

# Fibromiomatosis uterina gigante. Reporte de caso

Drs. Freddy Pereira Graterol, Alberto Arcia

Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario "Dr. Luis Razetti". Barcelona – Venezuela

## RESUMEN

**Objetivo:** Comunicar el caso clínico de una paciente joven, con diagnóstico de fibromiomatosis uterina gigante, quien fue resuelta quirúrgicamente en forma satisfactoria.

**Método:** Se describe el caso, la técnica quirúrgica empleada y los hallazgos transoperatorios observados.

**Ambiente:** Hospital Universitario "Dr. Luis Razetti". Barcelona, Estado Anzoátegui.

**Resultados:** Se realizó histerectomía abdominal total, salpingectomía bilateral y ooforectomía derecha. El peso de la pieza quirúrgica fue de 13 kg. Durante el acto operatorio, se diagnosticó una lesión incidental de la vejiga, la cual fue reparada exitosamente. La evolución posoperatoria fue satisfactoria y la paciente manifestó un alto grado de satisfacción con el resultado quirúrgico.

**Conclusiones:** La fibromiomatosis uterina gigante es una entidad patológica benigna de muy escasa incidencia. Su resolución representa un reto para el equipo quirúrgico debido al gran volumen de la pieza quirúrgica y a las variaciones en la distribución de los órganos intraabdominales, originadas por el crecimiento uterino.

**Palabras clave:** Fibromiomatosis gigante. Útero gigante. Tumor ginecológico benigno.

## SUMMARY

**Objective:** To communicate the clinical case of a young female patient with a giant uterine fibromyomatosis, who deserved an abdominal total hysterectomy.

**Method:** We describe the clinical case, the surgical technique and the transoperative finding.

**Setting:** Hospital Universitario "Dr. Luis Razetti". Barcelona, Estado Anzoátegui.

**Results:** There was achieved a successful extraction of a giant uterus (weight 13 kg), both Fallopian tubes and the right ovary. During the surgical procedure was detected, and successfully repaired, an incidental bladder lesion. The postoperative evolution was satisfactory and the patient was highly satisfied with the surgical outcome.

**Conclusions:** The giant uterine fibromyomatosis is an uncommon gynecological entity. The surgical approach for their management represents a challenge for the surgical team, due to the big uterine volume, and the alteration of the intraabdominal anatomy, secondary to the uterine growth.

**Key words:** Giant fibromyomatosis. Giant uterus. Gynecologic benign tumor.

## INTRODUCCIÓN

La resección de grandes piezas quirúrgicas ha representado un reto para los cirujanos a lo largo de la historia de la cirugía.

En la actualidad, debido a los avances en los diferentes métodos diagnósticos, las neoplasias ginecológicas son diagnosticadas en estadios iniciales, por ello es poco frecuente la presentación de pacientes con tumores de grandes dimensiones.

La fibromiomatosis es la neoplasia benigna del útero más frecuentemente observada (1); sin embargo,

existen muy pocos reportes en la literatura acerca de fibromiomatosis uterina gigante (FUG) (2,3).

A continuación describimos el caso clínico de una paciente con diagnóstico de FUG, quien fue resuelta quirúrgicamente, en forma satisfactoria.

## CASO CLÍNICO

Paciente de 35 años de edad, consultó por aumento de volumen abdominal, progresivo, de aproximadamente 8 años de evolución, concomitantemente dismenorrea,

hipermenorrea y disnea a medianos esfuerzos.

Antecedentes personales: hipertensa controlada con captopril y atenolol. Negó quirúrgicos.

Antecedentes ginecológicos: menarquía: 10 años, primera relaciones sexuales 20 años, 0 Gestas, cuatro parejas.

Examen físico: signos vitales: FC: 88 x' FR: 22 x' Peso: 118 kg Talla: 1,57 cm IMC: 47,96 kg/m<sup>2</sup>.

Tórax simétrico, con disminución de su expansibilidad debido al efecto de compresión intraabdominal originado por el tumor intraabdominal. Ruidos respiratorios presentes, sin agregados. Ruidos cardíacos rítmicos, regulares, sin alteraciones. Abdomen blando, globoso, con lesión tumoral, multilobulada, que abarcaba la totalidad del abdomen, de consistencia firme, poco móvil, no dolorosa a la palpación (Figura 1). Ginecológico: genitales externos de aspecto y configuración normal, vagina normotérmica, normoelástica, cuello posterior, no permeable. Tacto rectal: palpación del cuello uterino haciendo cuerpo con el tumor. Neurológico sin alteraciones.

Laboratorio: Hb: 11 g %, Hcto: 33 Vol %, Plaquetas: 504 000. Química sérica y perfil de coagulación sin alteraciones, marcadores tumorales (CA 125, CAE, CA 19-9)

Citología del cuello uterino: células escamosas atípicas de significado incierto.

Endoscopia digestiva superior: hallazgos compatibles con "gastropatía aguda antral", sin otras lesiones.



Figura 1. Paciente en decúbito dorsal. Se observa el aumento de volumen abdominal a pesar del panículo adiposo de la paciente.

TAC de abdomen y pelvis: gran lesión ocupante de espacio, sólida, pélvica con extensión al resto del abdomen, a predominio del flanco e hipocondrio izquierdo (Figura 2).

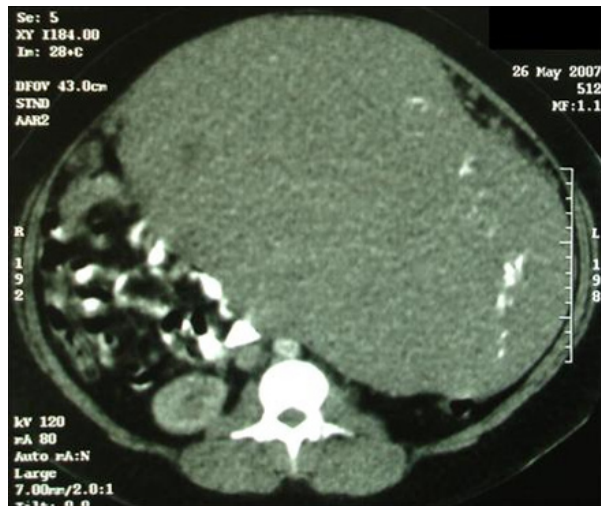


Figura 2. TAC abdominal. Tumor intraabdominal correspondiente a fibromiomatosis uterina.

Ingresó con diagnóstico: fibromatosis uterina.

Como parte del tratamiento preoperatorio de la paciente, se efectuó terapia respiratoria, medidas antiembólicas y previo a la exploración quirúrgica, preparación anterógrada del colon (Fleet fosfosoda®), cateterización de ambos uréteres y sondaje vesical.

### Técnica quirúrgica

Laparotomía media y revisión exhaustiva de la cavidad abdominal, liberación de adherencias, ligadura de vasos venosos entre el epiplón mayor y la superficie uterina.

Se llevó a cabo histerectomía abdominal total, ooforosalingectomía derecha y salpingectomía izquierda, según técnica modificada de Richardson (4). Durante el acto quirúrgico se evidenció una lesión incidental, de espesor total, en el domo vesical, de 1 cm de diámetro, originada durante la disección roma de la fascia vésico-uterina, la cual fue reparada en dos planos durante el mismo acto quirúrgico, dejándose cateterizada la vejiga con sonda de Foley.

### Hallazgos quirúrgicos

Útero de consistencia firme, 45 cm x 50 cm x 50 cm, superficie regular, multilobulado, la cual ocupaba

la cavidad abdomino-pélvica en su totalidad, contigua al hígado y a la cúpula diafragmática izquierda en sus límites superiores derecho e izquierdo, respectivamente (Figura 3).

Vasos venosos dilatados entre el epiplón mayor y la pared antero-superior del útero, con diámetros que oscilaron entre 0,5 cm y 2 cm (Figura 4).

Adherencias firmes y laxas entre el útero, epiplón mayor y las asas delgadas.

Ovario derecho y trompa uterina ipsilateral firmemente adheridos a la pared posterior del útero.

Peso de la pieza quirúrgica: 13 kg (Figura 5).



Figura 3. Hallazgos durante la laparotomía. Útero (a), cicatriz umbilical (señalada con la flecha).



Figura 4. Detalle de la dilatación de los vasos venosos del epiplón mayor.

Durante el transoperatorio le fueron transfundidas a la paciente 2 unidades de concentrado globular y 1 unidad de sangre completa.

El corte congelado de la pieza quirúrgica reportó negativo para malignidad y el reporte definitivo, fue compatible con fibromiomatosis uterina.

La paciente evolucionó satisfactoriamente y egresó al tercer día del acto quirúrgico, con restitución de la vía oral y del tránsito gastrointestinal.

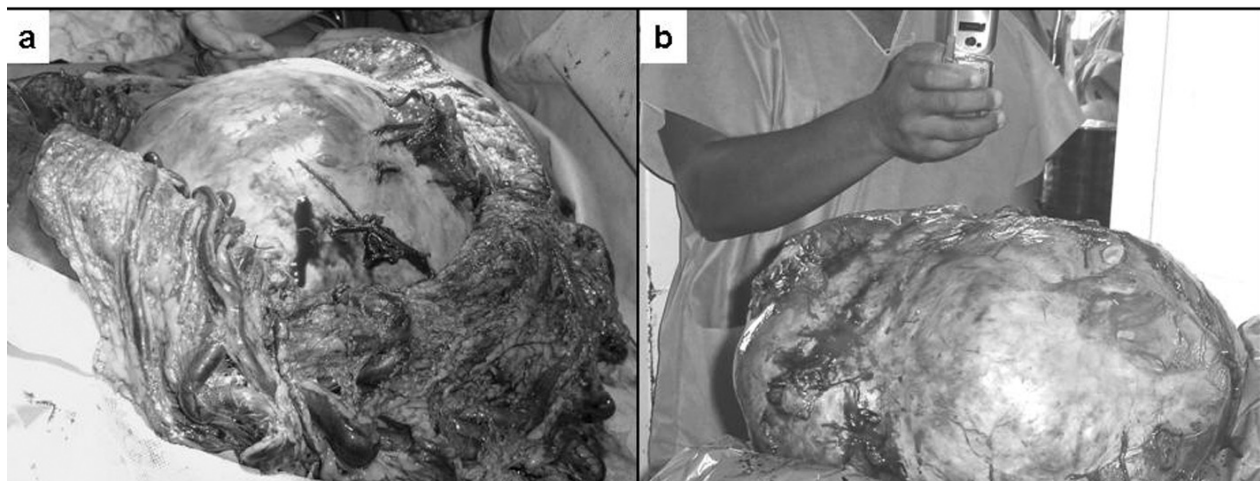


Figura 5. Pieza quirúrgica en el interior del abdomen (a) y luego exteriorizada (b).

En consulta de control (10 días de la intervención) se realizó retiro de la sonda de Foley, sin observarse alteraciones genitourinarias. La paciente refirió alto grado de satisfacción con el resultado quirúrgico.

## DISCUSIÓN

“Siendo muy grande la masa del tumor, intenté disminuirlo aplicando el trocar, pero no salió ningún líquido...”

“...la extremidad superior del tumor se ocultaba bajo las costillas del lado izquierdo; eficazmente ayudado por los doctores Pietro, Cuello, i Molotowny, traje afuera el tumor, que tenía forma i tamaño de una patilla (sandía) de un color rojizo oscuro i muy vascular; hacia el centro de las paredes laterales, i hacia la mitad del tumor, se hallaban los ovarios i las trompas hipertrofiados” (5).

Los párrafos anteriores son tomados, literalmente, de la descripción que hace en su artículo Agüero (5), acerca de la primera histerectomía realizada en Venezuela por el Dr. M. M. Ponte en 1881.

Quizá la pieza obtenida en esta intervención quirúrgica se correspondió (según lo que podemos apreciar en la descripción) con una fibromiomatosis uterina “grande”; agrupando en esta definición a todos aquellos miomas uterinos con un peso entre los 0,8 kg y los 11,3 kg (2,3,6). Sin embargo, los fibromiomas uterinos “gigantes” son definidos como aquellos con un peso superior a los 11,3 kg (6,7).

El caso presentado en este artículo encaja dentro de la definición de “gigante”, pues el peso del útero alcanzó los 13 kg. No tenemos conocimiento de reportes en la literatura nacional que describan algún caso similar o de mayor peso. Briceño y col.(3) reporta que el leiomioma uterino de mayor peso en Venezuela fue publicado en 1964 (8 kg), en una paciente quien falleció cinco días después de la histerectomía.

Por otra parte, el origen del crecimiento del útero en la miomatosis uterina ha sido ampliamente debatido (1). Desconocemos, a ciencia cierta, el tiempo que necesitó el útero de la paciente aquí descrita para alcanzar tales dimensiones y las condiciones que la generaron, aunque según la propia paciente, su sintomatología se haya iniciado ocho años atrás. Igualmente, llama la atención que la paciente en presencia de ese gran aumento de volumen abdominal, el cual le alteraba su calidad de vida, no hubiese acudido a algún facultativo para su estudio y tratamiento.

La incidencia de lesiones de la vejiga, a consecuencia de la histerectomía abdominal, ha sido

reportada como del 0,5 % al 1% (8).

No podemos citar cifras sobre la incidencia de lesiones vesicales durante la histerectomía abdominal en pacientes con fibromiomatosis uterina grande o gigante; sin embargo, resulta interesante que en otro caso publicado, similar al nuestro (FUG), se observara una lesión vesical, transoperatoria, muy parecida a la ocurrida en nuestra paciente (9), la cual evolucionó satisfactoriamente posterior a la reparación. Creemos que la causa de este tipo de lesiones se deba a la pérdida del plano de disección entre el útero y la pared anterior de la vejiga, a consecuencia de la elongación de los tejidos causada por el crecimiento uterino, similar a lo que ocurre con un embarazo.

En este caso, apreciamos que el crecimiento desproporcionado del útero generó a su vez alteración en la distribución anatómica del resto de los órganos intraabdominales y pélvicos, razón por la cual consideramos acertado haber tomado en cuenta ciertas medidas como parte de la conducta preoperatoria de la paciente y dentro de las cuales señalamos: cateterismo de ambos meatos ureterales, preparación mecánica del colon, terapia respiratoria preoperatoria, medidas antiembólicas y el asegurar hemoderivados para el trans y el posoperatorio.

## CONCLUSIONES

La FUG es una entidad patológica, ginecológica, de muy escasa frecuencia de presentación, si tomamos en consideración los parámetros para considerarla como tal.

Su resolución representa un reto para el equipo quirúrgico, debido al gran volumen de la pieza quirúrgica y a las variaciones en la distribución de los órganos intraabdominales, originadas por el crecimiento uterino. En Venezuela, es el caso de FUG con mayor peso que ha sido reportado.

## REFERENCIAS

1. Flake GP, Andersen J, Dixon D. Etiology and pathogenesis of uterine leiomyomas: A review. *Environ Health Perspect.* 2003;111(8):1037-1054.
2. Oelsner G, Elizur SE, Frenkel Y, Carp H. Giant uterine tumors: Two cases with different clinical presentations. *Obstet Gynecol.* 2003;101:1088-1091.
3. Briceño 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(1):35-42.
4. Thompson JD, Warshaw JS. Histerectomía. En: Rock



- JA, Thompson JD, editores. Te Linde Ginecología Quirúrgica. 8ª edición. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 1998.p.793-878.
5. Agüero O. Histerectomías en Venezuela (hasta 1920). Rev Obstet Ginecol Venez. 1995;55(2):105-113.
6. Briceño-Pérez C. Tumores uterinos y ováricos: ¿Gigantes? o Grandes. Rev Obstet Ginecol Venez. 2007;67(1):3-4.
7. Beacham W, Webster H, Lawson E, Roth L. Uterine and/or ovarian tumors weighing 25 pounds or more. Am J Obstet Gynecol. 1971;109:1153-1161.
8. Thompson JD. Fístulas vésicovaginales y uretrovaginales. En: Rock JA, Thompson JD, editores. Te Linde Ginecología Quirúrgica. 8ª edición. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 1998.p.1199-1230.
9. Costa BL, Silva BF, Ávila FE. Mioma uterino gigante. Ginecol Obstet Mex. 2005;73:563-565.

Correspondencia: Dr. Freddy Pereira G. Av. Las Palomas, Qta. Pipina # 108. Cumaná – Edo. Sucre.  
Venezuela. CP: 6101. Telf: (+58) 416 6138797, email: pffreddy@telcel.net.ve



## Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela

Invita a la

### XXV Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

10 al 13 de marzo de 2009

Palacio de Eventos - Hotel Crowne Plaza Maruma

Maracaibo. Estado Zulia

#### Información e inscripciones:

- Sede de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, Maternidad Concepción Palacios, Av. San Martín, Caracas. e-mail: sogvzla@cantv.net • www.sogvzla.org  
Teléfono: (+58-212) 461.6442- Fax: (+58-212) 451.0895
- CONGREX C.A. Av Blandín, Centro Comercial Mata de Coco, Piso 3, Oficina Oeste, La Castellana, Caracas. Teléfono: (+58-212) 263.9733 - Fax: (+58-212) 263.8443 - 3672. www.congrex.com