

<b>Caso</b>	(551) Abscesos pélvicos de origen tuboovárico: el signo del septo incompleto.
<b>Autores</b>	Nuria Isabel Casado Alarcón, Carmen Trejo Gallego, Guillermo Alías Carrascosa, Marta Sánchez Canales, Cristina Jiménez Pulido, Maximiliano Francisco Suazo Aravena, Irene García Tuells
<b>Centro</b>	Hospital Universitario José María Morales Meseguer

## EXPOSICIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de una mujer de 47 años, con antecedente de carcinoma epidermoide, queratinizante e infiltrante de exocérvix, asociado a adenocarcinoma de endocérvix localmente avanzado irreseccable, en tratamiento con quimio-radioterapia, que acude por dolor en hipogastrio y región suprapúbica desde el último tratamiento hace 10 días. Asocia náuseas, vómitos y estreñimiento. Además, refiere sensación distérmica, con escalofríos sin fiebre termometrada. Analíticamente, destaca leucocitosis, con neutrofilia, y PCR elevada. Se realiza una TC abdominopélvica con contraste iv, donde observamos una colección parauterina (asteriscos negros), de morfología alargada, con un septo incompleto en su interior (cabeza de flecha) y lesiones quísticas adyacentes al colon sigmoide, de aspecto similar, con realce de la pared y cambios inflamatorios en tejidos adyacentes a ambas estructuras. Inicialmente en el diagnóstico diferencial se incluyó la posibilidad de colecciones de origen intestinal. Sin embargo, en concordancia con la ocupación de la cavidad endometrial (asteriscos blancos), el estudio previo de RM y la afectación neoplásica cervical conocida, el origen más probable de los hallazgos es una enfermedad inflamatoria pélvica con formación de abscesos tuboováricos y piometra, propiciada por una estenosis del cérvix secundaria a la masa cervical conocida (flecha negra). Dada la dificultad para el tratamiento quirúrgico por los antecedentes neoplásicos, se colocó un drenaje en la colección presacra, que confirmó el contenido purulento de la misma.

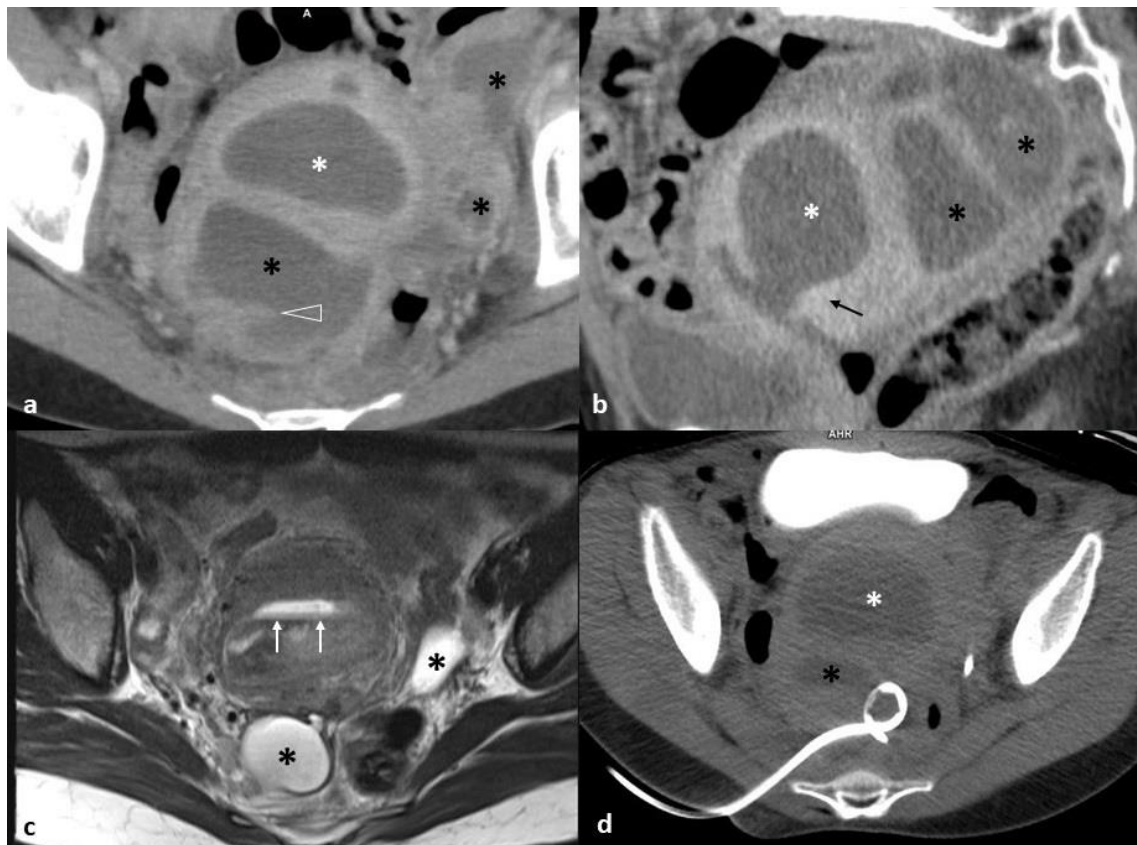
## DISCUSIÓN

La enfermedad inflamatoria pélvica (EPI) se define como la infección del tracto genital superior, incluye un amplio espectro de presentaciones clínicas desde dolor a la movilización cervical sin hallazgos patológicos en pruebas de imagen hasta abscesos tuboováricos con piometra y diseminación peritoneal de la infección. En la mayoría de los casos están causadas por la diseminación ascendente de una infección de transmisión sexual, siendo más frecuente en mujeres jóvenes. Otras causas de etiología no infecciosa que hay que tener en cuenta son neoplasias uterinas o cervicales con estenosis significativa, , como ocurre en nuestro caso, antecedente de radioterapia pélvica o fístula colo-uterina. En la TC con contraste, los abscesos tuboováricos se presenta como masas complejas de forma irregular y tubular, con realce mural y contenido heterogéneo, en general la afectación es bilateral, lo que ayuda a realizar el diagnóstico, y difícil de delimitar de las estructuras adyacentes. Habitualmente produce desplazamiento anterior de ligamentos anchos y redondos, lo que ayuda a diferenciarlos con abscesos pélvicos

de origen intestinal. Un signo muy específico que nos permite localizar la patología en la trompa, es el signo del septo incompleto, estos septos corresponden a los pliegues mucosos de la pared tubárica parcialmente borrados por la distensión. Por el contrario, los septos visibles en las neoplasias quísticas ováricas son completos y cruzan toda la lesión. En ocasiones, si existe gran distensión tubárica, los septos pueden borrarse completamente, lo que dificulta la diferenciación con masa de otras estructuras quísticas, para lo que es útil conocer la morfología tubular y disposición anatómica entre el útero y los ovarios.

## CONCLUSIÓN

La enfermedad inflamatoria pélvica y el resto de patologías ginecológicas agudas constituyen un reto para el radiólogo, por ello es importante conocer la anatomía de la pelvis femenina y los signos, como el del septo incompleto, que nos ayudarán a realizar de manera correcta el diagnóstico diferencial.



*Figura 1. En la TC de abdomen con contraste intravenoso en plano axial (a) y sagital (b) se observa contenido en el interior de la cavidad endometrial (asteriscos blancos) y colecciones parauterinas bilaterales con realce periférico fino (asteriscos negros en a), la mayor retrouterina, con el signo del “septo incompleto”, sugestivo de corresponder a la trompa uterina ocupada (cabeza de flecha). Las colecciones han aumentado en tamaño y número respecto al estudio de RM previo (asteriscos negros en C); ya existía contenido en el interior de la cavidad endometrial en la RM previa (C: secuencia potenciada en T2 en plano axial) con un nivel líquido-líquido (flechas blancas). Los hallazgos se interpretaron como una enfermedad inflamatoria pélvica compuesta por piometra y abscesos tuboováricos, propiciados por una estenosis del cérvix uterino (flecha negra) por carcinoma epidermoide. Se obtuvo pus franco en el drenaje radiológico guiado por TC (e).*

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Rezvani M, Shaaban AM. Fallopian Tube Disease in the Nonpregnant Patient. *RadioGraphics* 2011; 31:527-548
2. Yik-Si Chan L, Wing-Kit Lo K, Cheung T-H. Radiographic appearance of pyometra on computer tomography mimicking pelvic abscess. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2006,85(9):1144-5.
3. La Parra Casado C, Molina Fàbregab R, Forment Navarroay M, Cano Gimeno J. Estudio de las enfermedades de las trompas de Falopio mediante resonancia magnética. *Radiología.*2013;55(5):385 - 397