

PIÓMETRA EN EL ÚTERO NO GRÁVIDO DE UN EMBARAZO CON ÚTERO DIDELFO

Max Albert Remón-Torres^{1,2,a}, Max Michele Remón-Torres^{1,2,a}, Alonzo Falconí-Torrevalva^{3,b}

1. Facultad de Medicina. Universidad Nacional San Luis Gonzaga. Ica. Perú.
2. Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de Ica.
3. Hospital Regional Docente de Ica, Perú
- a. Estudiante de la Medicina. b. Médico residente de Gineco-obstetricia.

RESUMEN

Se reporta el caso de una mujer de 26 años, de 30 semanas de gestación con útero didelfo, quien presenta abundante secreción purulenta por vía vaginal, dolor urente leve en fosa iliaca derecha. Los análisis de laboratorio mostraron proteína C reactiva 11,38 mg/dl, el GRAM de secreción vaginal con 25 a 30 leucocitos por campo, escasa presencia de coccus gram positivos, leucocitosis, anemia leve, Test de Ferm negativo; en la colposcopia se evidenció secreción purulenta oscura por cérvix rudimentario. Recibió tratamiento antibiótico conservador y drenaje de pus. No hubo afectación del feto y la paciente evolucionó favorablemente. (*Rev. méd. panacea* 2011; 1: 50-53).

Palabras Clave: *Píometra, Útero Didelfo, Gestación.*

PYOMETRA IN A NON-GRAVID UTERUS OF A PREGNANCY WITH DIDELPHYS UTERUS

ABSTRACT

We report the case of a 26 year-old woman with a gestation of 30 weeks with a didelphys uterus, who presented abundant purulent vaginal discharge, mild burning pain in right iliac fossa. Laboratory tests showed C-reactive protein 11.38 mg/dl, vaginal secretion GRAM 25 x 30 leukocytes per field, low presence of gram-positive coccus, leukocytosis, mild anemia, Ferm test negative, colposcopy showed dark purulent discharge by a rudimentary cervix. Received antibiotic therapy and pus drainage. There was no involvement of the fetus and the patient improved favorably.. (*Rev. méd. panacea* 2011; 1: 50-53).

Key words: *Pyometra, didelphys uterus, pregnancy.*

INTRODUCCIÓN

La incidencia de anomalías müllerianas se ha estimado de 1 en 200 mujeres⁽¹⁾. Dichas anomalías se hacen evidentes en la adolescencia, cuando se presenta la menarquia y se manifiesta con dolor abdomino pélvico⁽²⁾. El útero didelfo (dos hemiúteros con dos hemicérvix), es una malformación producida por la falta de acercamiento de los conductos de Müller, hecho que ocurre en el segundo mes de la vida embrionaria⁽³⁾. Según la American Fertility Society (1988) se desconoce la incidencia exacta del útero didelfo⁽⁴⁾.

La píometra es la acumulación de material purulento dentro de la cavidad uterina, condicionada por obstrucción del canal endocervical, atrofia o anomalías congénitas su incidencia se reporta entre 0,2-1,5%⁽⁵⁾.

El cuadro clínico es inespecífico, por lo general comprende hemorragia transvaginal, descarga vaginal y dolor pélvico; con menor frecuencia incluye fiebre o vómitos. En 82% de las pacientes se aíslan bacterias en los cultivos del material purulento, los más frecuentes son: *E. coli*, distintos tipos de

Bacteroides y estreptococos anaerobios. El tratamiento de elección del píometra es el drenaje, la vía recomendada es a través de dilatación cervical. En el tratamiento del píometra es obligatorio prescribir antibióticos dirigidos contra microorganismos aerobios y anaerobios⁽⁵⁾.

Describimos el caso de una mujer con píometra en el útero no grávido de un embarazo con útero didelfo.

CASO CLÍNICO

Mujer de 26 años, G1, P0000, con 30 semanas de embarazo, referida a emergencias ginecológicas del Hospital Regional de Ica con diagnóstico presuntivo de ruptura prematura de membranas y vaginosis bacteriana, por presentar abundante flujo vaginal purulento y dolor pélvico moderado, que fueron evidenciadas en el tóxico de emergencias ginecológicas.

La paciente presentó, dos semanas atrás, dolor urente de moderada intensidad en fosa iliaca derecha, que aumentaba de intensidad progresivamente y se irradiaba a

todo el miembro inferior derecho; cefalea leve, malestar general, sensación febril no cuantificada que la obligó a tomar paracetamol.

Es hospitalizada en el servicio de obstetricia con diagnostico presuntivo de ruptura prematura de membranas, corioamnionitis y vaginosis bacteriana.

La paciente refirió tener una vivienda de material noble, con servicios básicos adecuados. Tiene secundaria completa, nivel económico medio, sin hábitos nocivos. Fue diagnosticada portadora de útero didelfo cuatro años antes del embarazo actual (Figura 1). Padecía de enfermedad inflamatoria pélvica (EPI) e Infección del tracto urinario desde la adolescencia.

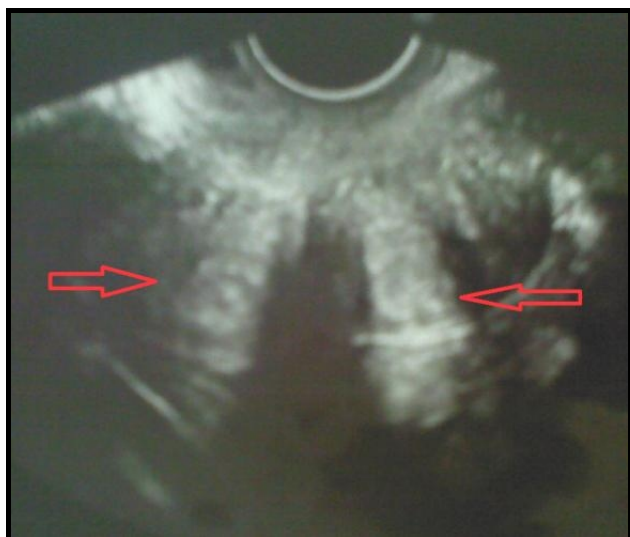


Figura 1. Ecografía realizada pre gestación donde se diagnostica útero didelfo.

Al momento del examen la paciente estaba lúcida y orientada en tiempo, espacio y persona, refería sentirse cansada. Se encontró una paciente pálida, T: 37°C, FC: 80 x minuto, FR: 14 por minuto, PA: 100/60 mmHg, Peso: 62 kilos; Talla: 1.57 m.

En el examen gineco-obstétrico: Menarquía a los 16 años, ritmo catamenial regular de 27 días, duración de cuatro días; tensión premenstrual leve. Genitales externos sin alteraciones visibles, sin sangrado. Se observó pérdida escasa de secreción purulenta, dolor urente en fosa iliaca derecha que aumentaba progresivamente de intensidad y se irradiaba a todo el miembro inferior derecho, la pelvis era ginecoide. En ese momento tenía un embarazo de 30 semanas, altura uterina de 25 centímetros; no presentaba dilatación cervical y la incorporación cervical era 0%. El feto estaba en situación longitudinal, presentación cefálica y

posición izquierda, latidos fetales de 148 por minuto, mamas libres de tumoraciones. Resto de exámenes sin alteraciones.

Según el monitoreo ecográfico el feto no mostró signos de afectación y su desarrollo se encontró dentro de límites normales.

Hemograma completo: Hemoglobina 11,0 gr/dl, hematocrito: 33%, leucocitos: 12,500 cel/mm³, plaquetas 247,000. Grupo O, Rh: +, análisis de creatinina: 0,7 mg/dl, proteína C reactiva 11,38 mg/dl; sedimento urinario con 8-20 leucocitos por campo, 15-20 hematíes por campo, escasos uratos amorfos; Gram de secreción vaginal con 25-30 leucocitos por campo (80% de polimorfo nucleares y 20% de monomorfo nucleares), con escasa presencia de cocos Gram positivos, Test de Ferm negativo.

La colposcopia indicó una afectación directa del útero no grávido por la presencia de secreción purulenta oscura a nivel de su cérvix rudimentario, el que tenía aspecto inflamatorio, Figura 2.

La paciente fue diagnosticada portadora de:

- Piometra.
- Endometritis
- Gestación 30 semanas por FUR
- Infección del tracto urinario.
- Útero didelfo.
- Alto Riesgo Obstétrico.

Se instauró un tratamiento conservador, drenaje de pus y antibióticoterapia, con seguimiento estricto del bienestar fetal así como de la madre

El tratamiento utilizado fue el siguiente: Clindamicina 600 mg EV c/8hrs por seis días, Amikacina 500 mg EV c/12hrs por 5 días, Betametasona 12 mg IM c/24hrs por dos días, Clindamicina/Ketoconazol 100 mg / 400 mg óvulo vaginal c/24hrs por cinco días, el óvulo vaginal se usó una vez terminado el tratamiento endovenoso y en su domicilio.

Con este tratamiento la paciente mejoró considerablemente.



Figura 2. Colposcopia, apreciamos drenaje purulento "achocolatado" del orificio cervical rudimentario.

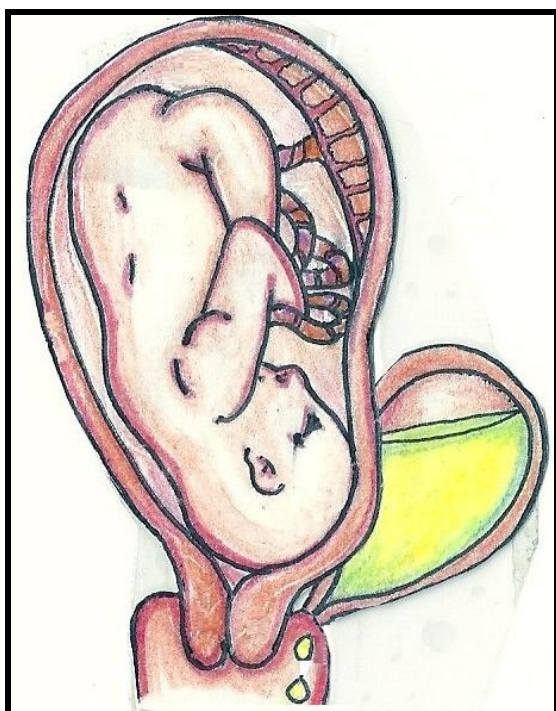


Figura 3. Representación esquemática del caso de piómetra en el útero no grávido.

Seguimiento del caso. La paciente es hospitalizada nuevamente a las 39 semanas de gestación por presentar edema moderado en miembros inferiores y náuseas.

También presentaba disminución de movimientos fetales y eliminación de "moco" por la vagina.

Al examen gineco-obstétrico: Altura uterina de 32 cm, dilatación cervical de 0, incorporación cervical 10%, distocia situacional oblicua; latidos fetales 148 por minuto y no presentaba contracciones uterinas.

Pruebas de bienestar fetal: Test no estresante: No Reactivo (indicar test estresante); Test Estresante (Test de pose): Positivo (patológico); Perfil Biofísico: 6/10 (terminar gestación).

Se realizó una cesárea segmentaria transversal urgente con diagnóstico pre-operatorio de:

Sufrimiento fetal agudo.
Distocia situacional oblicua.
Útero didelfo.
Edad gestacional de 39 semanas.

Diagnostico post-operatorio:

Distocia funicular brazo izquierdo.
Útero rudimentario de 7 cm.
Líquido amniótico de 200 cc. con meconio.

Fue una cesárea sin complicaciones, el neonato de 3,300 gramos presentó un APGAR de 9.

En este momento la paciente desea retirarse el útero rudimentario ya que le causa cuadros de Enfermedad Inflamatoria Pélvica, dismenorreas e infecciones urinarias a repetición. Remarcamos que las anomalías müllerianas vienen acompañadas de malformaciones en el tracto urinario, motivo por el cual se recomendó a la paciente hacerse descarte de las malformaciones por medio de un urograma excretor.

DISCUSIÓN

Los datos clínicos característicos de piómetra son: dolor hipogástrico, sangrado transvaginal y leucorrea fétida, pero no son patognomónicos ni aparecen en todos los casos. 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, cursando con abdomen agudo. En este caso estarían indicados la laparotomía exploratoria y el drenaje con histerectomía⁽¹⁴⁾.

Las infecciones suelen ser más frecuentes entre las mujeres que padecen de útero didelfo. La gestación evoluciona generalmente en el cuerno mejor desarrollado. La interrupción prematura de la gestación es frecuente

dada la hipoplasia de la musculatura. Uno de los hemiúteros puede ocasionar metrorragias y/o expulsión de la decidua simulando el cuadro de embarazo ectópico ⁽³⁾.

En embarazadas es posible que la vaginosis bacteriana cause una infección invasiva ascendente hacia las membranas fetales. El tratamiento puede suprimir temporalmente la vaginosis bacteriana, partiendo la infección no tratada hacia el tracto genital superior ⁽¹¹⁾.

En el caso de nuestra paciente se remarca que el útero no grávido debió acumular la decidua propia del ciclo menstrual de la mujer el cual se infectó a partir del cérvix rudimentario con septo vaginal. Sin tener drenaje adecuado, considerando que había embarazo en el otro útero cuyo cérvix si presentaba características normales, esto impedía el normal "drenaje" de los restos de decidua. También vale remarcar los agravantes causados por el mismo embarazo, los cambios hormonales que produce, afectando directamente a ambos úteros; también es importante la relajación que causa en la musculatura lisa uterina.

El tapón mucoso evitó que la secreción purulenta afecte al producto de la gestación, demostrando una vez más su importancia como una efectiva barrera contra las diversas infecciones que pueden poner en peligro el curso de una gestación. Lo cual se constató con las pruebas de bienestar fetal realizadas. La gestante padecía cuadros repetitivos de enfermedad pélvica inflamatoria e infección del tracto urinario, causados por la presencia de su útero didelfo donde el útero menos desarrollado y con cérvix rudimentario tenía dificultades para eliminar los restos de la decidua propios de cada ciclo menstrual.

Luego de haberse recuperado del cuadro inflamatorio, el embarazo de la paciente fue controlado, pero la fisiología del útero grávido no era la adecuada, pues no respondía adecuadamente a la oxitocina y se tuvo que suspender la inducción del parto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Pérez I.** Anomalías Müllerianas. Revisión bibliográfica. Rev Med 2007;15 (2): 251-260
2. **Cruz M, Tovar R, García-Madrigal J.** Malformación congénita del aparato reproductor femenino: útero didelfo. Reporte de Casos. Universitas Médica 2006 47 (3) : 185
3. **Schwarcz R, Fescina R, Duverges C.** Obstetricia. Sexta Edición . Buenos Aires Editorial El Ateneo; 2005. p.195
4. **Pereira F, Montilla A, Pereira E.** Histerectomía de urgencia por ruptura de útero didelfo grávido: reporte de caso. Rev Obst Gin Venezuela 2011; 66 (1): 1
5. **Toquero M.** Peritonitis secundaria a piómetra perforado en cáncer de cuello uterino. Rev Gin Obst Mexico 2005; 73(6):18-2
6. **Sánchez-González et al.** Presentación atípica de la piómetra en mujer anciana. Carta científica. Revista Española de Geriatria y Gerontología 2011.
7. **Castro M, Cancela M, Repetto M.** Corioamnionitis histológica en el recién nacido menor de 1 000 gramos. Incidencia y resultados perinatales. Rev peru pediatr. 2007;60(3):157.
8. **Yañes-Velasquez, et Cols.** Infección durante el embarazo como factor causal de ruptura prematura de membranas y de parto pretérmino. Centro de Investigaciones sobre Enfermedades Infecciosas. Instituto Nacional de Salud Pública 1990; 32(3): 289
9. **Castillo E, et Cols.** Eficacia del Ketoconazol y la Clindamicina vaginal vs clindamicina oral en la prevención de la rotura prematura de membranas. Ginecol Obstet Mex 2008;76(7):373-80
10. **Sánchez A, Coyotecatl I, Valentín E.** Diagnóstico clínico, de laboratorio y tratamiento de la vaginosis por *Gardnerella vaginalis*. Artículos de Revisión .Universitas Médica; 2007 48 (4):1
11. **Gutiérrez M.** Enfermedad inflamatoria pélvica: Etiopatogenia. Rev Per Ginecol Obstet. 2007;53(4) :228-233
12. **Toquero M, Bañuelos J.** Peritonitis secundaria a piómetra perforado en cáncer de cuello uterino. Ginecol Obstet Mex 2005; 73 (11):618-21.
13. **Ortiz C.** Piómetra gigante que originó concentraciones séricas elevadas de CA-125. Reporte de un caso clínico. Ginecol Obstet Mex 2009; 77(9):445-8.

Correspondencia:

Univ. Max Michele Remón Torres
Correo electrónico: maximito6@hotmail.com