

Masa pélvica en la mujer puérpera. Presentación de caso

Pelvic mass in puerperal woman. Case presentation

MSc. Juliana M Tarajano Marquez^{1*}

Dr. José A. Arego Muro²

Dra. Lianet Herrera Fernández³

¹ Hospital universitario Clínico Quirúrgico Provincial Comandante Faustino Pérez Hernández. Matanzas, Cuba.

² Hospital General Docente Julio M. Aristegui. Matanzas, Cuba.

³ Hospital General Docente Dr. Mario Muñoz Monroy. Matanzas, Cuba.

* Autor para la correspondencia: juliana.mtz@infomed.sld.cu

RESUMEN

El término infección puerperal se utiliza para describir cualquier infección bacteriana del aparato genital después del parto. Durante gran parte del siglo XX las infecciones puerperales, la preeclampsia y la hemorragia obstétrica formaron parte de la tríada letal de mortalidad materna. La ecografía, la resonancia magnética y la tomografía axial computarizada son la tríada de elección para el diagnóstico del abdomen agudo en el puerperio. El mismo resulta difícil debido a factores intrínsecos y es entonces, cuando el radiólogo adquiere un papel crucial. Se presentó un caso de una mujer de 30 años, con 8 días de habersele practicado una cesárea con un puerperio inmediato normal. Posteriormente presentó dolor abdominal, fiebre, escalofríos y masa palpable en fosa iliaca izquierda. Se practicaron técnicas de imágenes se plantea una masa ovárica izquierda, se realizó laparotomía exploradora y se concluyó como absceso ovárico.

Palabras clave: mujer puérpera; masa pélvica; absceso ovárico.

ABSTRACT

The term puerperal infection is used to describe any bacterial infection of the genital tract after delivery. During much of the twentieth century puerperal infections, preeclampsia and obstetric hemorrhage were part of the lethal triad of maternal mortality. Ultrasonography, magnetic resonance imaging and computed tomography are the triad of choice for the diagnosis of acute abdomen in the puerperium, which is difficult due to intrinsic factors and it is when radiologist plays a vital role. The authors present the case of a woman, aged 30 years, at the 8th day after undergoing a cesarean section with a normal immediate puerperium, who later presented abdominal pain.

Key words: pelvic mass; ovarian abscess.

Recibido: 27/07/2019.

Aceptado: 11/07/2019.

INTRODUCCIÓN

Por fortuna y gracias al desarrollo de antibióticos eficaces, la muerte materna por infección ya es rara. Pero, no siempre sucedió así y hallazgos publicados por *Pregnancy Mortality Surveillance System*, que incluía 4 mil 693 muertes maternas en Estados Unidos, entre 1998 y 2005. Las infecciones provocaron hasta 10,7 % de las muertes vinculadas con el embarazo, y ocuparon el quinto lugar como causa de muerte. En un análisis similar de la población de Carolina del Norte de 1991 a 1999, comunicaron que el 40 % de las muertes maternas relacionadas con infecciones era prevenibles.⁽¹⁾

El abdomen agudo se define como cualquier condición intraabdominal aguda caracterizada por dolor, sensibilidad y rigidez muscular para la cual debe considerarse la posibilidad de cirugía urgente. Algunas causas de abdomen agudo son más probables en el embarazo-puerperio y otras son específicas del embarazo. El diagnóstico del abdomen agudo en el puerperio es particularmente difícil debido a factores intrínsecos del embarazo, por ello el radiólogo adquiere un papel crucial ya que su manejo depende del tamaño, características ecográficas y la asociación de sintomatología clínica.

En el puerperio la técnica más favorable a utilizarse es por supuesto la ecografía, primera herramienta diagnóstica, la resonancia magnética nuclear (RMN) y la tomografía axial computarizada (TAC); esta última se realiza ante una ecografía no

concluyente, la que debe reservarse para aquellos casos en los que existe riesgo vital, fundamentalmente en traumatismos con hipovolemia o sepsis, y en determinadas indicaciones postparto.^(2,3,4)

En relación a los contrastes yodados y de gadolinio $<1\%$ y $<0,04\%$ respectivamente de la dosis intravenosa administrada a la madre, se excreta a la leche y esto ocurre en las primeras 24 h. Además, menos del 1% del contraste (yodado o de gadolinio) ingerido por el lactante es absorbido, es decir, la dosis sistémica para el lactante será menor del $0,01\%$ (yodados) y del $0,0004\%$ (gadolinio) de la dosis administrada a la madre. Lo que representa menos del 1% de la dosis de contraste en estudio de lactantes. No es necesario, por tanto, suspender la lactancia.⁽²⁾

La incidencia de masas anexiales diagnosticadas durante el embarazo y puerperio, varía según las diferentes series consultadas; sin embargo, masas de tamaño superior a 6 cm suponen casos excepcionales en la literatura.⁽⁵⁻⁸⁾ El quiste teco luteínico, la torsión anexial/ovárica y la trombosis de la vena ovárica, son las complicaciones más frecuentes de abdomen agudo en el puerperio inmediato. Es por ello que el manejo imagenológico de este tipo de pacientes supone un reto para el equipo multidisciplinario y sobre todo para el imagenólogo, ya que de este dependerá la conducta posterior.⁽⁹⁻¹¹⁾

PRESENTACION DE CASO

Paciente femenina de 30 años de edad, G2, P2 (cesáreas vivas) A0 con antecedentes de salud. Presentó de inmediato un puerperio normal, pero 8 días después de la intervención quirúrgica, presentó dolor en fosa iliaca izquierda fiebre y escalofríos. Se le indicaron estudios hematológicos y ultrasonido abdominal de urgencia. (Fig. 1)

Se apreció imagen heterogénea con múltiples tabiques en región ovárica izquierda con marcado engrosamiento (flecha blanca) del peritoneo parietal. No presencia de líquido libre en cavidad.



Fig 1. Imagen heterogénea con múltiples tabiques en región ovárica izquierda.

Se planteó por los antecedentes ecográficos durante el seguimiento del embarazo, que fueron normales una sepsis en dicha zona o un compresoma. Se decidió realizar TC simple que arrojó masa compleja heterogénea (flecha negra) que se encuentra adherida a peritoneo (flecha blanca) creando abombamiento del mismo en región de fosa iliaca izquierda. (Fig 2)

La TC y contrastada mostró útero (flecha blanca gruesa) ligeramente aumentado de tamaño. Masa compleja que captó contraste de forma heterogénea que presentaba en su interior hipodensidades (flecha negra) y que se encontraba adherida a peritoneo con lesiones lineales del peritoneo a la masa (flecha blanca) creando abombamiento del mismo en región de fosa iliaca izquierda. (Fig 3)



Fig 2. Masa compleja heterogénea que se encuentra adherida a peritoneo.



Fig 3. Útero ligeramente aumentado de tamaño.

Se plantearon dos posibilidades desde el punto de vista imagenológico: absceso ovárico o cuerpo extraño.

Se realizó laparotomía exploradora concluyendo sepsis ovárica comprobada histológicamente.

DISCUSION

La presencia de masas pélvicas diagnosticadas en el puerperio plantea un dilema sobre el manejo de este tipo de pacientes. Si bien la mayoría son benignas, debe valorarse en estas pacientes; la incidencia del cáncer de ovario, linfangioma, quiste mesentérico, o tratarse de una tumoración de origen ginecológico que hubiera pasado inadvertida durante el embarazo.

La mayoría de las lesiones que crecen rápidamente durante el embarazo, demuestran tener un componente hormonal y estar bien diferenciadas.⁽⁸⁾ El quiste teco luteínico, la torsión ovárica y la trombosis de la vena ovárica son las complicaciones más frecuentes de abdomen agudo en el puerperio inmediato. También la sepsis pélvica posoperatoria, la ecografía puede ayudar a establecer el grado de sospecha de malignidad o benignidad.⁽⁹⁻¹¹⁾

La TC y la RMN son los estudios de imágenes que han demostrado mejor valor predictivo positivo, ante la sospecha de una masa anexial en el puerperio.⁽⁷⁾

El imagenólogo desempeña un papel crucial en el diagnóstico del abdomen agudo en el puerperio. Debe conocerse, por tanto, sus posibles causas y características de imagen, utilizando la ecografía como prueba inicial y la TC en situaciones de riesgo vital en el puerperio inmediato.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. F. Gary Cunningham et al. Section 10 Puerperio. Capítulo 37. Complicaciones puerperales. En: Williams. Obstetricia[Internet]. 24e.EE UU: McGraw-Hill Interamericana; 2010[citado 29/06/19]. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/book.aspx?bookid=1525#>
2. Hansen W, Moshiri M, Paladin A, et al. Evolving Practice Patterns in Imaging Pregnant Patients with Acute Abdominal and Pelvic Conditions. *Curr Probl Diagn Radiol*. 2017 Jan - Feb;46(1):10-16. Citado en PubMed; PMID: 27460749.
3. López Fernández. Cirugía mínimamente invasiva de tumoración quística abdominal gigante en paciente puérpera. complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil. *Rev Cubana Obstet Ginecol*[Internet]. 2016[citado 29/06/19]; 42(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000400014
4. Arizaga E. Complicaciones asociadas al embarazo y puerperio. *SERAM*. 2017 N°. 14. Citado en SERAU; ID: P2017-14.
5. Masselli G, Derme M, Laghi F, et al. Evaluating the Acute Abdomen in the Pregnant Patient. *Radiol Clin North Am*. 2015 Nov;53(6):1309-25. Citado en PubMed; PMID: 26526440
6. Lourenco AP, Swenson D, Tubbs RJ, et al. Ovarian and tubal torsion: imaging findings on US, CT, and MRI. *Emerg Radiol*. 2014 Apr;21(2):179-87. Citado en PubMed; PMID: 24078282.
7. Dodge JE, Covens AL, Lacchetti C, et al. Management of a suspicious adnexal mass: a clinical practice guideline. *Curr Oncol*. 2012 Aug;19(4):e244-57. Citado en PubMed; PMID: 22876153.
8. Kalish GM, Patel MD, Gunn ML, et al. Computed tomographic and magnetic resonance features of gynecologic abnormalities in women presenting with acute or chronic abdominal pain. *Ultrasound Q*. 2007 Sep;23(3):167-75. Citado en PubMed; PMID: 17805165.
9. Amor F, Alcázar JL, Vaccaro H, et al. GI-RADS reporting system for ultrasound evaluation of adnexal masses in clinical practice: a prospective multicenter study. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2011 Oct;38(4):450-5. Citado en PubMed; PMID: 21465605.

10. Pedrosa I, Levine D, Eyvazzadeh AD, et al. MR imaging evaluation of acute appendicitis in pregnancy. *Radiology*. 2006 Mar; 238(3):891-9. Citado en PubMed; PMID: 16505393.

11. Shwayder JM. Pelvic pain, adnexal masses, and ultrasound. *Semin Reprod Med*. 2008 May; 26(3):252-65. Citado en PubMed; PMID: 18504700.

Conflicto de interés.

“Los autores declaran no tener conflictos de intereses”.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Tarajano Marquez JM, Arego Muro JA, Herrera Fernández L. Masa pélvica en la mujer puérpera. Presentación de caso. *Rev Méd Electrón [Internet]*. 2020 Mar.-Apr. [citado: fecha de acceso]; 42(2). Disponible en:
<http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/3403/4765>