

Mioma uterino gigante y embarazo

Dr. Ligia C González Manzanilla

Servicio 7, Maternidad "Concepción Palacios", Caracas.

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente que cursa con mioma uterino gigante y embarazo a término a quien se realiza cesárea, por la localización del mioma en la cara anterior del útero. La histerotomía se realiza por el fondo uterino; la cavidad abdominal se aborda a través de una incisión vertical media que abarca desde pubis hasta 8 cm por encima del ombligo. Se realizó seguidamente histerectomía abdominal total.

Palabras clave: Mioma uterino. Embarazo. Cesárea. Histerectomía abdominal.

SUMMARY

We report the case of a patient with giant uterine myoma and term pregnancy that underwent cesarean section, for the location of the myoma in the anterior wall of the uterus. An hysterotomy was performed via uterine fundus and the abdominal cavity is addressed through half of a vertical incision extending from pubis up to 8 cm above navel. A total abdominal hysterectomy was subsequently performed.

Key words: Uterine myoma. Pregnancy. Cesarean section. Abdominal hysterectomy.

INTRODUCCIÓN

Los miomas uterinos (también llamados leiomiomas, fibromiomas o fibroides) son los tumores que con mayor frecuencia afectan a las mujeres, y en particular a las nulíparas (1-3). Es un tumor benigno, compuesto de músculo liso y tejido conjuntivo en proporción variable (1-4); pueden tener tamaño variable desde milímetros hasta gigantes (de varios kilos de peso). Los miomas generalmente crecen en las paredes del útero, en una de sus tres capas: el endometrio, el miometrio y la serosa. Los miomas se clasifican en distintas categorías según su localización: los intramurales crecen en el interior de la pared uterina; los subserosos crecen hacia fuera sobresaliendo de la superficie del útero desde la pared hacia la cavidad abdominal; los submucosos crecen desde la pared hacia la cavidad uterina, pueden ser únicos o múltiples (2). Por lo general crecen en períodos intermitentes; los miomas subserosos y submucosos pueden ser pediculados o sésiles (planos). Casi todos los miomas son subserosos o intramurales, y sólo el 5 % son submucosos (4).

En la mayor parte de los casos, los nódulos se encuentran en el cuerpo del útero (95 %), y sólo mucho más raramente en el cuello o en el istmo (2). Microscópicamente, consisten en fascículos espirales de células ahusadas de músculo liso (2,3,8,11). Las células muestran bordes difusos y abundante citoplasma eosinofílico. Los núcleos se muestran elongados (1,2) y tienen una cromatina finamente dispersa. Se distinguen varios subtipos, algunos de los cuales son muy poco frecuentes.

Algunas veces coexisten con el embarazo (entre el 1 % y 3 %) y dependiendo de su tamaño y localización pueden originar abortos o partos prematuros, aunque la mayoría de estos terminan satisfactoriamente. Su diagnóstico se hace fácilmente por ecografía (3,5,12,14).

CASO CLÍNICO

Se trata de paciente de 30 años de edad natural de Barlovento Estado Miranda. Antecedentes IIIIG IIP y embarazo actual de 37 semanas y diagnóstico

de mioma en cara anterior, motivo por el cual es referida desde su localidad. Al examen físico se observa 40 cm de altura uterina, pared uterina se palpa dura, deforme y no se aprecian movimientos fetales ni es posible auscultar el foco fetal. Resto del examen físico dentro de límites normales. Se realiza ultrasonido abdominal donde se evidencia útero muy aumentado de tamaño con embarazo con feto único en situación transversa de 35 semanas por biometría y con madurez por grado intestinal con oligoamnios severo; se evidencia imagen que abarca toda la pared anterior del útero desde segmento hasta fondo muy hiperrefringente compatible con mioma gigante. En vista de la localización del mioma (Figura 1), se decidió realizar un abordaje de la cavidad abdominal por una incisión vertical media desde pubis hasta alcanzar el fondo uterino que sobrepasó la cicatriz

umbilical, se flexionó el cuerpo uterino hacia adelante y se realizó histerotomía por una incisión en cara posterior transversa (muy cerca del fondo) (Figura 2 y 3) obteniéndose recién nacido vivo femenino de 2 500 g y 46 cm, se evidenció oligoamnios y mostró deformidad entre hueso parietal y frontal presumiblemente por presión del mioma (Figura 5), alumbramiento sin complicaciones. Se realiza seguidamente una histerectomía abdominal total con conservación de anexos por técnica habitual sin complicaciones. La pieza operatoria (útero y cuello uterino) tiene un peso de 5 200 g y se envía a anatomía patológica. La madre y la recién nacida evolucionan satisfactoriamente egresando al sexto día de hospitalización. El resultado de anatomía patológica concluye mioma uterino gigante en cara anterior de útero.



Figura 1.



Figura 2.



Figura 3.

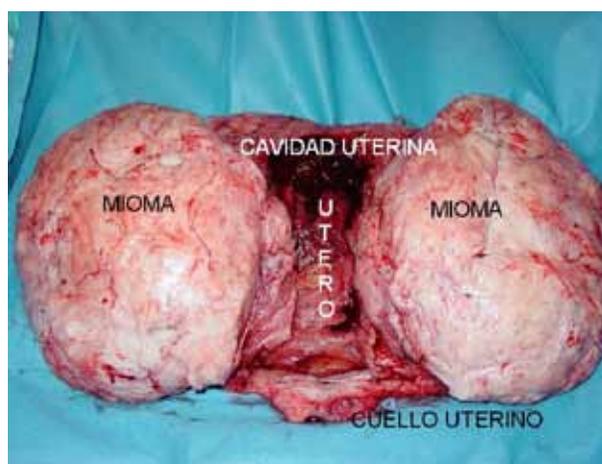


Figura 4.



Figura 5.

DISCUSIÓN

La mayoría de los miomas causan pocos o ningún síntoma (75 %-80 %) (3); cuando existen, el más habitual es una hemorragia prolongada e intensa durante la menstruación que, en casos graves, puede durar hasta dos semanas. Los miomas también pueden producir dolor abdominal o en la parte baja de la espalda, que a veces se interpreta como calambres menstruales. A medida que los miomas crecen, las pacientes pueden notarlos como una masa firme en la parte baja del abdomen. Los miomas muy grandes pueden dar al abdomen la apariencia de embarazo y causar una sensación de pesadez y presión; de hecho, los grandes miomas se describen comparando el tamaño del útero con el tamaño que éste tendría en meses específicos de la gestación. Los miomas exageradamente grandes o de localización muy concreta pueden ejercer presión contra la vejiga y el aparato urinario y causar micción frecuente o urgencia miccional. Si los miomas ejercen presión sobre los uréteres pueden provocar obstrucción (situación poco frecuente) o bloqueo de la orina. La presión sobre el recto puede causar estreñimiento y tenesmo, o ganas de evacuar casi constante (4,5). Se debe hacer diagnóstico diferencial con masas pélvicas o abdomino-pélvicas (8,9).

Al presentarse la menopausia, el crecimiento del tumor se detiene, y se puede observar en él una regresión

Entre el 20 % y el 30 % de las mujeres de más de 30 años tienen miomas uterinos (3,8,10), aunque la genética puede estar implicada, los estudios de factores contribuyentes incluyen la dieta u otros factores ambientales. Todas las mujeres están en

riesgo de desarrollar miomas o de crecimiento acelerado de estos durante aquellas etapas de su vida en que los niveles de estrógenos son elevados. Los miomas pueden empezar a crecer poco después de la pubertad, aunque habitualmente se detectan cuando una mujer llega a la vida adulta. La menarquía antes de los 12 años (que prolonga el tiempo en que una mujer está sometida a estrógenos) y el exceso de peso (que hace aumentar el nivel de estrógenos producidos en la grasa) son otros dos factores de riesgo para el crecimiento de los miomas. Las mujeres que nunca han estado embarazadas tienen mayor riesgo de presentar miomas que las mujeres que han tenido hijos; el riesgo desciende a mayor número de hijos.

Después de la menopausia, los miomas habitualmente reducen su tamaño ya que no tienen estímulo hormonal que los haga crecer.

El diagnóstico del leiomioma es sencillo a partir de la historia clínica y de la palpación o tactación del tumor. El hallazgo al tacto de un tumor esférico con uno a varios nódulos asentado en el útero es expresión de un mioma. La ecografía (9) permite detectar miomas de mucho menor tamaño de lo que se consigue con el tacto.

No es posible predecir si los miomas tienen algún efecto sobre la fertilidad. Los miomas múltiples, en particular aquellos localizados en la parte baja del útero, pueden obstruir la salida del feto a través de la vagina durante el parto, requiriendo una cesárea. En casos poco frecuentes, los miomas pueden causar esterilidad o más habitualmente infertilidad (abortos de repetición) si deterioran el revestimiento uterino (el endometrio), obstruyen las trompas de Falopio, o alteran la posición del cuello uterino impidiendo que el esperma llegue al útero. Pueden también impedir que el feto se desarrolle normalmente.

Si los miomas causan hemorragias intensas puede desarrollarse anemia secundaria.

Los miomas grandes que presionan la vejiga ocasionalmente dan lugar a infecciones del aparato urinario por dificultar el vaciamiento de ésta. La presión sobre los uréteres puede causar obstrucción urinaria y posibles lesiones renales.

Los miomas pueden producir calambres que, a veces, pueden ser bastante intensos. En esos casos, el tejido no recibe suficiente oxígeno y el resultado es la necrosis (muerte celular), que puede producir dolor muy intenso. Durante el embarazo aumenta el riesgo de degeneración celular y necrosis.

Los miomas son casi siempre benignos, incluso si tienen formas o patrones de reproducción celular anormales; sólo en casos poco frecuentes

(generalmente en el 1 % de los miomas) se da como resultado de una alteración maligna en un mioma (leiomiocarcinoma).

Tienden a aumentar de tamaño con la gestación por mecanismos de hiperplasia e hipertrofia debido a la influencia hormonal, por lo general los miomas no complican el embarazo, pero ocasionalmente pueden sangrar y necrosarse causando dolor, náuseas, vómitos e irritación peritoneal (1,3,8,10-13). También pueden obstruir el paso del feto por el canal del parto. El alumbramiento también puede dificultarse por falta de contracción del músculo uterino que predispone al sangrado posparto, la mayoría de los miomas sufren regresión después del parto (3).

El tratamiento del mioma en caso de embarazadas depende de la sintomatología (4,7) y del tipo de mioma, si no hay sintomatología se mantienen en observación y controles ecográficos, si se descubren miomas subserosos que pueden complicar seriamente el parto, se puede realizar su extirpación quirúrgica dentro del primer trimestre, período en el que la intervención no resulta peligrosa para el buen resultado del embarazo. Si hacen efecto de tumor previo que impidan el trabajo de parto se debe realizar una cesárea que dependiendo de la ubicación de los miomas puede ser segmentaria o corporal. En nuestro caso por ocupar el mioma toda la cara anterior fue necesario realizar una incisión en cara posterior para evadir el mioma y tener acceso al feto.

REFERENCIAS

1. Bukulmez O, Doody K. Aspectos clínicos de los miomas. *Obstet Gynecol Clin N Am.* 2006;33:69-84.
2. Gómez A, Costero A, Rodríguez R, Alvarado P. Mioma uterino gigante y embarazo a propósito de un caso. *Rev Medifam [on line]* 2007 [citado 18 Noviembre 2007] [6 páginas]. Disponible en <http://www.infomedonline.com.ve/biblioteca/Revistas/medifami/medf812art8.pdf>
3. Briceño C, Alana F, Briceño L, Briceño J. Gran mioma uterino y embarazo: reporte de un caso. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2004;64:115-119.
4. Simons H, Cannistra S, Etkin M, Godine J, Heller D, Sellito P, editores. *Miomas uterinos e histerectomía.* [monografía en internet] Nueva York Well-Connected 2000 [citado 20 de Noviembre de 2007]. Disponible en: <http://www.mgh.harvard.edu/library/wc.asp?page=http://www.well-connected.com>
5. Cazenave H, Perucca E, Estay R. Miomectomía a las 14 semanas de gestación. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2002;67:57-59.
6. Saavedra J. Miomatosis uterina e infertilidad indicaciones de tratamiento convencional. *Rev Col Obstet Ginecol.* 2003;54:121-134.
7. Guerrero C. Hace 55 años terapéutica médica y quirúrgica del mioma uterino. *Ginecol Obstet Méx.* 2001;69:492-499.
8. Briceño C, Alana F, Atencio D, Bethancourt C, Shloeter L, Portillo B, et al. Grandes miomas uterinos. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2001;61:35-42.
9. Mateos S, Valenzuela P, Tello E, Solano J. Diagnóstico diferencial de la tumoración abdomino-pélvica. *Rev Iberoam Fert.* 2003;20:335-337.
10. Coronado G, Marshall L, Schwartz S. Complications in pregnancy, labor, and delivery with uterine leiomyomas: a population-based study. *Obstet Gynecol.* 2000;95:764-769.
11. Fleitas F, Fernández C, Padrón J, Uzcátegui O. Leiomiomatosis peritoneal diseminada asociada a embarazo. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1980;40:153-158.
12. Portillo B, Urdaneta E, Valbuena G, Martínez J, Fernández G. Uso de anestésicos locales en mioma degenerado durante el embarazo. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1998;48:151-153.
13. Ponte L, Sisco D, Rivero A. Un caso de mioma uterino y embarazo. Cesárea e histerectomía al séptimo mes. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1943;3:95-101.
14. Sovino H, Ramírez C, Córdova O, Chávez S, Valeria C, Medina B. Miomectomía incidental en cesárea. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 1999;64(4):256-262.