

## Miomatosis uterina, a propósito de un caso

### Uterine myomatosis, about a case

Ximena Carrión-Ruilova<sup>1</sup>, Christian Serrano-Ortega<sup>2</sup>, César Palacios<sup>3</sup>, Tania Cabrera<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Carerra de Medicina. Universidad Nacional de Loja, Loja, Ecuador.

<sup>2</sup>Doctor en Medicina y Cirugía, Especialista en Cirugía General

<sup>3</sup>Interno Rotativo de Medicina en Hospital Carlos Andrade Marín.

<sup>4</sup>Doctora en Medicina y Cirugía, Mgs. en Nutrición Clínica

#### Resumen

Se trata de una paciente de 35 años de edad, que acude al Hospital Regional Docente Isidro Ayora por presentar cuadro de dolor y anemia, secundaria a cuadros de hipermenorrea y menorragias. Tiene G4 P2 A2. La paridad es satisfecha a examen físico pálida disneica, Hto de 25%. Presenta tumoración abdominal compatible con un embarazo de unas 30 semanas de gestación. La ecografía pélvica indica presencia de múltiples miomas de hasta 20 cm. Se somete a tratamiento quirúrgico radical (histerectomía abdominal simple), la evolución es muy satisfactoria, sin complicaciones. En opinión del autor, en mujeres jóvenes a pesar que la miomec-tomía es prácticamente el tratamiento de elección, también depende del tamaño del tumor y de su sintomatología a pesar de la pérdida de capacidad reproductiva, por eso en esta paciente se optó por la histerectomía.

**Palabras clave:** Miomas uterinos, leiomiomas, fibromas, miomatosis, infertilidad, embarazo.

#### Abstract

It is a patient's 35-year-old who attends the HRDIA by pain and anemia, secondary to hypermenorrea pictures and menses. You have G4 P2 A2. The parity is satisfied. Physical examination pale disneica, your Hto of 25%. Presents tumor abdominal compatible with a pregnancy of some 30 weeks of gestation. The ultrasound pelvic indicates presence of multiple myomas of up to 20 cm. It undergoes radical surgical treatment (simple abdominal hysterectomy), evolution is very satisfactory, without complications. In opinion of the author, in women young to weigh that the myomectomy is practically the treatment of choice also depends on of the size of the tumor and of his symptomatology despite his loss of capacity reproductive, by that in this patient is chose by the hysterectomy.

**Key words:** uterine fibroids, leiomyomas, fibromas, fibroids, infertility, pregnancy.

\*Autor de correspondencia: Ximena Carrión . Carerra de Medicina. Universidad Nacional de Loja, Loja, Ecuador. Correo electrónico: xipacarui@hotmail.com

## Introducción

Los miomas son una enfermedad benigna común del útero, son tumores que se inician en una sola célula de músculo liso uterino y pueden crecer en cualquier parte del útero bajo la influencia de factores de crecimiento locales, citocinas y hormonas sexuales. (Rein MS, 2010) La prevalencia de la miomatosis uterina en mujeres en edad fértil se calcula entre 20 y 40%, siendo más común en mujeres afroamericanas y contando como factores de riesgo la edad, nuliparidad, tabaquismo y otros. (Murphy. AA, 2010). Su incidencia acumulada para la edad de 50 años es de más del 80% en mujeres afroamericanas y 70% en mujeres caucásicas. (Phillip RN, 2011). Se han asociado con infertilidad en 5 a 10% de los casos y se estima que se encuentran como factor único presente en 1 a 3% de los casos. (Fady I, 2010).

Son múltiples los factores que influyen en la aparición y evolución de los miomas (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2013) .

- Raza: las mujeres afroamericanas tienen de 3-9 veces mayor prevalencia de miomas uterinos (MU), comparadas con las asiáticas y las de raza blanca. (Buttram, 2010)
- Agregación familiar: la miomatosis uterina familiar es factor de riesgo para la aparición de MU con un comportamiento diferente a los MU no familiares. (S., 2008). Su incidencia es 2,5 veces mayor en mujeres con al menos 3 familiares de primer grado con MU (Schwartz S, 2010) y aumenta el riesgo relativo a 5.7 si el familiar desarrolló el mioma antes de los 45 años. (Parazzini F N. E., 2011).
- Factores de la reproducción: la menarquia precoz (< 10 años) y la exposición intraútero al dietilestilbestro (Dandolu V, 2010) se han relacionado con la aparición de MU (Wise LA, 2011). Los miomas son menos frecuentes en las mujeres que han gestado, que han tenido una maternidad temprana, multíparas (Lasmar RB, 2011) (a mayor número de gestaciones mayor es el efecto protector) y con un corto intervalo desde la última gestación (EA, UptoDate Junio 2012). Sólo las gestaciones que alcanzan la viabilidad fetal disminuyen la incidencia de MU. (.Laughlin SK, 2010).
- Tratamientos hormonales: la respuesta de los miomas al estímulo hormonal varía en función de dosis, vía de administración, (Bingol B, 2011) (Van den Bosch T, 2012) sustancia empleada y tiempo de administración. (Kumarathas P, 2010).

- Otros factores: el tabaco reduce la aparición de miomas, sobre todo en mujeres que consumen más de 10 cigarrillos/día, excepto en mujeres de raza negra. La hipertensión, la obesidad y la diabetes mellitus también se han asociado con un aumento del riesgo en el desarrollo de miomas (Yanai H, 2010). La dieta rica en vitamina A y el alto consumo de carnes rojas parecen aumentar la incidencia de miomas. (Donnez J, 2012).

Se ha clasificado a los miomas uterinos como submucosos si distorsionan la cavidad uterina, intramurales si residen predominantemente dentro de la pared miometrial y subserosos si protruyen fuera de la superficie uterina (Leugur M, 2010). El número y localización de los miomas correlaciona con los síntomas y el efecto en la fertilidad (Larasick S, 2010). En este ámbito se ha observado mayor efecto deletéreo (Sutton C, 2010) en la implantación y placentación de los miomas submucosos, y los miomas intramurales que distorsionan la cavidad uterina (Cienelly E, 2010) (mayores a 5 cm de diámetro), que es el papel que juegan los miomas intramurales sin afección de la cavidad endometrial, y los subserosos más controversial (Van Elideren MA, 2010).

Es difícil establecer con exactitud la incidencia real del mioma, ya que con frecuencia es sintomático (Reinsch RC, 2011). En la población general se encuentra en 1 de cada 4 mujeres en edad reproductiva activa; en necropsias se ha detectado en el 50% de los úteros (West.CP, 2011). Los miomas pueden crecer como un nódulo solitario o en grupos y pueden variar en tamaño desde 1 mm hasta más de 20 cm de diámetro (Villet R, Salet-lizee, 2010). Los miomas son los tumores más frecuentemente diagnosticados de la pelvis de la mujer y la razón más común para que una mujer se deba realizar una histerectomía (Bernstein S, 2010). Los miomas uterinos crecen por el estrógeno (De Meeus JB, 2011). La mujer tiene más estrógeno en su edad fértil, es por ese motivo que los miomas uterinos dejan de crecer una vez que la mujer alcanza la menopausia (Wezhat C, 2011). Los miomas uterinos pueden crecer de forma significativa cuando la mujer queda embarazada (WH, 2010).

El diagnóstico se establece durante el estudio pélvico por otros motivos o como hallazgo en una laparotomía (Hasson H, 2010).

En el tratamiento de esta patología se han desarrollado múltiples opciones, desde la histerectomía en sus diversos abordajes quirúrgicos, miomectomía, que continúa siendo el patrón de referencia de tratamiento conservador de la patología, abordajes de “mínima invasión” como la embolización selectiva, la ablación ultrasonográfica guiada por ultrasonido y los tratamientos médicos (Gomel V, 2010).

## Caso Clínico

Paciente de 35 años casada, gestas: 4 partos: 2 abortos: 2, menarquia: 12 años de edad. Inicio de actividad sexual a los 16 años, primer hijo a los 17 años, lactancia promedio: 9 meses, lugar de nacimiento Sozoranga, lugar de residencia: Loja, instrucción: superior incompleta, ama de casa, antecedentes patológicos familiares: madre hipertensa. tía materna con cáncer de cérvix, antecedentes patológicos personales: metrorragias frecuentes, infección de vías urinarias, antecedentes gineco-obstetricos, ciclos menstruales abundantes, con coágulos, además refiere dismenorrea, Papanicolaou negativo hace 1 año, método anticonceptivo utilizado: preservativo.

**La paciente acude por presentar** dolor en hipogastrio, sangrado genital, cansancio

### Enfermedad actual

Mujer de 32 años de edad, con dos embarazos previos y con paridad satisfecha, que acude al servicio de urgencias del Hospital Regional Docente Isidro Ayora, por presentar dolor en región inguinal derecha e hipogastrio de leve intensidad, continuo, que se irradia a región lumbar y miembro inferior derecho, no se relaciona con las posiciones ni con los alimentos, por este motivo se automedica eraldol 1 tableta cada 8 días, con lo cual el cuadro cede. Además refiere pérdida de peso no cuantificada, cansancio y metrorragias con coágulos. Vista por los Médicos de urgencias, La analítica anemia con hto de 26%. El test de embarazo es negativo. En el servicio de Ginecología se le practica ecografía abdominal, con presencia de miomas de aspecto intramural y subserosos de gran tamaño aproximadamente 20 cm de diámetro que aparenta un embarazo de 20 semanas, además quiste anexial, se informa a la paciente y familiares por lo cual se decide la histerectomía debido al tamaño del tumor, la edad de la paciente y paridad satisfecha, las complicaciones.

### Examen físico

Tensión Arterial: 130/70, pálida, taquipneica, dolor en hipogastrio; se palpa masa pélvica, que llega a cicatriz umbilical, dura y dolorosa.

Exámen ginecológico: presencia de leucorrea color blanco grumoso, cérvix normal, útero aumentado de tamaño de aspecto multinodular, doloroso al tacto vaginal, cérvix aparentemente sano, se toma muestra para citología, y se le indica realización de exámenes de laboratorio cuyos resultados son: hematócrito: 26%; TP TTP: normales; química sanguínea: normal; papanicolaou: negativo: presencia de candida. Ca: 125 normal, resto de exámenes normales

## Diagnóstico

- Miomatosis Uterina
- Anemia

## Plan

Histerectomía abdominal.

## Valoración por medicina interna

Paciente femenina de 35 años, con diagnóstico de miomatosis uterina será intervenida de histerectomía abdominal, para lo cual se pide su valoración preoperatoria.

**App:** no transfusiones, no alergias.

**TA:** 126/80

**Pulso:** 72xmin

**Talla:** 154cm

**Peso:** 69.5kg

Lucida, orientada, abdomen: globuloso, suave, depresible, RHA presentes. Se palpa masa en hipogastrio.

Riesgo quirúrgico Goldman I

Se sugiere transfundir 2 paquete globular, debido a la presencia de anemia, a las 12 horas se repite el Hto: 33% paciente evoluciona favorablemente por lo cual se le da el alta y control en 8 días.

## Nota posquirúrgica

Bajo normas de asepsia, antisepsia y anestesia conductiva, se realiza histerectomía abdominal obteniéndose útero de aproximadamente 20 cm de aspecto multinular, anexos normales.

**Complicaciones:** ninguna. Sangrado escaso 700cc.

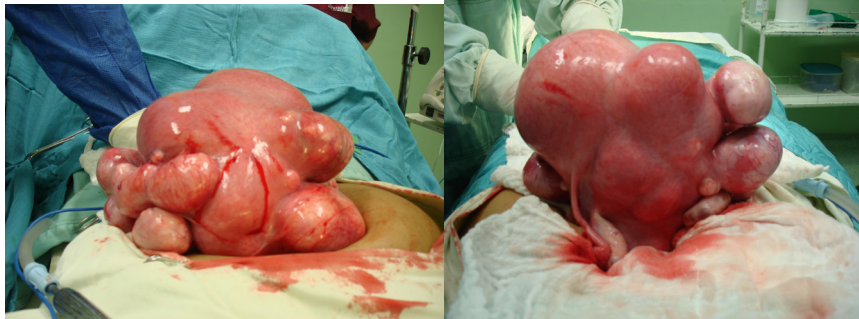
## Estudio de patología

Cervicitis crónica con metaplasia epidermoide, quistes de Nabot, leiomiomatosis, subserosa, intramural y submucosa, endometrio secretor.

## ANEXOS



**Figura 1 A:** Paciente bajo anestesia aparenta un embarazo de 30 semanas.



Figuras 2A

FIGURA 2B

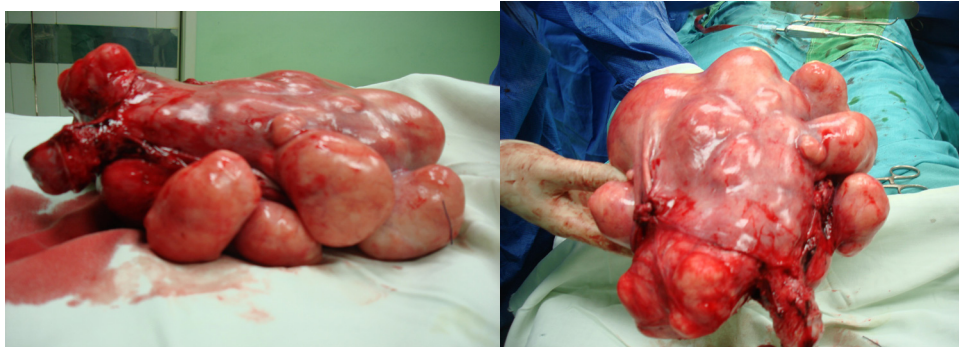


Figura 2C

Figura 2D

**FIGURAS 2 A, B, C, D** Mioma de aproximadamente 20cm, peso de 2000 gr

### Conclusión

Los miomas uterinos son los tumores benignos más frecuentes del aparato genital femenino. Se presentan con mayor frecuencia entre los 35 y 54 años de edad. Son la causa más frecuente de histerectomía, generalmente por hipermenorrea y metrorragias.



En mujeres jóvenes a pesar que la miomectomía es prácticamente el tratamiento de elección también depende del tamaño del tumor y de su sintomatología a pesar de la pérdida de capacidad reproductiva, por eso en esta paciente se optó por la histerectomía.

## Referencias Bibliográficas

- Laughlin SK, H. A. (2010). Pregnancy-related fibroid reduction. *Fertil Steril*, 94:2421-3.
- Bernstein S, M. C. (2010). The appropriateness of hysterectomy. *JAMA*, 269: 2398-2402.
- Bingol B, G. M. (2011). Comparison of diagnostic accuracy of saline infusion sonohysterography, transvaginal sonography and hysteroscopy in postmenopausal bleeding. *Arch Gynecol Obstet*, 284:111-7.
- Cienelly E, R. F. (2010). Transabdominal sondy ecography transvaginal. *Obstet Gynaeco*, 85-87.
- CP, W. (2011). GNRH analogues in the treatment of fibroids. *Reproductive Medicine Review*, 239-242.
- D, V. R.-I. (2010). Hysterectomie par voie abdominale. *Techniques chirurgicales Urologie-Gynaecologie*, 300-312.
- Dandolu V, S. R. (2010). Is there any relationship. *Gynecol Pathol*, 29:568-71.
- De Meeus JB, B. G. (2011). L'hysterectomie par voie abdominale gardeu elle. *J Gynaecol Obsteet Biol Reprod* 1, 21: 513-517.
- Donnez J, T. T. (2012). PEARL I Study Group. Ulipristal acetate versus placebo for fibroid treatment before surgery. 366:409-20. .
- EA, S. (UptoDate Junio 2012). Epidemiology, clinical manifestations, diagnosis, and natural history of uterine leiomyomas (fibroids).
- Fady I, S. L. (2010). *Grown hormone receptor messenger ribonucleic acid*, 172: 814-19.
- Gomel V, T. P. (2010). Diagnostic and Operative Laparoscopy. .
- Hasson H, R. C. (2010). Laparoscopic Myomectomy *Obstet Gynaecol* . 169-171.
- Kumarathas P, K. L. (2010). Pseudo-Meig's syndrome. *A rare complication to uterine fibroma. Ugeskr Laeger*, 172:295-6. .
- Larasick S, L. A. (2010). Imaging of uterine leiomyomas. *Am J Obstec Gynaecol*, 158: 791-.
- Lasmar RB, X. Z. (2011). Feasibility of a new system of classification of submucous myomas. *A multi-center study. Fertil Steril*, 95:2073-7.
- Leugur M, L. M. (2010). A review *Obstet Gynecol* . "The myomatous erithacytosis syndrome", Vol 86; 1026-1030. .
- Murphy AA, K. L. (2010). Regression of uterine miomyomate in. 210-215.
- Parazzini F, N. E. (2011). Reproductive factors and risk of uterine fibroid. *Epidemiology*, 7:440-2.
- Phillip RN, R. M. (2011). *Mitogenic affects of basic fibroblast grown factor and estradiol*, 173:571-77.
- Rein MS, N. R. (2010). Biology of uterine myomas and miometrium in vitro. *Seminars in Reproduction*.
- Reinsch RC, M. A. (2011). *J Obstec Gynaecol* . *The effects of RU 486 and Leuprolide acetate on*, 170: 1623-28.

- S., O. (2008). incidente, aetiology and epidemiology of uterine fibroids. *est Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynecology*, 22:571-88.
- Schwartz S, V. L. (2010). Presented in the annual meeting of the Society for Epidemiological Research. *Familiar aggregation of uterine leiomioma.*, 3010-3012.
- Sutton C, D. M. (2010). ndoscopic Surgery for Ginecologists. 169- 174.
- Van den Bosch T, C. A. (2012). Screening for uterine tumours . Best Practise and Research . *Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 26:257-66.
- Van Elideren MA, C. S. (2010). Menorrhagia. *Current Concepts Drugs*. 43:201-09.
- VC, B. (2010). Aetiology, symptomatology and manage-ment. *Uterine leiomyomata*, 225:275-96. .
- Wezhat C, B. O. (2011). Hospital cost comparision bet when. *Obstet Gynaecol* , 93:713-715.
- WH, P. (2010). Management of adnexal masses by operative laparoscopy selection criteria *J Reprod*. 37:603-606.
- Wise LA, R. R. (2011). ntake of fruit, vegetables and carotenoids in relation to risk of uterine leiomyomata. *Am J Clin Nutr.*, 94:1620. .
- Yanai H, W. Y. (2010). Uterine leiomyosarcoma arising in leiomyoma. *Clinicopathological study of four cases and literatura review. Pathology InternationalL*, 60:506-9