

Medicent Electron. 2019;ene.-mar.;23(1)

HOSPITAL UNIVERSITARIO GINECOBSTÉTRICO MARIANA GRAJALES

## INFORME DE CASO

### Fibroleiomioma uterino con apariencia ultrasonográfica de una tumoración ovárica

### Uterine fibroleiomyoma with an ultrasonographic appearance of an ovarian tumor

**Belkis Perdomo Cordido, José Antonio Marrero Martínez, María Esther Boch Rodríguez**

Hospital Universitario Ginecobstétrico Mariana Grajales. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: [joseam@infomed.sld.cu](mailto:joseam@infomed.sld.cu)

## RESUMEN

El leiomioma es la neoplasia benigna del útero que más se ha descrito en la etapa premenopáusica de la mujer. Su mayor incidencia se observa en la población de raza negra. Los síntomas varían en dependencia de la localización y el tamaño, aunque muchos leiomiomas son diagnosticados accidentalmente al practicarse un examen físico o estudio imagenológico; aproximadamente, una tercera parte de los casos, cursan sin manifestaciones clínicas. Se presentó una paciente en edad reproductiva con dolor abdominal, acompañado de trastornos por exceso de su período menstrual, en el Hospital Universitario Ginecobstétrico «Mariana Grajales», de Santa Clara. Durante los estudios complementarios, en el ultrasonido se encontró una tumoración pélvica a nivel del ovario derecho, con ese diagnóstico se intervino quirúrgicamente y en el transoperatorio se determinó el origen uterino de la masa. La paciente tuvo una evolución satisfactoria.

*DeCS:* leiomioma/diagnóstico por imagen, neoplasias pélvicas/cirugía.

## ABSTRACT

Leiomyoma is the most described benign neoplasm of the uterus in premenopausal women. Its highest incidence is observed in black population. Symptoms vary depending on location and size, although many leiomyomas are diagnosed accidentally when a physical examination or imaging study is performed; approximately, one third of the cases, do not have any clinical manifestations. We present a patient of reproductive age with abdominal pain, accompanied by bleeding disorders because of her menstrual period, who was seen at "Mariana Grajales" Gynecology and Obstetrics University Hospital in Santa Clara. During complementary studies, a pelvic mass on her right ovary

was found in the ultrasound. She underwent surgery after that diagnosis and the uterine origin of the mass was determined in the trans-operative period. The patient had a satisfactory evolution.

*DeCS:* leiomyoma/diagnostic imaging, pelvic neoplasms/surgery.

Las tumoraciones en la pelvis son hallazgos frecuentes en la práctica clínica ginecológica, se forman a partir de los órganos reproductores o de estructuras no ginecológicas y pueden ser sintomáticas o no.

La valoración realizada incluye un exhaustivo interrogatorio, un examen físico ginecológico detallado y estudios sofisticados como: la tomografía axial computarizada y la resonancia magnética, sin olvidar el ultrasonido y algunos tipos de marcadores tumorales. El tratamiento varía según el diagnóstico presuntivo y se individualiza acorde a una serie de parámetros en cada paciente.

Probablemente, la tumoración benigna más frecuente de origen ginecológico es el fibroma uterino, conocido desde el punto de vista anatomopatológico como: leiomioma, liomioma o fibromioma, de acuerdo al predominio de las fibras musculares lisas o la cantidad de tejido fibroso.<sup>1</sup> Puede aparecer en mujeres de cualquier raza, pero es en la raza negra donde los síntomas son más graves y donde más afectan su actividad diaria.<sup>2</sup>

Estos tumores benignos son originados en la fibra muscular lisa, su crecimiento es hormonodependiente (fundamentalmente estrógenos), constituyen una rareza antes de la pubertad, son frecuentes en la edad reproductiva y disminuyen su tamaño después de la menopausia.<sup>3</sup> Un aumento en la cantidad de los partos se asocia a una disminución de la aparición del leiomioma,<sup>2</sup> a causa del consumo de los genitoblastos o fibras de reservas del músculo uterino durante la gestación.

De acuerdo a la medicina oriental esta enfermedad se debe al estasis de energía y sangre en la pelvis, con manifestaciones de congestión, edemas y fibrosis en estadios avanzados.<sup>1</sup>

Los fibromas uterinos se clasifican según su localización en: subserosos, al proyectarse fuera del útero, intramurales, cuando son localizados en el espesor del miometrio y submucosos al proyectarse dentro de la cavidad uterina,<sup>3</sup> aunque también se describen otros tipos de localización como son: a nivel del cuello uterino y del ligamento ancho.<sup>1</sup> La localización submucosa se debe tener en cuenta durante la evaluación de la infertilidad.<sup>4</sup>

El síntoma más común descrito es el sangramiento uterino anormal, el cual causa verdaderas menorragias al producir excesivas pérdidas hemáticas,<sup>5</sup> y puede llegar incluso a la anemia grave. También puede ser evidente la presencia de una masa palpable, dolorosa o no, a nivel de la pelvis menor.

El diagnóstico de un leiomioma uterino puede resultar relativamente sencillo, dada la frecuencia de esta afección y sus síntomas inequívocos, pero que se presente con la apariencia ultrasonográfica de otra afección pélvica, y que solo se haga el diagnóstico definitivo en el transoperatorio, es una situación infrecuente.

### **Presentación del paciente**

Se presenta una mujer blanca de 37 años de edad, sin antecedentes conocidos de padecer de alguna enfermedad, múltipara, gesta 3, para 2 partos eutócicos y un aborto espontáneo. Tres meses antes de su ingreso comenzó con dolor bajo vientre intenso durante la menstruación y con un aumento manifiesto del sangrado vaginal, metropatía que se mantuvo en los meses sucesivos. Fue valorada por su médico en el área de salud; como dato relevante, se constata al examen físico un aumento de volumen a nivel del anejo derecho, que provocaba desplazamiento del útero hacia el lado contralateral. El informe ecográfico reveló un útero de tamaño normal, con una imagen ecogénica de 10 x 5 cm. en la proyección del anejo derecho. Con el diagnóstico presuntivo de quiste sólido de ovario para exéresis y biopsia por congelación, se realizó la intervención quirúrgica.

En el transoperatorio se constata: útero y ambos anejos de caracteres normales (Figura 1), a nivel del ligamento ancho derecho una masa de unos 10 cm. de diámetro, dura, con algunas áreas reblandecidas, unidas al cuerpo uterino en su borde lateral derecho por un frágil pedículo que se libera sin complicaciones. En ese momento se llegó a la conclusión de la presencia de un posible

fibroma intraligamentario (Figura 2). Se abrió la hoja anterior del ligamento ancho, se expuso la masa, se ligó por el pedículo lo más proximal posible al útero y se extrajo (Figura 3).



**Figura 1.** Útero y ovario derecho normales.



**Figura 2.** Leiomioma lateralizado a la derecha del útero a nivel del ligamento ancho.



**Figura 3.** Leiomioma.

El resultado de la biopsia informa:

Descripción macroscópica: Masa multilobulada de 9,5 x 4,5 cm., blanquecina y de consistencia fibrosa, y al corte, tejido blanquecino arremolinado.

Descripción microscópica: fibroleiomioma.

## Comentario

En la literatura se pueden encontrar numerosas clasificaciones del mioma uterino. En el año 2011, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia publicó una investigación donde expone un «mapa» representativo de la distribución de los fibromas. En este se describen ocho tipos de miomas que incluye la asociación de dos de ellos, en dependencia del sitio de localización.<sup>6</sup> Según dicho estudio, se puede afirmar que el leiomioma presentado, localizado entre las dos hojas del ligamento ancho del útero, no es más que el descrito como subseroso pediculado o tipo siete.

Algunos fibromas pueden cursar asintomáticos, pero alrededor del 40 % presentan síntomas de variable intensidad, en dependencia a la localización y el tamaño. La dismenorrea y el dolor pélvico son quejas frecuentes que afectan la calidad de vida y dificultan las labores diarias.<sup>6</sup> Es común encontrar intensos sangramientos menstruales con la correspondiente anemia y morbilidad.<sup>7</sup>

La realización de una sonografía, ya sea trans-abdominal como intravaginal,<sup>8</sup> puede ser la prueba de oro para realizar el diagnóstico con certeza. Este último con una sensibilidad del 90-99%, aunque puede no ser útil en los de localización subserosa y en los miomas de pequeña talla, pero si se les añade la histeroscopia o la histerosonografía mejora la sensibilidad.<sup>3</sup>

Otros complementarios apoyarían el diagnóstico inicial, ya sea: la resonancia magnética, la tomografía o la laparoscopia; esta última es más invasiva y las otras tienen un elevado costo de realización, por lo que no se realizan de manera habitual, y solo se reservan para cuando hay dudas en el diagnóstico.

Ante la sospecha de un leiomioma, es imprescindible identificar los factores de riesgos,<sup>3,6</sup> así como el planteamiento del diagnóstico diferencial.<sup>3</sup>

Las tumoraciones sólidas del ovario, específicamente el leiomioma, aparecen en mujeres de entre 20 y 65 años de edad. Son benignas y raras, generalmente unilaterales y pequeñas, logran cursar asintomáticas o se diagnostican de forma accidental en el curso de un examen pélvico. Muchas veces solo son diagnosticadas por examen histológico después de ser extraídas.<sup>9</sup>

Al igual que el leiomioma del útero, el leiomioma del ovario proviene de las fibras musculares lisas de los vasos que irrigan al órgano, por lo que también responden a la influencia estrogénica aun cuando son hormonalmente inactivos. Suelen ser sólidos, esféricos o lobulados, encapsulados, duros y de color blanco grisáceo.

Por tanto, el diagnóstico diferencial de estas dos afecciones, con similitud de etiología, manifestaciones clínicas así como de apariencia, durante el examen físico y ultrasonográfico, puede ser complejo. La posibilidad de realizar otros complementarios debe tomarse en consideración ante esta situación. Se debe tener en cuenta que no existen marcadores tumorales específicos.

La conducta terapéutica, tanto de una tumoración sólida de ovario como de un leiomioma uterino, es la laparotomía con resección de la masa y su análisis histológico. En este caso, fue durante el transoperatorio donde se sospechó un diagnóstico diferente al emitido en el preoperatorio, confirmado con posterioridad por la histología.

No se encontró ningún caso similar en las bases de datos revisadas (Pubmed y Elsevier), esto confirma lo poco común del caso presentado.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rigol Ricardo O. Afecciones benignas del útero. En: Rigol Ricardo O, Santiesteban Alba S. Obstetricia y Ginecología. 3.<sup>a</sup> ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2014. p. 151-60.
2. Stewart EA. Uterine Fibroids. N Engl J Med. 2015;372(17):1646-55.
3. De la Cruz M, Buchanan E. Uterine Fibroids: Diagnosis and Treatment. Am Fam Physician. 2017 Jan;95(2):100-7.
4. Carranza-Mamane B, Havelock J, Hemmings R. The management of uterine fibroids in women with otherwise unexplained infertility. J Obstet Gynaecol Can. 2015;37(3):277-88.

5. Drayer SM, Catherino WH. Prevalence, morbidity, and current medical management of uterine leiomyomas. *Int J Gynaecol Obstet.* 2015;131(2):117-22.
6. Donnez J, Dolmans MM. Uterine fibroid management: from the present to the future. *Hum Reprod Update.* 2016;22(6):665-86.
7. Nelson AL, Ritchie JJ. Severe anemia from heavy menstrual bleeding requires heightened attention. *Am J Obstet Gynecol.* 2015;213(1):97.
8. Vilos GA, Allaire C, Laberge PY, Leyland N. The management of uterine leiomyomas. *J Obstet Gynaecol Can.* 2015;37(2):157-81.
9. Taskin MI, Ozturk E, Yildirim F, Ozdemir N, Inceboz U. Primary ovarian leiomyoma. A case report. *Int J Surgery.* 2014;5(10):665-8.

Recibido: 13 de junio de 2018

Aprobado: 19 de septiembre de 2018

*Belkis Perdomo Cordido.* Hospital Universitario Ginecobstétrico Mariana Grajales. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: [joseam@infomed.sld.cu](mailto:joseam@infomed.sld.cu)