

Miomectomía durante el embarazo

Myomectomy during Pregnancy

Edel Miguel Sánchez Redonet^{1*}

Juan Vázquez Cabrera²

Luis Salas Castillo²

¹Facultad de Ciencias Médicas Julio Trigo López. Hospital Materno Infantil Angel Arturo Aballí. La Habana, Cuba.

²Facultad de Ciencias Médicas Calixto García Iñiguez. Hospital Ginecobstétrico América Arias. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: edelmsr@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: Los fibromas uterinos, también conocidos como miomas o leiomiomas son los tumores benignos más frecuentes de la porción superior del aparato genital femenino; pueden alcanzar gran tamaño y generalmente no requieren de tratamiento quirúrgico durante el embarazo. La prevalencia del mioma en el embarazo es desconocida. El manejo quirúrgico se reserva solo para los miomas complicados.

Objetivo: Mostrar un caso al que se realizó la miomectomía de un gran fibroma suberoso sintomático coexistente con un embarazo de 21 semanas, debido a que no es frecuente su realización en la práctica médica.

Presentación de caso: Paciente de 41 años, nulípara, de 21 semanas de gestación, con síntomas compresivos dados por vómitos, molestias digestivas e intolerancia al decúbito supino, afectada por un gran mioma, que fue sometida a miomectomía. La paciente evolucionó satisfactoriamente. Acudió a consultas prenatales cada 15 días hasta las 39,6 semanas, en que se le realizó la cesárea electiva obteniéndose un recién nacido de buen peso y *Apgar*.

Conclusiones: La miomectomía durante el embarazo es un proceder quirúrgico seguro y eficiente con altas tasas de éxito. La discusión del caso es esencial y debe ser realizada por un equipo multidisciplinario, con experiencia probada en cirugía ginecológica.

Palabras clave: mioma; miomectomía; embarazo.

ABSTRACT

Introduction: Uterine fibroids, also known as myomas or leiomyomas are the most frequent benign tumors of the upper portion of the female genital tract. They can reach large size and generally do not require surgical treatment during pregnancy. The prevalence of myoma in pregnancy is unknown. Surgical management is reserved only for complicated myomas.

Objective: To report a case in which the myomectomy was performed to a large symptomatic suberose fibroid coexisting with a 21-week pregnancy, which is not frequent in medical practice.

Case report: A 41-year-old nulliparous patient, 21 weeks pregnant had compressive symptoms due to vomiting, digestive discomfort and intolerance to the supine position. She underwent myomectomy because she was affected by a large myoma. The patient evolved satisfactorily. She was followed up at prenatal consultations every 15 days until 39.6 weeks, when she had an elective caesarean section, resulting a newborn of good weight and Apgar.

Conclusions: Myomectomy during pregnancy is a safe and efficient surgical procedure with high success rates. Case discussion is essential and should be carried out by a multidisciplinary team, with proven experience in gynecological surgery.

Keywords: myoma; myomectomy; pregnancy.

Recibido: 22/10/2018

Aceptado: 28/11/2018

INTRODUCCIÓN

Los fibromas uterinos, miomas o leiomiomas, son los tumores benignos más frecuentes de la porción superior del aparato genital femenino. Los informes de las autopsias

indican que hasta el 50 % de las mujeres presentan fibromas y nunca lo saben; son asintomáticos en un rango del 75 al 80 %.⁽¹⁾

La verdadera prevalencia de miomatosis uterina en el embarazo es desconocida.⁽²⁾

Alrededor de un 5 % de las mujeres que tienen miomas se presentarán con síntomas y evidencias ecográficas de cambios degenerativos.⁽³⁾

La conducta ante el mioma uterino durante el embarazo es en gran medida expectante y su extirpación quirúrgica suele esperar hasta después del parto, debido a que el aumento de la vascularización del útero durante el embarazo hace que estas pacientes tengan un mayor riesgo de sangrado postoperatorio y morbilidad durante la miomectomía. La ultrasonografía *Doppler* es el medio más adecuado en la actualidad para el análisis de la relación existente entre el mioma y la cavidad uterina, el lecho de inserción placentaria y la vascularización tumoral, así como su tamaño.⁽⁴⁾

El gran tamaño de algunos tumores según *Sarduy* y otros⁽⁵⁾ ha sido descrito en la literatura médica a través del tiempo. El caso de mayor tamaño fue descrito por *Hunt* en 1888 como hallazgo en una necropsia, con el asombroso peso de 63,5 kg. *Briceño Pérez* y otros en el año 2001, propusieron utilizar el término de grandes miomas uterinos para calificar 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).

Nuestro objetivo es presentar un caso de un gran fibroma suberoso sintomático coexistente con un embarazo de 21 semanas, por lo poco frecuente en la práctica médica, el cual fue resuelto exitosamente por miomectomía, previa evaluación, consentimiento informado y discusión por un equipo multidisciplinario.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente de 41 años de edad, color de la piel negra, con historia obstétrica anterior: G3 P0 A2 (uno provocado). Fecha de última menstruación 18-12-2016 y edad gestacional de 21 semanas. Es remitida del hogar materno con síntomas compresivos, dados por dolor abdominal, vómitos, molestias digestivas y dificultad para mantener el decúbito supino.

En el examen físico se constató una masa tumoral de 38 cm en dirección xifopubiana, por encima del útero, de consistencia dura y superficie irregular (Fig. 1).



Fig. 1 - Abdomen globoso secundario a embarazo de 21 semanas de gestación con gran mioma. Hospital Materno Infantil Ángel Arturo Aballí. La Habana, Cuba.

La ultrasonografía diagnosticó un gran fibroma que ocupaba prácticamente toda la cavidad abdominal, con ecoestructura heterogénea y signos de necrobiosis.

Se realizó ecografía *Doppler* para definir las características del fibroma, así como su relación con otras estructuras intrabdominales (Fig. 2).

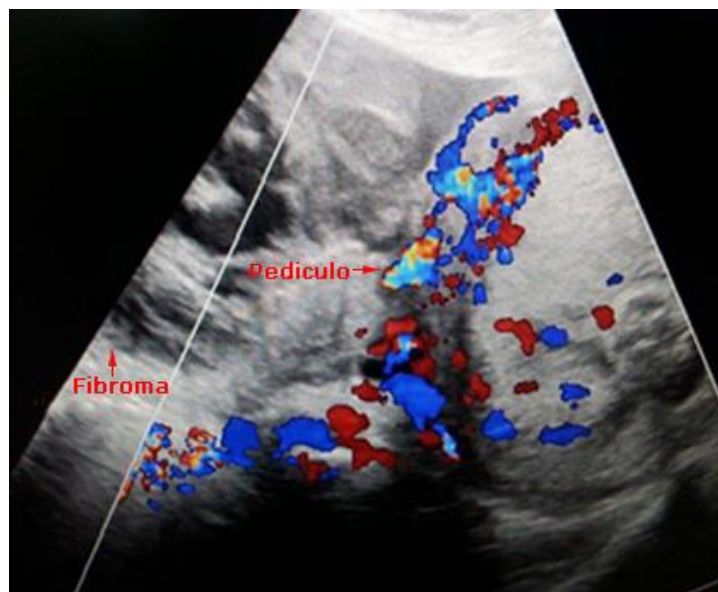


Fig. 2 - Ultrasonografía Doppler color donde se observa el fibroma uterino y el pedículo del mismo. Hospital Materno Infantil Angel Arturo Aballí. La Habana, Cuba.

Se realizó la discusión del caso con un grupo multidisciplinario. Previo consentimiento informado se realiza laparotomía exploratoria y se extirpa gran mioma uterino subseroso pediculado de 35 x 15 cm y 6,8 kg de peso. Se extirparon además, otros dos miomas subserosos pediculados de menor tamaño (Fig. 3).

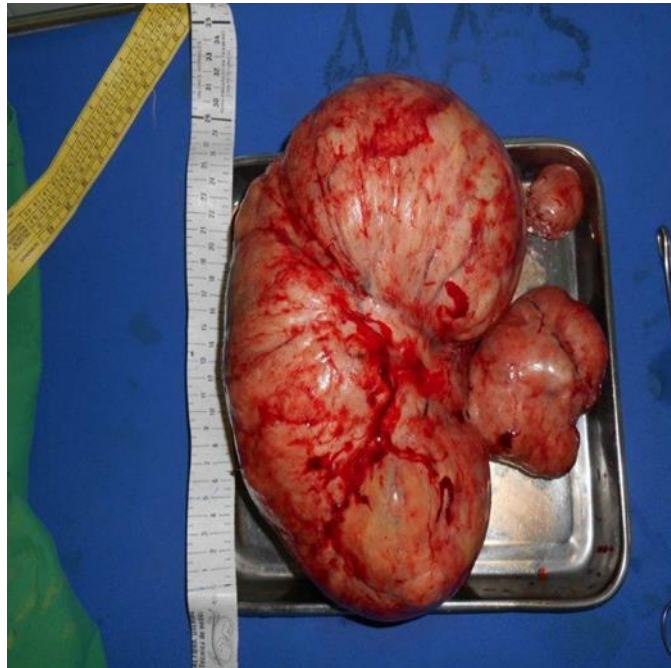


Fig. 3 - Gran mioma uterino pediculado de aproximadamente 35 x 15 cm y otros dos miomas subserosos. Hospital Materno Ángel Arturo Aballí. La Habana, Cuba.

La paciente evolucionó satisfactoriamente. Acudió a consultas prenatales cada 15 días, hasta las 39,6 semanas, fecha en la que se programó realizar una cesárea electiva. Se recibe recién nacido masculino de buen peso y *Apgar*. Madre sin complicaciones.

DISCUSIÓN

La miomatosis uterina en el embarazo está relacionada con complicaciones materno fetales, incluyendo abortos, amenaza de parto pretérmino, desprendimientos prematuros de placenta, obstrucciones de canal del parto, aumento de cesáreas, histerectomías, presentaciones pélvicas, situaciones anómalas fetales y hemorragias post parto severas.⁽⁶⁾

Se han propuesto varias teorías sobre estos tumores, entre ellas:

- la alta tasa de mitosis en respuesta a las hormonas aumentaría la probabilidad de mutaciones somáticas,
- el crecimiento sería en respuesta a un daño isquémico durante la menstruación,
- la alteración intrínseca del miometrio en esa zona,
- existencia de una predisposición genética.⁽⁷⁾

Entre los factores de riesgo descritos para la aparición de este tipo de tumores se encuentran: color de la piel -siendo más frecuentes en mujeres de piel negra-, historia menstrual y paridad, menarquia temprana (lo cual aumenta el riesgo de desarrollo de miomas), mientras que a mayor paridad menor riesgo,^(7,8) obesidad, consumo de carnes rojas, anticonceptivos hormonales o inductores de la ovulación, tabaco e hipertensión arterial.

El principal síntoma de los miomas durante el embarazo es el dolor. La mayoría de los estudios sugieren que entre 5-15 % de estas mujeres requerirán de hospitalización por este motivo. El manejo debe ser conservador, incluyendo reposo, hidratación, analgésicos, narcóticos, antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y sólo en casos extremos se debe considerar la miomectomía anteparto.

La miomectomía es la opción para mujeres que no han cumplido sus deseos reproductivos o no aprueban la histerectomía.

Existe actualmente consenso en que la miomectomía durante la cesárea no debe realizarse por el gran riesgo de hemorragia durante la cirugía, que en muchos casos requiere de transfusión materna e incluso de histerectomía obstétrica. Sólo debiera realizarse si el mioma impide el cierre de la histerorrafia. El tipo y el momento de intervención del mioma durante la gestación debe de individualizarse en base a seis aspectos: tipo y gravedad de los síntomas, tamaño y localización del mioma, edad y deseos de procrear de la paciente, historia obstétrica, y ultrasonografía *Doppler* como elemento de juicio importante a la hora de optar por el manejo quirúrgico del caso.

La miomectomía electiva durante el embarazo no es un procedimiento habitual en nuestros hospitales por el alto riesgo de complicaciones materno fetales. No obstante, ya es aceptada internacionalmente en algunas instituciones debido al reto que impone el logro de un embarazo deseado.

Lolis E y otros realizaron un estudio prospectivo de 13 mujeres que se sometieron a una miomectomía durante el embarazo, entre enero de 1994 y diciembre de 2001. Se

requirió tratamiento quirúrgico del leiomioma en función de las características del mismo y de los síntomas. De un total de 15 579 mujeres registradas en la consulta prenatal de los autores, 622 mujeres embarazadas tenían mioma identificado ecográficamente. Por lo tanto, la incidencia fue del 3,9 % (IC del 95 %: 3,6 – 4,3 %). La gran mayoría de estas mujeres fueron asintomáticas durante el embarazo o fueron tratadas de forma conservadora (97,4 %, IC 95 %; 96 – 98 %). En 622 pacientes embarazadas con leiomioma, 13 presentaron complicaciones que requirieron intervención quirúrgica (2,1 %, IC 95 %; 0,9 – 3,2 %), debido al aumento en el tamaño de la lesión, que causaba molestias y/ o dolor abdominal severo. No hubo respuesta al tratamiento conservador con analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos. En 92 % de estos casos, se realizó una miomectomía exitosa y el embarazo progresó a término sin complicaciones adicionales.⁽⁹⁾

En Cuba, el Profesor Juan Vázquez Cabrera reportó una serie de siete casos, a los cuales les realizó miomectomía durante el embarazo, con una tasa de éxito de 100 %.⁽¹⁰⁾

CONCLUSIONES

Consideramos que la miomectomía durante el embarazo es un proceder quirúrgico seguro y eficaz con altas tasas de éxito. La discusión del caso debe ser aprobada y realizada por un equipo multidisciplinario con experiencia probada en cirugía ginecológica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sparic R. Uterine myomas in pregnancy, childbirth and the puerperium. *Srp Arh Celok Lek.* 2014;142(1-2):118-24.
2. Parker WH, Sharp HT, Falk SJ. Abdominal myomectomy monograph on the EN [en línea]. Actualizado; 2016 [citado 04/04/2017]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/abdominal-myomectomy#H25049674>
3. Stout MJ, Odibo AO, Graseck AS, Macones GA, Crane JP, Cahill AG. Leiomyomas at routine second-trimester ultrasound examination and adverse obstetric outcomes.

Obstetrics & Gynecology. 2010;116(5):1056-63. [citado 04/04/2017]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20966689>

4. Gojnic M, Pervulov M, Petkovic S, Papic M, Jeremic K, Mostic T. Indication of myomectomy during pregnancy from Doppler ultrasonography. *Clinical and experimental obstetrics & gynecology*. 2004;31(3):197-8. [citado 04/04/2017]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15491063>

5. Sarduy M, Vasallo R, Collera S, Martínez YM, Correa JM, Rivero J et al. Miomatosis uterina gigante. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2009;35(3):1-10. [citado 04/04/2017]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2009000300011

6. Lee HJ, Norwitz ER, Shaw J. Contemporary management of fibroids in pregnancy. *Reviews in Obstetrics and Gynecology*. 2010;3(1):20–7. [citado 04/04/2017]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2876319>

7. Stewart EA, Laughlin-Tommaso SK, Barbieri RL, Levine D. Uterine leiomyomas (fibroids): Epidemiology, clinical features, diagnosis, and natural history. *UpToDate*. 2016 [citado 04/04/2017]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/uterine-leiomyomas-fibroids-epidemiology-clinical-features-diagnosis-and-natural-history>

8. Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO). *Protocolos Asistenciales en Ginecología. Miomas Uterinos*. Madrid (España): Complejo Hospitalario de Toledo; 2015. [citado 04/04/2017]. Disponible en: http://www.sego-gedeon.es/img/2.4_materiales_pdf/Algoritmos%20Protocolo%20SEGO%20web.pdf

9. Lolis D, Kalantaridou S, Makrydimas G, Sotiriadis A, Navrozoglou I, Zikopoulos K, et al. Successful myomectomy during pregnancy. *Human Reproduction*. 2003;18(8):1699-702. [citado 04/04/2017]. Disponible en: <https://academic.oup.com/humrep/article/18/8/1699/2913580>

10. Vázquez JC. *Embarazo, parto y puerperio. Principales complicaciones*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de ningún tipo con la elaboración de este documento.