

Presentación de caso

Hospital General Tomás Carrera Galeano. Trinidad. Sancti Spiritus. Cuba

Fibroma uterino y embarazo. Presentación de un caso.

Dr. Alfredo Morales Rodríguez¹, Dr. Omar Moreno Bravo², Dra. Maidelene Ramírez Ruiz³, Lic. Yoanys Alberto Rodríguez⁴

Especialista de 1^{er} grado en Obstetricia y Ginecología. Profesor Asistente. Hospital General Tomás Carrera Galeano Trinidad. Sancti Spiritus. Cuba. ¹

Especialista de 1^{er} grado en Obstetricia y Ginecología. Profesor Asistente. Hospital General Universitario Camilo Cienfuegos. Sancti Spiritus. Cuba. ²

Especialista de 1^{er} grado en Obstetricia y Ginecología. Hospital General Tomás Carrera Galeano Trinidad. Sancti Spiritus. Cuba. ³

Licenciada en Enfermería. Máster en Urgencias Médicas. Profesor Instructor. Sancti Spiritus. Cuba. ⁴

Fundamento: Los fibromas uterinos, también conocidos como miomas o leiomiomas son los tumores benignos más frecuentes de la porción superior del aparato genital femenino; pueden alcanzar gran tamaño, crecen con lentitud y generalmente no requieren de tratamiento. **Presentación de caso:** Paciente de 33 años con embarazo de seis semanas que comienza a presentar manchas de sangre oscura y dolor bajo vientre, se detecta a través de ultrasonografía y laparoscopia un mioma de 180 mm vascularizado con un pedículo grueso. Se decide realizar la miomectomía con el consentimiento de la paciente. **Conclusiones:** la paciente evolucionó satisfactoriamente. Acudió a consultas prenatales cada 15 días hasta las 39.6 semanas, que se le realizó la cesárea electiva.

DeCS: LEIOMIOMA/epidemiología; COMPLICACIONES DEL EMBARAZO

Palabras clave: Mioma, útero, embarazo

INTRODUCCIÓN

Los fibromas uterinos son también conocidos como miomas o leiomiomas, los informes de las autopsias indican que hasta el 50% de las mujeres presentan fibromas y nunca lo saben. Durante la edad reproductiva, los miomas uterinos son los tumores benignos más frecuentes de la porción superior del aparato genital femenino; son asintomáticos en un rango del 75% al 80%¹⁻³. A pesar de que los miomas pueden alcanzar gran tamaño, la mayor parte de ellos crecen con lentitud y no requieren de tratamiento. El crecimiento rápido de un mioma único, señala la posibilidad de cambios sarcomatosos, aunque este tipo de tumores malignos es muy raro y ocasionalmente pueden alcanzar un gran tamaño³. Según la clasificación de 1971, se definen como gigantes si pesan más de 25 lb (11,3 Kg.). En el 2001 se reportaron 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)⁴. La prevalencia de leiomioma durante el embarazo es de un 2 %⁴⁻⁶. Durante el embarazo los leiomiomas uterinos suelen ser asintomáticos, pero en ocasiones pueden complicarse por la degeneración carnosa y causan aumento en la frecuencia de aborto espontáneo, parto prematuro, rotura prematura de membranas fetales, hemorragia ante parto, presentaciones viciosas, parto obstruido, cesárea y hemorragia posparto⁷. La conducta ante el leiomioma uterino durante el embarazo es en gran medida expectante y su extirpación quirúrgica suele retrasarse hasta después del parto⁸⁻¹². Debido al aumento de vascularización del útero durante el embarazo las mujeres tienen mayor riesgo de sangrado postoperatorio y morbilidad durante la miomectomía¹²⁻¹⁴. Algunos informes han demostrado que la miomectomía durante la cesárea pueden ser segura¹⁴⁻¹⁶.

La novedad de este caso radica en el hecho de que la peligrosidad de la intervención quirúrgica antepartum de los fibromas durante el embarazo, no se cumple en el caso de esta gestante que presentó un mioma uterino, el cual fue necesario extirpar durante el segundo trimestre del embarazo.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente de 33 años, con historia de subfertilidad secundaria, acudió a consulta por presentar embarazo de seis semanas, sin antecedentes de enfermedad, refiere la presencia de manchas oscuras y molestias en bajo vientre; se le realizó ultrasonografía y se detectó embarazo con buena vitalidad y además un mioma uterino de seis centímetros hacia cara posterior y fondo del útero. Se recomendó reposo físico y sexual, mejoró la sintomatología con estas medidas por seis semanas hasta que comenzó otra vez a presentar manchas de sangre oscura y dolor bajo vientre que se incrementó con los días. A la palpación abdominal se detectó que la altura del fondo del útero alcanzaba el ombligo, se indicó nueva ultrasonografía y se confirmó que el mioma aumentó su diámetro hasta 180 mm, se decidió realizar laparoscopia para evaluar las características externas de la tumoración, la cual corroboró la presencia de un gran fibroma uterino muy vascularizado con un pedículo grueso. La paciente refirió el deseo de salvar el embarazo; se le explicó las consecuencias de mantener una conducta expectante o de realizar la miomectomía y luego de discutir el caso con el equipo médico y previo consentimiento familiar se decidió realizar la miomectomía.

Se realizó la enucleación del mioma con disección roma, sutura y epipoplastia del lecho vascular. Se mantuvo en reposo a la paciente en el postoperatorio inmediato además de utilizar el sulfato de magnesio como tocolítico durante 24 horas. La paciente evolucionó satisfactoriamente y fue egresada del centro a las 72 horas. Las pérdidas sanguíneas vaginales cesaron a las 48 horas de operada. **(Fig. 1 y 2)**

Fig. 1 Mioma uterino antes de su extirpación quirúrgica. Hospital General "Tomás Carrera Galeano" Trinidad



Fig. 2 Mioma uterino después de su extirpación quirúrgica. Hospital General “Tomás Carrera Galeano” Trinidad



Se realizaron consultas prenatales cada 15 días con evolución satisfactoria del embarazo que llegó hasta las 39.6 semanas, cuando se practicó cesárea electiva a la paciente; logrando un recién nacido vivo en pelviana con apgar 9/9 y con un peso de 4100 gramos. El lecho del mioma no pudo identificarse y se egresó satisfactoriamente a las 72 horas sin complicaciones maternas ni neonatales.

DISCUSIÓN

Con el advenimiento de las técnicas ultrasonográficas y su implementación durante la gestación temprana, muchos diagnósticos se realizan precozmente, tal es el caso de los leiomiomas. Mediante su empleo podemos vigilar la aparición de complicaciones en los mismo como son: la degeneración carnosa o necrobiosis, calcificación, y crecimiento acelerado (degeneración sarcomatosa).

Las conductas conservadoras frente a los miomas proporcionan, según diversos autores, mayor seguridad pues la cirugía durante la gestación muestra tasas bajas de éxito¹³. Cerca del 10% de las gestaciones presentan complicaciones relacionadas con la presencia del tumor, como: el aborto, las roturas uterinas, el incremento de los partos pretérmino, la cesárea y las hemorragias en el posparto¹⁴. Debido a las posibles complicaciones donde pelagra la vida materna o existe un alto riesgo de pérdida fetal, algunos autores han descrito la miomectomía durante el embarazo como una terapéutica viable para la continuidad del mismo¹⁵⁻¹⁶, con la aclaración a los familiares de los riesgos que conlleva la intervención quirúrgica. La histerectomía obstétrica de manera general es más frecuente en las gestantes que presentan leiomiomas durante la gestación¹⁴. La ultrasonografía doopler es el medio más adecuado en la actualidad para el análisis de la relación existente entre el leiomioma y la cavidad uterina, el lecho de inserción placentaria y la vascularización tumoral, así como su tamaño pues la resonancia magnética nuclear tiene uso limitado durante la gestación^{15,16}.

CONCLUSIONES

Aunque la mayoría de los casos de fibromas uterinos en el embarazo suelen ser tratados de forma conservadora antes del parto, la miomectomía puede ser necesaria en casos específicos como el presentado; en el cual la paciente fue egresada a las 72 horas, con evolución satisfactoria posterior del embarazo que llegó hasta las 39,6 semanas, donde se realizó cesárea electiva. Este caso es aleccionador para los ginecólogos que muchas veces deben tomar decisiones difíciles en su práctica profesional.

BIBLIOGRAFÍA

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 Sep;179(3 Pt 1):620-7. Available from: <http://preview.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9757961>
2. Gross K, Morton C. Genetics and the development of fibroids. *Clin Obstet Gynecol.* 2001 Jun;44(2):335-49. Available from:

- http://journals.lww.com/clinicalobgyn/Citation/2001/06000/Genetics_and_the_Development_of_Fibroids.20.aspx
3. Stovall D. Clinical symptomatology of uterine leiomyomas. *Clin Obstet Gynecol.* 2001 Jun;44(2):364-71. Available from: http://journals.lww.com/clinicalobgyn/Citation/2001/06000/Clinical_Symptomatology_of_Uterine_Leiomyomas.22.aspx
 4. Briceño Pérez C, Alafla 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.
 5. Coronado G, Marshall L, Schwartz S. Complications of pregnancy, labor, and delivery with uterine leiomyomas: A population based study. *Obstet Gynecol.* 2000 May;95(5):764-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10775744>
 6. Guaraccia M, Rein M. Traditional surgical approaches to uterine fibroids: Abdominal myomectomy and hysterectomy. *Clin Obstet Gynecol.* 2001 Jun;44(2):385-400. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11345000>
 7. Cooper NP, Okolo S. Fibroids in pregnancy, common but poorly understood. *Obstet Gynecol Surv.* 2005 Feb;60(2):132-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15671902>
 8. Ouyang DW, Norwitz ER. Obstetric complications of fibroids. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2006 Mar;33(1):153-69. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16504813>
 9. Benson C.B, Chow J.S, Chang-Lee W, Hill J.A, Doubilet PM. Outcome of pregnancies in women with uterine leiomyomas identified by sonography in the first trimester. *J Clin Ultrasound.* 2001 Jun;29(5):261-4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11486319>
 10. Neiger R, Sonek JD, Croom CS, Ventolini G. Pregnancy related changes in the size of uterine leiomyomas. *J Reprod Med.* 2001 Jun;29(5):261-4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11486319>
 11. Bonito M, Gulemi L, Basili R, Roselli D. Myomectomy during the first and second trimester of pregnancy. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2007; 34(3):149-50. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17937088>
 12. Klatsky PC, Tran ND, Caughey AB, Fujimoto VY. Fibroids and reproductive outcomes: a systematic literature review from conception to delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2008 Apr; 198(4):357-66. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18395031>
 13. Bhatla N, Dash BB, Kriplani A, Agarwal N. Myomectomy during pregnancy: a feasible option. *J Obstet Gynaecol Res.* 2009 Feb; 35(1):173-5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19215567>
 14. Kelly BA, Bright P, Mackenzie IZ. Does the surgical approach used for myomectomy influence the morbidity in subsequent pregnancy? *J Obstet Gynaecol.* 2008 Jan; 28(1):77-81. Available from: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/01443610701811738>
 15. Gojnic M, Pervulov M, Petkovic S, Papic M, Jeremic K, Mostic. Indication of myomectomy during pregnancy from Doppler ultrasonography. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2004; 31(3):197-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15491063>
 16. Ouyang DW, Economy KE, Norwitz ER. Obstetric complications of fibroids. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2006 Mar; 33(1):153-69. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16504813>
-

Uterine fibroma and pregnancy. Presentation of a case.

Background: Uterine fibromas, also known as myomas or leiomyomas are the most common benign tumors of the upper female genital tract, can become large, grow slowly and usually require no treatment.

Case report: A 33 year-old-patient with six weeks of pregnancy who begins to show dark spots of blood and lower abdomen pain. An 180 mm myoma highly vascular with a thick pedicle was detected by ultrasonography and laparoscopy. It was decided to perform myomectomy with the consent of the patient.

Conclusions: The patient progressed successfully and attended prenatal visits every 15 days up to 39.6 weeks, when she had an elective caesarean section.

MeSH: LEIOMYOMA/ epidemiology; PREGNANCY COMPLICATIONS

Keywords: Myoma, uterus, pregnancy