

GINECOLOGIA

**MIOMATOSIS UTERINA
EN UNA MUJER JOVEN,
NULIPARA.
(Reporte de caso y
Revisión bibliográfica)**

Luis Angel Sequeiro Rojas *
Adriana Montero Alfaro **

S U M M A R Y

Uterine myomas are the most common solid pelvic tumors in woman. Are present in 1 of 4 women 35 years old. It is frequently symptomatic. The treatment must individualize, and it depends of woman age; pregnancies; and general health; and it could be expectant or surgical treatment. Use surgery when patients have uterine bleeding; pelvic pain; or several tumors. Diagnosis of uterine myomas are based in physical exam and pelvic ultrasound.

CASO CLINICO

Se trata de C.N.P femenina de 38 años, costarricense, vecina de San

Pedro de Montes de Oca, ama de casa, soltera, hija única, con seguro voluntario, quien vive con su padre solamente. Con antecedentes patológicos personales de “hiperglicemias” en control en la Clínica Moreno Cañas, cada 2-3 meses, sin tratamiento farmacológico. Sin antecedentes no patológicos de importancia. Antecedentes Gineco-obstétricos: con menarca a los 11 años, ciclos menstruales regulares, sin dismenorrea, núbil, nulípara, con fecha de la última regla del 06 de febrero del 2004. Sin antecedentes quirúrgicos de importancia. Con antecedentes heredo-familiares de Diabetes Mellitus en un tío paterno, cáncer gástrico en la madre y un tío materno, ya fallecidos.

Consulta al servicio de medicina general, por primera vez en febrero del año 2004, por control de sus niveles de glicemia; ya que en la Clínica la valoran periódicamente. El examen físico muestra: Presión arterial 130/90, IMC 37.6 para Obesidad grado 2, estatura de 157 cm y peso de 92.7 Kg. Cooperadora, hidratada, eupneica, deambula por sus propios medios, activa; abdomen se observa globoso levemente, peristalsis no audible, y a la palpación una masa gigante de bordes no definidos con exactitud, que abarca desde la pelvis hasta mas allá de la cicatriz umbilical, de aproximadamente 20 x 20 cms, indolora, de aspecto duro y leve móvil. Resto del examen físico es

* Médico General. Programa Atención Integral en Salud. Universidad de Costa Rica.

** Médico General. Programa Atención Integral en Salud. Universidad de Costa Rica.

normal. Laboratorio de febrero 2004 muestra pruebas de función renal normales; pruebas de función hepática normales; examen general de orina normal; glicemia posprandial en 113 mg/dl; hemo-leucograma normal y el ultrasonido de abdomen del mismo mes evidencia: masa sólida heterogénea de contornos bien definidos, la cual se extiende desde el epigastrio hasta la región pélvica y en sentido transversal hasta los flancos; por lo que sonográficamente es imposible de medir y determinar claramente su origen; pudiendo corresponder a masa retroperitoneal o mioma gigante del útero; hacia el flanco izquierdo adyacente a esta lesión se evidencia otra de 10 x 5 x 6 cm la cual es quística con calcificación gruesa en su interior de aproximadamente 2 cm; resto del estudio es normal. En estas condiciones es referida el servicio de cirugía general del hospital Calderón Guardia.

MARCO TEORICO Y DISCUSIÓN:

Son masas anormales de tejido liso que se localizan en y alrededor del útero y ocasionalmente en el cuello uterino. Otros términos por los que se suelen denominar son leiomioma, o fibroma uterino. (1) Con frecuencia son un hallazgo casual en una operación cesárea, lo cual pone de manifiesto que

muchos seguramente pasan sin diagnóstico. La miomatosis uterina produce esterilidad por las modificaciones que pueden acompañarla. En ocasiones, sobre todo los miomas sub-serosos, pueden provocar abortos a repetición. (2), (3). Son frecuentes entre los 30 y 50 años; una de cada 4-5 mujeres los tienen; y normalmente disminuyen de tamaño después de la menopausia y frecuentemente no requieren tratamiento. (4). El mioma uterino es el tumor benigno más frecuente en mujeres con o sin síntomas. Consiste en la proliferación celular anormal de células musculares del útero (mioma); a veces acompañado de proliferación de fibras de tejido conectivo del útero (fibroma) (5) (6). Su ocurrencia se incrementa con la edad, y se encuentran presentes entre un 20 % a 50 % de las mujeres mayores de 30 años de edad. (7). Más de un tercio no dan síntomas. Los síntomas iniciales pueden ser: sensación de plenitud; hemorragia no relacionada con la menstruación; dificultad o dolor al orinar; dolor en la pelvis; aumento del perímetro abdominal. (8), (9).

ETIOLOGÍA

El mioma uterino es una masa de tamaño variable, desde 1 - 2 centímetros de diámetro hasta varios kilos de peso; redondeada y de consistencia firme elástica, que

aparece dentro del útero. Pueden ser únicos o múltiples. Crece, en parte por acción de los estrógenos (10). Se desconoce la causa de los miomas de útero; pero hay algunas pruebas que son de origen unicelular. Habiendo receptores de estrógenos en concentraciones mayores que en el endometrio circundante. Se sabe que aumentan de tamaño con terapéutica de estrógenos y durante el embarazo. Además, disminuyen de tamaño y aún llegan a desaparecer después de la menopausia (11), (12). Hay evidencia que la hormona de crecimiento (HC), actúa sinérgicamente con el estradiol induciendo el crecimiento de los leiomiomas. Sharara y cols. Reportaron la presencia de receptores de hormona de crecimiento en estos tumores. Se ha observada una alta incidencia de leiomiomas en pacientes con acromegalia, en quienes el exceso de la hormona de crecimiento se piensa tenga un papel importante como causa. (13).

CLINICA

Muchos miomas uterinos no presentan sintomatología alguna. Sin embargo aproximadamente un tercio presentan una masa abdominal, una hemorragia uterina anormal, sensación de presión o dolor en la pelvis. El síntoma más frecuentemente asociado es la hemorragia uterina anormal. Ocasionalmente pueden contribuir a un pro-

blema de infertilidad. También se han relacionado con abortos a repetición (14). Los miomas pueden causar esterilidad o disminuir las posibilidades de concepción. Dependiendo de su número, tamaño y localización, puede también aumentar el riesgo de abortos. Estos tumores pueden sufrir necrosis y reacciones inflamatorias debido a las malas condiciones circulatorias (15).

DIAGNOSTICO

Se establece con datos del examen físico, laboratorio, rayos equis, ultrasonido.

1. Datos al examen físico: se descubren fácilmente por palpación bimanual habitual del útero o algunas veces por la simple palpación del abdomen inferior. Cuando el cuello uterino es desplazado hacia arriba detrás de la sínfisis del pubis generalmente hay grandes fibromas. El diagnóstico es obvio cuando el contorno uterino normal esta distorsionado por una o más masas firmes, esféricas y lisas; pero con frecuencia no es posible tener absoluta certeza. Importante, primero, descartar embarazo (16).
2. Datos de laboratorio: se puede presentar anemia como resultado de hemorragia uterina excesiva y disminución de las reservas de hierro. También se puede ver leucocitosis y velocidad de eritrosedimentación elevada, en casos de degeneración aguda

o de infección del mioma. (17).

3. Datos radiológicos: típicamente aparecen con masas de tejido blando en las radiografías de pelvis y el abdomen inferior; sin embargo, la atención a veces se enfoca a un mioma por la calcificación dentro del tumor (18).
4. Datos de ultrasonido: el ultrasonido pélvico es muy orientador; nunca debe ser un sustituto de un examen pélvico minucioso (19). Los fibromas; son fácilmente diagnosticados por ultrasonido. Estos ocurren en 20% de todas las mujeres mayores de 35 años. Aproximadamente el 95% de los fibromas son de localización intramural en el fondo del útero (20). Gross et al. (1983) reportan una sensibilidad del 60% en estudios prospectivos y 78% en evaluaciones retrospectivas (21).

COMPLICACIONES

Se determina si la mujer esta o no en estado gravídico:

1. Gestantes: durante el segundo y tercer trimestre del embarazo los miomas pueden aumentar de tamaño por edema y hemorragia y los cambios degenerativos; pueden conducir a dolor e hipersensibilidad local. (22).

Durante el trabajo de parto pueden producir inercia uterina; distocia fetal o bloqueo del canal de parto; que constituye una indicación para el parto por cesárea. Los miomas pueden bloquear las contracciones uterinas eficaces después del parto y, por tanto; debe prevenirse la posibilidad de hemorragia puerperal. (23).

2. No gravídica: la complicación más frecuente es la hemorragia uterina con anemia grave. Es menos frecuente la obstrucción urinaria o intestinal a causa de miomas muy grandes o parasitarios; y la transformación maligna es rara en este tipo de tumores. (24).

TRATAMIENTO

La elección del tratamiento depende de la edad de la paciente, su paridad, la presencia o no de embarazo, el deseo de futuros embarazos, su salud general, y los síntomas que refiere, así como las dimensiones, la localización y el estado de conservación de los miomas (25). Puede ser de dos tipos el tratamiento:

1. Observación y seguimiento: en muchos casos, el tratamiento quirúrgico no es necesario; particularmente si la mujer está asintomá-

tico, el tumor es pequeño o es postmenopáusica. Estas deben ser examinadas cada 3 a 6 meses (26).

2. Cirugía: la miomectomía puede realizarse para preservar el útero para futuros embarazos; la cual es más comúnmente realizada por vía abdominal. Es la operación de elección cuando la indicación es la infertilidad o cuando el tumor ha de ser extirpado porque su localización puede interferir con el parto normal. Las miomectomías múltiples tienen una alta frecuencia de complicaciones post-operatorias en términos de adherencias y obstrucción intestinal, y existe una relativa frecuencia de recurrencia. Así, la extirpación de un único tumor puede ser de valor, pero la miomectomía múltiple solo debe realizarse en pacientes jóvenes seleccionadas. Para la mayoría de las pacientes sintomáticas el tratamiento debe ser la histerectomía; prefiriendo la vía abdominal para inspeccionar la pelvis. Ya que los tumores grandes y los intraligamentarios pueden distorsionar los uréteres de su curso habitual y hacer posible su lesión quirúrgica traumática, por ello se deben disponer catéteres en los uréteres antes de la cirugía. No hay razón para la extirpación de los ovarios en la histerectomía por miomatosis uterina. La histerectomía no debe realizarse sin legrado previo uterino, para descartar enfermedad intercurrente endometrial o cervical (27).

3. Radioterapia: no tiene lugar en el tratamiento de la miomatosis (28).

ANATOMIA PATOLÓGICA

Los miomas son masas bien delimitadas, por lo general redondas, no encapsuladas, duras, de color blanco grisáceo, que en la superficie de corte presentan un aspecto arremolinado característico. Muy rara vez afecta ligamentos uterinos, segmento uterino inferior o cérvix. Los incluidos en el miometrio se llaman intra murales. Los que están debajo de la serosa de la cubierta del cuerpo uterino se llaman subserosos. Algunos que están en la inmediata proximidad del endometrio se llaman sub-mucosos. En raras ocasiones una lesión subcervical puede desarrollar un tallo delgado extremadamente largo;

este se denomina leiomioma migratorio. A veces, estos se adhieren a estructuras adyacentes o al epiplón y desarrollan un riego sanguíneo auxiliar y pierden su unión original al útero, entonces se llaman leiomiomas parasitarios. Histológicamente, esta compuesto por haces arremolinados de células musculares lisas que remedan la arquitectura del miometrio indemne. Las células musculares individuales tienen forma y tamaño uniformes, núcleo ovalado y característico, procesos citoplásmicos bipolares delgados y alargados. Las imágenes mitóticas son escasas y no se encuentran células gigantes ni anaplasia (29).



Mioma gigante

R ESUMEN

Los tumores uterinos llamados fibromas, leiomiomas o miomas son los tumores benignos más frecuentes de la pelvis femenina; se presenta en una de cada cuatro mujeres mayores de treinta y cinco años; asintomáticos en la gran mayoría. Se debe individualizar el tratamiento dependiendo de la edad, paridad, y estado de salud de la paciente en expectante y quirúrgico. Tratamiento conservador en miomas asintomáticos y tratamiento quirúrgico en miomatosis gigante, múltiples, hemorragia uterina importante y dolor asociado; mediante histerectomía abdominal. El diagnóstico sigue siendo clínico apoyado en el ultrasonido

gestación. A esta usuaria se le pélvico una vez descartada la diagnóstico mioma uterino, el cual se sometió a extracción quirúrgica en mayo del año 2004; dejando solamente los ovarios en la cavidad pélvica; se le realizó una histerectomía vía abdominal.

B IBLIOGRAFIA

- 1- Danforth. D. N. Tratado de Obstetricia y Ginecología. Editorial Interamericana, 4ª edición. 1986, 1060.
- 2- Danforth. D. N. Tratado de Obstetricia y Ginecología. Editorial Interamericana, 4ª edición. 1986, 529-530.
- 3- Hansmann et al. Ultrasound diagnosis in Obstetrics and Gynecology. Springer-Verlag. 1986, 382-383.
- 4- Minguez Mujo, José. [www.vitalud.com/documento, miomas uterinos](http://www.vitalud.com/documento_miomas_uterinos).
- 5- Pernoll Martín L. MD. Diagnóstico y tratamiento gineco-obstetricos. El Manual Moderno, 6ª edición. 1993, 87 1-876.
- 6- Revista Colombiana Obstetricia Ginecología, Apr. /June 2003, vol.54, no.2, p.121-134. ISSN 0034-7434
- 7- Robbins. Stanley L. MD. Patología estructural y funcional. Nueva Editorial Interamericana. 3ª Edición. 1984, 1117-1118.
- 8-Schwarcz-Sala-Duverges. Obstetricia El Ateneo, 5ª edición. 1995, 333.
- 9- Wallach, Edward E; Vlahos, Nikos F. Uterine Myomas: An Overview of Development, Clinical Features, and management. *Obstetric Gynecologic* 2004. 104: 393-406.
- 10-www.tuotromedico.com/tema/mioma_uterino