

## MIOMA UTERINO Y EMBARAZO

### Dr. Gonzalo Virreira Prout

Medico Ginecólogo Obstetra - Jefe Servicio Ginecología  
Socio Activo I.M.S.

### Dr. Nestor Padilla Soliz

Medico Ginecólogo Obstetra

### Dr. Juan Martinez

Medico Anestesiólogo

### Dr. Alvaro Rodriguez Herrera

R-III

Hospital Gineco-obstetrico- Neonatal "Dr. Jaime Sánchez Porcel".  
Sucre -Bolivia

**Palabras Clave:** Embarazo, mioma, miomectomía

**Key Words:** Pregnancy, myoma, myomectomy

### RESUMEN

El presente caso clínico trata sobre una paciente que cursó con un embarazo presentando un mioma uterino subseroso fúndico previo, a la cual se le realizó una miomectomía por laparotomía convencional a las 24 semanas de gestación previa compensación y preparación para dicha intervención, el mioma tuvo un peso de 3,2 kilogramos, la paciente siguió una recuperación favorable post operatoria.

El embarazo continuó sin presentar complicaciones hasta alcanzar las 37 semanas procediendo a la cesárea segmentaria transperitoneal obteniéndose un recién nacido totalmente sano. Puerperio quirúrgico normal inmediato y mediato ambos dados de alta en condiciones favorables.

### SUMMARY

The present case is about a patient who cursed with a pregnancy tendering a fundic subserose myoma uterine previous, whom was realized a myomectomy by conventional laparotomy at 24th weeks of pregnancy previous compensation and preparation for that intervention, the myoma had a weight of 3.2 kilograms, the patient was still continued with a favourable recovery post operatory.

The pregnancy continued without complications until the 37 weeks, to carry

out a segmentary transperitoneal caesarean obtaining a healthy newborn baby, the quirurgic post partum period early and late and were normal, both mother and child had a hospital dismissal in optimal conditions.

### INTRODUCCION

Los miomas son las tumoraciones ginecológicas benignas más frecuentes durante el embarazo.

A partir de los 30 años, una de cada tres mujeres presenta algún tipo de mioma. Los miomas pueden ser únicos o múltiples, y según su situación se clasifican en subserosos, intramurales y submucosos.

Durante el embarazo, un 60 % no modifica significativamente su tamaño, mientras que un 40 % experimenta crecimiento. (1)

Su frecuencia durante el embarazo quizá sea de casi 2 % y depende de las características de la población y la frecuencia de la ecografía sistemática. (2)

El tratamiento de los miomas sintomáticos consiste en analgesia y observación. Muy a menudo, desaparecen los signos y síntomas a los pocos días, pero la inflamación puede

estimular el trabajo de parto. Pocas veces es necesario el tratamiento quirúrgico durante el embarazo. (2)

La miomectomía en general está contraindicada durante el embarazo. En algunos casos, el dolor inexorable por infarto y degeneración obligan al tratamiento quirúrgico. La mayoría de los autores están de acuerdo que el tratamiento quirúrgico debe limitarse a los tumores con un pedículo definido que puede pinzarse y ligarse con facilidad. Por lo general, la resección de los miomas intramurales durante el embarazo o al momento del parto estimula la hemorragia abundante (2).

Son alentadores datos escasos en torno a la miomectomía indicada durante la gestación. De Carolis et al. (2001) y Celik et al. (2002) describieron buenos resultados en 23 mujeres. La mayoría se hallaba entre las 14 y 20 semanas y, en casi la mitad, se llevó a cabo el tratamiento quirúrgico a causa del dolor. En alguno de estos casos, un mioma intramural estaba en contacto con el lugar de implantación. Excepto por una pérdida inmediatamente después de la intervención a las 19 semanas, la mayoría de las mujeres fue objeto de partos por

cesárea al término. Estos investigadores resaltan que tal tratamiento es para casos muy seleccionados. Joo et al.(2001) describieron la resección de un mioma fúndico degenerativo de 940 g de peso a las 25 semanas, que producía deformidad de la postura del feto y oligohidramnios. En el período posoperatorio, el volumen del líquido amniótico se normalizó y más tarde la mujer fue sometida a un parto por cesárea de un recién nacido normal.(2)

Las pacientes con leiomiomas uterinos tienen más probabilidades de presentar complicaciones que comprometan los resultados obstétricos y perinatales durante la gestación.se ha demostrado que tiene un mayor riesgo de crecimiento intrauterino retardado, abrupcio placentae, distocias de la presentación, más riesgo de cesárea y transfusiones sanguíneas, un aumento de la frecuencia de rotura prematura de membranas y parto pretermino. También presentan un riesgo más elevado de sufrir hemorragia puerperal, fundamentalmente como consecuencia de una mayor frecuencia de atonía uterina. (3)

La miomectomía, previa a la gestación, puede estar justificada en algunas circunstancias para reducir los riesgos adversos en los resultados obstétricos de algunos pacientes. (3)

Consideramos importante esta publicación porque es el primer caso clínico de estas características en el Hospital Gineco-Obstétrico y Neonatal "Jaime Sánchez Porcel" en Sucre, Bolivia, es el principal centro de referencia de tercer nivel y atención de embarazos de alto riesgo en el sur del país, demostrar que la miomectomía en mujeres embarazadas puede realizarse con seguridad y bajo riesgo en pacientes bien seleccionadas como se ha verificado en otros casos más publicados de La Paz (4) y Cochabamba (5).

### PRESENTACION DEL CASO CLINICO

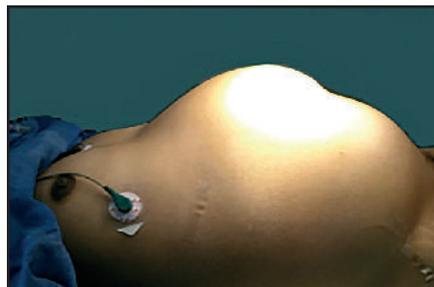
Se trata de una paciente de 42 años nuligesta natural de Ocurí sin ningún antecedente clínico ni heredo-familiar de relevancia, referida a nuestro

hospital de un segundo nivel de la ciudad, con los antecedentes de haber presentado sintomatología compatible con reflujo gastroesofágico que no responde a tratamiento convencional y por presentar dolor de tipo cólico intermitente compatible con amenaza de aborto medicada con antiespasmódicos y tratada por una infección urinaria baja con amoxicilina y con diagnóstico de miomatosis uterina gigante por ecografía referida para su atención por tercer nivel. Refería principalmente dolor de tipo urente a nivel retroesternal que se acompañaba de vómitos bilioalimenticios de 2 a 3 oportunidades con evolución de 2 semanas y además de dolor de tipo cólico de leve intensidad a nivel de hipogastrio sin episodios de sangrado transvaginal.

Al examen clínico presentaba una facies álgida y mucosas poco hidratadas además de presentar un edema localizado a nivel de miembros inferiores en región maleolar dentro de lo más relevante, signos vitales dentro de parámetros normales.

Al examen gineco-obstétrico altura uterina de 36 cm y era posible palpar la consistencia dura del mioma que alcanzaba el apéndice xifoides con una presentación indiferente y fetocardia de 144 lpm (fig.1).El tacto vaginal solo revela presencia de secreción blanquecina en moderada cantidad.

FIGURA N° 1



En los exámenes complementarios el hemograma revela una anemia moderada con hematocrito de 25 % y una hemoglobina de 8 g/dl, el resto de los valores informan una función hepática y renal preservada y sin alteración en la coagulación, el proteinograma como parámetro alterado la albúmina que estaba en 2.6 mg/dl y un ionograma con leves alteraciones, el examen general de orina revela de 30 mg de proteinuria y el examen bacteriológico de flujo vaginal revela presencia de candidas.La ecografía reporta mioma el cual mide según la misma 25 cm x 15 cm x 15 cm de localización fúndica y subseroso con feto vivo eutrófico con peso estimado de 378 gramos y demás órganos normales .El ECG es normal y placa de tórax sin particularidad.

Se realiza interconsulta con gastroenterología clínica para descartar cuadros de origen gastroenterológico.

Tras esta evaluación se llega a los diagnósticos de embarazo de 20 semanas por FUM y ecografía, mioma uterino, enfermedad por reflujo gastroesofágico, síndrome anémico crónico y síndrome edematoso secundario a hipoalbuminemia y candidiasis vaginal.

Se realiza tratamiento fundamentalmente para controlar los síntomas que presentaba la paciente por la enfermedad por reflujo gastroesofágico subyacente a consecuencia del mioma y embarazo además de corrección electrolítica.

Tras definir las características del mioma uterino grande concomitante a gestación de 20 semanas ya presentaba ocupación completa de la cavidad abdominal y que su crecimiento no era compatible con un embarazo a término sin presentar complicación en el transcurso de la misma, con la particularidad de ser primigesta añosa, se decide realizar junta médica compuesta por ginecólogos obstetras y médicos internistas; se decide la miomectomía ,por lo anteriormente expuesto, previa valoración pre quirúrgica asimismo consentimiento informado por riesgo materno y fetal.

Se procede entonces a la transfusión de unidades de paquetes globulares y albúmina humana cada 12 horas durante

5 días, estabilizando la hipoalbuminemia logrando un hematocrito de 29 % y hemoglobina de 9.6 g /dl y albúmina de 3.5 mg/dl.

Se provee disponibilidad inmediata de paquetes globulares, sala de terapia intensiva y posibilidad de apoyo quirúrgico de otras especialidades, cirugía y urología.

A los 15 días de internación se procede a la cirugía con todas las precauciones ya descritas. Se realiza por parte de anestesiología, anestesia general con inducción administrando propofol y succinilcolina, mantenimiento realizado con sevoflourano 1% que cuenta con un perfil de recuperación rápida complementado con atracurio.

Se procede a incisión mediana supra umbilical que alcanza xifoides de aproximadamente 15 cm, a la semiología quirúrgica se observa útero grávido con anexos normales y presencia de tumoración xifoumbilical compatible con mioma uterino subseroso con medidas de 21 cm x 17 cm x 17 cm presentando unión de viscera y mioma de 12 cm de diámetro aproximadamente(fig.2), se procedió a infiltración con bupicaína al 1% con epinefrina 25:1000 en plano subseroso anterior y posterior de la unión útero y mioma (fig.3), se procedió a la exéresis del mismo mediante divulsión instrumental y digital evidenciando durante el procedimiento neo vascularización venosa importante entre la viscera y tumoración de 12 cm de extensión(fig.4), se produjo sangrado aproximadamente de 800 cc.posteriormente se realiza puntos invaginantes en 2 planos con hilo sintético reabsorbible en el lecho del mioma además se procede a aproximación de serosa con hilo natural reabsorbible (fig.5 y 6), hemostasia satisfactoria se deja dren de Rubber en fondo de saco de Douglas y se exterioriza por fosa iliaca derecha con lo que concluye el acto quirúrgico (fig.7).

FIGURA N° 2



FIGURA N° 3

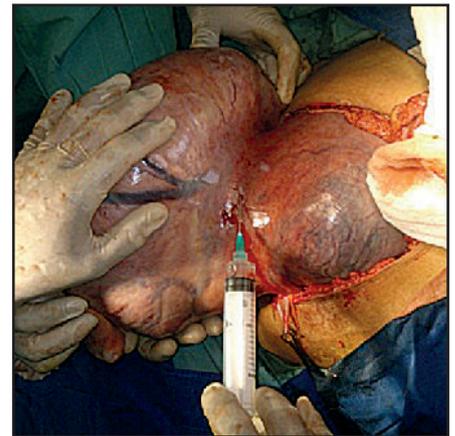


FIGURA N° 4



FIGURA N° 5

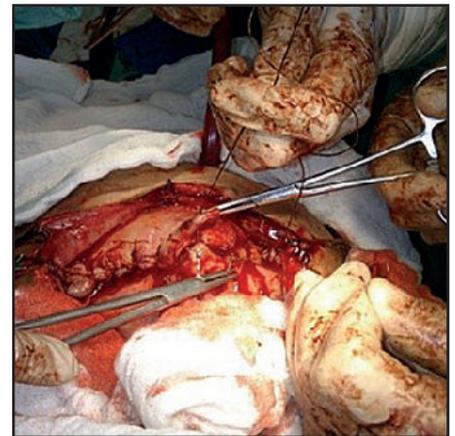
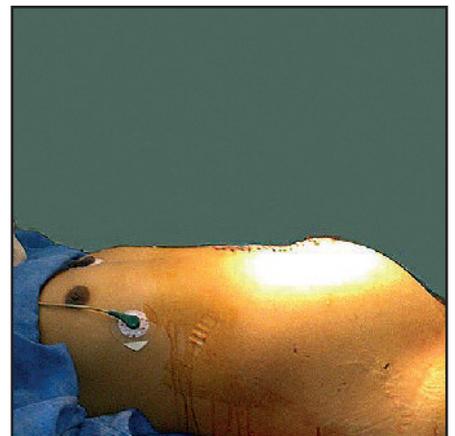


FIGURA N° 6



FIGURA N° 7



Se utilizaron soluciones cristaloides, agente con gelatina y paquetes globulares para mantener estable hemodinámicamente a la paciente.

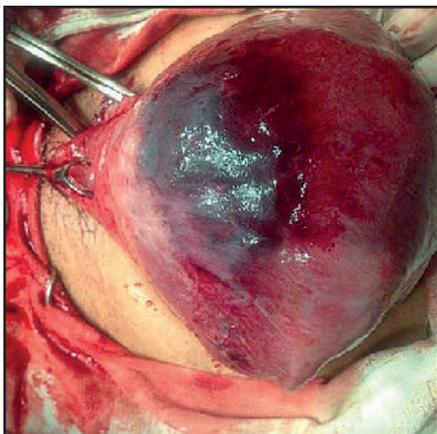
Postoperatorio favorable, se administró indometacina 100 mg por 3 días y progesterona micronizada por 12 días, cefalosporina de tercera generación como protección antimicrobiana durante 12 días por vía parenteral y luego por vía oral. Analgesia post operatoria: dipirone en infusión continua y posteriormente en horario durante 8 días coadyuvado por tramadol por razón necesaria en los primeros 3 días, además se continúa administrando albumina, paquetes globulares y electrolitos para compensación electrolítica y hemática de acuerdo al reporte de laboratorio.

Tras la evolución favorable y con parámetros de hematocrito de 26 %, hemoglobina de 8.3 g/dl, albumina de 2.8 mg /dl y demás parámetros normales, tras 29 días de internación y 13 días postoperatorios se le da el alta hospitalaria.

Realiza 2 controles prenatales más por consultorio externo del hospital sin presentar complicaciones. Sumando al finalizar el periodo prenatal 10 controles prenatales.

Paciente retorna a las 37 semanas de gestación para programación de cesárea, la misma se efectúa sin complicaciones, se observa a la semiología quirúrgica histerorrafa anterior bien consolidada en fondo uterino de color violáceo (fig.8).

FIGURA N° 8



Se obtiene producto único vivo de sexo masculino con peso de 3,1 kg, talla de 46 cm con apgar 8/9 transcurre con puerperio normal, y es dada de alta con su recién nacido al tercer día postquirúrgico, posteriormente realiza 2 controles de puerperio sin presentar patología alguna tanto materna como neonatal.

#### DISCUSION

El hallazgo de un mioma uterino gigante y embarazo es inusual, no existen muchos datos acerca de su frecuencia, en el presente caso se trato de un mioma ya previo a la gestación, que con 20 semanas de gestación ya tenía una altura uterina considerable y por masa ocupante xifoumbilical no era compatible con el desarrollo y crecimiento uterino para alcanzar la viabilidad del embarazo.

El control ecográfico fue significativo y de máxima orientación pre quirúrgica, no siendo imprescindible recurrir a otros medios de diagnóstico por imagen (Resonancia magnética). Se descartaron además otros tumores o patología intercurrente asociada mediante interconsultas con medicina interna y gastroenterología realizando así una evaluación multidisciplinaria.

La decisión de realizar la miomectomía se sustenta en el hecho expuesto anteriormente con la adición de que la madre era nuligesta con una edad peri menopáusica, un deseo genésico importante, se informo a la paciente sobre todas los riesgos e implicaciones que tenía el procedimiento y las posibles complicaciones inherentes al embarazo. Considerado como alto riesgo perinatólogico.

Aceptados los términos para la intervención se la estabiliza quien cursaba con anemia e hipoproteinemia más de tipo carencial, ambas se compensaron satisfactoriamente.

Se realizo la cirugía en condiciones favorables con todas las precauciones posibles. Al no existir mucha referencia bibliográfica al respecto, tampoco

existe mucha literatura que avale o no la conducta pero si algo en lo que se concuerda es que de ser necesaria la miomectomía durante la gestación es solamente en casos seleccionados, así como el descrito en el que el tipo de mioma y su localización hacían posible su extirpación técnicamente y que la cirugía brindaba más beneficios que desventajas para la gestación de la misma.

El diagnostico final por anatomía patológica fue: Leiomioma con degeneración hialina y mixomatosa de 3.2 kg.

La condición de la paciente al ser de origen rural desconocía totalmente su patología ginecológica salvo hasta su embarazo, lejos de la ecografía como método diagnostico, clínicamente era evidente la tumoración toracoabdominal. Creemos importante la publicación de este caso clínico iconográfico a fin de aportar experiencia en el manejo y resultado. Existen muchas mujeres en edad fértil con miomas no diagnosticados previamente y de un tamaño considerable cuyas cifras se desconocen. Por cuanto obliga a un mejor y adecuado control el presente caso fue abordado previa evaluación y consideración.

#### BIBLIOGRAFIA

1. J.M.CARRERA MACIA, J.MALLAFRE DOLS, B. SERRA Zantop. Protocolos de obstetricia y medicina perinatal del Instituto Universitario Dexeus.289-290. Elsevier Masson.Barcelona.2006.
2. F.G. CUNNINGHAM, K.J. LEVENO, S.L.BLOOM, J.C.HAUTH, D.J.ROUSE, C.Y.Spong. Williams Obstetrics twenty – third edition. 901-902-904.Mcgraw-Hill Interamericana Editores.Mexico, D.F.2011.
3. R.MATORRAS WEINIG, J.REMOHI GIMENEZ, V.SERRA SERRA. Casos Clínicos de Ginecología y Obstetricia.35. Editorial Medica Panamericana. Madrid.2012.
4. P.I.PARDO RAMIREZ, M.L.TORRICO Aponte.Miomectomía durante el embarazo.SCEM.Volumen 12.Nº1.2009.
5. A. BRAÑEZ GARCIA, J. ESPINOZA QUINTEROS, V.GUTIERREZ RICALDI, C. CAMACHO CLAROS. Miomectomía durante el embarazo.G.M.B.Nº 10.2007.