

Medicent Electrón. 2018 jul.- sep.;22(3)

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE VILLA CLARA

INFORME DE CASO

Miomatosis uterina complicada con aborto de un mioma submucoso

Uterine myomatosis complicated by abortion of a submucosal myoma

Alexis Méndez Rodríguez, Carlos Moya Toneut, Alina Moré Vega, Yailé Díaz Carmenate, Víctor Manuel Rodríguez López, Orlando Antonio Rodríguez Alemán

Hospital Universitario Mártires del 9 de Abril. Sagua la Grande, Villa Clara. Cuba. Correo Electrónico: alexismr@infomed.sld.cu

RESUMEN

El mioma o fibroma uterino es el tumor benigno más frecuente en las mujeres en edad fértil. Estos fibromas son sintomáticos en una tercera parte de los casos aproximadamente, y tienen a veces una repercusión importante en la calidad de vida de las pacientes. La estimación de la prevalencia de los fibromas en la población ofrece resultados diversos según los diferentes estudios, que van desde el 4,6 % hasta el 51 %, debido a la gran variabilidad de las poblaciones estudiadas y a la falta de diferenciación entre fibromas sintomáticos y asintomáticos. Se informa una paciente que presentó un mioma uterino complicado con el aborto de un mioma submucoso tratado en el Hospital Universitario «Mártires del 9 de Abril» de Sagua la Grande, en el cual los síntomas eran muy escasos. Se exponen los elementos clínicos del diagnóstico. La paciente tuvo una evolución satisfactoria.

DeCS: mioma, aborto.

ABSTRACT

Myoma or uterine fibroid is the most common benign tumor in women of fertile age. These fibroids are symptomatic approximately in one third of the cases, and sometimes have an important repercussion on patients' quality of life. The prevalence estimate of fibroids in the population offers diverse results according to the different studies, which ranges from 4.6 % to 51 % due to the great

variability of the studied populations and the lack of differentiation between asymptomatic and symptomatic fibroids. We present a patient treated at "Mártires del 9 de Abril" University Hospital from Sagua la Grande for having a uterine myomatosis complicated by the abortion of a submucosal myoma, in which there were few symptoms. Clinical elements of the diagnosis are exposed. The patient had a satisfactory evolution.

DeCS: myoma, abortion.

El mioma o fibroma uterino es el tumor benigno más frecuente en las mujeres en edad fértil. Estos fibromas son sintomáticos aproximadamente en una tercera parte de los casos, y tienen a veces una repercusión importante en la calidad de vida de las pacientes. Los síntomas más frecuentes son el dolor pélvico y las menometrorragias, que dependen de la localización y del tamaño del tumor.¹

El origen de los fibromas no se conoce bien. No se ha aislado un gen único que provoque la aparición de fibromas uterinos. Los sistemas de regulación identificados para el crecimiento de los fibromas son principalmente los esteroides ováricos (estrógenos y progesterona), los factores de crecimiento y de angiogénesis y el proceso de apoptosis.¹⁻³

La estimación de la prevalencia de los fibromas en la población ofrece resultados muy variables en función de los diferentes estudios, que van desde el 4,6 % hasta el 51 %, ^{1,4} debido a la gran variabilidad de las poblaciones estudiadas y a la falta de diferenciación entre fibromas sintomáticos y asintomáticos, ya que ello resulta difícil evaluar con precisión y tiende a subestimarse en ausencia de síntomas y con las herramientas de diagnóstico utilizadas (clínica, pruebas de imagen, entre otras).¹

Son múltiples los factores que influyen en la aparición y evolución de los miomas:

- La raza: las mujeres afroamericanas tienen de 3-9 veces mayor prevalencia de miomas uterinos, comparadas con las asiáticas y las de piel blanca.
- La agregación familiar: la miomatosis uterina familiar es un factor de riesgo para la aparición de la miomatosis, con un comportamiento diferente a los miomas uterinos no familiares. Su incidencia es 2,5 veces mayor en mujeres con al menos tres familiares de primer grado con miomatosis, y aumenta el riesgo relativo a 5,7 si el familiar desarrolló el mioma antes de los 45 años.
- Los factores de la reproducción: la menarquia precoz (< 10 años). Los miomas son menos frecuentes en las mujeres que han gestado, que han tenido una maternidad temprana, en multíparas (a mayor número de gestaciones mayor es el efecto protector) y con un corto intervalo desde la última gestación.⁵ Solo las gestaciones que alcanzan la viabilidad fetal disminuyen la incidencia de miomatosis uterina.
- Tratamientos hormonales: la respuesta de los miomas al estímulo hormonal varía en función de la dosis, la vía de administración, la sustancia empleada y el tiempo de administración.
- Otros factores: el hábito de fumar reduce la aparición de miomas, sobre todo en mujeres que consumen más de 10 cigarrillos por día, excepto en mujeres de piel negra. La hipertensión, la obesidad y la diabetes mellitus también se han asociado con un aumento del riesgo de desarrollar miomas. La dieta rica en vitamina A y el alto consumo de carnes rojas parecen aumentar su incidencia.^{3,6} Lumbiganon y colaboradores, al referirse al índice de masa corporal (IMC), han encontrado un riesgo de enfermedad miomatosa de 1 para un IMC de 24 kg/m², un riesgo relativo de 1,46 y un índice de confiabilidad del 95 % [1,91-1,78] para un IMC de 25-29 kg/m².

Los miomas pueden desarrollarse en cualquier lugar del miometrio. Según la localización y la posición del mayor diámetro transversal con relación al miometrio, se distinguen tres grupos de miomas:

- Los miomas subserosos: situados en la superficie del miometrio del lado peritoneal, que se desarrollan hacia la cavidad abdominal y deforman los relieves uterinos. Algunos miomas pediculados cuelgan de la pared uterina.
- Los miomas intramurales o intersticiales: se localizan dentro de la pared uterina en el miometrio.
- Los miomas submucosos que se proyectan en la cavidad uterina. Según la clasificación histeroscópica de la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología (ESHRE, por sus siglas en inglés), existen tres tipos.³⁻⁷ A partir de este modelo, Leone y colaboradores han desarrollado una clasificación ecohisterográfica.¹

Clasificación histeroscópica:

- Tipo 0: intracavitario puro
- Tipo 1: mayor diámetro en la cavidad uterina
- Tipo 2: mayor diámetro en la porción intersticial del miometrio

Clasificación ecohisterográfica:

Grado 0 (G0):

- Mioma totalmente intracavitario o pediculado sin extensión intramiometrial
- Ángulo $\leq 20^\circ$

Grado 1 (G1):

- Mioma con una protrusión intracavitaria $\geq 50\%$
- Ángulo $\leq 90^\circ$

Grado 2 (G2):

- Mioma con una protrusión intracavitaria $< 50\%$
- Ángulo $> 90^\circ$

Los miomas submucosos tienen como síntoma común el sangrado uterino anormal. Las menorragias o hipermenorreas son las formas más comunes de sangrado de las mujeres con miomas. Aunque es infrecuente, un mioma submucoso pediculado se puede prolapsar a través del cérvix, ulcerarse, infectarse, o incluso necrosarse, y ocasionar hemorragia, a veces escasa y prolongada, o en ocasiones aguda y abundante. Secundariamente, el sangrado uterino abundante y prolongado puede ser causa de problemas asociados, como la anemia ferropénica.

En cuanto al diagnóstico diferencial, los miomas deben ser distinguidos principalmente de dos entidades fundamentales:

- Adeniosis
- Sarcomas³

El aborto de un mioma submucoso es una complicación de esta variedad de localización; por la importancia de su diagnóstico clínico precoz, se presenta a esta paciente.

Presentación de la paciente

Paciente de 48 años de edad, femenina, piel mestiza, con antecedentes de hipertensión arterial desde hace más de 10 años, para lo cual lleva tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), enalapril 20 mg/día. Entre los antecedentes obstétricos se señalan: dos gestaciones, dos partos eutócicos a término y ningún aborto. Refiere ser eumenorreica, pero hace aproximadamente tres meses viene presentando dismenorrea, que se ha ido intensificando en los últimos períodos menstruales; además, dispareunia y sangrado poscoito ocasional, motivo por el cual acude a la consulta.

Antecedentes patológicos personales (APP): Hipertensión arterial, no alergia a medicamentos, no operaciones ni transfusiones.

-Antecedentes patológicos familiares (APF): Padre vivo con padecimiento de HTA, madre viva con antecedente de accidente vascular encefálico, dos hermanos vivos que padecen de HTA, dos hijos vivos sanos.

-Antecedentes ginecobstétricos:

Menarquia: a los 12 años

Primeras relaciones sexuales: a los 16 años

Fórmula menstrual: tres días cada 30 días

Leucorrea: no refiere

Dispareunia y sangrado poscoito: tres meses de evolución

Gestaciones: 2, partos: 2 (eutócicos a término), abortos 0.

- **Datos obtenidos al realizar el interrogatorio:**

Dispareunia y sangrado poscoito de tres meses de evolución.

Dolor ocasional en bajo vientre.

- **Datos obtenidos al realizar el examen físico:**

Estado general conservado

Piel y mucosas húmedas y ligeramente hipocoloreadas

Murmullo vesicular conservado. No se auscultan estertores. Frecuencia respiratoria: 16/min

Ruidos cardíacos rítmicos y bien golpeados. No se auscultan soplos.

Tensión arterial: 130/80 mmHg; Frecuencia cardíaca: 80 lat/min; Temperatura: 36,2°C.

Abdomen: Suave, depresible, globuloso y ocupado por gruesa tumoración dura, de superficie irregular (Figura 1). No existen signos de reacción peritoneal ni hemoperitoneo.



Figura 1. Tamaño del mioma mediante la palpación abdominal.

Genitales externos: normales. Se observa salida de leucorrea serosanguinolenta.
Especuloscopia: Se observa gruesa masa que protruye a través del cérvix, que ocupa casi toda la vagina en relación con aborto de un mioma submucoso (Figura 2).



Figura 2. Especuloscopia: Mioma que sobresale del cérvix dilatado y ocupa la vagina.

Tacto vaginal (previa embrocación vaginal con hibitane acuoso 0,2 %): Se palpa, a nivel del cuello, grueso nódulo miomatoso que está abortándose a través del cuello dilatado. Útero marcadamente aumentado de tamaño y consistencia, superficie irregular con múltiples nódulos miomatosos de diversos tamaños en ambas caras y fondo. Anejos no palpables. Fondo de saco de Douglas ocupado por el cérvix dilatado por el mioma en fase de aborto.

- Se le realizaron los siguientes exámenes complementarios, cuyos resultados fueron:

Hemoglobina: 100g/L; hematócrito: 030 L/L; grupo sanguíneo y Rh: O positivo; plaquetas: $230 \times 10^9/L$; tiempo de coagulación: 7 min; tiempo de sangrado: 2 min; coágulo: retráctil

Glucemia: 4,8 mmol/L; creatinina: 100 mmol/L; ácido úrico: 300 mmol/L

Parcial de orina: negativo

Electrocardiograma: trazo normal

Ultrasonido ginecológico: Útero marcadamente aumentado de tamaño con múltiples nódulos miomatosos en ambas caras. El cuello se observa ocupado por grueso nódulo miomatoso de 10 x 11 cm que está suspendido de grueso pedículo que emerge de la cara anterior del útero en la región del istmo. Cambios en la ecotextura del útero. Endometrio en 11 mm. Ambos anejos impresionan normales. No líquido libre en fondo del saco de Douglas.

Miomatosis uterina con aborto de un mioma submucoso pediculado: Se realizó el diagnóstico clínico por los síntomas de dispareunia, sangrado poscoito, dolor en bajo vientre ocasional, la leucorrea serosanguinolenta al examen físico y los hallazgos a la especuloscopia y tacto vaginal. Posteriormente fue corroborado por el ultrasonido ginecológico.

El caso fue discutido colectivamente, y teniendo en cuenta el tamaño del mioma que se estaba abortando, se decidió no intentar la vía transvaginal; se le realizó histerectomía total abdominal con doble anexectomía (Figuras 3-5). La paciente fue transfundida con 2 unidades de glóbulos en el transoperatorio, el cual transcurrió normal; el postoperatorio evolucionó también de forma satisfactoria.

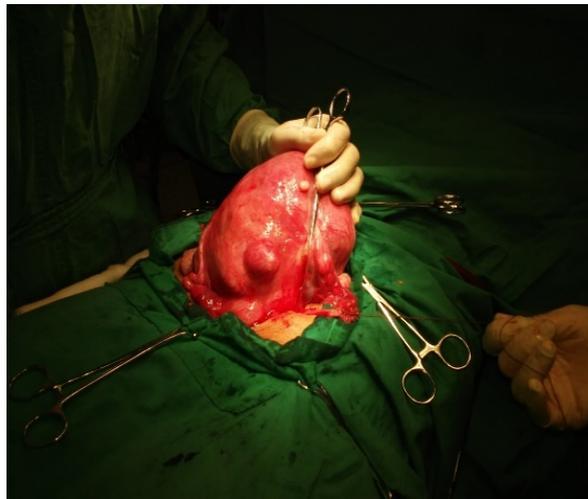


Figura 3. Transoperatorio (obsérvese útero voluminoso con múltiples miomas).



Figura 4. Transoperatorio (obsérvese útero con mioma subseroso abortado)



Figura 5. Pieza quirúrgica producto de histerectomía total abdominal, donde se observa el útero miomatoso con el aborto del mioma subseroso pediculado.

Diagnóstico histológico

Útero y anejos: pieza quirúrgica correspondiente a útero y ambos anejos producto de histerectomía total abdominal con doble anexectomía, que mide 20x15 mm, de los cuales a cuello corresponden 4 cm de diámetro. Orificio cervical de múltipara, marcadamente dilatado por presencia de una masa miomatosa, submucosa, pediculada, que se proyecta hacia el canal (Figura 5). Endometrio irregular, hemorrágico, con cavidad uterina rechazada hacia uno de sus extremos y varios miomas subserosos, intramurales y submucosos; el mayor de ellos mide 10 cm de diámetro. En los ovarios y las trompas no se observó nada significativo.

Comentario

En los tiempos actuales de la era sonográfica –y con las facilidades de la población para acceder a la realización de procedimientos diagnósticos, como la ecografía y la resonancia magnética nuclear (RMN), unido al programa del médico y la enfermera de la familia y la gratuidad de la asistencia médica en Cuba– constituye una verdadera rareza el aborto de un mioma uterino submucoso pediculado de esta magnitud y tamaño; en la mayoría de los casos que se han presentado, se

recurre al tratamiento quirúrgico transvaginal o endoscópico,^{7,8} pero en esta paciente fue necesario realizarlo por la vía transparietoabdominal para procurar una solución definitiva.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses en el presente artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Phelippeau J, Fernández H. Fibromas uterinos. Ginecol-Obstet [internet]. 2016 dic. 1 [citado 26 oct. 2017];52(4):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/emc/51-s2.0-S1283081X16809029>
2. Islam MS, Protic O, Giannubilo SR, Toti P, Tranquilli AL, Petraglia F, *et al.* Uterine leiomyoma: available medical treatments and new possible therapeutic options. J Clin Endocrinol Metab. 2013;98:921-34.
3. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Miomas uterinos. Prog Obstet Ginecol [internet]. 2014 ago. 1 [citado 26 oct. 2017];57(7):[aprox. 13 p.]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0304501314001162>
4. Downes E, Sikirica V, Gilabert-Estelles J, Bolge SC, Dodd SL, Maroulis C, *et al.* The burden of uterine fibroids in five European countries. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2010;152:96-102.
5. Zimmermann A, Bernuit D, Gerlinger C, Schaeffers M, Geppert K. Prevalence, symptoms and management of uterine fibroids: an international internet-based survey of 21,746 women. BMC Womens Health. 2012;12:6.
6. Bendifallah S, Levailant JM, Fernandez H. Fibrome et fertilité. Gynécologie [internet]. 2011 [citado 26 oct. 2017]:[aprox. 22 p.]. [Article 739-A-21]. Disponible en: <http://www.em-consulte.com/en/article/281587>
7. Luna Ríos J, Ortiz Ortiz N, Cáceres Ferro D, Zambrano C, Mendivelso Duarte F, Barrero L. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la miomatosis uterina en Clínica Colsanitas. Rev Méd Sanitas [internet]. 2017 ene.-mar. [citado 16 ene. 2018];20(1):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://www.unisanitas.edu.co/Revista/62/JLuna_et_al.pdf
8. Fernández H, Gervaise A, Garbin O, Levailant JM. Histeroscopia quirúrgica. Ginecol-Obstet [internet]. 2016 jun. 1 [citado 26 oct. 2017];52(2):[aprox. 20 p.]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/emc/51-s2.0-S1283081X16778726>

Recibido: 27 de noviembre de 2017

Aprobado: 17 de marzo de 2018

Alexis Méndez Rodríguez. Hospital Universitario Mártires del 9 de Abril. Sagua la Grande, Villa Clara. Cuba. Correo Electrónico: alexismr@infomed.sld.cu