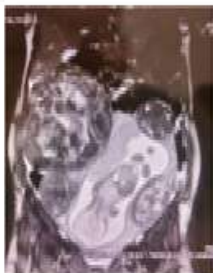


Miomatosis uterina de grandes elementos en una mujer primigesta con edad materna avanzada.

Fernando Alonso Torres Gudiño-1, Luis Alberto Pugliese De La Fuente-2. 1-Médico residente de tercer año Ginecología y obstetricia; **UMAE No. 23** Hospital de Ginecología y Obstetricia IMSS. 2-Especialista en Ginecología y Obstetricia, Subespecialidad en Medicina Materno-Fetal, Profesor titular de Post Grado; **UMAE No. 23** Hospital de Ginecología y Obstetricia IMSS



Introducción.

Los leiomiomas, miomas, fibromiomas, son los tumores más comunes de los órganos reproductores en las mujeres. Hasta el 10% de embarazadas llegan a presentar leiomiomas, y su incidencia puede ser aún más alta en mujeres con edad materna avanzada y obesidad. Los leiomiomas en el embarazo son de preocupación para el gineco-obstetra. La mayoría de las complicaciones del embarazo se presentan en el segundo y tercer trimestre. Dentro de las complicaciones de leiomiomas en el embarazo la más común es el dolor, llegando a ser sintomáticos hasta en el 25% de mujeres embarazadas. Sin embargo, en la mayoría de las situaciones de miomas y embarazo estos transcurren sin complicaciones. Entre las complicaciones severas se incluyen: abortos espontáneos, restricción de crecimiento intrauterino, ruptura prematura de membranas, abrupto placentario, distocia de presentación fetal, terminación vía abdominal y hemorragia post parto.

Caso clínico

Se trata de una mujer de origen mexicana de 37 años, mal control prenatal con diagnóstico de embarazo de 7.2 semanas. Con dolor en mesogastrio con irradiación a zona lumbar tipo opresivo de intensidad 8/10 con náuseas y vomito asociados.

Durante su estancia hospitalaria cursó con dolor llegando a 10/10 a lo cual se manejó con analgésicos, antiespasmódicos y antiinflamatorios no esteroideos con mejoría del dolor y alta con seguimiento con consulta externa.

Acude a admisión urgencias las 31.6 semanas de gestación refiriendo dolor obstétrico. Se corrobora vitalidad fetal confirmada por ultrasonido obstétrico (feto único vivo, presentación pélvica, frecuencia cardíaca fetal de 148 lpm, placenta fúndica grado II, índice de líquido amniótico de 24.9cm). Se ingresa a labor para vigilancia y se programa para cesarea con diagnóstico de embarazo de 31.6 semanas de gestación por fecha de última regla/miomatosis uterina de grandes elementos/ trabajo de parto fase latente/paridad satisfecha/edad materna avanzada.

Hallazgos: Útero con miomatosis de grandes elementos, mioma de 6 a 8cm, múltiples adherencias a peritoneo parietal e intestinal (FIGO 7). Mioma de 14x12cm adherido a peritoneo parietal cuadrante superior derecho (FIGO 6). Mioma intramural y subseroso de aproximadamente 20x19cm en fondo uterino con adherencias laxas a epiplón y a lóbulo hepático VII (FIGO 5) Retiro de útero con peso de 4200grs secundario a atonía uterina.

Datos perinatales: Femenino. Apgar 7/8. Perímetro Cefálico: 32cm. Peso fetal: 1870g. Talla: 44cm.



Ultrasonido clínica Doppler: Feto único vivo, cefálico, movimientos fetales presentes, frecuencia cardíaca fetal de 140lpm, líquido amniótico normal, se observa mioma de 15x15cm en pared lateral derecha sobre este mioma, se observa mioma, pero no se observan datos de acretismo placentario, otro del lado izquierdo de 9cm x 9cm, en fondo uterino se observan otros dos.

Laboratorios de control y marcadores tumorales con resultados:
Laboratorios: fibrinógeno: 933 mg/dl. TP: 13.0 SEG. TTP: 31.9 SEG. INR: 1.1 MG/DL. ALT: 8.1 U/L. ALB 2.86 G/DL. AST 14.6 U/L. BD: 1.417 MG/DL. BI: 0.10 MG/DL. BT: 1.522 MG/DL. DHL: 257 U/L. FA: 173 U/L. GLUC: 93.7 MG/DL. PROT TOTALES: 6.34 G/DL. UREA: 25.4 MG/DL. BUN: 12 MG/DL. CREAT: 0.5 MG/DL. AC. URICO: 7.8MG /DL. DIMERO D: 876 NG/DL. ALFA FETO PROTEINA: 81.68 NG/ML. CEA: 0.47NG/ML. CA 125: 75.54 U/ML. CA 19.9: 3.16 U/ML. FRACCION BETA DE LA H. GONADOTROPINA CORIONICA: 31884 Mu/ML. CPK TOTAL: 15 U/L. FOSFORO: 3.4 MG/DL. POTASIO 4.1 MEQ/LT. SODIO: 131 MEQ/LT. MAGNESIO: 1.9 MG/DL. CLORO: 102.3 MEQ/Lt. CALCIO 8.7 MG/dL

Resonancia Magnética: útero con producto en su interior, se observa la presencia de múltiples miomas, el mayor tiene dimensiones de 16x15x17cm aproximadamente en contacto directo con la placenta sin descartar acretismo placentario localizado de lado derecho, adyacente al hilio hepático con disposición subserosa, el cual se observa altamente heterogénea, se observan al menos otros 6 miomas de menor tamaño de disposición subserosa e intramural, por lo hallazgos obtenidos a nivel del mioma mayor no se descarta la posibilidad de mioma con degeneración roja o carnososa. No se observan lesiones de aspecto ocupativo en topografía anexial.

Discusión: La mayoría de las mujeres con múltiples miomas con dimensiones mayores a 3cm pueden presentar múltiples complicaciones, especialmente los submucosos y de localización retro placentarios. La presencia de leiomiomas tiene efectos directos sobre el feto y la placenta, generan un miometrio inflexible y poco receptivo a la estimulación por oxitocina, lo cual predispone a atonía uterina post parto. Las complicaciones obstétricas se presentan hasta en el 10-40% de casos de las cuales la mayoría tiene consecuencias severas. Ante la presencia de múltiples leiomiomas de grandes elementos (mayor de 10cm) es preferible el manejo por laparotomía/vía cesárea ante el alto riesgo de complicaciones perioperatorias y atonía uterina. Varios estudios sugieren un riesgo hasta 10 veces mayor de sangrado post parto motivo por el cual el manejo multidisciplinario es crucial. El planeamiento preoperatorio y programación quirúrgica vía cesarea ayuda a maximizar los resultados favorables de la paciente y reducir las complicaciones.

Conclusiones: Se logró llevar a la paciente hasta las 32 semanas de gestación previa administración de inductores de maduración pulmonar a base de 2 dosis de betametasona. Se llevó vigilancia estricta por el servicio de medicina materno fetal. Se programó para intervención vía abdominal dado el alto riesgo de complicaciones perioperatorias y presentación pélvica. El procedimiento quirúrgico fue exitoso, se llevó a cabo por el equipo multidisciplinario de medicina materno fetal, ginecología y obstetricia, anestesiología al igual que la presencia de uro ginecología y cirugía general ante cualquier eventualidad. Todo el manejo realizado en esta paciente fue fundamentado y respaldado con la evidencia y literatura actualizada a la fecha y basada en las guías de práctica clínica establecidas para nuestro hospital, al igual que con literatura extranjera actualizada.

Bibliografía:

- Radmila Sparic, Ljiljana Mirkovic et al. Epidemiology of uterine myomas: a review. Epub 2016. DOI: 10.22074
- Kamilla Karlsen, Ulrik Schioler Kesmodel et al. Relationship between a uterine fibroid diagnosis and the risk of adverse obstetrical outcomes: a cohort study. BJM Open 2020. DOI:10.1136/bmjopen-2019-032104
- Dima Ezzedine, Errol R. Norwitz. Are women with uterine fibroids at risk for adverse pregnancy outcomes Clin Obstet Gynecol 2016. DOI:10.1097/FRD.000000000000169
- Anna Franca Cavaliere, Annalisa Vidiri et al. Surgical treatment of large uterine masses in pregnancy: a single center experience. Int J Environ Public Health. 2021 DOI: 10.3390/ijerph182212139
- Anna Fusch, Angnieszka Dulka, Jerzy Sikora et al. Symptomatic uterine fibroids in pregnancy-wait or operate? own experience. Ginekologia Polska 2019, DOI: 10.5603/GP.2019.0058
- Pawan Jhaita, Sonam Giachhen Negi et al. Successful myomectomy in early pregnancy for a large asymptomatic uterine myoma: case report. Pan African Medical Journal 2016. DOI: 10.11604/pamj.2016.24.228.9890
- Nationwide population-based cohort study of adverse obstetric outcomes in pregnancies with myoma or following myomectomy; retrospective cohort study.
- Management of pregnancy in case of multiple and giant uterine fibroids. Benaglia L, Cardellicchio L, Filippi F, et al. The rapid growth of fibroids during early pregnancy. PLoS One 2014; 9: e85933
- De Vivo A, Mancuso A, Giacobbe A, et al, Uterine Myomas during pregnancy; a longitudinal sonographic study. Ultrasound obstet gynecol 2011; 37:361-5
- Guía de practica clinica Miomatosis uterina.
- Awoleke JO. Myomectomy during caesarean Birth in Fibroid-Endemic, low resource Setting. Obstet Gynecol Int 2013;2013: 520834, DOI: 10.1155/2013/520834, Index in Pubmed: 24348568.