

9. Kumar A, Costa D. Insidious posterior circulation stroke with rapid deterioration due to vertebral giant cell arteritis. *Age Ageing*. 2007;36:695-7.
10. Cid MC, Font C, Oristrell J. Association between strong inflammatory response and low risk of developing visual loss and other cranial ischemic complications in giant cell arteritis. *Arthritis Rheum*. 1998;41:26-32.
11. Cid MC, Hernandez-Rodriguez J, Esteban MJ. Tissue and serum angiogenic activity is associated with low prevalence of ischemic complications in patients with giant cell arteritis. *Circulation*. 2002;106:1664-71.
12. Sheehan M, Keohane C, Twomey C. Fatal vertebral giant cell arteritis. *J Clin Pathol*. 1993;46:1129-31.
13. Caselli RJ. Giant cell arteritis: a treatable cause of multiinfarct dementia. *Neurology*. 1990;40:753-5.
14. Gamboa F, Iriarte LM, García-Bragado F. Multiinfarct dementia in giant cell arteritis. *Med Clin (Barc)*. 1991;97:617-9.
15. Takekawa H, Daimon Y, Takashima R. Giant cell arteritis associated with lesion of the internal carotid artery: Assessment of response to steroid therapy by magnetic resonance angiography. *Inter Med*. 2008;47:1285-6.

Manuel Rubio-Rivas\*, Silvana Diyacovo Bajinay,  
Jaime Cañellas Martorell y Francesc Formiga

Unidad de Geriátrica de Agudos, Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [mrubiorivas@yahoo.es](mailto:mrubiorivas@yahoo.es) (M. Rubio-Rivas).

doi:10.1016/j.regg.2011.02.009

## Presentación atípica de la piometra en mujer anciana

### *Atypical presentation of pyometra in an elderly woman*

Sr. Editor:

La piometra es una acumulación de pus en la cavidad uterina debido al compromiso del drenaje natural del útero. Es una patología infrecuente y que predomina en mujeres posmenopáusicas. La tríada de síntomas clásicos son: secreción purulenta vaginal, sangrado posmenopáusico y dolor abdominal bajo<sup>1,2</sup>. Es una patología que atienden habitualmente los ginecólogos y con escasa frecuencia se ve en las unidades de geriatría.

Presentamos el caso de una mujer de 90 años, institucionalizada, que es remitida a urgencias por presentar náuseas y un vómito alimenticio en el contexto de un cuadro respiratorio de una semana de evolución consistente en tos, expectoración verdosa y fiebre, acompañado de astenia y anorexia. Estaba por este motivo en tratamiento con levofloxacino. Tenía como antecedentes personales hipertensión arterial, dislipemia, obesidad, cardiopatía valvular severa con insuficiencia cardíaca congestiva, hipotiroidismo y anemia normocítica-normocrómica. La situación funcional basal era de dependencia severa para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel 20/100), presenta deterioro cognitivo moderado (Cruz Roja Mental de 3/5), con síndrome ansioso-depresivo. En la analítica tenía 18.000 leucocitos y con la sospecha de infección

respiratoria de vías bajas la paciente ingresa en geriatría para tratamiento antibiótico con ceftriaxona y claritromicina. A las 48 h de ingreso presenta fiebre de 38,5 °C, molestias abdominales y cuadro sincopal. En analítica se objetiva un aumento de la leucocitosis a 24.000. Se realiza ecografía abdominal, en la que se observó una colección líquida de la pared irregular de aproximadamente 8 x 6 x 9 cm en la zona supravescical, cuya primera posibilidad diagnóstica fue un absceso abdominal. Se solicitó una TC en la que se evidenció que la colección era a expensas de la cavidad uterina, compatible con hidrometra, que comprimía cara superior vesical (fig. 1).

La paciente es valorada por el servicio de ginecología, que confirma colección intrauterina de líquido de aproximadamente 230 cc mediante ecografía transvaginal, drenándose por vía vaginal el contenido, que fue purulento, y cultivándose *Morganella morganii* y *Escherichia coli* (*E. coli*) multirresistentes. La paciente recibió tratamiento antibiótico con imipenem durante 21 días. La evolución clínica y analítica fueron favorables, sin datos de neoplasia subyacente, por lo que la paciente fue dada de alta tras 21 días de tratamiento antibiótico y con empeoramiento funcional respecto a la situación previa (Barthel 10/100). En ecografía de control persiste colección líquida de menores dimensiones. A los 3 meses la paciente ingresa de nuevo por fiebre y flujo vaginal purulento, con buena evolución clínica tras la misma antibioterapia y nuevo drenaje de líquido intrauterino por ginecólogo.

La piometra tiene una baja incidencia, 0,2-0,5% en mujeres posmenopáusicas (más frecuentes en úteros con lesiones malignas,

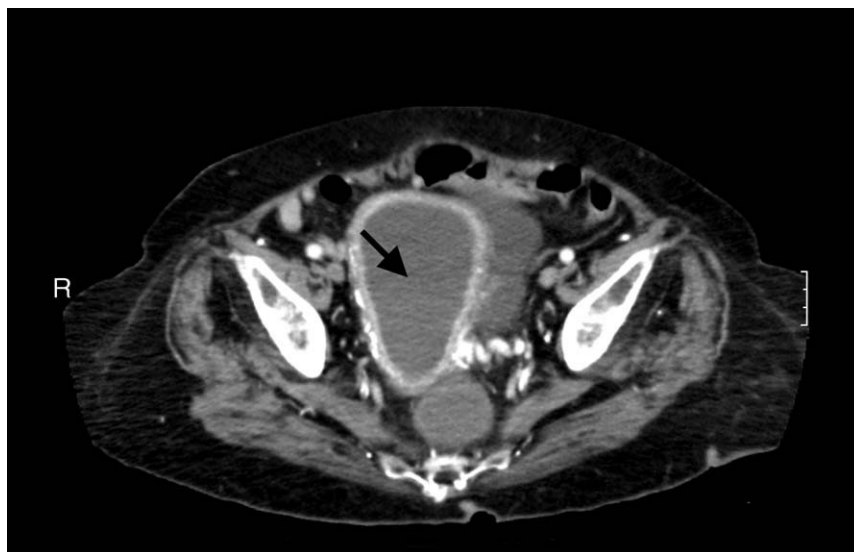


Figura 1. Imagen de TC abdomino-pélvica en la que se aprecia el útero con un contenido en su interior (flecha) desplazando la vejiga.

1,5-4%)<sup>1-5</sup>. 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<sup>1,6</sup>. 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 tratamiento<sup>5</sup>. Las pruebas de imagen indicadas son la ecografía y la TC o la resonancia magnética<sup>3</sup>.

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 adecuado<sup>1-4</sup>. 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%<sup>5</sup>.

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<sup>6,7</sup>.

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](mailto: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 adyacentes<sup>1</sup>. 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 neoperitoneo 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<sup>2,3</sup>.

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<sup>4,5</sup>.