

MIOMECTOMÍA DURANTE EL EMBARAZO

AUTORA: Pamela Ivette Pardo Ramirez

Interna de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Simón

ASESOR: Dr. Mario Luis Torrico Aponte

Médico cirujano

RESUMEN

Se describe el caso de una gestante de 34 años, con feto único de 14 semanas, asociado a miomatosis uterina, con antecedente de dos abortos como consecuencia de la misma. En la gestación actual fue tratada quirúrgicamente, para prevenir un nuevo aborto, realizándole miomectomía de los miomas intramurales, con resultados satisfactorios. Se revisaron algunos aspectos de su frecuencia, factores de riesgo, etiología, diagnóstico y las actitudes terapéuticas. Varias publicaciones recomiendan en estos casos un manejo conservador, pero gracias a la innovación de conceptos, mejor habilidad y técnica quirúrgica, varias pacientes en la maternidad Germán Urquidí con embarazo y miomatosis, han sido sometidas a miomectomías durante la gestación, prosiguiendo el embarazo con éxito. Sin embargo se debe considerar los riesgos que involucra el procedimiento para la madre y el producto.

PALABRAS CLAVE: Miomatosis uterina, embarazo, miomectomía.

ABSTRACT

We describe a case of a 34 years old pregnant woman, with a pregnancy of 14 weeks, associated a uterine miomatosis, with the antecedent of two abortions as consequence of the same, who were treated surgically. As prevention to an abortion in the present pregnancy a miomectomy is done, obtaining satisfactory results. An extensive revision was done in relation to the miomectomy analyzing its frequency, risk factors, ethiology, diagnostic and its therapeutic aptitudes. Many publications recommend in these cases a conservative treatment, however thanks to the innovation of concepts, better ability and surgery technique many patients in the maternity German Urquidí with pregnancy and miomatosis, were submitted to miomectomies during pregnancy, concluding the pregnancy with success. However we have to consider the risks that include the process to the mother and the product.

KEY WORDS: Uterine miomatosis, pregnancy, miomectomy

Los miomas, leiomiomas o fibromioma son tumores benignos, formados por fibras musculares lisas y tejido conectivo^{1,4}. Que crecen generalmente en el útero, desde pocos milímetros a varios centímetros de diámetro. Se presentan con una frecuencia de 25%, siendo más frecuente en el grupo etareo de 35 a 50 años^{2,4}.

Existen tres tipos de miomas según su ubicación en el útero: miomas subserosos (10%), que crecen hacia afuera del útero¹, intramurales (60-70%) y submucosos (15-25%) que crecen hacia la cavidad uterina por lo que tienen efectos más perjudiciales en la evolución del embarazo¹, y miomas cervicales^{1,4}.

El crecimiento de los miomas es fomentado y sostenido por incremento del estrógeno en la circulación sanguínea, como sucede en el embarazo y con el uso de anticonceptivos orales. Pero después de la menopausia, cuando los niveles del estrógeno declinan, los

miomas tienden a contraerse².

Los síntomas dependen generalmente del número, localización, y del tamaño de los miomas. Son sintomáticos en el 20-40% y asintomáticos en el 15-20%⁴. Entre los síntomas más frecuentes se tiene: dolor o presión pélvica o abdominal (basados en el tamaño), dispareunia, sangrados intermenstruales⁴, síntomas urinarios (polaquiuria, incontinencia urinaria e infecciones urinarias), circunferencia abdominal creciente, alteraciones en la fertilidad: abortos recurrentes². La mayoría de los miomas se detectan durante un examen ginecológico rutinario; sin embargo, los miomas muy pequeños pueden pasar desapercibidos a menos que causen síntomas. La ecografía temprana es un recurso valioso para su diagnóstico y control de su evolución, sobre todo en mujeres de edad avanzada.

Se conoce que los miomas son los tumores benignos más frecuentemente asociados con la gestación

(frecuencia del 1 a 3%) Además de influir sobre el desarrollo y término del embarazo, siendo un importante factor de riesgo de abortos a repetición^{5,1}. Son causa frecuente de parto pretérmino, rotura prematura de membranas y situación y presentaciones viciosas (situación transversa, presentación pélvica y deflexiones). En el alumbramiento puede haber inconvenientes por deficiencias en su mecanismo y en el puerperio hemorragia puerperal por la deficiente retracción que producen⁷. Además de ser más frecuentes las infecciones puerperales (miomas submucosos)^{5,6,10}.

Una de las complicaciones frecuentes que se puede presentar durante el embarazo son los cambios degenerativos, al producirse una hemorragia en su estroma, denominado "degeneración roja" que lleva a necrosis aséptica, también puede producirse torsión en los miomas pediculados, compresión de órganos vecinos como ser: vejiga, uréteres y recto, entre otras².

Presentación del caso

A continuación presentamos el caso de una paciente del Hospital Materno Infantil Germán Urquidí (HMI-GU) con miomatosis uterina asociado a una gestación de 14 semanas, a quien se le intervino quirúrgicamente, durante el embarazo, realizándole miomectomía en forma exitosa, conservando el embarazo.

Paciente de 34 años de edad, natural del departamento de Cochabamba, residente de la provincia de Vinto; ingresa al servicio de Gineco-Obstetricia del HMI-GU con antecedente de 2 gestaciones previas (que terminaron en aborto como consecuencia de miomatosis uterina). Cursando un embarazo de 14 semanas, con leve dolor abdominal espasmódico en hipogastrio que se irradiaba a región lumbosacra. Con antecedente de miomatosis uterina desde hace 5 años, diagnosticado clínicamente y ecográficamente.

Al examen físico destacaba una presión arterial de 120/80 mmHg, pulso de 70 latidos por minuto. Con mucosas húmedas y rosadas, cardiopulmonar clínicamente normales. El abdomen blando depresible, con leve dolor a la palpación profunda en hipogastrio, ruidos hidroaéreos positivos (RHA+) normo activos. Se palpa fondo uterino a 15 cm sobre la sínfisis del pubis. Al examen ginecológico se pesquizó un útero en anteverso flexión (AVF) de 15 por 8 cm, cérvix posterior sin modificaciones cervicales, anexos normales.

La paciente ingresa portando ecografía obstétrica

(18.Ene.08), realizada durante sus controles prenatales, que reporta: Útero aumentado de tamaño en AVF con presencia de masa heterogénea sólida cervical de 8,5 por 6,3 cm y en fondo uterino 2 imágenes de masas sólidas de: 4,1 por 2,3 cm; y de 4,1 por 3,3 cm con saco gestacional normal en cuyo interior presenta embrión con longitud céfalo caudal de 3,5 cm que corresponde a una gestación de 10 semanas con latidos cardíacos presentes (Fig. 1, A y B).

Se realiza ecografía Doppler que reporta: Feto único con actividad cardíaca presente. En pared posterior del útero en proximidades del cuello se observa masa heterogénea compleja de 58 por 68 por 78 mm, que al estudio Doppler presenta flujo vascular, hasta tercio

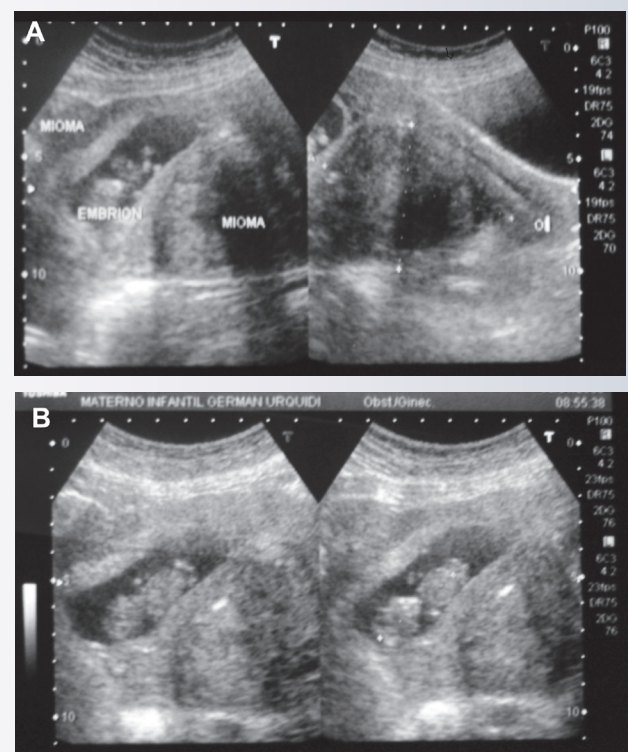


Figura 1. A, Embrión de 10 semanas. B, Un mioma cervical y dos en fondo uterino

medio de dicha masa, más acentuada en la pared.

Se realiza laparotomía y miomectomía de los miomas intramurales, hallando: un útero aumentado de tamaño de 25 por 20 cm con presencia de múltiples miomas; 4 subserosos (Fig. 2, A y B) de 6 por 4 cm (uno pediculado en cara anterior de útero, uno en cara superior de útero y 2 en cara posterior de útero); 2 miomas intramurales (uno de 6 por 10 cm en cara anterior y superior de útero y otro a nivel de istmo de 8 por 6 cm) con un sangrado transquirúrgico de 50 cc, ovario y trompas uterinas normales.

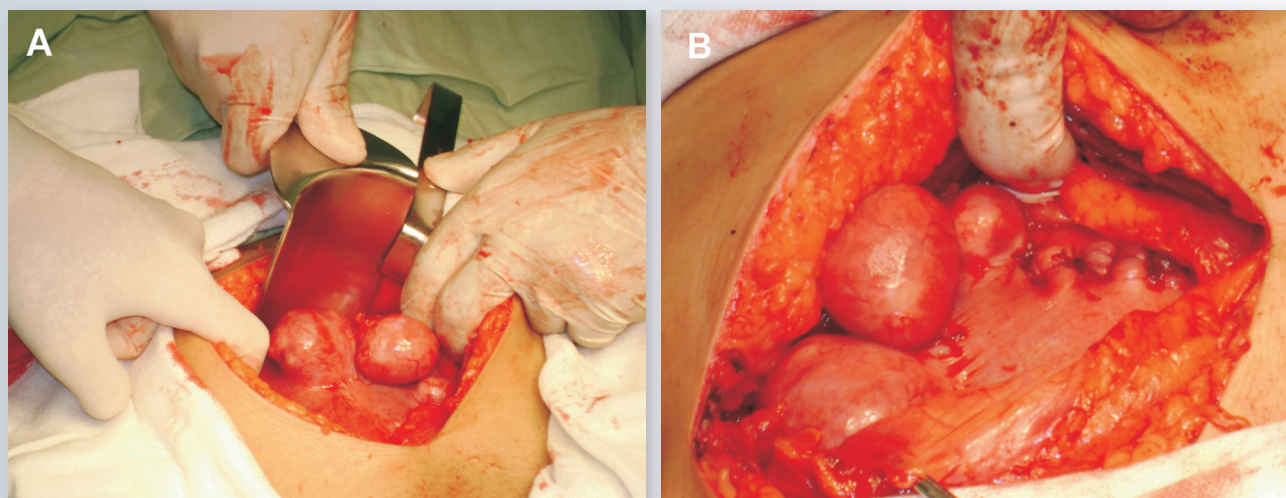


Figura 2. Imagen del transquirúrgico **A**, Miomas subserosos. **B**, Histerorrafia post miomectomía

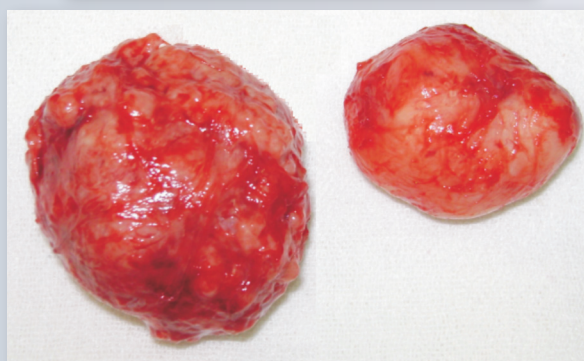
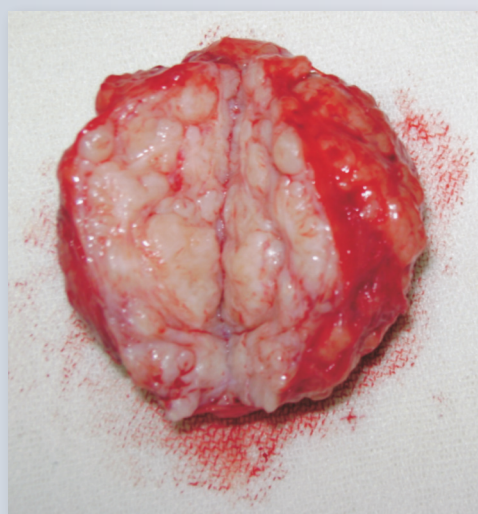


Figura 3. Imagen macroscópica: miomas intramurales

El informe anatomopatológico de las piezas quirúrgicas reportó cortes correspondientes a dos formaciones nodulares revestidas por delgada cápsula conectiva, por dentro se observa fibras musculares lisas sin atípicas celulares proliferadas dispuestas en remolino, vasos sanguíneos de paredes engrosadas y escasas

células inflamatorias correspondiente a leiomiomas. Confirmando diagnóstico de miomatosis uterina. La macroscopía reporta dos nódulos circunscritos de aspecto nodular de color blanco nacarados, el mayor de 5 por 4 por 4 cm, el menor de 4 por 3 por 2,5 cm (Fig. 3).

La evolución posquirúrgica fue satisfactoria, se mantuvo el embarazo con evolución favorable, recibiendo antiprostaglandinas para prevenir el aborto y antibióticos en forma profiláctica, además de solicitar ecografía de control postquirúrgico. Se le dio de alta médica al 3° día postquirúrgico, para continuar con controles por el servicio de consulta externa, donde se le realizó dos ecografías de control. El segundo informe ecográfico reportó: un embarazo intrauterino de 25 semanas y miomatosis uterina, saco gestacional y líquido amniótico normal, placenta alta anterior, con presencia de múltiples imágenes heterogéneas, de bordes delimitados; 2 en pared anterior y 2 en pared posterior próximo al cuello uterino, todos de carácter subseroso (32 por 43 mm – 81 por 62 mm); con feto único vivo, con movimientos y latidos cardíacos presentes (Fig. 5).

Actualmente la paciente prosigue con su embarazo, realizando un control estricto por consulta externa de nuestra institución.

Discusión

La relación de embarazo y miomas resulta interesante, puesto que hay muchos mitos respecto a ello. Los miomas son los tumores sólidos benignos del

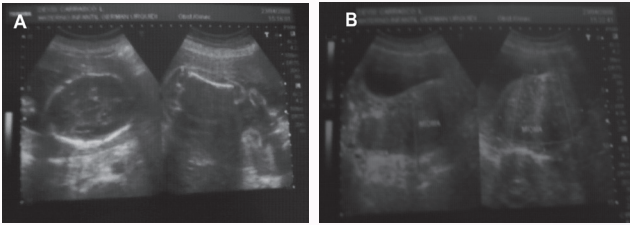


Figura 4. Imagen de ecografía obstétrica. Feto vivo de 25 semanas, múltiples miomas subserosos.

útero mas frecuentes asociados al embarazo³. Son generalmente asintomáticos durante el embarazo pero hay evidencias que sugieren una asociación con un aumento de amenaza de aborto, parto pretérmino^{4,1}. Se estima que los miomas son causantes de abortos recurrentes en el 15% de los casos como se pudo observar en el caso clínico presentado. La localización y tamaño del mioma es importante como factor pronóstico para el aborto, siendo los submucosos los más frecuentemente asociados con abortos tempranos^{3,4}.

Debe realizarse ecografías seriadas durante todo el embarazo para evaluar su crecimiento y probable complicación para el momento del parto; conducta observada durante los controles prenatales de la paciente (pre y post quirúrgico) del caso clínico presentado.

Se recomienda no realizar la extirpación de un mioma en el momento del parto o cesárea por que esta intervención puede provocar hemorragias importantes durante la intervención. Por lo que se deja que pasen varios meses para extraer un mioma diagnosticado durante el embarazo, porque disminuyen considerablemente de tamaño luego del parto, y en consecuencia, el procedimiento quirúrgico es menos cruento y agresivo¹.

La actitud ante los miomas uterinos durante el embarazo debe ser conservadora, observando la evolución e interviniendo ante cualquier complicación⁴. Siendo la miomectomía el procedimiento de elección, la cual implica el retiro de miomas (pediculados, subserosos o intramurales)⁴. La cual está indicada cuando existe: degeneración roja, cuadros compresivos (sistema genitourinario y gastrointestinal), torsión de un mioma subseroso pediculado, con cuadro de abdomen agudo^{7,8,9,10}.

Se debe instituir inhibidores de la contracción uterina antes de comenzar el acto quirúrgico y mantenerlo hasta 48 hrs después del mismo, de esta manera prevenir amenazas de aborto. El enucleamiento se debe realizar con una cuidadosa hemostasia y en la

forma más delicada posible^{4,5}.

Entre las complicaciones de una miomectomía se tiene: sangrado excesivo, anemia y/o necesidad de transfusiones de sangre debido a la pérdida de sangre, infección de la herida quirúrgica, recurrencia de los tumores fibroides, perforación del útero o del intestino durante la cirugía. Las paredes del útero pueden ser debilitadas si la remoción de un mioma grande deja una herida que se extiende en todo el grosor de la pared uterina.

Creemos que la conducta fue acertada, a pesar de la poca experiencia de este procedimiento durante el embarazo según la literatura y los riesgos que conlleva la misma, sin embargo la habilidad y experiencia del cirujano ha permitido realizar el procedimiento y de esta manera proseguir el embarazo con éxito.

Comentarios

En el presente caso clínico, se realiza la miomectomía (de los miomas intramurales) durante el embarazo por el antecedente de 2 gestaciones anteriores que terminaron en aborto como consecuencia de la miomatosis uterina, por lo que se realiza los estudios y cuidados correspondientes, por los riesgos que implica la cirugía durante el transquirúrgico (sangrado) y fundamentalmente en el postquirúrgico (riesgo de aborto) teniéndose un desenlace exitoso.

Referencias

1. F. Danford: Tratado de Obstetricia. Complicaciones del embarazo. 9na Ed.
2. M Ballesteros, D Barros, A Barroso: Miomas Diagnosis y tratamiento Ginecol y obstetricia mex 2006, 74.
3. Dr. Iván Pérez Vilchez: Ginecología y Obstetricia.
4. Dra. Marisa. Geller: Incidence of early loss of pregnancy. Engl Med. 1990.
5. Remoción de Tumor Fibroide. National Uterine Fibroids Foundation. 2004
6. Schwarz, C. Duverges, A, Díaz y cols: Obstetricia. Tumores y embarazo 5ta Ed. 1995.
7. Votta, O. Parada: Obstetricia Mioma del útero en el embarazo. 1992.
8. Phelan J. Obstetricia y ginecología clínicas de norte América 1995.
9. Williams, G. Cuunningham, N. Ganty cols Obstetricia Leiomiomas uterinos. 21 a Ed. 2004.
10. J Bereck, P Hillard, E Adashi: Ginecología de Novak. Leiomiomas uterinos. 12 a Ed. 1998.