

Presentación de caso

MIOMA UTERINO PARIDO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Denis González Pérez¹, Danny Hierresuelo Jimenez², Dra. Naybé Misiara Álvarez³

¹ Estudiante de 4^{to} año de Medicina. Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Sede Universitaria Municipal de Ciencias Médicas “Dr. José F. de Vera Suárez”. Hospital “Iluminado Rodríguez”.

² Estudiante de 3^{er} año de Medicina. Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Sede Universitaria Municipal de Ciencias Médicas “Dr. José F. de Vera Suárez”. Hospital “Iluminado Rodríguez”.

³ Especialista de 1^{er} Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Instructor. Tutor de la investigación. Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Sede Universitaria Municipal de Ciencias Médicas “Dr. José F. de Vera Suárez”. Hospital “Iluminado Rodríguez”.

RESUMEN

Los fibromas uterinos constituyen los tumores benignos más frecuentes de la porción superior del aparato genital femenino, los cuales son asintomáticos en un rango del 75% al 80%. Desde el punto de vista macroscópico son tumores circulares u ovalados firmes, compuestos de fascículos de músculo liso con un patrón similar a un remolino. Según su localización se denominan: submucosos, intramurales y subserosos. Se reporta un caso que llega a la consulta de Ginecología del Hospital Iluminado Rodríguez del municipio de Jagüey Grande, Matanzas; refiriendo molestias en la vagina y alega además, que presenta una masa que le protruye por la misma, le impide la marcha y va acompañada de mal olor. El resultado de la biopsia informa *Leiomioma subseroso parido*, presencia de ulceración superficial, extensos cambios mixoides, aspecto epiteloide focal e hialinización estromal.

Palabras clave: fibroma uterino, fibromioma, Leiomioma, útero fibroide, útero.

ABSTRACT

The uterine fibromas are the most frequent benign tumors of the top portion of the feminine genital device; they are asymptomatic in a status of 75 % to 80 %. From the macroscopic point of view there are firm circular or oval tumors consisted of fascicles of smooth muscle with a boss similar to a maelstrom. According to its location they are named: submucous, intramurales and subserous. A case is brought that there comes to the consultation of Gynecology of the Illuminatdo Rodríguez Hospital of the municipality Jagüey Grande, Matanzas; recounting inconveniences in the vagina and alleges also, that presents a mass that him protruye for the same one, that the march prevents him, accompanied by bad smell. Given birth subserous Leiomioma informs the result of the biopsy, he attends of superficial ulceration, extensive changes mixoides, aspect epiteloide focal and hialinización estromal.

Key words: uterine fibroma, fibromyoma, Leiomyoma, fibroid uterus, uterus

INTRODUCCIÓN

Los fibromas uterinos son también conocidos como miomas o leiomiomas, los informes de las autopsias indican que hasta el 50% de las mujeres los presentan y nunca lo saben. Durante la edad reproductiva, los miomas uterinos son los tumores benignos más frecuentes de la porción superior del aparato genital femenino y son asintomáticos en un rango del 75% al 80%⁽¹⁻³⁾. A pesar de que los miomas pueden alcanzar gran tamaño, la mayor parte de ellos crecen con lentitud y no requieren tratamiento. El crecimiento rápido de un mioma único señala la posibilidad de cambios sarcomatosos, aunque este tipo de tumores malignos es muy raro y ocasionalmente puede alcanzar un gran tamaño^(3,4). Desde el punto de vista macroscópico son tumores circulares u ovalados firmes, compuestos de fascículos de músculo liso con un patrón similar a un remolino. A menudo aparecen solos, pero generalmente son múltiples y varían en su dimensión y ubicación. En ocasiones los fibromas pueden recibir un suministro de sangre independiente del miometrio, en cuyo caso se conocen como fibromas parasitarios.

Los fibromas pueden desarrollarse en ubicaciones inusuales como el cuello uterino o dentro de las capas del ligamento ancho⁽⁴⁾. Histológicamente están compuestos de una mezcla de tejido conectivo y fibras de músculo liso. Con frecuencia el suministro de sangre es insuficiente y degeneran, especialmente, en el tipo hialino. La degeneración hialina es un proceso mediante el cual el tejido conectivo, como el de los fibromas, experimenta un cambio a un tipo de material vítreo en respuesta a la falta de suministro de sangre. Los fibromas son particularmente susceptibles a la degeneración porque su crecimiento

rápido necesita mayor suministro de sangre y este no está disponible con facilidad. También pueden experimentar una degeneración grasa (depósito de grasa), licuefacción (el tejido se convierte en líquido) y calcificación (depósito de calcio). Según la clasificación de 1971, se definen como gigantes si pesan más de 25 lb (11,3 kg). En el 2001 se reportaron una serie de 11 casos que pesaron menos de 11,3 Kg, pero mayores que un embarazo de 12 semanas, los que catalogaron como "grandes" miomas uterinos (GMU). La prevalencia de mioma durante el embarazo es de un 2%.⁽⁵⁻⁷⁾

Esta patología es de origen multifactorial. Se han sugerido factores hormonales, por ser más frecuente en la etapa reproductiva; el uso de anticonceptivos orales como factor causal; así como la infección por virus de papiloma humano, debido a la inducción de tumores conjuntos en animales. Se ha cuestionado a la miomatosis con la hormona del crecimiento. La estimulación estrogénica sostenida, que provoca la inducción de células semejantes a los fibroblastos a partir de células totipotenciales con estimulación progestacional, se diferencia en células musculares lisas. Son particularmente frecuentes en las poblaciones negras, con un aumento de nueve veces comparado con las poblaciones caucásicas. Se han identificado algunas tendencias familiares.^(8,9)

Aun se desconocen la etiología (causa primaria) y la patogenia (el mecanismo por el cual la causa genera los fibromas) de los fibromas. Se cree que se derivan de una célula única, con una mutación genética en el control del crecimiento. Se han observado muchos reajustes cromosómicos en las células del fibroma y se ha formulado la hipótesis de que estas anomalías contribuyen a la alteración del crecimiento celular normal

(10,11). Los fibromas son tumores dependientes del estrógeno y pueden crecer bajo la influencia de esta hormona hasta un tamaño muy notable. Lo anterior se apoya en el hecho de que se reducen después de la menopausia y del tratamiento de disminución del número de receptores con agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina ⁽¹²⁾. Aunque la hormona liberadora de gonadotropina aumenta la hormona estimulante del folículo y el estrógeno y por lo tanto, estimula el crecimiento del fibroma; demasiada hormona liberadora de gonadotropina tiene el efecto opuesto, por medio de un mecanismo conocido como disminución del número de receptores. También hay pruebas de que la progesterona desempeña un papel fundamental en el crecimiento de los fibromas ⁽¹³⁾. A pesar de que los fibromas tienen receptores para el estrógeno y la progesterona, se cree que la acción de las hormonas está mediada por factores de crecimiento locales, como el epitelial y el endotelial vascular ⁽¹⁴⁾. Estos factores de crecimiento locales son las señales hormonales que se comunican con los tejidos del fibroma y provocan que aumente de tamaño. El estrógeno y la progesterona incrementan la cantidad de factores de crecimiento locales y por lo tanto, el desarrollo en tamaño del fibroma. Estos factores de crecimiento son más frecuentes en los fibromas, comparados con el miometrio local. Se desconoce la razón de este hecho, pero puede ser la causa del crecimiento excesivo del fibroma, contrastado con el resto del miometrio.

Según su localización anatómica se clasifica en:

- Miomatosis subserosa, situada por debajo del peritoneo visceral del útero.
- Miomatosis intramural, a partir de la pared muscular uterina.

- Miomatosis submucosas, se proyecta hacia la cavidad endometrial; los cuales pueden protruir por el cérvix y son conocidos como miomas abortivos pediculados.

Los tratamientos para los fibromas que preservan la fertilidad incluyen la miomectomía (extracción quirúrgica del fibroma), pero la misma posee un riesgo significativo de posible histerectomía (extracción quirúrgica de la matriz). Los fibromas se pueden extraer por laparotomía (operación abierta tradicional, para lograr el acceso a la cavidad abdominal), laparoscopia (intervención quirúrgica a través de un pequeño orificio, para lograr el acceso a la cavidad abdominal) o histeroscopia (observación de la cavidad uterina a través del cuello uterino, con la ayuda de un instrumento telescópico).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente TRHR, de 38 años de edad, procedencia urbana, con antecedentes patológicos personales de relativa salud, antecedentes obstétricos de no haber gestado nunca y menarquía a los 11 años.

Llega a la consulta de Ginecología del Hospital Iluminado Rodríguez del municipio de Jagüey Grande, Matanzas; refiriendo molestias en la vagina y alega además, que presenta una masa que le protruye por la misma, le impide la marcha y va acompañada de mal olor. No se recogen otros datos a la anamnesis.

Examen Físico

- Mucosas: húmedas y normocoloreadas.
- Aparato respiratorio: murmullo vesicular audible, no estertores, frecuencia respiratoria de 16 respiraciones por minuto.
- Aparato cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, no soplos,

frecuencia cardíaca de 78 latidos por minuto. T/A: 100/70.

- Abdomen: plano, no doloroso a la palpación, no masas palpables, ruidos hidroaéreos normales.
- Tejido celular subcutáneo: no infiltrado.
- Examen de vulva: se aprecia una masa tumoral que protruye por el introito vaginal, ubicada en la cara anterior de la vagina en estrecha relación con la uretra, de consistencia muscular, con excoriaciones en toda su superficie y acompañada de fetidez.



Figura 1. Mioma uterino que protruye por la vagina.

Complementarios

- Hb: 11,2 g/l; Hto: 34,2 g/l; Eritrosedimentación: 72 mmol/l; Leucograma: 8,8 x 10⁹ mmol/l (seg: 0,64; mono: 0,01; linf: 0,35); Glicemia: 4,7 mmol/l; Creatinina: 74,7 mmol/l.
- Exudado vaginal: E. coli.
- Urograma descendente: imagen de densidad cálcica de +/-7mm en región izquierda del sacro. No se observan imágenes de densidad cálcica en riñones, uréteres ni pelvis. Buena eliminación del medio de contraste por ambos lados. Vejiga: no existe defecto de lleno, descenso del suelo vesical en relación con cistocele.

- Ultrasonido ginecológico: útero que en su corte sagital mide 76,5 mm, con varias imágenes nodulares pequeñas intramurales. Existiendo hacia la parte posterior y derecha del útero una imagen ecogénica de 46,5 x 58,4 mm. Por encima de la imagen existe un ovario derecho de 39,7 mm. Presencia de nódulo submucoso de 19,1 mm, muy cercano al endometrio.

Por el cuadro clínico y los resultados de los complementarios, se decidió realizar tratamiento quirúrgico.



Figura 2. Mioma uterino que mide aproximadamente 25 cm.

Durante el preoperatorio se le puso tratamiento para E.coli con Amikacina; además, se cubrió con Cefalosporinas y Metronidazol, antibióticos de amplio espectro como uso profiláctico; también se indicaron fomentos de solución salina a temperatura ambiente, cada 2 horas en dicha región.

Previa antisepsia de la región vulvo-vagina-perineal, se utiliza anestesia espinal, se realiza incisión por toda la vagina, rechazándola y se retira la tumoración. Se dan puntos hemostáticos. Sangramiento normal. No accidente operatorio. No complicaciones. Se traslada al Salón de Recuperaciones.

Informe de Biopsia: B-12-3678, fecha 25/5/2012: Leiomioma subseroso parido,

presencia de ulceración superficial, extensos cambios mixoides, aspecto epiteloide focal e hialinización estromal.



Figura 3. Resección del Mioma uterino



Figura 4. Reconstrucción vaginal.

DISCUSIÓN

Los fibromas subserosos y en especial los pediculados, se encuentran en la parte baja de la pelvis o en la zona del vientre; en la literatura revisada no se halló ningún caso publicado sobre dicho fibroma localizado fuera del lugar antes descrito, en particular que atravesara la pared superior de la vagina, protruiera por la misma y la ocluyera totalmente. Generalmente se acompañan de dolor, en el caso de esta paciente este síntoma no es evidente.

La técnica quirúrgica empleada no es la más viable para la exéresis de este fibroma, debido a que posee un riesgo significativo de hemorragia intraoperatoria masiva, histerectomía de urgencia y desfiguración de la cavidad uterina. Además, la cicatriz que queda en el útero después de la miomectomía aumenta la probabilidad de una rotura uterina en embarazos futuros. Estos cirujanos fueron capaces de extraer dicha patología sin realizar laparotomía, a pesar de conocer dichas complicaciones.

En su mayoría los fibromas son asintomáticos y constituyen un hallazgo accidental en el momento de un examen clínico o una ecografía. Los síntomas y signos de los fibromas son la menorragia (períodos abundantes) ⁽¹⁵⁾, la palpación de una masa pélvica, así como los efectos de presión e infertilidad ⁽¹⁶⁾. El dolor se muestra generalmente por degeneración o torsión del mioma, es de tipo cólico, puede presentarse de leve a moderado y tiende a aumentar durante el período menstrual.

En ocasiones aparece como pesantez en bajo vientre de predominio vespertino, que aumenta con el coito. Si se manifiesta incremento de volumen abdominal debe descartarse embarazo; si este es importante, como es el caso del mioma subseroso, puede existir compresión de la vejiga ocasionando disuria. En el recto ocurren trastornos en la evacuación como estreñimiento. En el caso de la reproducción se han esgrimido factores mecánicos que interfieren con la fecundación o en la implantación, estos incluyen: bloqueo del orificio tubárico, inflamación crónica del endometrio, vascularización anormal, mayor contractilidad uterina y patrones endocrinos locales anormales.

La indicación de tratamiento quirúrgico se establece por las complicaciones que experimentan los miomas, como la

compresión de otros órganos, la dismenorrea, la anemia ferropénica y los cambios secundarios que pueden sufrir los miomas uterinos, tales como: la degeneración hialina, la quística, la sarcomatosa, la necrosis, la calcificación, la degeneración grasa y la infección secundaria. Su frecuencia es baja.

Es necesario brindar apoyo psicológico en caso de presentar dudas en relación a su sexualidad, seguridad con su pareja, así como evitar la sensación de mutilación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lee K, Khan-Dawood F, Yusoff M. Oxytocin receptor and its messenger ribonucleic acid in human leiomyoma and myometrium. *Am J Obstet Gynecol.* 1998 Sep; 179 (3 Pt 1): 620-7.
2. Gross K, Morton C. Genetics and the development of fibroids. *Clin Obstet Gynecol.* 2001 Jun; 44(2): 335-49.
3. Stovall D. Clinical symptomatology of uterine leiomyomas. *Clin Obstet Gynecol.* 2001 Jun; 44(2): 364-71.
4. Meniru GI, Wasdahl D, Onuora CO, Hecht BR, Hopkins MP. Vaginal leiomyoma co-existing with broad ligament and multiple uterine leiomyomas. *Archives of Gynaecology & Obstetrics* 2001; 265(2): 105-7.
5. Briceño Pérez C, Alafla F, Atencio de Ávila D, Bethancourt de Benítez C, Schloeter L, Portillo B, et al. Grandes miomas uterinos. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2001; 61: 35-42.
6. Coronado G, Marshall L, Schwartz S. Complications of pregnancy, labor, and delivery with uterine leiomyomas: a population based study. *Obstet Gynecol.* 2000 May; 95(5): 764-9.
7. Guarnaccia M, Rein M. Traditional surgical approaches to uterine fibroids: Abdominal myomectomy and hysterectomy. *Clin Obstet Gynecol.* 2001 Jun; 44(2): 385-400.
8. Witherspoon JT. The hormonal origin of uterine fibroids: an hypothesis. *American Journal of Cancer* 1935; 24: 402-6.
9. Luoto R, Kaprio J, Rutanen EM, Taipale P, Perola M, Koshenvuo M. Heritability and risk factors of uterine fibroids - the Finnish Twin Cohort study. *Maturitas* 2000; 37(1): 15-26.
10. Klotzbucher M, Wasserfall A, Fuhrmann U. Misexpression of wide-type and truncated isoforms of the high-mobility group I proteins HMGI-C and HMGI(Y) in uterine leiomyomas. *American Journal Pathology* 1999; 155(5): 1535-42.
11. Mao X, Barfoot R, Hamoudi RA, Easton DF, Flanagan AM, Stratton MR. Allelotype of uterine leiomyomas. *Cancer Genetics and Cytogenetics* 1999; 114(2): 89-95.
12. West CP. GnRH analogues in the treatment of fibroids. *Reproductive Medicine Review* 1993; 2:1-97.
13. Reinsch RC, Murphy AA, Morales AJ, Yen SSC. The effect of RU486 and leuprolide acetate on uterine blood flow in the fibroid uterus: a prospective randomised study. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1994; 170: 1623-8.
14. Gentry CC, Okolo SO, Fong LF, Crow JC, Maclean AB, Perrett CW. Quantification of vascular endothelial growth factor-A in leiomyomas and adjacent myometrium. *Clinical Science (London)* 2001; 101(6): 691-5.

16. Rybo G, Leman J, Tibblin R. Epidemiology of Menstrual Blood Flow. In: Baird DT, Michie EA, editor(s). Mechanism of Menstrual Bleeding. New York: Raven Press, 1985: 181-93.
17. Buttram VC, Reiter RC. Uterine leiomyomata: etiology, symptomatology and management. Fertility & Sterility 1981; 36: 433-45.