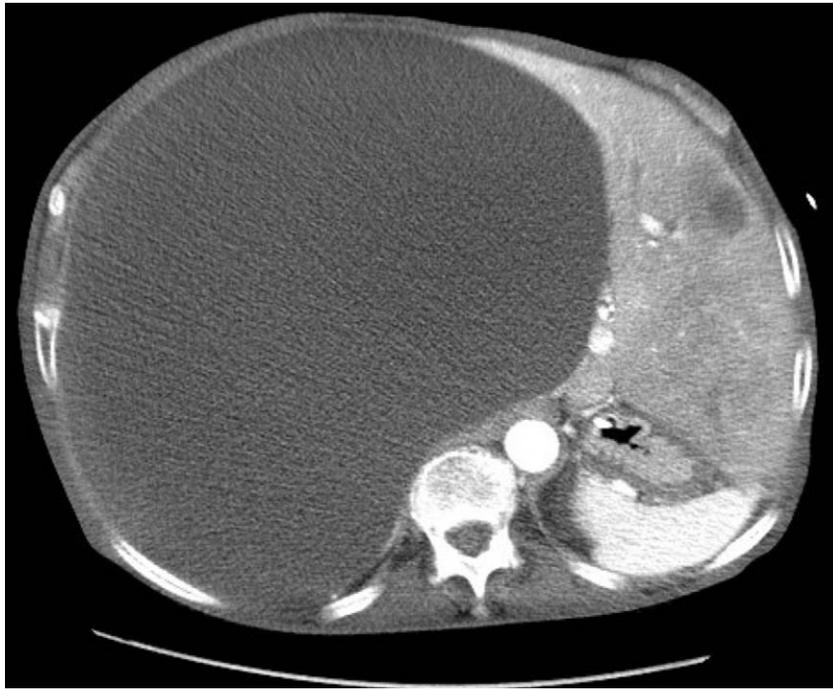


Figura 1. Quiste hepático gigante de 31 x 25 x 20 cm de diámetro.

El tratamiento mediante drenaje percutáneo guiado por ecografía está indicado como un tratamiento temporal o cuando existe contraindicación para un procedimiento mayor debido a la alta tasa de recidiva, pudiendo inyectarse alguna sustancia esclerosante para disminuir la recidiva, como alcohol fenol al 99% o tetraciclina^{2,6}.

Bibliografía

1. Pons F, Llovet JM. Actitud a seguir ante una lesión hepática focal. *Rev Esp Enferm Dig.* 2004;96:567-77.
2. Macho Pérez O, Gómez Pavón J, Núñez González A, Narvaiza Grau L, Albéniz Aguiriano L. Quiste hepático simple gigante como causa de disnea en paciente de 93 años. *An Med Int.* 2007;24:135-7.
3. Soberón Varela I, Concepción de la Peña A, Castrillón Álvarez O, Fong Baltar A, Gallo Cortés F. Presentación de un caso de quiste hepático simple tratado con cirugía mínima invasiva. *Rev Cubana Cir.* 2007;46:132-6.
4. Giuliante F, DiAcapito F, Vellone M, Giovannini I, Nuzzo G. Risk for laparoscopic fenestration of liver cysts. *Surg Endosc.* 2003;17:1735-8.
5. Bai X, Liang T, Yu J, Wang W, Shen Y, Zhang M, et al. Long-term results of laparoscopic fenestration for patients with congenital liver cysts. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int.* 2007;6:600-3.
6. Kairaluoma M, Leinonen A, Stahlberg M, Paivansalo M, Kiviniemi H, Siniluoto T. Percutaneous aspiration and alcohol sclerotherapy for symptomatic hepatic cyst. *Ann Surg.* 1989;210:208-15.

Marlén Alvite Canosa^{a,*}, Leticia Alonso Fernández^a,
Marta Seoane Vigo^a y Javier Aguirrezabalaga González^b

^a Servicio de Cirugía General y aparato digestivo, Hospital Lucus Augusti, Lugo, España

^b Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marlenqx@hotmail.com (M. Alvite Canosa).

doi:10.1016/j.regg.2011.02.003