

INFORME DE CASO

Miomectomía a las 21 semanas de gestación. Informe de un caso.

Dr. William Jiménez Reyes¹, Dr. Abel Osle Matos², Dra. Lourdes Correa Balga³

¹ Especialista de II Grado en Ginecología Y Obstetricia. Máster en Atención Integral a la Mujer. Instructor. Hospital General Docente "Octavio de la Concepción y de la Pedraja" Baracoa. Guantánamo. Cuba.

² Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Instructor. Hospital General Docente "Octavio de la Concepción y de la Pedraja" Baracoa. Guantánamo. Cuba.

³ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Integral a la Mujer. Instructor. Hospital General Docente "Octavio de la Concepción y de la Pedraja" Baracoa. Guantánamo. Cuba.

RESUMEN

La leiomiomatosis del útero es una de las enfermedades más frecuentes en la práctica ginecológica. El 20 % de las mujeres desarrollan estas tumoraciones a la edad de los 40 años. Se presenta el caso clínico de una paciente con un mioma gigante complicado durante un embarazo, que obliga a la resolución quirúrgica a las 21 semanas de gestación, con evolución satisfactoria y parto a término.

Palabras clave: mioma gigante, embarazo, intervención quirúrgica

INTRODUCCIÓN

La leiomiomatosis del útero es una de las enfermedades más frecuentes en la práctica ginecológica. El 20 % de las mujeres desarrollaron estas tumoraciones a la edad de los 40 años. Dependiendo de la localización de las lesiones, su presencia ocasiona síntomas y problemas para la paciente. Esta sintomatología usualmente requiere cirugía que, clásicamente, ha sido la miomectomía abdominal, histerectomía.

El mioma uterino tiene una incidencia del 1 % en la población de mujeres en edad fértil¹ observándose aproximadamente el 2 % de las mujeres embarazadas, y una de cada 10 de ellas tendrá complicaciones.² Este es considerado como causa de infertilidad³, no obstante las complicaciones durante el embarazo son menores⁴, que las producidas por las intervenciones sobre él durante la gestación.¹

Habitualmente los miomas no presentan crecimiento de tamaño durante el embarazo.⁵⁻⁸

La miomectomía durante la gestación tiene riesgo de aborto, parto prematuro o hemorragia severa, por lo que no se recomienda intervenir durante este período.⁹⁻¹³

Existen pocas publicaciones de miomectomías realizadas durante la gestación, dentro de ellas destaca el caso del Dr. Wittich en Honolulu⁶, quien intervino a una paciente de 31 años por la complicación de un gran mioma a las 12 semanas de gestación, y el del Dr. Ehigiegba A.E., en Nigeria, quien intervino un mioma pediculado encarcerado en el saco de una hernia umbilical a las 29 semanas de gestación³ Vásquez y cols.

Otros servicios en un hospital chileno reportan una revisión de mioma y embarazo, relatan el caso de una paciente la cual se intervino a las 28 semanas de gestación por un mioma complicado pero que terminó en parto prematuro a las 28 semanas de gestación. El RN pesó 1 300 g y falleció⁸ otro caso que se intervino con una gestación de 14 semanas con resultados favorables desde el punto de vista perinatal, siendo el parto por cesárea la vía de culminar la gestación.

En esta institución se recoge la realización de varios casos de miomectomías realizadas durante la gestación, pero todas ellas como consecuencias de miomas subserosos pediculados donde presentaron complicaciones durante el proceso de gravidez, donde obligó a la realización de miomectomías, todos se recogen con el elemento clínico de ser pediculados; en este caso que se presenta es el primero donde se realiza la intervención siendo un gran mioma intramural.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Y.M.P.C., paciente de 34 años de edad. Historia Clínica No. 386573, quien acude a consulta por primera vez el 11 de agosto del año 2010 por dolor intenso en fosa iliaca derecha y amenorrea de 20⁺⁶ semanas. Sin anticoncepción desde diciembre de 2003, su fecha de última menstruación fue el 17 de febrero de 2010.

Al examen clínico se constata aumento de volumen abdominal con altura uterina de 22 cm y tumoración anexial alta de consistencia dura que se proyecta hasta la altura del ombligo.

Se realiza ecografía abdominal informando útero grávido, confirmándose la presencia de un feto con un diámetro biparietal (DBP) de 50 mm para una edad gestacional de 21 semanas de gestación, con actividad cardíaca presente; hacia la pared lateral izquierda del útero, extrauterino, se visualiza tumoración sólida homogénea de bordes nítidos que mide aproximadamente 12 cm, de diámetro mayor, con imagen en su interior de un feto de 9 semanas de edad gestacional sin signos de vida.

Se toman las medidas al respecto se interpreta el cuadro como una gestante con 21 semanas de gestación y un embarazo ectópico concomitante, realizaron los exámenes de rutina de control de embarazo los que se encontraron en rangos normales se toma la decisión de discutir el caso en el colectivo médico para la toma de conducta.

Durante los controles manifestaba dolor discreto en relación a la masa tumoral. El 12 de agosto, cursando 21 semanas de gestación presentó dolor de gran intensidad de inicio brusco de localización suprapúbica, el cual fue manejado agresivamente con analgésicos y antiespasmódicos inyectables, sin lograr remisión del cuadro, muy por el contrario el dolor se acentuó, agregándose compromiso del estado general, lo que motiva su intervención con los diagnósticos de gestación 21 semanas y embarazo ectópico no complicado.

Se realiza laparotomía infraumbilical ampliada a región paraumbilical izquierda. Se comprueba la presencia de un útero grávido con la presencia de un mioma intramural de la pared anterolateral izquierda, que mide aproximadamente 12 cm de diámetro de superficie rugosa y color violáceo, de menor tamaño que el resto del útero grávido.

Se realiza incisión de aproximadamente 15 cm sobre la superficie del tumor realizando la enucleación cuidadosa de éste. Durante la extirpación se llegó a la cavidad uterina visualizándose las membranas amnióticas. Se sutura la pared uterina con puntos separados de vicryl del 2:0 y 0 en varias capas, lográndose un buen afrontamiento de la pared uterina con adecuada hemostasia.

Se le impone tratamiento postoperatorio con hidroterapia, antibióticos y medidas generales, prestando especial atención al patrón de contracciones, se traslada a unidad de cuidados intensivos donde evoluciona satisfactoriamente durante 72 horas, luego pasa a sala de cuidados perinatales permaneciendo en dicha sala por un espacio de 6

días, se traslada a sala de cuidados mínimos y luego al hogar materno donde permanece hasta la hora del parto.

La biopsia del mioma fue informada como leioma intramural gigante de 13.5 cm de diámetro con extenso infarto hemorrágico (Figura 1) y vasos venosos dilatados y trombosados (Figura 2).

La paciente presentó buena evolución postoperatoria siendo dada de alta sin complicaciones.

La evolución postoperatoria no presentó complicaciones y los controles obstétricos y eco gráficos posteriores mostraron una evolución clínica y ecografía normal con un crecimiento fetal dentro de límites normales.

A partir de las 30 semanas de gestación se indicó reposo absoluto en cama. También se realizó inducción de maduración pulmonar con 2 dosis de Betametasona 12mg c/12 horas a las 28 semanas. Se practica cesárea el 2 de diciembre del año 2010 cursando 39 semanas de gestación sin accidentes.

Se extrae recién nacido de sexo masculino de 3 660 g, en buenas condiciones. Test de Apgar 9/9 a los 5 y 10 minutos, respectivamente, que evoluciona satisfactoriamente.

Durante la cesárea se exploró la zona de la miomectomía encontrándose cicatriz indemne. Se realiza además extirpación de ambas trompas por técnica de Pomeroy previo consentimiento de la paciente.

DISCUSIÓN DEL CASO

Los tumores ginecológicos benignos más comunes son los miomas, que surgen del músculo liso y el tejido conectivo del miometrio.¹⁴⁻¹⁶ Son conocidos también como leiomiomas, fibromas, fibroides, fibromiomas o miofibromas. Suelen ser diagnosticados a la exploración física o con exámenes complementarios, especialmente con ultrasonido.

Según su localización pueden ser subserosos, submucosos, intramurales, cervicales e intraligamentarios. No se conoce la causa de su origen, pero se ha sugerido que cada mioma se origina en una sola célula neoplásica dentro del músculo liso del miometrio.¹⁵ Aproximadamente el 40 % tiene anormalidades cromosómicas en las cuales no interviene el azar, que probablemente representan cambios somáticos secundarios en células genéticamente susceptibles, y se han sugerido mecanismos genéticos múltiples de crecimiento tumoral.¹⁵ Después de la menopausia, comúnmente disminuyen de tamaño,

aunque la terapia hormonal posmenopáusica puede estimular su crecimiento.¹⁶

Durante el embarazo, los miomas son los tumores que se encuentran con mayor frecuencia.¹⁶ En Estados Unidos, en el año 2000, su coexistencia con la gestación fue reportada entre 0.1 - 3.9 %¹⁴; mientras que en Venezuela en 1993, entre 0.03 - 0.7 %¹⁵, y en 0.22 %, en 1988, Otros autores^{17,14} los consiguen más frecuentes en las gestantes mayores de 35 años, no fumadoras, de raza negra, con cesáreas anteriores y que iniciaron el control prenatal durante el primer trimestre.

De acuerdo con Katz VL¹⁶, los cambios de las cifras de estrógenos y progesterona durante la gestación, modifican el crecimiento de los miomas, haciendo que algunos de ellos crezcan en el embarazo e involucionen durante el puerperio. Las células de los miomas tienen más receptores de estrógenos que el tejido circundante. Las cifras crecientes de progesterona pueden actuar como inhibidor de este crecimiento, y así inducir cambios degenerativos e involución en etapas más avanzadas del embarazo. Otra teoría es que ocurre distensión de las arterias nutricias que ingresan a la periferia del mioma y rodean al tumor, lo que produce cambios degenerativos.

Aunque el tamaño de casi todos los miomas se mantiene constante durante el embarazo, algunos crecen rápidamente por estimulación estrogénica y pueden sufrir infarto y necrosis. Además, la distensión pasiva de la pared uterina y la contracción muscular activa pueden hacer que las arterias se tuerzan y causar degeneración carnosa o roja por isquemia o infarto acelerado, y el inicio agudo de dolor, fiebre y contracción uterina, (tal como ocurrió en el caso presentado, luego de efectuado el diagnóstico ultrasonográfico) que en ocasiones amerita el efecto vasodilatador de los anestésicos locales.^{14, 15,17}

En el caso aquí reportado, el informe histológico postoperatorio demostró degeneración roja con hialina e infarto hemorrágico, diferentes autores reportan que sólo el 20 - 30 % de ellos crece durante el embarazo y este aumento de volumen generalmente no es mayor del 25 %. Los miomas pequeños (1-5 cm) tienden a aumentar de volumen durante el primero y segundo trimestre y generalmente no son detectables, mientras que ocurre lo contrario con los miomas más grandes (6-12 cm).¹⁶

El ultrasonido es muy útil para el seguimiento del comportamiento de estos tumores¹⁷ durante el embarazo puede hacerse evidente un cambio en la textura del tumor, presentar espacios quísticos como resultado de la degeneración hialina (reportado en el estudio ecográfico del caso

presentado que ocasionó la confusión con el embarazo ectópico no complicado y confirmado histológicamente posterior a la intervención).

La terapéutica quirúrgica durante el embarazo ha variado con el paso del tiempo. En la actualidad, la conducta habitualmente es expectante.^{16,18}

El diagnóstico diferencial se debe realizar con masas de origen ginecológico y no ginecológico. Entre las ginecológicas¹⁹, se mencionan las siguientes: quistes del cuerpo lúteo, teratoma quístico maduro, quistes serosos benignos, cistadenoma o cistadenofibroma seroso, cistoadenoma mucinoso y quistes del paraovario, otros como Wallis H²⁰ en un estudio de fibromas subserosos torcido degenerado. Mencionan el hidrosalpinx, el embarazo ectópico como formas de diagnóstico diferencial.

El presente trabajo confirma que, con la técnica quirúrgica realizada, los embarazos luego de la miomectomía transgestacional pueden progresar hasta el término, que puede efectuarse el parto prefiriendo la vía alta, cesárea.

El manejo del mioma uterino durante la gestación debe ser preferentemente de tipo conservador, siendo esta en este caso la primera conducta tomada, pero la evolución del cuadro doloroso de intensidad progresiva asociada al diagnóstico de posible embarazo ectópico no complicado y el compromiso del estado general materno, obligó a la cirugía receptiva del mioma. Los resultados perinatal y materno fueron satisfactorios, pues no hubo complicaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wallach EE. Myomectomy. In: Thompson JD; Rock JA. editors. Te Linde, s operative gynecology. 7^aed Philadelphia: Lippincott; 1992. p.647-662.
2. Omar SZ, Sivanesaratnam V, Damodaran P. Large lower segment myomamyomectomy at lower segment cesarean section - a report of two cases: Singapore Med J. 1999; 40(2): 109-10.
3. Vásquez R, Carvajal L, Cazenave H, Yurac C. Mioma uterino y embarazo. Estudio clínico y ecográfico. Rev Chil Ginecol Obstet. 2000; 51: 334-46.
4. Sayin NC, Inal HA, Varol FG. Pregnancies complicated by adnexal masses: a case series. Arch Gynecol Obstet. 2008; 278:573-7
5. Schmeler KM, Mayo Smith WW, Peipert JF, Weitzens. Adnexal masses in pregnancy: surgery compared with observation: Obstet Gynecol. 2008; 105:1098-103.

6. Wittich AC, Salminen ER, Yancey MK, Markenson GR. Miomectomy during early pregnancy. *Military Med.* 2008; 165(2): 162-64.
7. Uterine fibroid treatment options. Society of Cardiovascular and interventional Radiology Website [internet]. [citado 1 junio 2008]. Disponible en: <http://www.sirweb.org/patpub/uterinetreatments.shtm//my>.
8. Williams. Tratado de Obstetricia. 21ªed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.
9. Cabezas Cruz E, Cutie León E, Santiesteban Alba S. Manual de procedimiento en ginecología. La Habana: Editorial Ciencias médicas; 2007.
10. Rigol Ricardo O. Obstetricia y Ginecología. 2ªed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.
11. Mitchel S, Robyn A. Aguide to management: Adenxal masses in pregnancy. *OBG Manag.* 2007; 19(03): 27-44.
12. Laughlinsk, Baird DD, Savitz DA, Herring HA, Hartmann KE. Prevalence of uterine leiomyomas in the first trimester of pregnancy: an ultrasound-screening study. *Obstet Gynecol.* 2009; 113: 630-635.
13. Stout MJ, Odibo AO, Graseck AS, Macanes GA, Crane JP. Leiomyomas at routine second- trimester ultrasound examination and adverse obstetric outcomes. *Obstet Gynecol.* 2010; 116: 1056-1063.
14. Myomectomy. Duke University Medical Center Reproductive Endocrinology and Infertility Website [internet]. [Citado junio 2008]. Disponible en: <http://www.dukehea>.
15. Belloso Chacín R. Embarazo y fibroma. *Rev Soc Méd Quir Zulia.* 2009; 5(9):562-565.
16. Katz VL. Benign gynecologic lesions: Vulva, vagina, cervix, uterus, oviduct, ovary. In: Katz VL, Lentz GM, Lobo RA, Gershenson DM, eds. *Comprehensive Gynecology.* 5thed. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier; 2007. P.200-232.
17. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice bulletin. Alternatives to hysterectomy in the management of leiomyomas. *Obstet Gynecol.* 2008; 112:387-400.
18. Viswanathan M, Hartmann K. Management of uterine fibroids: an update of the evidence. *Evid Rep Technol Assess.* 2007; 154:1-122.
19. Van Voorhis B. A 41-year-old woman with menorrhagia, anemia, and fibroids: review of treatment of uterine fibroids. *JAMA.* 2009; 301:82-93.
20. Wallis H, González-Celis J. Fibroma subseroso torcido degenerado, embarazo ectópico e hidrosalpinx. *Rev. Obstet Ginecol Venez.* 2008; 15:1095-1099.

Recibido: 22 de mayo de 2012

Aprobado: 4 de junio de 2012

Dr. William Jiménez Reyes. Hospital General Docente "Octavio de la Concepción y de la Pedraja" Baracoa. Guantánamo. Cuba. **Email:** wjimenez.gtm@infomed.sld.cu

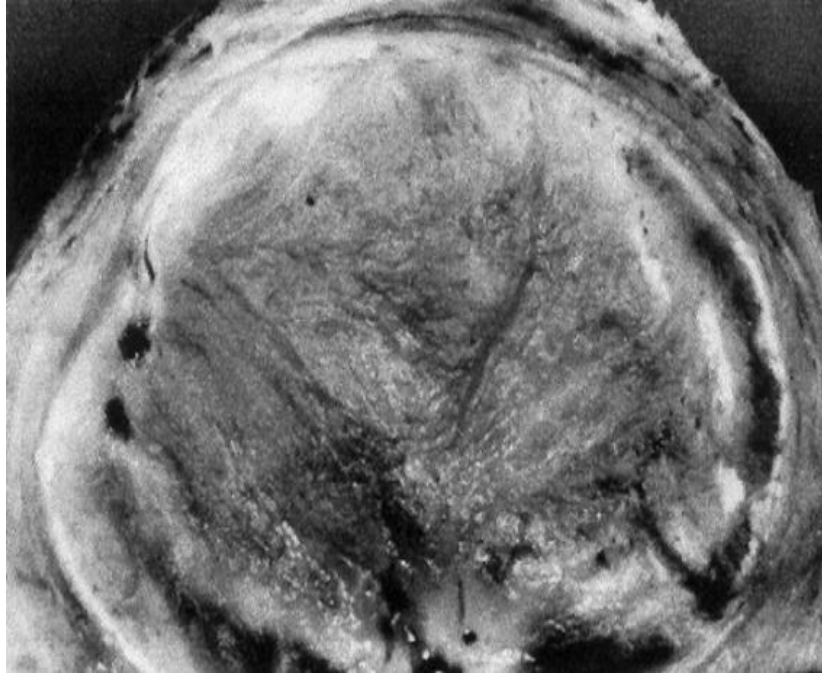


Figura 1. Leiomioma intramural gigante con extenso infarto hemorrágico.

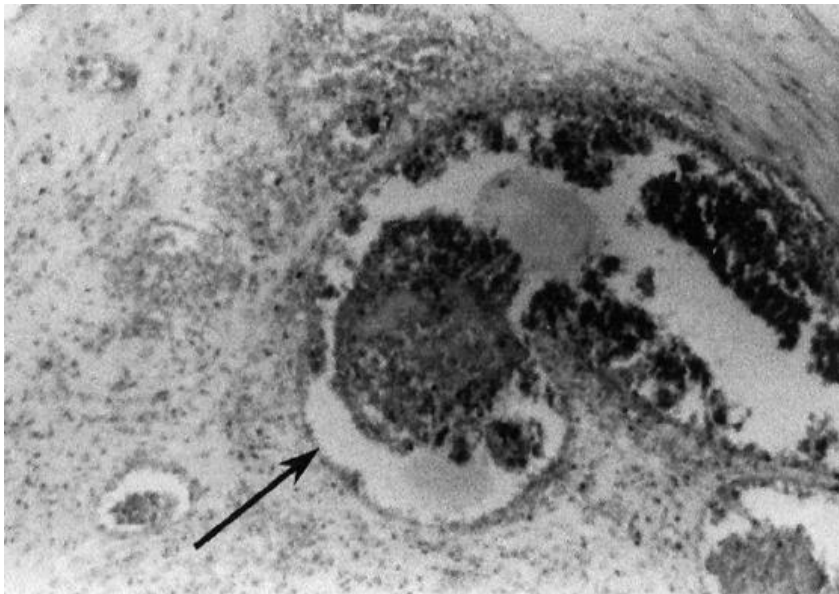


Figura 2. Vasos venosos dilatados y trombosados.

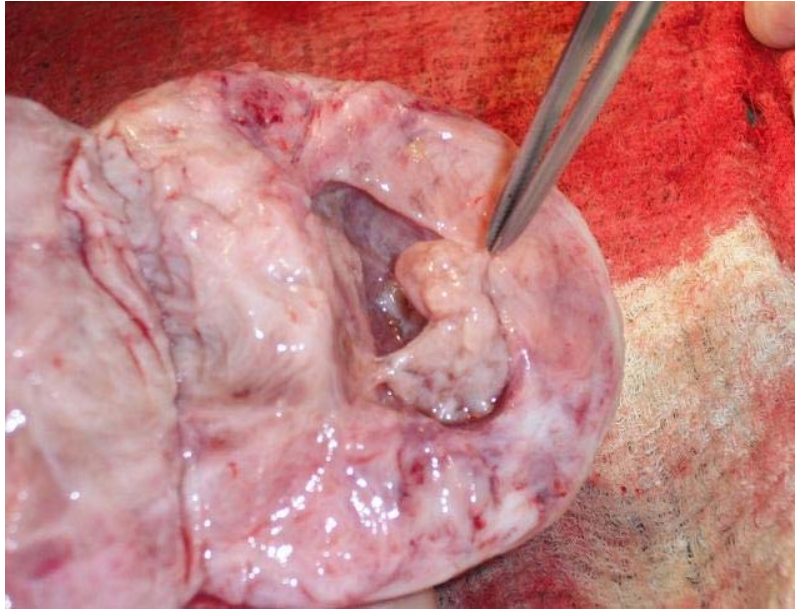


Figura 3. Imagen del mioma que prestó la sospecha de embrión extrauterino