

Miomatosis uterina gigante

Giant uterine myomatosis

Miguel Sarduy Nápoles^I; Raúl Vasallo Prieto^{II}; Simeón Collera^{III}; Ysis M. Martínez Chang^{IV}; Jorge Miguel Correa Padilla^V; Javier Rivero Ojeda^{VI}; Joel Frigola Cartaya^{VII}; Carlos Alfonso Sabatier^{VIII}

^I Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de II Grado en Obstetricia y Ginecología. Profesor Titular. Investigador Auxilliar. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

^{II} Especialista de II Grado en Obstetricia y Ginecología. Instructor. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

^{III} Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar de la Facultad Ciencias Médicas Victoria de Girón. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

^{IV} Especialista de II Grado en Obstetricia y Ginecología. Instructora. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

^V Especialista de I grado en MGI, en Anestesiología y Reanimación. Instructor. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

^{VI} Especialista de II Grado en Urología. Profesor Auxiliar. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

^{VII} Residente de 4to año en Urología. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

^{VIII} Especialista de I Grado en Anatomía Patológica. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

RESUMEN

El gran tamaño de algunos tumores ha sido descrito con asombro a través del tiempo. Entre ellos se incluyen los ginecológicos, sobre los cuales se describen casos de crecimiento descomunal, e incluyen los uterinos u ováricos. El caso de mayor tamaño fue descrito por *Hunt* en 1888 como hallazgo en una necropsia, con el "asombroso" peso de 63,5 kg. 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", "gigantescos". *Beacham* y otros, en 1971 definieron como "gigantes" a los tumores uterinos u ováricos con peso superior a 25 lbs (11,3 kg). *Briceño-Pérez* y otros en el año 2001 propusieron utilizar el término de "grandes

miomas uterinos" (GMU) para aquellos con peso entre 0,8 Kg (peso límite aproximado para decidir la vía quirúrgica abdominal o vaginal) y 11,3 Kg (peso límite establecido por *Beacham* y colaboradores para los miomas uterinos gigantes). El caso que se presenta fue operado el día 20 de enero de 2009 en el Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas, al cual se le realizó histerectomía total con el diagnóstico de miomatosis gigante del útero cuyo peso fue de 11,31 kg. Se hacen recomendaciones para el manejo quirúrgico de las pacientes con tumores ginecológicos gigantes.

Palabras clave: Miomatosis gigante, fibroma, leiomioma.

ABSTRACT

The large size of some tumors has been described with surprise over the time. Among them are included the gynecologic ones, on which are presented cases of an enormous growth and the uterine and ovarian types are also included. The largest size of a tumor was described by Hunt in 1888 as a necropsy finding, which weighing 63,5 kg. Terminology of these large size tumors include very varied and confused epithets: "inmensos", "huges", "extensive", "bulkies", "mass", "larges", "very larges", "giants", and "gigantics". Beachman et al, in 1971 defined as "giants" the uterine or ovarian tumors weighing more than 25 pounds (11,3 kg). Briceño-Pérez et al in 2001 proposed the use of the term "large uterine myomas" (LUM) for those weighing between 0,8 kg (limit weight established by Beacham et al for the giant uterine myomas). Present case was operated on in January 20, 2009 in Medical and Surgical Researches Center, performing a total hysterectomy diagnosed with uterine giant myomatosis weighing 11,31 kg. Authors made recommendations on surgical management of patients presenting giant gynecological tumors.

Key words: Giant myomatosis, fibroma, leiomyoma.

INTRODUCCIÓN

El término mioma es uno de los más utilizados para designar las tumoraciones benignas del tejido muscular liso, aunque existen otros vocablos para su nominación tales como: fibroma, fibromioma, leiomioma.

Los miomas uterinos son por tanto, neoplasias benignas del útero, constituidas por fibras musculares lisas y tejido fibroso, que pueden ser únicos o múltiples, aparecen muy frecuentemente durante las edades reproductivas de la vida, con mayor frecuencia en pacientes negras o mestizas y nulíparas, aunque no es exclusivo de mujeres con esas características.¹

Cuando los miomas están presentes en el útero pueden dar muchos síntomas dependientes de ellos, sobre todo según su localización. Los submucosos crecen

hacia el interior de la cavidad uterina, tapizados por el endometrio o fijados por pedículos; los intramurales crecen incluidos en el espesor del músculo uterino y los subserosos lo hacen hacia la cavidad abdominal, en ocasiones fijados por pedículos.

Se han planteado diferentes formas anatomoclínicas según su ubicación, aunque muchas veces los síntomas se superponen al existir miomas con diferentes localizaciones en una paciente. En las mujeres con miomas submucosos predomina la metrorragia, con intramurales, el dolor y la metrorragia pueden estar presentes; y con subserosos pueden cursar asintomáticas o pueden presentarse síntomas de compresión sobre los uréteres, vejiga, intestino delgado o colon, hígado y vasos retroperitoneales, entre otros, en dependencia del tamaño y su posición.

Esta compresión extrínseca sobre el aparato urinario puede ocasionar el retardo en la eliminación de orina por un aumento de la presión intraureteral que puede provocar hidronefrosis y daño renal a mediano o largo plazo e incremento en la frecuencia urinaria por su efecto sobre la vejiga. Cuando la compresión se ejerce sobre el aparato gastrointestinal puede dar lugar a diversos síntomas por la presión ejercida.²

El caso que vamos a presentar, amerita referir algunos datos sobre los que se han dado en llamar "miomas uterinos gigantes".

El gran tamaño de algunos tumores ha sido descrito con asombro a través del tiempo. Entre ellos se incluyen los ginecológicos, sobre los cuales se describen casos de crecimiento descomunal, e incluyen los uterinos u ováricos.

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", "gigantescos", etc.³

El caso de mayor tamaño fue descrito por *Hunt* en 1888 como hallazgo en una necropsia, con el "asombroso" peso de 63,5 kg.⁴

Beacham y otros, en 1971 definieron como "gigantes" a los tumores uterinos u ováricos con peso superior a 25 lbs (11,3 kg).⁵

En 1973 *Singhabhandhu* y otros reportaron la extracción de un mioma uterino de 45,5 Kg.⁶

Briceño-Pérez y otros ⁷ en el año 2001 propusieron utilizar el término de "grandes miomas uterinos" (GMU) para aquellos con peso entre 0,8 Kg (peso límite aproximado para decidir la vía quirúrgica abdominal o vaginal) y 11,3 Kg (peso límite establecido por *Beacham* y otros para los miomas uterinos gigantes).

"Desde 1979 hasta el 2003 no se encontró ningún reporte en la base de datos MEDLINE, con las palabras clave *myoma*, *fibroid*, *giant uterine tumors*, *leiomyoma* en todos los idiomas", publicaron *Costa Benavente* y otros en su trabajo Mioma uterino gigante en la Revista Mexicana de Ginecología y Obstetricia.⁴

En Venezuela, hasta el 2001 no se habían reportado miomas gigantes, el de mayor tamaño fue de 8 Kg, informado por *Guendsechadse* y *Narváez* en 1964 en la Revista Venezolana de Obstetricia y Ginecología.⁸

En mayo del 2003 *Oelsner* y su equipo publicaron dos casos de miomas de 40 (88 lb) y 43 kg (95 lb), respectivamente.⁹

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 38 años sin embarazos previos con el antecedente de presentar hipertensión arterial ligera en ocasiones, para la cual no tenía tratamiento, que desde hace unos ocho años fue diagnosticada de fibroma uterino al acudir a un facultativo por presentar irregularidades menstruales e indicada su operación, la cual no se efectuó por decisión personal. Desde entonces, ha continuado con trastornos menstruales (hiperpolimenorrea) que la han llevado ocasionalmente, a cifras de hemoglobina de 9 g/L. Otros síntomas referidos fueron: constipación, en ocasiones falta de aire a los esfuerzos, sensación de plenitud, aumento de peso y distensión abdominal.

Examen físico:

Color de la piel: negra. Talla: 155 cm. Peso: 71,8 Kg.

Mucosas hipocoloreadas.

Frecuencia respiratoria: 24/min.

Tensión arterial 120/80 Frecuencia cardiaca 84/min.

A la exploración abdominal:

Se encontró una masa muy grande que ocupaba toda la cavidad hasta el apéndice xifoides y deformando el abdomen hacia ambos lados, de bordes definidos y consistencia dura, no pudiendo precisarse si se fija a planos profundos, algo dolorosa a la palpación y movilización, no se logran auscultar los ruidos hidroaéreos.

Al examen ginecológico:

El cuello uterino se observó de características normales.

No se puede delimitar el útero y los anejos por la gran masa tumoral que lo dificulta.

Exámenes complementarios en el chequeo preoperatorio:

Hb 11,7 g/L.

VDRL, HIV, glicemia, creatinina, exudado vaginal con cultivo, prueba citológica, rayos X de tórax y electrocardiograma normales. Cituria: leucocitos y albuminuria ligera.

Ultrasonido abdominal:

Útero gigante que desplaza todas las estructuras abdominales, heterogénea y de vascularización central que no es medible. Dilataciones varicosas pelvianas. Líquido libre en cavidad abdominal. Riñón derecho: gran hidronefrosis con pérdida del parénquima renal. Riñón izquierdo presenta características normales. Hígado desplazado por la tumoración. Es difícil precisar el resto de los órganos abdominales.

Se realiza la intervención quirúrgica el día 20 de enero de 2009.

Preparación anestésica:

Se recibe paciente en el Salón de Operaciones, con vena radial canalizada con trocar #18, se realiza monitorización no invasiva con electrocardiograma, tensión arterial, frecuencia respiratoria y cardíaca y saturación de oxígeno. Se comienza inducción lenta con Lidocaína 60 mg, Fentanil 6 mL, Dipriván 120 mg y Vecuronio 6 mg, se realiza ventilación con oxígeno al 100 % a través de máscara facial durante 3 min y se realiza laringoscopia e intubación atraumática con tubo endotraqueal No. 8, se acopla al ventilador y se comprueba por la auscultación la correcta posición del tubo endotraqueal. Se completa la monitorización con la medición del CO₂ espirado y la diuresis.

El mantenimiento anestésico se realiza con oxígeno y aire mezclados a razón de 0,5 mL cada uno (ventilación con bajos flujos) e Isoflurano entre 2 y 2,5 volúmenes %.

Se realiza abordaje venoso profundo (yugular interna derecha por vía media) para el monitoreo de la presión venosa central y se canaliza la arteria radial para el monitoreo hemogasométrico.

Acto operatorio:

Se utiliza analgesia preventiva con Dipirona 2,4 gr. EV y Tramadol 100 mg disueltos en 100 mL de NaCl 0,9% EV antes de realizarse la incisión quirúrgica.

Incisión paramedia izquierda supra e infraumbilical y se abre por planos. Abundante líquido peritoneal que se extrae y se envían muestras para estudios citológico y microbiológico. Se extraen cuidadosa y lentamente las tumoraciones grandes que en número de dos se bifurcan desde un pedículo corto y grueso en el fondo uterino, el cual se encuentra algo aumentado de tamaño.

Se aprecia un rechazo del hígado, el cual se encuentra algo aplanado por la compresión tumoral.

El uréter derecho se encuentra dilatado y adherido firmemente a la cara posterior de la tumoración que se secciona involuntariamente y se coloca un catéter en J entre riñón y vejiga, realizando la anastomosis término terminal. Se realiza la exéresis de ambas tumoraciones y luego se realiza la histerectomía total abdominal con doble anexectomía. Se deja drenaje intraperitoneal.

Pérdidas transoperatorias

Hemáticas: 3500 mL

Diuresis: 300 mL

Exposición: 1500 mL

Total: 5300 mL

Ingresos transoperatorios

Na CL 0,9%: 1000 mL

Ringer lactato: 3500 mL

Gelatina: 1500 mL

Glóbulos: 500 mL

Total: 7500 mL

Durante todo el período transoperatorio, la paciente se mantuvo hemodinámicamente estable con los siguientes bioparámetros, aunque dadas las proporciones de los tumores y las pérdidas hemáticas se administraron 500 mL de glóbulos frescos.

Tensión arterial sistólica: 130-90 mm Hg. Tensión arterial diastólica: 80-60 mm Hg. Frecuencia cardíaca: 80-85 x min. Presión venosa central: 9-12 cm. H₂O. Saturación de O₂: 99,00 %. Ritmo diurético: 60 mLhora

Una vez terminada la cirugía se realizó la extubación de la paciente y se trasladó a recuperaciones ventilando espontáneamente y sin complicaciones.

El tiempo quirúrgico fue de 5 h y el anestésico 5,30 h.

Resultado anátomo patológico:

Se recibe el útero seccionado por el fondo con ambos ovarios y trompas. Peso 910 g. Por separado dos tumoraciones cuya sección corresponde con el fondo uterino, de aspecto miomatoso de grandes proporciones. Peso 10,4 Kg y del útero con otros miomas submucosos e intramurales un peso de 910 g para un total de 11,31 kg.

Líquido intraperitoneal: negativo de células neoplásicas y bacterias.

Útero con leiomiomas submucosos, intramurales y subserosos.

Cuerpo amarillo hemorrágico. Quistes foliculares en ambos ovarios.

Ver [figura 1](#).

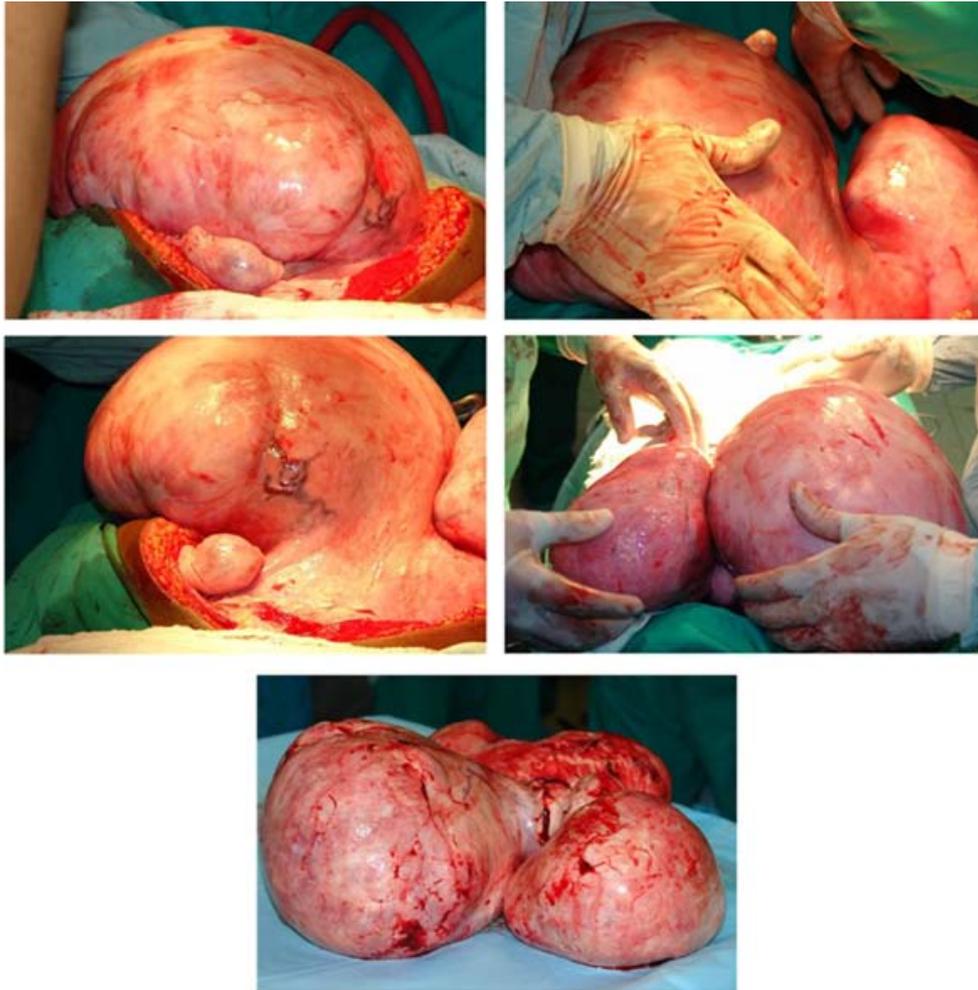


Fig. 1. Fotos originales de los autores. Visión macroscópica del mioma uterino gigante.

Evolución posoperatoria:

A los cuatro días de evolución se observa salida de líquido serohemático por el drenaje que impresionó como orina mezclada con sangre. Se indica tomografía axial computarizada simple y con contraste cuyo resultado fue:

Estudio simple: Moderada cantidad de líquido intraperitoneal con una densidad de 70-80 UH, así como en región subdiafragmática. Se visualiza catéter en la excavación pélvica que se corresponde con catéter doble J en la vejiga.

Estudio contrastado: Nefrograma normal bilateral con ectasia del sistema excretor del riñón derecho y retardo en la eliminación del contraste. Solo se aprecia hasta 1/3 medio del uréter derecho el cual está engrosado y el líquido en cavidad peritoneal se opacifica con el contraste por lo que se piensa en una fístula ureteral con evacuación hacia cavidad intraperitoneal. El uréter izquierdo es normal.

Reintervención quirúrgica:

Se anuncia para operar de urgencia con el diagnóstico de sospecha de dehiscencia parcial ureteral. Se reinterviene a través de la herida anterior y se comprueban 300

mL de líquido serohemático en cavidad abdominal que se envía a cultivo microbiológico y la integridad de la sutura ureteral, pero la sonda en J se ha desplazado hacia la vejiga, por lo que se extrae por cistoscopia y se coloca una nueva a través del uréter derecho. Se detecta hematoma retroperitoneal no activo que comprime el uréter derecho por debajo de la anastomosis. Se comprueba la permeabilidad ureteral y se cierra por planos, dejando nuevo drenaje intraperitoneal.

La evolución es satisfactoria y es dada de alta, diez días después.

Se mantiene el catéter de doble J en el uréter derecho que será retirado por cistoscopia posteriormente, según criterios de los urólogos.

Se indica tratamiento a largo plazo con antisépticos urinarios (Acido Nalidixico) después de completar el ciclo de antimicrobianos utilizados (Ceftriaxona, Amikacina y Metronidazol).

En ambas intervenciones quirúrgicas participó un grupo multidisciplinario constituido por: tres ginecólogos, un cirujano general, dos urólogos y un anestesiólogo. Un especialista en Anatomía Patológica se encargó de revisar las muestras exhaustivamente y llegar al diagnóstico concluyente expuesto, sin evidencia alguna de malignidad.

Comentarios

Casos como este destacan la importancia del diagnóstico de la miomatosis uterina, la valoración de los síntomas y la decisión en el momento apropiado para indicar la cirugía.

Debe explicarse pormenorizadamente a la paciente y sus familiares todo lo concerniente a la evolución espontánea de los fibromas grandes o gigantes y sus posibles complicaciones a mediano o largo plazo, para obtener el consentimiento informado.

Las condiciones médicas y quirúrgicas previas aumentan la morbilidad y mortalidad y disminuyen la posibilidad de que el tratamiento sea exitoso, por eso deben estudiarse bien y prepararse previamente, así como, disponer de un equipo multidisciplinario siempre que sea posible.

En este tipo de pacientes con tumores intrabdominales gigantes desde el punto de vista anestesiológico, 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 cardíaco 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.

Cuando existen signos compresivos ureterales sería recomendable la colocación previa a la intervención quirúrgica de un catéter ureteral (preferiblemente en doble J) por cistoscopia, para descomprimir el riñón hidronefrótico y permitir identificar el o los uréteres en el acto quirúrgico, lo que pudiera evitar el daño involuntario a esta estructura.

CONCLUSIONES

El peso del útero miomatoso en este caso puede ser considerado según la clasificación planteada por *Beacham* y otros como tumor ginecológico gigante, dado que el peso fue de 11,31 Kg.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rigol O. Obstetricia y Ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.
2. Colectivo de autores. Manual de procedimientos en Ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.
3. Beacham W, Webster H, Lawson E, Roth L. Uterine and/or ovarian tumors weighing 25 pounds or more. *Am J Obstet Gynecol.* 1971;109:1153-61.
4. Costa BL, Silva BF, Ávila FE. Mioma uterino gigante. *Ginecol Obstet Mex.* 2005; 73:563-5.
5. Beacham W, Webster H, Lawson E, Roth L. Uterine and/or ovarian tumors weighing 25 pounds or more. *Am J Obstet Gynecol.* 1971;109:1153-61.
6. Singhabhandhu B, Akin JT, Ridly JH. Giant leiomyoma of the uterus. *Am Surg.* 1973;39:391-7.
7. Briceño-Pérez C, Alaña F, Atencio de Ávila D, Betancourt de Benítez C, Schloeter L, Portillo B, et al. Grandes miomas uterinos. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2001; 61:35-42.
8. Guendsehadse D, Narváez M. Un caso de fibromioma uterino gigante. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1964;24:795-9.
9. Oelsner G, Elizur SE, Frenkel Y, Carp H. Giant uterine tumors: two cases with different clinical presentations. *Obstet Gynecol.* 2003;101(5Pt2):1088-91.

Recibido: 10 de abril de 2009.

Aprobado: 24 de abril de 2009.

Dr.C *Miguel Sarduy Nápoles*. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. Calle 216 esquina a 11 B, Reparto Siboney, Playa. Ciudad de La Habana, Cuba. E-mail: miguel.sarduy@infomed.sld.cu