

Medicent Electrón. 2015 ene.-mar.;19(1)

HOSPITAL UNIVERSITARIO GINECOBSTÉTRICO
 «MARIANA GRAJALES»
 SANTA CLARA, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

Mioma uterino gigante y embarazo. Presentación de una paciente

Giant uterine myoma and pregnancy: a patient presentation

MSc. Dr. Juan Antonio Suárez González¹, MSc. Dr. Mario Gutiérrez Machado²

1. Especialista de Primer y Segundo Grados en Obstetricia y Ginecología. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Integral a la Mujer. Profesor Auxiliar. Hospital Ginecobstétrico Mariana Grajales. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: jasuarez@hmmg.vcl.sld.cu
2. Especialista de Primer y Segundo Grados en Obstetricia y Ginecología. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Máster en Urgencias y Emergencias Médicas en la Atención Primaria. Profesor Auxiliar. Hospital Ginecobstétrico Mariana Grajales. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: chmb@hped.vcl.sld.cu

DeCS: mioma, complicaciones del embarazo.

DeCS: myoma, pregnancy complications.

La función del útero en la reproducción es múltiple y compleja. Este órgano debe ser suficientemente multifacético en sus actividades como para permitir que acontezcan una serie de fenómenos dentro de una estructura relativamente pequeña, que incluyen el transporte de espermatozoides, la implantación del huevo y el mantenimiento del embarazo. Es lógico, por tanto, deducir que su afección interferiría en el desarrollo del embarazo y constituiría la causa de su infertilidad. Los miomas son neoplasias sólidas benignas, muy frecuentes durante las edades reproductivas.¹⁻³ Se presenta a una paciente con un mioma uterino gigante concomitante con el embarazo.

Presentación de la paciente

Se trata de una mujer de 38 años de edad y piel negra, con antecedentes de miomatosis uterina, nulípara, con embarazo de 35,3 semanas que presenta rotura prematura de membranas con salida de líquido claro. Se realiza un ultrasonido obstétrico, donde se informa un útero grávido con múltiples imágenes nodulares en toda su superficie, y por delante de la presentación, una imagen nodular de 8 x 9 cm que actúa como un tumor previo. Diámetro biparietal: 88 mm, cefálico, latido cardíaco presente, líquido amniótico disminuido (índice de líquido amniótico: 4 cm), peso aproximado 2 300 g.

Con todos estos elementos, se discute en colectivo y se interpretó como un embarazo pretérmino con feto viable, con rotura prematura de membranas y un tumor previo, por lo que se decidió interrumpir la gestación por la vía alta mediante una cesárea; se anunció como una paciente con un alto riesgo de sangrado.

Durante el acto quirúrgico, se confirmó la presencia de un útero grávido multinodular (Figura 1), por lo que se realizó una incisión segmento corpórea y se extrajo un recién nacido de 2 350 gramos, con Apgar de 8/9.



Figura 1. Útero puerperal con múltiples nódulos miomatosos.

Durante el alumbramiento, se presentó una hemorragia masiva con atonía uterina, por lo que se decidió realizar una histerectomía obstétrica. Se realizó una histerectomía subtotal sin anexectomía. El útero puerperal pesó 3 500 g (Figura 2).



Figura 2. Peso en gramos del útero puerperal: 3500 g.

La paciente se mantuvo con un buen estado general, aunque requirió transfusión de 4 unidades de glóbulos durante el acto quirúrgico. La evolución posterior de la madre resultó satisfactoria y el recién nacido fue ingresado en el servicio de Neonatología por bajo peso al nacer, sin otras alteraciones.

Comentario

Los miomas provocan alteraciones mecánicas, irritación del miometrio, alteraciones endometriales y déficit del flujo sanguíneo, que pueden afectar la viabilidad del embrión o del feto.^{4,5}

El crecimiento de los miomas durante el embarazo es impredecible; su localización y número, especialmente en el segmento inferior del útero, incrementa la probabilidad del nacimiento mediante cesárea y de malas posiciones fetales.⁶

A la paciente de esta presentación, se le produjo una rotura prematura de membrana a las 35,3 semanas de embarazo producto de una miomatosis uterina, que obligó a realizarle una cesárea con histerectomía obstétrica. La decisión oportuna permitió que, tanto la madre como el recién nacido, evolucionaran satisfactoriamente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rigol O. Afecciones benignas del útero. Mioma uterino. En: Obstetricia y Ginecología. La Habana: Ciencias Médicas; 2004. p. 293-5.
2. Costa BL, Silva BF, Ávila FE. Mioma uterino gigante. Ginecol Obstet Mex. 2005;73:563-5.
3. Shyamsundar M, Desai R, Pavitra R. A Case Report on A Myomectomy which was Done During a Caesarean Section. J Clin Diagn Res. 2013 Apr.; 7(4):729 -30.
4. Sparić R. Uterine myomas in pregnancy, childbirth and puerperium. Srp Arh Celok Lek. 2014 Jan.-Feb.;142(1-2):118-24.
5. Umezurike CC, Akwuruoha EM. Myomectomy at cesarean delivery in aba, southeastern Nigeria. Obstet Gynecol. 2014;123(Suppl. 1):130.
6. Phelan JP. Myomas and pregnancy. Obstet Gynecol Clin North Am. 2007; 22(5):801-5.

Recibido: 23 de enero de 2014

Aprobado: 20 de mayo de 2014

MSc. Dr. Juan Antonio Suárez González. Especialista de Primer y Segundo Grados en Obstetricia y Ginecología. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Integral a la Mujer. Profesor Auxiliar. Hospital Ginecobstétrico Mariana Grajales. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: jasuarez@hmmg.vcl.sld.cu