

Mioma uterino gigante

LLajaruna Zumaeta Edwin^{1,3}
Minchola Vega Jorge Luis¹
Mendoza Mendoza Andy Manuel¹
Velásquez Culque Karina Liliana²

RESUMEN

El mioma uterino gigante es una afección benigna de la cual se describen pocos casos en la literatura. Se presenta el caso de una paciente de 47 años de edad, con un tiempo de enfermedad de 4 años de evolución desde el diagnóstico del mioma uterino. El último año refiere opresión abdominal, aumento de volumen y sangrado vaginal abundante durante las menstruaciones. El tratamiento fue histerectomía abdominal total, previamente se realizó miomectomía con ligadura de pseudocápsula para controlar sangrado intraoperatorio. Se extrajo un mioma gigante del útero cuyo peso fue de 13,2 kg. Paciente con evolución favorable, fue dada de alta. Se decide realizar la presentación del caso a la comunidad médica por ser poco frecuente, además de recomendaciones para el manejo quirúrgico de las pacientes con tumores ginecológicos gigantes.

Abstract

Giant uterine myoma is a benign condition of which few cases are described in the literature. The case of a 47-year-old patient is presented, with a 4-year disease evolution since the diagnosis of the uterine myoma. In the last year, she has reported abdominal tightness, increased volume, and heavy vaginal bleeding during menstruation. Treatment was total abdominal hysterectomy, previously a myomectomy with pseudocapsule ligation was performed to control intraoperative bleeding. A giant fibroid was removed from the uterus, weighing 13.2 kg. Patient with favorable evolution was discharged. It was decided to present the case to the medical community because it is rare, in addition to recommendations for the surgical management of patients with giant gynecological tumors.

Palabras clave: Mioma gigante, miomectomía, histerectomía

Key words: *Giant myoma, myomectomy, hysterectomy*

1. Médico Asistente del Servicio de Ginecología del Hospital Nacional Dos de Mayo.
2. Médico Residente de Obstetricia y Ginecología del Hospital Nacional Dos de Mayo.
3. Médico Asistente del Servicio de Ginecología de Clínica Internacional.

Cómo citar el artículo: Llajaruna E, Minchola J, Mendoza A, Velasquez K. Mioma uterino gigante. 22-27

Introducción

Los miomas uterinos, también denominados fibromas o leiomiomas representan el 50-60% de los tumores benignos de la pelvis⁽¹⁾. Su incidencia en mujeres negras es de 2-3 veces más, mientras que la incidencia entre mujeres hispanas, asiáticas y blancas es similar⁽²⁾.

Son tumores monoclonales que surgen del tejido muscular liso y se componen de grandes cantidades de matriz extracelular que forman una parte sustancial del volumen del tumor, su crecimiento depende de los esteroides ováricos: estrógeno y progesterona⁽³⁾. Aunque, se ha observado que los miomas en una misma paciente crecen a ritmos diferentes a pesar de un medio hormonal uniforme. Sin embargo, los miomas solitarios presentan un crecimiento más rápido que los múltiples⁽⁴⁾.

La mayoría de miomas son asintomáticos, sin embargo, según la localización pueden causar diferente clínica como: sangrado menstrual abundante o prolongado, dismenorrea, dolor pélvico, infertilidad o aborto. Los miomas grandes pueden provocar disfunción intestinal, vesical o protrusión abdominal⁽⁵⁾.

El parámetro utilizado para describir el tamaño del mioma es el peso y no las medidas, se define mioma gigante a un peso $\geq 11,3$ kg y mioma grande a un peso entre 0,8-11,3 kg⁽⁶⁾.

En la evaluación, la presencia de un útero aumentado de tamaño e irregular es sugerente de mioma y el diagnóstico se complementa con ultrasonido, tomografía computarizada o resonancia magnética lo que permite identificar el tamaño, la ubicación, el número y la perfusión, así como la presencia de otras patologías pélvicas; siendo estas características indispensables en la planificación del manejo^(3,7).

Reportamos el caso de un mioma de 13,2 kg manejado en el Servicio de Ginecología del Hospital

Nacional Dos de Mayo de Lima - Perú, además de brindar una revisión y discusión de la patología.

Caso clínico

Paciente mujer de 47 años de edad con obesidad mórbida, presenta un tiempo de enfermedad de 4 años con diagnóstico de mioma uterino asintomática. Hace 1 año refiere percibir masa a nivel abdominal que fue incrementando su volumen ocasionando opresión y leve dolor abdominal, los últimos 6 meses se agrega al cuadro clínico sangrado vaginal abundante durante sus menstruaciones por lo que acude a centro hospitalario. Niega problemas de defecación y micción. Tiene como antecedentes G2P2002, no hay antecedentes médicos y quirúrgicos de importancia. Al examen físico un Índice Masa Corporal de 46 kg/m², abdomen con panículo adiposo incrementado en la cual se palpa una masa de superficie regular de aproximadamente 40 cm de largo y 30 cm de ancho, no dolorosa a la palpación y ausencia de signos peritoneales. (Figura 1)



Figura 1 Paciente durante examen físico

Al ingreso al hospital se realizan estudios de laboratorio, incluidos hemoglobina de 12,5 mg/dl. En el informe de TEM abdomino-pélvica con contraste se identifica masa de aspecto heterogéneo de bordes bien definidos de dimensiones 32cm de largo, 31cm de ancho y 23cm de alto que ocupa los dos tercios inferiores de la cavidad abdominal con

desplazamiento de estructuras adyacentes (Figura 2). Se le realiza un UroTEM donde no se evidencia dilatación ureteral.



Figura 2 TEM abdominal, corte sagital

Es una paciente con deseos genésicos cumplidos y obesidad tipo 3 a la que se programa para una laparotomía exploratoria e hysterectomía abdominal total más salpingooforectomía bilateral.

La intervención se realiza bajo anestesia general y antibioticoterapia profiláctica con cefazolina 2 gramos endovenoso. Se inicia un abordaje por incisión mediana supra e infraumbilical, identificando tumoración proyectada desde el tercio inferior de la cara posterior del cuerpo uterino, hacia tabique rectovaginal, ocupando la cavidad abdominal casi en su totalidad, con desplazamiento lateral de vísceras intraabdominales e impidiendo iniciar el abordaje hacia los vasos uterinos.

Entonces se opta por iniciar con miomectomía. La incisión longitudinal se realizó con electrobisturí sobre la serosa que cubre el mioma (Figura 3).

A continuación, se procedió a la enucleación del mioma sujetándolo con pinzas de campo backhaus



Figura 3 Abordaje quirúrgico Mioma Gigante

y haciendo tracción. Seguidamente se realizó la disección cortante y roma de la pseudocápsula que rodeaba al mioma, liberándola del miometrio adyacente. Se extirpó serosa redundante y se realizó sutura continua para controlar sangrado sobre el lecho y bordes. Posteriormente se realiza la hysterectomía abdominal total con técnica intrafascial más salpingooforectomía bilateral, fijación de cúpula y peritonización. Encontrándose una masa sólida de 38 cm de largo con 32 cm de ancho, de superficie regular, vascularizada y con un peso de 13.2 kg (Figura 4). Durante el intraoperatorio la paciente es transfundida con 04 unidades de paquetes globulares para compensar las pérdidas, además de 01 unidad de plaquetas, con resultado de hemoglobina control de 8.4mg/dl.

La paciente evolucionó favorablemente con control de dolor posoperatorio con analgésicos, adecuada

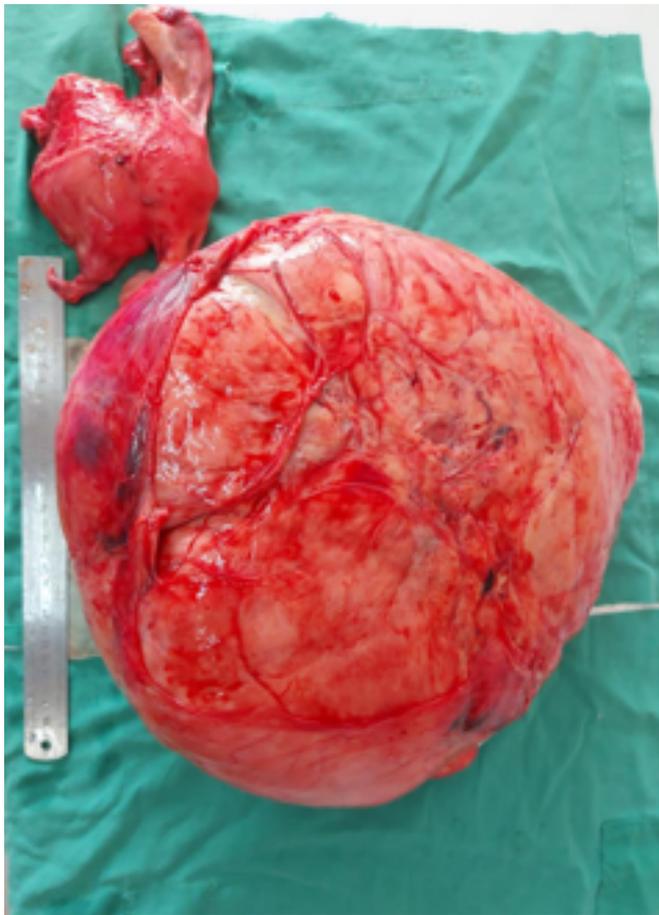


Figura 4 Pieza operatoria: Mioma Gigante y Útero

diuresis, tolerancia oral, reposición intestinal y con mejor control de hemoglobina y se da el alta médica al tercer día postoperatorio. El informe anatómico-patológico reveló cervicitis crónica, endometrio atrófico, pólipo endometrial sin atipia, leiomioma gigante variante celular con áreas de necrosis y degeneración hialina.

Discusión

Los miomas son la neoplasia benigna más común de los órganos reproductivos de la mujer, causando con frecuencia un impacto negativo en dichos órganos y produciendo un importante deterioro de la calidad de vida con una morbilidad significativa⁽⁸⁾. Son frecuentes entre los 30 a 50 años, rango señalado por otros autores como período en el que se presentan con más frecuencia los miomas. El índice de masa corporal (IMC) se ha asociado con un modesto aumento del riesgo de miomatosis uterina⁽⁹⁾.

La edad de la citada paciente fue de 47 años, múltipara y con IMC 46 kg/m², tuvo como sintomatología fundamental, la presencia de masa abdominal de crecimiento abrupto y dolor pélvico.

En general, aunque algunos resultan asintomáticos, otros producen síntomas por compresión de otros órganos, sangrado, dolor, a veces torsión, con abdomen agudo en los casos pediculados, y hasta insuficiencia respiratoria por restricción en los que ocupan todo el abdomen y rechazan hacia arriba el diafragma^(8,10).

Los miomas se perciben por ultrasonido de distintos modos, la mayor parte de ellos aparecen como masas nodulares múltiples, bien definidas, hipocogénicas y homogéneas. Aquellos que crecen rápidamente, por ejemplo, en el embarazo, pueden confundirse con quistes hipocogénicos, otros son pedunculados y en ocasiones pueden deprimir la pared posterior de la vejiga. También puede recurrirse a la resonancia magnética o la tomografía axial computarizada, mediante su realización, las imágenes obtenidas brindan información acerca de los fibromas y de su relación con órganos vecinos^(5,11).

Aunque hay autores que estiman cifras de peso y longitud en los leiomiomas uterinos, en nuestro departamento de patología fue descrito como gigante. La terminología de estos tumores de gran tamaño contiene calificativos muy variados y confusos, entre los cuales se incluyen: inmensos, enormes, extensos, voluminosos, masivos, grandes, muy grandes, gigantes, gigantesco^(10,12,13).

En lo referente al tratamiento quirúrgico para este tipo de pacientes con tumores intraabdominales gigantes, la opción de primera línea es la histerectomía abdominal total en pacientes con deseos reproductivos cumplidos. Previamente la posibilidad de realizar una miomectomía, así poder tener mejor visibilidad y acceso para iniciar el procedimiento propuesto. La miomectomía ofrece un a su vez un riesgo de pérdida sustancial de sangre intraoperatoria. Sin embargo; se han desarrollado

numerosas técnicas médicas y quirúrgicas para minimizar la pérdida de sangre, minimizar la tasa de transfusión y otras posibles complicaciones⁽¹⁴⁻¹⁶⁾, tales como el uso de agonistas de hormona liberadora de gonadotropina, prostaglandinas intravaginales, vasopresina, ligadura de arterias uterinas, torniquete pericervical, ligadura de la pseudocápsula del mioma, entre otras. En el presente caso usamos ligadura de pseudocápsula del mioma, el acceso a los vasos uterinos en primera intención no fue posible por el tamaño descrito de la tumoración. El manejo médico fue diferido por la comorbilidad que presentaba la paciente y evitar complicaciones cardiopulmonares⁽¹⁷⁾.

Es importante mantener un estado normovolémico con una presión venosa central entre 12-15 cm H₂O con el aporte adecuado de fluidos. En estos casos, se puede presentar el síndrome de compresión aorto-cava y durante la descompresión del tumor ocurren caídas bruscas de la tensión arterial y el gasto cardiaco que se pueden evitar con un buen manejo en el aporte de los fluidos, además este estado normovolémico hace que se pierda menor masa eritrocitaria por la dilución sanguínea, lo que hace que se mantenga una buena perfusión tisular, al tener niveles adecuados de presión arterial media y mejorar la reología sanguínea al disminuir la viscosidad de la sangre, trayendo como consecuencia el no aporte o la disminución del aporte de hemoderivados en estas pacientes, evitando todas las complicaciones que puede traer como consecuencia la politransfusión^(10,18).

Agradecimientos

Al equipo de anestesiología y sala de operaciones del Hospital Nacional Dos de Mayo.

Ayudas o fuentes de financiamiento

Ninguno.

Conflictos de interés

Los autores no reportan conflictos de interés respecto al presente manuscrito.

Bibliografía

1. Donnez J, Dolmans M-M. Uterine fibroid management: from the present to the future. *Hum Reprod Update*. 20 de noviembre de 2016;22(6):665-86.
2. Pavone D, Clemenza S, Sorbi F, Fambrini M, Petraglia F. Epidemiology and Risk Factors of Uterine Fibroids. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 1 de enero de 2018; 46:3-11.
3. Vilos GA, Allaire C, Laberge P-Y, Leyland N, Vilos AG, Murji A, et al. The Management of Uterine Leiomyomas. *J Obstet Gynaecol Can*. 1 de febrero de 2015;37(2):157-78.
4. Peddada SD, Laughlin SK, Miner K, Guyon J-P, Haneke K, Vahdat HL, et al. Growth of uterine leiomyomata among premenopausal black and white women. *Proc Natl Acad Sci*. 16 de diciembre de 2008;105(50):19887-92.
5. Stewart EA. Uterine Fibroids. *N Engl J Med*. 23 de abril de 2015;372(17):1646-55.
6. Briceño-Pérez C. Carta al Editor Tumores uterinos y ováricos: ¿Gigantes? o Grandes. *Rev Obstet Ginecol Venezuela*. 1 de enero de 2007;67.
7. Huete G Á, Craig V J, Vial A MC, Farías J M, Tsunekawa H, Cuello F M. Rol de la imagenología en el proceso diagnóstico de la patología ginecológica benigna. *Rev Chil Obstet Ginecol*. febrero de 2016;81(1):63-85.
8. Inaba F, Maekawa I, Inaba N. Giant myomas of the uterus. *Int J Gynecol Obstet*. 2005;88(3):325-6.
9. CirugiaMinimamenteInvasiva_Flasog.pdf [Internet]. [citado 27 de febrero de 2021]. Disponible en: https://www.comego.org.mx/libros/CirugiaMinimamenteInvasiva_Flasog.pdf
10. Sarduy Nápoles M, Vasallo Prieto R, Collera S, Martínez Chang YM, Correa Padilla JM, Rivero Ojeda J, et al. Miomatosis uterina gigante. *Rev Cuba Obstet Ginecol*. septiembre de 2009;35(3):0-0.
11. Ramírez Fajardo K, Torres Alfes G, Frutos Ramírez YK. Diagnóstico ecográfico de mioma uterino en mujeres con síntomas ginecológicos. *MEDISAN*. septiembre de 2012;16(9):1350-7.
12. Oelsner G, Elizur SE, Frenkel Y, Carp H. Giant uterine tumors: two cases with different clinical presentations. *Obstet Gynecol*. mayo de 2003;101(5 Pt 2):1088-91.
13. Müller R, Břeský P. [Giant uterine fibroid - case report]. *Ceska Gynekol*. enero de 2016;81(1):71-5.
14. Nappi L, Matteo M, Giardina S, Rosenberg P, Indraccolo U, Greco P. Management of uterine giant myoma. *Arch Gynecol Obstet*. 1 de julio de 2008;278(1):61-3.
15. Lim PT, Tan CH, Chia HL, Phoon J. Management of a giant uterine leiomyoma. *Case Rep*. 4 de septiembre de 2018; 2018:bcr-2017-224052.
16. Márquez Hernández J, Barrabí Díaz A, Armas Pérez BA, Rubinos de la Rosa J. Histerectomía abdominal en un servicio de cirugía general. *MEDISAN*. febrero de 2014;18(2):172-80.
17. Hickman LC, Kotlyar A, Shue S, Falcone T. Hemostatic Techniques for Myomectomy: An Evidence-Based Approach. *J Minim Invasive Gynecol*. 1 de mayo de 2016;23(4):497-504.
18. Kongnyuy EJ, Wiysonge CS. Interventions to reduce haemorrhage during myomectomy for fibroids. *Cochrane Database Syst Rev [Internet]*. 2014 [citado 27 de febrero de 2021];(8). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005355.pub5/full>

Correspondencia:

Edwin LLajaruna Zumaeta

Parque de la medicina s/n, cercado de lima
Jefe Servicio Ginecología Hospital Nacional
Dos de Mayo

Médico Asistente del Servicio de Ginecología de
Clínica Internacional.

E-mail: edwin.llajaruna@medicos.ci.pe