



PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Piomioma tras aborto de segundo trimestre de gestación

Elba Carballo Núñez*, Margarita Vega Álvarez, Eva Guldrís Nieto, María Vieitez Villaverde, Sofía Cernadas Pires y Carlos López Ramón y Cajal

Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Xeral, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo, Pontevedra, España

Recibido el 3 de septiembre de 2009; aceptado el 9 de noviembre de 2009
Accesible en línea el 12 de febrero de 2010

PALABRAS CLAVE

Piomioma;
Leiomioma;
Shock séptico;
Aborto

KEYWORDS

Pyomyoma;
Leiomyoma;
Septic shock;
Miscarriage

Resumen El piomioma es una patología muy poco frecuente pero con elevada morbimortalidad. La evolución clínica subaguda y la inespecificidad de los síntomas, junto con su baja incidencia, dificultan un diagnóstico temprano.

Se presenta un caso de shock séptico secundario a un piomioma tras un aborto en el segundo trimestre de gestación, donde la evolución tórpida del cuadro febril, a pesar de un tratamiento antibiótico de amplio espectro, condujo a la realización de una histerectomía.

La existencia de signos de infección en una paciente con miomas y una historia reciente de instrumentación uterina hace necesario descartar la presencia de un piomioma.

© 2009 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Pyomyoma after miscarriage in the second trimester of pregnancy

Abstract Pyomyoma is a rare disease but carries high morbidity and mortality. Because of the non-specific nature of the symptoms, subacute course of the disease and its low incidence, early diagnosis is difficult. We report a case of septic shock due to pyomyoma after a miscarriage in the second trimester of pregnancy. Because of the torpid clinical course—despite the use of a broad-spectrum antibiotic—hysterectomy was performed. When there are signs of infection in a patient with myomas and a recent history of uterine instrumentation, the presence of a pyomyoma must be excluded.

© 2009 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El piomioma o leiomioma supurado es una complicación infrecuente pero potencialmente fatal de los leiomiomas

uterinos. Desde 1945 los casos publicados no superan la veintena y la mortalidad documentada es del 20-30%¹.

El empleo generalizado de antibióticos y el manejo actual de los miomas uterinos han contribuido al descenso de su incidencia.

Se presenta un caso de shock séptico secundario a un piomioma tras un aborto en el segundo trimestre de gestación, donde la evolución tórpida del cuadro, a pesar de un

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: elbacarbi@hotmail.com (E. Carballo Núñez).

tratamiento antibiótico de amplio espectro, condujo a la realización de una histerectomía abdominal.

Caso clínico

Paciente nulípara de 29 años, sin antecedentes de interés, con diagnóstico ecográfico de aborto diferido en la semana 13 de gestación. Se apreciaba implantación placentaria sobre un mioma de 8 X 7 cm de cara anterior uterina. Se realizó un legrado uterino evacuador sin incidencias, con alta al día siguiente.

A las 72 h poslegrado reingresó tras un pico febril de 38,5 °C. En el examen ginecológico se apreció genitales externos y vagina normales, útero aumentado de tamaño y presentaba un ligero dolor a la movilización cervical. Los parámetros analíticos estaban dentro de la normalidad. Se instauró tratamiento con amoxicilina-ácido clavulánico 1 g/ 8 h por vía endovenosa, con buena respuesta. Se dio de alta al 5.º día con tratamiento antibiótico oral durante 7 días.

La paciente tuvo una evolución domiciliaria favorable hasta el día 13.º después del alta, cuando acudió a urgencias por un cuadro de dolor abdominal, náuseas y mareo. En ese momento la temperatura era de 37 °C y la analítica estaba dentro de límites normales. En la exploración se constató ausencia de sangrado, flujo de características normales, movilización cervical y palpación uterina no dolorosa. En la ecografía se observó mioma intramural de ecoestructura muy heterogénea, de 7 cm de diámetro, que contactó con la línea endometrial y la desplazaba posteriormente, ovarios normales y una mínima cantidad de líquido libre en el saco de Douglas (fig. 1).

Se reinició tratamiento antibiótico, con amoxicilina-ácido clavulánico 1 g/8 h por vía endovenosa, con mejoría clínica inicial.

A las 48 h tras el ingreso, se produjo un empeoramiento del cuadro con dolor abdominal, escalofríos, fiebre, leucopenia y anemia. Se realizó un legrado, se extrajo material de aspecto fibromuscular completamente necrótico, con



Figura 1 Imagen ecográfica de mioma intramural heterogéneo de 7 cm que contacta y desplaza la línea endometrial posteriormente.



Figura 2 Tomografía computarizada pélvica donde se visualiza un mioma que ocupa toda la luz uterina y se extiende hacia el cérvix.

presencia de abundante flora bacteriana (cocos grampositivos) y cambios inflamatorios.

Tras el legrado, continuó el deterioro progresivo del estado general; presentó taquipnea a 28 rpm, leucopenia (2.1407 μ l), trombocitopenia (105.000/ μ l), anemia (hemoglobina: 10 g/dl; hematocrito: 31%) y alteración de pruebas hepáticas (GOT 160 U/l, GPT 138 U/l, GGT 255 U/l) y requirió ingreso en unidad de cuidados intensivos con diagnóstico de sepsis de origen ginecológico.

La tomografía computarizada confirmó la existencia de un mioma de baja densidad que ocupaba la totalidad de la luz uterina, de 7 X 6 cm, cuyo contenido se extendía hacia el cérvix y descendía por la vagina, compatible con mioma abscesificado (fig. 2).

Se realizó una resonancia magnética; en la cara anterior uterina se visualizó una lesión compatible con mioma con restos hemorrágicos en su interior, sin realce claro tras la administración de contraste, compatible con degeneración hemorrágica o necrosis (fig. 3).

Se decidió realizar una cirugía urgente, en la que se objetivó un útero miomatoso, salpingitis bilateral con líquido libre en cantidad moderada, asas intestinales dilatadas y siembra miliar en serosa de peritoneo y cara anterior de recto y sigma. Se realizó una histerectomía abdominal y una salpingectomía bilateral.

La anatomía patológica informó de necrosis masiva de leiomioma uterino, con intensa inflamación de endometrio, miometrio y trompas.

En las horas siguientes a la intervención se produjo una mejoría clínica y analítica, con normalización de las cifras de plaquetas y leucocitos. El postoperatorio cursó con normalidad, con alta hospitalaria definitiva 13 días poscirugía. Actualmente, la paciente está asintomática y reincorporada a su vida habitual.

Discusión

El piomioma es un hallazgo que, aunque infrecuente, causa una elevada morbimortalidad¹⁻¹⁰. Su curso subagudo y la inespecificidad de sus síntomas dificultan con frecuencia el diagnóstico temprano^{2,6}. Además, independientemente de la

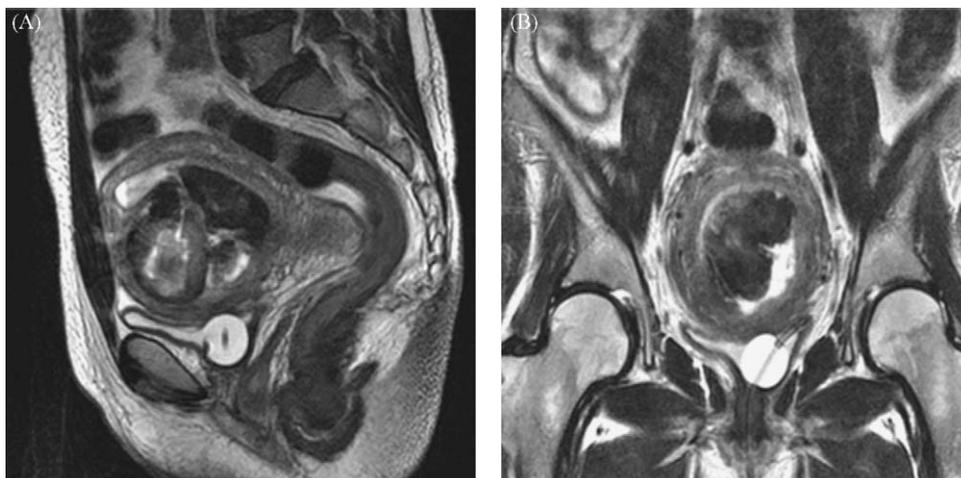


Figura 3 Imágenes de resonancia magnética pélvica. A: proyección sagital. B: proyección coronal. Se visualiza mioma en cara anterior uterina con restos hemáticos en su interior, sin realce a la administración de contraste, en posible relación con degeneración hemorrágica o necrosis.

precocidad en el diagnóstico, e incluso cuando se realiza un tratamiento antibiótico adecuado, precisará intervención quirúrgica¹⁻³.

En la mayoría de casos publicados el desarrollo del piomioma se produjo en gestantes o en mujeres posmenopáusicas, en la sexta o séptima décadas de la vida¹⁻¹⁰.

Aunque existen distintas publicaciones respecto a esta patología en la era preantibiótica, donde ésta era mucho más frecuente, los primeros que hablan de los factores de riesgo para desarrollar un piomioma son Greenspoon et al⁴ en 1990. En su trabajo realizaron una revisión de los 10 casos publicados desde 1945 y encontraron una relación temporal con la gestación en 4 de ellos; uno ocurrió durante el puerperio y 3 ocurrieron después de 1 aborto en el segundo trimestre de gestación en los que no había existido instrumentación uterina. En 1996, Tobias et al⁴ publicaron el primer caso de piomioma tras aborto, en el que se realizó legrado uterino. Ambos grupos concluyen que una historia reciente de gestación o la instrumentación uterina pueden favorecer la introducción de la infección dentro del útero y, por tanto, el desarrollo de piomiomas en pacientes con miomas³.

Durante la gestación se produce un crecimiento más rápido de los miomas en relación con cambios hormonales, que puede favorecer la degeneración, la necrosis y la infección secundaria del mismo. Un aborto espontáneo o instrumentación uterina pueden favorecer el ascenso de la infección desde el tracto genital inferior^{3,4}. En nuestra paciente concurrían ambas circunstancias (embarazo y legrado reciente por aborto). La implantación de la placenta en el mioma, aunque no se ha evaluado por otros autores, pudo ser un factor condicionante en nuestro caso, debido al mayor traumatismo producido en el mioma por un legrado más enérgico en esa zona.

Los piomiomas pueden desarrollarse en un único mioma o en varios a la vez; pueden contener un único absceso o múltiples abscesos conectados por canales². Los hallazgos radiológicos son frecuentemente inespecíficos^{7,10}.

Los gérmenes pueden llegar al mioma por diferentes vías^{2,6}: directamente desde la cavidad endometrial, desde estructuras adyacentes como los anexos o intestino, o bien

vía hematogena o linfática desde cualquier foco infeccioso del organismo⁷⁻⁹. Sin el tratamiento adecuado, la infección puede extenderse al miometrio o puede penetrar a estructuras pélvicas adyacentes o abdominales, comprometiendo gravemente a la paciente. Para su curación será imprescindible la cirugía (histerectomía o miomectomía), además de una antibioterapia agresiva¹⁻³, tal y como se realizó en el caso expuesto.

En el caso que presentamos, inicialmente, y ante la aparición de fiebre poslegrado sin otro foco, se definió el proceso como endometritis y se instauró tratamiento antibiótico, lo que pudo contribuir al curso subagudo del cuadro al impedir o limitar la bacteriemia. Tras el abandono de la antibioterapia y sin haberse eliminado, el foco infeccioso se volvió agudo, lo que llevó a la paciente a un estado de shock séptico.

La existencia de signos de infección en una paciente con miomas y una historia reciente de instrumentación uterina hace necesario descartar la existencia de un piomioma, para lo que resulta imprescindible una cuidadosa valoración clínica, pruebas de laboratorio y diagnóstico por imagen.

El tratamiento definitivo del piomioma, además de antibioterapia agresiva, requiere de un manejo quirúrgico adecuado.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Genta PR, Dias ML, Janiszewski TA, Carvalho JP, Arai MH, Meireles LP. *Streptococcus agalactiae* endocarditis and giant pyomyoma simulating ovarian cancer. *South Med J*. 2001;94:508-11.
2. Gupta B, Sahgal A, Kaur R, Malhotra S. Pyomyoma: a case report. *Aust NZ J Obstet Gynaecol*. 1999;39:520-1.
3. Tobias DH, Koenigsberg M, Kogan M, Edelman M, LevGur M. Pyomyoma after uterine instrumentation: a case report. *J Reprod Med*. 1996;41:375-8.

4. Greenspoon JS, Ault M, James BA, Kaplan L. Pyomyoma associated with polymicrobial bacteremia y fatal septic shock: a case report and review of the literature. *Obstet Gynecol Surv.* 1990;45:563–9.
5. Lin YH, Hwang JL, Huang LW, Chen HJ. Pyomyoma after a cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2002;81:571–2.
6. Sha SP, Rayamajhi AK, Bhadani PP. Pyomyoma in a postmenopausal woman: a case report. *Southeast Asian J Trop Med Public Health.* 2005;36:979–81.
7. Karcaaltincaba M, Sudakoff GS. Case Report: CT of a Ruptured Pyomyoma. *AJR.* 2003;181:1375–7.
8. Yang CH, Wang CK. Edwardsiella tarda bacteraemia-complicated by acute pancreatitis and pyomioma. *J Infect.* 1999;38:124–6.
9. Prahlow JA, Cappellari JO, Washburn SA. Uterine pyomyoma as a complication of pregnancy in an intravenous drug user. *South Med J.* 1996;89:892–5.
10. Mubarak MY, Noordini MD. A case report of pyomyoma: radiological diagnosis of potentially fatal complication of uterine leiomyoma. *Int Med J.* 2008;7:24–9.