

HOSPITAL UNIVERSITARIO GINECOOBSTÉTRICO  
"MARIANA GRAJALES"  
SANTA CLARA, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

MIOMA UTERINO GIGANTE EN UNA ADOLESCENTE

Por:

Dr. Yoel Cardet Niebla<sup>1</sup> y MSc Rafael Cardet Fleites<sup>2</sup>

1. Especialista de I Grado en Ginecoobstetricia Hospital Universitario Ginecoobstétrico "Mariana Grajales". Santa Clara, Villa Clara. Instructor. UCM-VC.
2. Especialista de II Grado en Ginecoobstetricia. Máster en Atención Integral a la Mujer. Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz". Santa Clara, Villa Clara. Profesor Auxiliar. UCM-VC. e-mail [Cardet@capiro.vcl.sld.cu](mailto:Cardet@capiro.vcl.sld.cu)

*Descriptorios DeCS:*

LEIOMIOMA  
NEOPLASIAS UTERINAS

*Subject headings:*

LEIOMYOMA  
UTERINE NEOPLASMS

Los tumores ginecológicos son poco frecuentes en la adolescencia y mucho menos frecuentes los malignos. Los tumores que se desarrollan en el útero son una rareza en esta etapa de la vida, por lo que muchos autores apenas hacen referencia a ellos<sup>1-3</sup>.

Los fibromiomas, miomas o fibromas se producen a partir de tejido muscular, son benignos y los encontramos con gran frecuencia en el útero; en la mayoría de los casos, son asintomáticos, pero en ocasiones pueden causar sangrado, dolor, aumento de volumen del abdomen; estos tumores se observan con mayor frecuencia en la tercera o cuarta décadas de la vida, es la causa más frecuente de operación en la mujer en estas edades, por lo que la consideramos como de importancia dentro de las afecciones ginecológicas<sup>2-5,9</sup>.

Entre los factores más frecuentes de riesgo de mioma uterino se encuentran: la raza negra, la primiparidad, la obesidad, la perimenopausia, y la alta concentración de estrógenos y progesterona<sup>4,7-10</sup>.

El objetivo de este trabajo es presentar el caso poco frecuente de una adolescente con un mioma uterino gigante.

Presentación del paciente:

Paciente de la raza negra, 19 años, con buena salud, sin antecedentes de gestaciones, partos ni abortos, tuvo su primera relación sexual a los 17 años. Acude a la consulta porque hace dos años está casada y no usa protección; sin embargo, no logra embarazo y desea tener hijos.

Además refiere dolor en hipogastrio; considera que las menstruaciones son abundantes y le duran muchos días (8/25); usa unas 10 compresas diarias, y siempre ha sido así. Al realizar el examen físico encontramos a través de la pared abdominal, una tumoración de unos 20 cm, que llega a nivel del ombligo. Al realizar el tacto vaginal, palpamos un útero muy aumentado de tamaño de consistencia firme e irregular; además, se tacta un tumor lateralizado hacia el lado derecho, de gran tamaño, que parece depender del útero y es móvil y doloroso.

Se le realizan los siguientes exámenes complementarios: hemoglobina: 10,8 mg/L, hematócrito:

35 mm/L, serología y VIH: negativos, ultrasonido ginecológico: útero que mide 114, 0 por 153,4 mm; exudado vaginal: negativo.

Se le informa a la paciente que tiene un tumor ginecológico, con las posibilidades diagnósticas de una miomatosis uterina o una tumoración del ovario y que su tratamiento es quirúrgico, con las ventajas y desventajas que ello implica; se solicita su consentimiento y el de sus familiares.

Se le realiza una laparotomía exploratoria, mediante la cual se observó un mioma pediculado de aproximadamente 16 a 18 cm. Se procedió a realizar miomectomía, y se extrajo un mioma que pesó 3 600 g, y de esta manera se conservó el útero; se revisaron los ovarios y las trompas de Falopio, las cuales se encontraban aparentemente normales para la función reproductiva. (Figs 1-4).



Fig 1 Incisión abdominal suprasinfisiaria paramedia. Se observa el tumor de gran tamaño, muy vascularizado en su superficie y de consistencia firme.



Fig 2 Se muestra el tumor después de haber realizado la miomectomía.



Fig 3 Se colocó el tumor de 3 600 g sobre una cubeta de 20 cm de longitud, para comparar su tamaño.



Fig 4 Se observa el pedículo del tumor, en su parte más proximal.

#### Comentario

Se presenta un caso poco frecuente de una adolescente de 19 años, que presentaba un mioma pediculado, a la cual se le realizó miomectomía por vía abdominal. La evolución fue satisfactoria, y la intervención quirúrgica resultó exitosa, pues permitió mantener la función reproductiva y el objetivo de la paciente de cumplir con sus proyectos de vida: tener hijos.

#### **Referencias bibliográficas**

1. Peláez Mendoza J, Salomón Avich N. Tumores de útero: En: Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud de la adolescente. La Habana: Ciencias Médicas; 1999. p. 223.
2. Cabeza Cruz E, Cutie León E, Santiesteban Alba S, Castel Moreno J, Díaz Herreras M, Alcanza V, et al. Fibroma Uterino. En: Manual de procedimientos en ginecología. La Habana: Ciencias Médicas; 2006. p. 135.
3. Rivero Pérez C, Alana Pina F, Briceño Sanabria L, Briceño Sanabria JC. Gran fibroma uterino. Rev Ginecol. 2004;64(2):115-9.
4. Rodríguez Hidalgo N. La histerectomía vaginal en pacientes sin prolapso: indicaciones, técnicas y recomendaciones. Rev Cubana Obstet Ginecol [serie en Internet]. 1995 Dic [citado 20 Nov 2006];3(3):[aprox. 3 p.]. Disponible en: [http://brs.sld.cu/revistas/gin/vol121\\_1-95/gin\\_02195.htm](http://brs.sld.cu/revistas/gin/vol121_1-95/gin_02195.htm)
5. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Myomas and reproductive function. Fertil Steril. 2006 Nov;86(5):194-9.
6. Belkumez O, Doody KJ. Clinical Features of Myomas. Obstet Ginecol Clin N Am. 2006;(33):69- 94.

7. Rock JA, Thompson JD. Leiomiomas uterinos y miomectomia. En: Linde T. Ginecología quirúrgica. Madrid: Médica Panamericana; 2006. p. 751-92.
8. Pasi6n M, Leppert P, Segar J. Epidemiology of Mayoma. Obstet Ginecol Clin N Am. 2006;(33):1-11.
9. Saavedra J. Miomatosis uterine e infertilidad. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2004;54(2):110-8.
10. Sinclair D, Gaither K, Mason TC. Fertility outcome following myomectomy in an urban hospital setting. J Natl Med Assoc. 2005;97(10):1346-8.

Recibido: 12 de mayo de 2009

Aprobado: 26 de mayo de 2009