

INSTITUTO SUPERIOR DE CIENCIAS MÉDICAS
“DR. SERAFÍN RUIZ DE ZÁRATE RUIZ”
SANTA CLARA, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

FIBROMA UTERINO PROLAPSADO

Por:

Dr. Rafael Cardet Fleites¹, Dr. Ángel Félix Gálvez Puyuelo² y Dra. Belkis Perdomo Cordillo³

1. Especialista de II Grado en Ginecoobstetricia. Dpto. de Posgrado. Asistente. ISCM-VC. e-mail: rafaelcf@iscm.vcl.sld.cu
2. Especialista de I Grado en Ginecoobstetricia. Hospital Materno Universitario “Mariana Grajales”. Santa Clara, Villa Clara. Asistente. ISCM-VC. e-mail: angelfg@capiro.vcl.sld.cu
3. Especialista de I Grado en Ginecoobstetricia. Hospital Materno Universitario “Mariana Grajales”. Santa Clara, Villa Clara. Instructora. ISCM-VC.

Descriptorios DeCS:

LEIOMIOMA
NEOPLASIAS UTERINAS
PROLAPSO UTERINO

Subject headings:

LEIOMYOMA
UTERINE NEOPLASMS
UTERINE PROLAPSE

El prolapso genital es el descenso del útero acompañado en mayor o menor grado de los órganos vecinos; por eso le llamamos prolapso genital y no uterino¹.

A pesar de que el prolapso genital se ve en niñas y mujeres vírgenes, predomina en mujeres adultas².

Se sabe que la causa principal es la debilitación o fallo de los medios de sostén del útero, que se produce principalmente por los partos repetidos que conducen a una distensión del suelo pelviano; otra posibilidad es la hipotonía de los músculos que ocurre en mujeres de edad avanzada.

Hay que tener en cuenta que aunque se producen gran cantidad de partos, esta afección no es tan frecuente como pudiera esperarse, por lo que tenemos que pensar en una predisposición para que aparezca.

En las mujeres que tienen los tejidos poco resistentes, y presentan eventración, hernias, cicatrices blancas, ptosis de algunos órganos y en su mayor parte padecen enfermedades artríticas, se produce con más frecuencia el prolapso genital.

A los ligamentos o retináculos de Martin se atribuye un papel secundario en la causa de esta entidad.

El diagnóstico se realiza por los síntomas y por el examen físico, donde comprobamos una tumoración que sale a través de la vulva.

Presentación de la paciente

Paciente de raza mestiza, de 53 años de edad, residente en la provincia de L'Artivonite, en Haití, que es ingresada por una gran tumoración que le sale por la vulva y le dificulta la marcha³.

Al realizar el interrogatorio habitual, la paciente refiere que “desde hace más de 10 años nota una pelota que sale por sus partes”, que desde hace cinco años le ha aumentado y le dificulta dormir

boca arriba y caminar; además, refiere pérdida de peso, sobre todo en los últimos cinco años, y se siente muy nerviosa (Fig 1).



Fig 1 Paciente en posición de decúbito lateral izquierdo; puede observarse el gran fibroma uterino prolapsado.

No refiere antecedentes patológicos familiares; entre los antecedentes patológicos personales nos informa que es diabética y está operada de un nódulo de mama. Como hábitos tóxicos, consume café y tabaco.

La primera relación sexual la tuvo antes de los 20 años, pero no pudo precisar la edad. Ha tenido nueve gestaciones, nueve partos y ningún aborto.

Al realizar el examen físico, se observa que la paciente es longilínea, que deambula con dificultad por la tumoración referida y guarda decúbito lateral obligatorio.

El tejido celular subcutáneo está disminuido y presenta pérdida de peso.

Se observa la vulva entreabierta de la que sale una tumoración de unos 15 a 16 cm, de consistencia firme, que es irreductible; presenta edema de la mucosa y una histerometría de 15 cm (Fig 2). No se puede realizar el tacto vaginal debido a que el tumor no se reduce. Impresión diagnóstica: Fibroma uterino gigante prolapsado.



Fig 2 Paciente en decúbito supino: se observa la gran tumoración.

Por el examen físico realizado se descarta la posibilidad de enfermedades como: rectocistocele, fibroma del cuello uterino, quiste de la glándula de Bartholino o un pólipo gigante.

Se decide la conducta quirúrgica, por lo que se le realiza histerectomía por la vía vaginal⁴; en el acto quirúrgico, se abre la vejiga accidentalmente y se encuentra un cálculo de aproximadamente 3 cm de diámetro; se extrae, se cierra la vejiga en dos planos y se deja sonda uretral permanente,

que se retira a los 21 días. Se continúa el acto quirúrgico y se extrae un fibroma uterino de 16 cm (Figs 3,4).

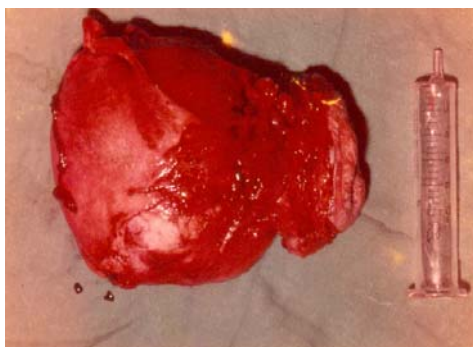


Fig 3 Fibroma de 16 cm después de haber realizado la histerectomía por vía vaginal.



Fig 4 Vista después de operada, donde se observa la sonda uretral que se dejó fija.

La intervención fue muy difícil por el edema y el engrosamiento de la mucosa que dificultaron la decolación.

En el informe de Anatomía Patológica se describe: fibroma uterino de 16 x 10 x 4 cm y tres nódulos fibromatosos de 5, 4 y 8 cm, respectivamente.

Diagnóstico microscópico:

Liomioma uterino

Paraqueratosis y acantosis del epitelio exocervical

Hiperplasia quística senil del endometrio

Comentario

El fibroma se observa generalmente en mujeres nulíparas o de baja paridad, y esta paciente es una gran múltipara; es la primera vez que trato un caso con estas características, con un útero fibromatoso prolapsado; en toda la bibliografía consultada no hemos encontrado un caso similar.

Además, estamos ante una paciente que evadió la asistencia médica, quizás por temor o por pudor, lo que provocó este fibroma gigante prolapsado muy molesto, que le impedía la marcha y padeció por más de 10 años, pero podía haberse solucionado con anterioridad.

Referencias bibliográficas

1. Botella Lluvia J. Clavero Núñez JA. Trastornos generales del aparato genital femenino. En: Tratado de ginecología vol.3. La Habana: Instituto Cubano del Libro; 1978. p. 385-401.
2. Luís Faure J. Siderey A. Prolapso genital. Tratado de ginecología vol.1. Madrid: Saturnino Callejas Fernández; 1906. p. 379-87.
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