

Gran mioma uterino y embarazo: reporte de un caso

Drs. Carlos Briceño-Pérez, Fredy Alaña-Piña, Liliana Briceño-Sanabria, Juan Carlos Briceño-Sanabria

Departamento de Ginecología y Obstetricia. Posgrado de Ginecología y Obstetricia y Escuela de Medicina. Universidad del Zulia. Maracaibo, Estado Zulia

RESUMEN: Los grandes miomas uterinos son raros durante la gestación. Este es el reporte de un caso cuyo mioma pesó 2880 g que se resolvió por cesárea y miomectomía, sin complicaciones maternas o perinatales.

Palabras clave: Grandes miomas uterinos. Útero. Mioma. Embarazo.

SUMMARY: Big uterine myomas are rare during gestation. This is the report of a big uterine myoma (2880 g) and pregnancy. Expectant management with cesarean section and myomectomy were practiced, without perinatal and maternal complications.

Key words: Big uterine myomas. Uterus. Myoma. Pregnancy.

INTRODUCCIÓN

Durante la edad reproductiva, los miomas uterinos son los tumores benignos más frecuentes de la porción superior del aparato genital femenino, son asintomáticos en el 75 %-80 % (1-4). Usualmente crecen lentamente y ocasionalmente pueden alcanzar un gran tamaño (3). En 1971, Beacham y col. (5), los definen como gigantes si pesan más de 25 lb (11,3 kg). En el 2001 Briceño y col. (6), reportan una serie de 11 casos que pesaron menos de 11,3 kg, y mayor que un embarazo de 12 semanas y los catalogaron como “grandes” miomas uterinos (GMU).

Los pequeños pueden coexistir con la gestación, durante la cual se mantienen iguales o corrientemente aumentan de tamaño, por efecto hormonal esteroideo (1,3). Sin embargo, los miomas de gran tamaño o GMU, no son frecuentes durante la gestación. Las consecuencias que ejercen sobre el embarazo dependen de su tamaño, número y localización.

Presentamos un caso de GMU con embarazo, cuya evolución durante el mismo, en el parto y el puerperio, no tuvo consecuencias significativas maternas o feto-neonatales.

Descripción del caso

Paciente de 30 años de edad, primigesta, acude a la consulta prenatal presentando embarazo de 14 semanas, sin otros antecedentes generales importantes. Sus signos vitales y el examen físico general estaban dentro de lo normal. La circunferencia abdominal era de 98 cm y la altura uterina no se precisaba, ya que se palpaba una tumoración supraumbilical en epigastrio y flanco derecho, de superficie lisa, dura y bordes regulares. Al tacto ginecológico el cuello uterino estaba posterior, cerrado y doloroso a la movilización. Sin ningún otro hallazgo clínico de importancia. Exámenes complementarios: β -hCG positiva.

La evaluación por ultrasonido (US) reporta embarazo único de 13 semanas de evolución y

Recibido: 19-03-04

Aceptado para publicación: 05-04-04

tumoración grande en fondo uterino compatible con leiomioma subseroso, 13,6 x 10,8 cm, aspecto hiperecogénico, con áreas de licuefacción. Su evolución obstétrica posterior fue normal, con control de US a las 18 semanas (Figura 1), con embarazo normal y el mioma midió 14,5 x 11,9 x 10,3 cm, sin comprometimiento fetal. Otro control ecográfico a las 23 semanas (Figura 2), reportó embarazo de 22,3 semanas con crecimiento miomatoso en el fondo uterino con iguales características a las de los controles anteriores, de 16,9 x 12,5 cm; se observó hidronefrosis renoureteral izquierda materna por probable compresión ureteral izquierda del mioma. A las 30 semanas se realizó nuevo control sonográfico, donde se visualizó feto en presentación podálica con medidas antropométricas compatibles con 30 semanas de gestación, placenta fúndica, madurez grado II, con discreta disminución del líquido amniótico y crecimiento miomatoso de 18 x 13 cm.

A las treinta y dos semanas acude nuevamente a consulta con hallazgo clínico importante de contracciones uterinas dolorosas, se le palpó una tumoración uterina muy dolorosa, la altura uterina era de 40 cm y la circunferencia abdominal de 118 cm. El perfil biofísico fetal, era de 10 puntos, presentación podálica, biometría fetal compatible con 32 semanas de gestación y mioma, de 18 x 17 cm.

Se indicaron útero-inhibidores del tipo beta-miméticos (terbutalina) y anti-prostaglandínicos (ácido mefenámico), maduración pulmonar con 12



Figura 1. Imagen en fondo uterino, con densidad ecográfica heterogénea, de 14,5 x 11,9 x 10,3 cm, sugestiva de mioma subseroso. El examen fetal era normal y acorde con embarazo de 18 semanas.

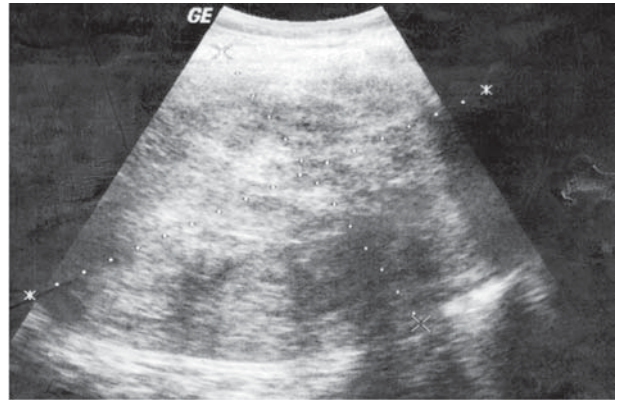


Figura 2. La misma imagen de la figura 1, sugestiva de mioma subseroso, cinco semanas más tarde. Midió 16,9 x 12,5 cm. El feto estaba normal y acorde con 22,3 semanas de embarazo.

mg de betametasona intramuscular durante 2 días, y reposo médico ambulatorio. El control médico a las 33 semanas fue satisfactorio, con ausencia de actividad uterina dolorosa. A las 38 semanas de gestación, presentó tensión arterial de 130-100 mmHg, edema en miembros inferiores grado III-IV, altura uterina de 48 cm, circunferencia abdominal de 124 cm, presentación podálica, tacto vaginal con cuello posterior, blando y cerrado. Se indicó la culminación de la gestación por hipertensión arterial inducida por el embarazo (preeclampsia severa) y primigesta con presentación podálica.

Se realizó cesárea segmentaria y se extrajo un recién nacido vivo, masculino, de 2 900 g, talla 49 cm, adecuado a la edad de gestación, con Apgar de 9 puntos al minuto y 10 puntos a los 5 minutos. Luego se realizó exploración abdominal, se observó en el fondo uterino un GMU subseroso y se procedió a la miomectomía por disección instrumental y digital, con sutura y coagulación del lecho, se obtuvo buena hemostasia.

Su evolución posoperatoria fue satisfactoria, y egresaron madre e hijo al segundo día. El informe macroscópico reportó una tumoración uterina nodular, de 21 x 14 x 11 cm, con peso de 2 880 g, superficie lisa, finos trayectos vasculares, firme al corte, fibras arremolinadas con áreas centrales de necrosis, degeneración carnosa y quística. Microscópicamente (Figura 3) se observó hiper celularidad y múltiples haces de fibras fusiformes, entrecruzadas en todas direcciones, con áreas de degeneración carnosa y hialina y necrosis central; compatible con neoplasia benigna de origen muscular liso.

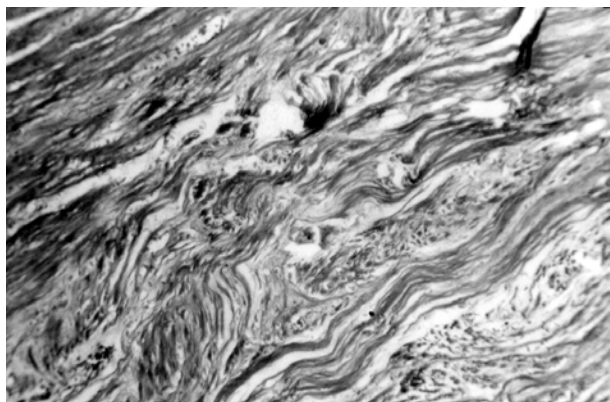


Figura 3. Examen microscópico a 40 X, de un GMU subseroso, extirpado durante la cesárea. Se aprecia hiper celularidad y múltiples haces de fibras fusiformes, entrecruzadas en todas direcciones, compatible con neoplasia benigna originada de tejido muscular liso. Abajo a la derecha se observan áreas de degeneración hialina y necrosis central.

DISCUSIÓN

Los tumores ginecológicos benignos más comunes son los miomas, que surgen del músculo liso y el tejido conectivo del miometrio (1-3). Son conocidos también como leiomiomas, fibromas, fibroides, fibromiomas o miofibromas. Su incidencia exacta es desconocida, aunque se han conseguido en el 74 %-84 % de los úteros extraídos por histerectomías (3). Suelen ser diagnosticados a la exploración física o con exámenes complementarios, especialmente con US. 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 (2). Aproximadamente el 40 % tiene anomalías 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 (2). Después de la menopausia, comúnmente disminuyen de tamaño, aunque la terapia hormonal posmenopáusica puede estimular su crecimiento (3).

Para definir el tamaño de estas neoplasias, se toma en cuenta su peso y no sus dimensiones. El

mioma de mayor tamaño fue descrito por Hunt en 1888, con un peso de 140 lb (63,5 kg) (7). En 1971, Beacham y col. (5) realizaron una revisión de los tumores uterinos u ováricos con peso de 25 lb (11,3 kg) o más, reportados en la literatura inglesa entre 1946-1970 y propuso denominarlos "gigantes". Desde entonces hay acuerdo en los países de habla inglesa, con este concepto (8). Nosotros (6) en el 2001 publicamos una serie de 11 casos de mujeres con miomas uterinos y los denominamos grandes con peso entre 0,8 y 11,3 kg. El peso mayor de 0,8 kg es el límite aproximado, establecido por Unger (9) para decidir la vía vaginal o abdominal, según sea inferior o superior a éste, respectivamente; y el peso de 11,3 kg, como ya se mencionó, es el límite para denominarlos gigantes. Pero Unger y otros autores (9-13), han utilizado la asistencia por laparoscopia y la morcelación, en las histerectomías vaginales.

Durante el embarazo, los miomas son los tumores que se encuentran con mayor frecuencia (3). En Estados Unidos, en el año 2000, su coexistencia con la gestación fue reportada entre 0,1 %-3,9 %, por Coronado y col. (14); mientras que en Venezuela, en 1934, entre 0,03 %-0,7 %, por Belloso Chacín (15), y en 0,22 %, en 1988, por Portillo y col. (4). Coronado y col. (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 Lee y col. (1) y Stovall (3), 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 (tal como ocurrió en el caso presentado, luego de efectuado el diagnóstico) 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 degene-

ración carnosa o roja por isquemia o infarto acelerado, y el inicio agudo de dolor, fiebre y contracción uterina, que en ocasiones amerita el efecto vasodilatador de los anestésicos locales (4,14,15).

En el caso aquí reportado, el informe histológico posoperatorio demostró degeneración roja y hialina, pero éstas no produjeron molestias durante la gestación. Según Stovall (3) 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) (3). El US es muy útil para el seguimiento del comportamiento de estos tumores (17): 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 y confirmado histológicamente) y con bordes ecogénicos correspondientes a la calcificación en la periferia del mioma.

En el puerperio, comúnmente los miomas involucionan, dependiendo de sus dimensiones (14); sin embargo, Fleitas y col. (18) de Caracas, en 1980, describieron un caso de leiomiomatosis peritoneal diseminada asociada al embarazo, que se presentó 15 días después del parto.

Estos tumores pueden ocasionar algunas consecuencias sobre el embarazo, sobre todo en el caso de los GMU. Entre éstas se mencionan (3,14-16): sangrado en el primer trimestre, abortos, trabajo de parto pretérmino, placenta previa, retardo del crecimiento intrauterino (RCIU), ruptura prematura de membranas (RPM), desprendimiento prematuro de placenta, presentaciones viciosas, aumento en el número de cesáreas, períodos expulsivos prolongados, partos distócicos, ruptura uterina, hemorragia posparto, puntuaciones Apgar bajas, bajo peso al nacer y compresión de órganos vecinos.

En el caso aquí reportado hubo presentación podálica y compresión ureteral izquierda con hidronefrosis. Entre los mecanismos para ocasionar las complicaciones se mencionan: 1. localización subplacentaria o en segmento inferior, 2. disminución de la distensibilidad uterina, 3. causar obstrucción que disminuya el espacio o los movimientos fetales y 4. disminución de la fuerza de las contracciones uterinas (14). Sin embargo, según Vásquez y col. (17), de Chile, no ocasionan mortalidad materna.

El diagnóstico diferencial se debe realizar con masas de origen ginecológico y no ginecológico. Entre las ginecológicas, Morgan (19) menciona las siguientes: quistes del cuerpo lúteo, teratoma quístico maduro, quistes serosos benignos, cistadenoma o cistadenofibroma seroso, cistadenoma mucinoso y quistes del paraovario.

La terapéutica quirúrgica durante el embarazo y parto, ha variado con el paso del tiempo. En Venezuela, en la primera mitad del siglo XX (15,20,21), era frecuente realizar la cesárea para extracción fetal, seguida de histerectomía para tratamiento de GMU. Hoy en día, la conducta habitualmente es expectante (16,18). Sovino y col. (22), de Chile, en 1999 determinaron que durante la cesárea, se puede realizar la miomectomía mediante la disección del tumor y sutura del lecho, sin complicaciones maternas y fetales y recomendaron ejecutarla en casos seleccionados, como miomas únicos, menores de 5 cm o pediculados. De acuerdo con Morgan (19), tumores mayores de 6 cm son considerados significantes y pueden ameritar intervención. En el caso aquí descrito, se realizó una cesárea por preeclampsia severa y primigesta con presentación podálica, y luego se hizo la miomectomía, pero a diferencia de lo señalado por Sovino y col., aquí se trató de un GMU. Los resultados perinatal y materno fueron satisfactorios, pues no hubo complicaciones trascendentales.

En los primeros reportes venezolanos (23-32) sobre fibromas, no se conoce si hubo o no embarazos. Hay otros trabajos de embarazos y miomas pequeños de peso no reportado (4,15,19,20,33-36), y aparentemente no se encontraron trabajos de miomas gigantes coexistentes con la preñez. Se consiguió un caso de tumor gigante de ovario (14 450 g) durante la gestación, descrito por Gómez (37) en 1985.

Se trata pues, de la asociación de embarazo y un gran mioma uterino subseroso con peso de 2 880 g. El manejo en esta embarazada, fue expectante apreciándose crecimiento y degeneración hialina del mioma en el segundo trimestre y estabilización en el tercero. La madre evolucionó satisfactoriamente.

REFERENCIAS

1. Lee K, Khan-Dawood F, Yusoff M. Oxytocin receptor and its messenger ribonucleic acid in human leiomyoma and myometrium. *Am J Obstet Gynecol.* 1998;179:620-627.

GRAN MIOMA UTERINO Y EMBARAZO

2. Gross K, Morton C. Genetics and the development of fibroids. *Clin Obstet Gynecol.* 2001;44:335-349.
3. Stovall D. Clinical symptomatology of uterine leiomyomas. *Clin Obstet Gynecol.* 2001;44:364-371.
4. Portillo B, Urdaneta E, Valbuena G, Martínez JT, Fernández G. Uso de anestésicos locales en mioma degenerado durante el embarazo. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1988;48:151-153.
5. Beacham W, Webster H, Lawson E, Roth L. Uterine and/or ovarians tumors weighing 25 pounds or more. *Am J Obstet Gynecol.* 1971;109:1153-1161.
6. Briceño-Pérez C, Alaña F, Atencio de Ávila D, Bethancourt de Benítez C, Schloeter L, Portillo B, et al. Grandes miomas uterinos. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2001;61:35-42.
7. Hunt S. Fibroid weighing one hundred and forty pounds. *Am J Obstet Gynecol.* 1888;21:62-63.
8. Jonas H, Masterson B. Giant uterine tumors. Case report and review of the literature. *Obstet Gynecol* 1977;50(Suppl):2-4.
9. Unger J. Vaginal hysterectomy for the woman with a moderately enlarged uterus weighing 200 to 700 g. *Am J Obstet Gynecol.* 1999;180:1337-1344.
10. Reiter R, Wagner P, Gambone J. Routine hysterectomy for large asymptomatic uterine leiomyomata: A reappraisal. *Obstet Gynecol.* 1992;79:481-484.
11. Mazdinian F, Kurzel R, Coe S, Bozuk M, Montz F. Vaginal hysterectomy by uterine morcellation: An efficient, non morbid procedure. *Obstet Gynecol.* 1995;86:60-64.
12. Taylor S, Romero A, Kammerer-Doak D, Qualls C, Rogers R. Abdominal hysterectomy for the enlarged myomatous uterus compared with vaginal hysterectomy with morcellation. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189:1579-1583.
13. The American College of Obstetricians and Gynecologists Task Force on Quality Assurance. Quality assurance in obstetrics and gynecology. Washington DC: American College of Obstetricians and Gynecologists. 1989.
14. Coronado G, Marshall L, Schwartz S. Complications of pregnancy, labor, and delivery with uterine leiomyomas: A population based study. *Obstet Gynecol.* 2000;95:764-769.
15. Belloso Chacín R. Embarazo y fibroma. *Rev Soc Méd Quir Zulia.* 1935;9:562-565.
16. Guarnaccia M, Rein M. Traditional surgical approaches to uterine fibroids: Abdominal myomectomy and hysterectomy. *Clin Obstet Gynecol.* 2001;44:385-400.
17. Vásquez R, Carvajal L, Cazenave H, Yurac C. Mioma uterino y embarazo: estudio clínico y ecográfico. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 1986;51:334-346.
18. Fleitas F, Fernández C, Padrón J, Uzcátegui O. Leiomiomatosis peritoneal diseminada asociada a embarazo. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1980;40:153-158.
19. Morgan A. Adnexal mass evaluation in the emergency department. *Emerg Med Clin North Am.* 2001;19:799-816.
20. León-Ponte O, Domínguez-Sisco R, Rivero A. Un caso de mioma uterino y embarazo. Cesárea e histerectomía al séptimo mes. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1943;3:94-101.
21. León-Ponte O, Wallis H. Fibroma uterino y embarazo. *Bol Mat Concepción Palacios.* 1951;2:1-5.
22. Sovino H, Ramírez C, Córdova O, Chávez S, Valeria C, Medina B. Miomectomía incidental en cesárea. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 1999;64:256-262.
23. Agüero O. Publicaciones Obstétrico – Ginecológicas - Perinatológicas Venezolanas. Volúmenes I y II. Primera edición. Caracas: Editorial Ateproca; 1993.
24. Agüero O, Pérez D' Gregorio R. Índice global. Volumen 1 al 50 (1941-1990). *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1994;54(Supl):1-169.
25. Agüero O. Publicaciones de la Maternidad Concepción Palacios (1939-1998). *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2000;60(Supl 1):1-84.
26. Pérez D' Gregorio R, Agüero O. Índice global. Volumen 51 al 60 (1991-2000). *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2002;62(Supl 2):1-58.
27. Montero L. Fibroma de enormes dimensiones desarrollado en la cavidad del vientre. *La Unión Méd.* 1891;1:113-115.
28. Dagnino M. Tumor fibroso de la matriz. *Clin Méd Quir Hosp Maracaibo.* 1894;1:49-59.
29. Lobo D. Nuliparidad y fibromas uterinos. *Bol Hosp.* 1906;5:66-69.
30. García-Parra J. Fibromioma del útero. Histerectomía abdominal subtotal. *Gac Méd Caracas.* 1915;22:94.
31. García-Parra J. Rotura espontánea del útero durante el trabajo de parto. Fibroma uterino. *Gac Méd Caracas.* 1917;24:40-41.
32. Alamo E. La miomectomía en los campos obstétrico y ginecológico. *Rev Científ Caracas.* 1935;1:1.
33. Sánchez-Carvajal M, Domínguez-Gallegos A. Necrosis posparto de fibromioma. *Bol Mat Concepción Palacios.* 1950;1:184-185.
34. Wallis H, González-Celis J. Fibroma subseroso torcido degenerado, embarazo ectópico e hidrosalpinx. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1955;15:1095-1099.
35. Razetti L. Retención de orina por útero fibromatoso y embarazo. *Gac Méd Caracas.* 1930;37:140-141.
36. Laingel-Lavastine A, Quintero C, Vitale M. Fibromiomas y embarazo. *Tribuna Méd.* 1967;5:1.
37. Gómez J. Tumor gigante de ovario y embarazo. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1985;45:224-225.

Correspondencia: Dr. Carlos Briceño Pérez.
 1. Apartado postal 10.106. Maracaibo, Venezuela.
 2. Correo electrónico: cabriceno @ cantv.net
 3. Fax: 58-261-7978559