



Rev. Ciencias Médicas. Noviembre-diciembre, 2015; 19 (6):1210-1218

PRESENTACIÓN DE CASO

Leiomyoma subseroso gigante

Giant subserous-leiomyoma

Amado Antonio García Odio

Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Especialista Primer Grado en Ginecología y Obstetricia. Máster en Medicina Tradicional y Natural Licenciado en Derecho. Profesor Auxiliar. Policlínico universitario No.1 «Dr Juan Manuel Páez Inchausti». Nueva Gerona. Isla de la Juventud. Correo electrónico: amado@infomed.sld.cu

Recibido: 31 de agosto de 2015.

Aprobado: 11 de diciembre de 2015.

RESUMEN

El fibroma uterino gigante es una afección benigna de muy escasa incidencia. La intervención quirúrgica representó un reto para el equipo médico debido a su tamaño y las variaciones en la distribución de los órganos intra-abdominales, originadas por el gran crecimiento que experimentan. Se hace un reporte del caso de una paciente de 49 años de edad, que a través de un ultrasonido ginecológico realizado a los 39 años de edad se le diagnóstico fibroma uterino, pero desiste de recibir tratamiento por miedo a operarse, que finalmente logra vencer y se opera el día 11 de junio de 2015 en el Hospital General Docente «Héroes del Baire», Nueva Gerona, Isla de la Juventud. Se practica una histerectomía total abdominal con doble anexectomía. El estudio histopatológico informa leiomioma subseroso gigante, con un peso de 6.0 kg. Durante el transoperatorio y el postoperatorio inmediato y mediato no se constatan accidentes ni complicaciones. La evolución postquirúrgica tardía en la atención primaria de salud se mantuvo satisfactoria. Lo poco común del caso motivó su reporte.

DeCS: Leiomioma; Procedimientos Quirúrgicos Ginecológicos; Leiomiomatosis; Histerectomía.

ABSTRACT

Giant uterine fibroma is a benign condition of very low incidence. Surgical intervention represented a challenge for the medical team because of its size and variations in the distribution of intra-abdominal organs caused by their tremendous growth.

Case report: a 49-year-old patient, having a gynecological ultrasound performed at 39 years old was diagnosed with uterine fibroma, but she decided not to follow the surgical procedure for fear of surgery, she finally managed the fears and was operated on June 11, 2015 at Heroes de Baire General Teaching Hospital in Nueva Gerona, Isla de la Juventud. Total abdominal hysterectomy with double adnexectomy was performed. The histopathological study reported giant subserous-leiomyoma, weighing 6.0 kg. During the immediate intraoperative and postoperative procedures no accidents or complications were detected. Late postoperative evolution in primary health care remained satisfactory. The peculiarities of this case motivated its report.

DeCS: Leiomyoma; Gynecologic Surgical Procedures; Leiomyomatosis; Hysterectomy.

INTRODUCCIÓN

Los miomas uterinos se presentan habitualmente entre los 30 y 50 años de edad, son raros por debajo de los 20 años de edad, excepcionales antes de la pubertad, y no suelen aparecer después de la menopausia.¹⁻⁹ Son tumores benignos estrógenos dependientes, la proliferación patológica de las fibras musculares lisas del miometrio normal es la etiología, además de contener tejido conectivo y fibroso.¹⁻⁴ El caso en que se reporta la aparición del mioma uterino fue aproximadamente a los 39 años de edad.

El leiomioma uterino, como también se le conoce, puede experimentar gran crecimiento, hasta alcanzar dimensiones impresionantes. Aunque la frecuencia de estos tumores tan gigantes es baja.^{3, 4, 5}

Indagándose en la literatura en busca del más gigante reportado, el caso de mayor tamaño fue descrito por Hunt en 1888 como hallazgo en una necropsia, con el "asombroso" peso de 63,5 kg.⁴⁻⁸

El caso jamás se compara con este, pero no deja de ser interesante su reporte. Se viven tiempos donde la medicina comunitaria sale de sus marcos burocráticos y se vuelca a la atención directa en el hogar del paciente, identificación de posibles factores de riesgo que pueden afectar su salud y su calidad de vida en su comunidad; Cuba es un fehaciente ejemplo de esto, en la paciente del reporte el leiomioma subseroso solo pudo alcanzar estas dimensiones debido al miedo exitosamente superado solamente por ella, además, de la decisiva influencia familiar y la confianza impregnada por los éxitos y logros de el sistema de salud cubano desde su nivel primario, que se enmascaran en la cotidianidad y generosa atención médica totalmente gratuita.

Como un dato interesante 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 otros para los miomas uterinos gigantes).^{4, 6, 8, 9}

Según lo anterior, el reporte de caso se clasifica como un mioma uterino grande. Aunque esta consideración, por la rareza e infrecuencia clínica de estos miomas, ambos términos son manejables en la práctica médico-quirúrgica al tratarse de un mioma de proporciones y dimensiones no habituales. La mayor importancia de ambos términos de forma independiente quizás sea teórico-docente, y valore usted que es en la práctica quirúrgica cuando definitivamente se conoce el peso del mioma uterino.

Los síntomas dependen de la localización del mioma dentro del útero. Según su localización en las distintas capas del útero se clasifican en submucosos, intersticiales o intramurales, y los subserosos o subperitoneales.^{1, 2, 5, 9}

El leiomioma subseroso en lo particular puede cursar asintomático 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. El crecimiento lo hacen hacia la cavidad abdominal, en ocasiones fijados por pedículos.^{1-4, 8-12}

En la literatura consultada la histerectomía total abdominal fue la intervención quirúrgica más empleada para tratar esta entidad,⁴⁻¹² como también lo fue para nuestra paciente, con la ausencia de complicaciones intra y postoperatoria.

Sirva este artículo científico para el logro de un adecuado desempeño profesional del médico interesado en estos temas, porque además de brindarse todos los datos relacionados con la historia de la enfermedad de la mujer, hasta el postoperatorio, se ofrece también resumen abreviado de los pasos más importantes de la intervención quirúrgica.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Historia de la paciente

Fue necesario solicitar el consentimiento informado de la paciente para acceder a todo lo concerniente a su enfermedad, datos personales, los cuales acepta para su publicación en una revista médica.

Se presenta el caso de una paciente femenina, 49 años, constitución física longilínea, divorciada, ama de casa, raza mestiza, de procedencia rural, antecedente patológico personal, no refiere antecedente patológico familiar, papá vivo, hipertensión arterial esencial, mamá viva, migraña. Alergia a medicamentos: no, Operaciones anteriores: no. Hábitos tóxicos: no, Transfusiones previas: sí en su primer parto y no tuvo reacción adversa alguna. Con antecedente obstétrico de dos partos eutócicos, hace 20 y 21 años los dos, no abortos. Peso corporal preoperatorio al ingreso hospitalario: 68.0 Kg, peso corporal postoperatorio: 59.0 Kg, talla: 1.69 cm. Menarquía a los 14 años de edad. Su primera relación sexual a los 15 años de edad, Fórmula menstrual irregular. Fecha de la última menstruación: 15-05-2015, que tiene una duración de 15 días, utilizando 7 almohadillas sanitarias diariamente. Esta menstruación fue diferente de como se comportaba en los últimos tiempos. Citología orgánica: Marzo-2015, negativo el resultado.

Datos de la historia de la enfermedad de la paciente: hace 10 años comenzó a presentar períodos menstruales irregulares, al inicio con una duración de 14-18 días, utilizando un promedio de hasta 12 almohadillas sanitarias diarias con el sangrado en ocasiones. En los últimos tiempos su menstruación (no precisa la paciente la fecha o edad), comienza a tener una duración de 6-7 días, utilizando un promedio de hasta 6 almohadillas sanitarias diarias con el sangrado. En ocasiones se acompañaba de la presencia de coágulos de tamaño mediano, de color rojo oscuro. Jamás ha presentado dolores intensos.

A través de un ultrasonido ginecológico realizado hace 10 años se le diagnostica fibroma uterino, pero desiste de recibir tratamiento médico por miedo a operarse. Con el paso del tiempo aumentó considerablemente de tamaño su abdomen, y es entonces, que hace 3 meses decide acudir a consulta especializada para comenzar a recibir estudio y tratamiento definitivo, efectuándose su ingreso hospitalario electivo para tratamiento quirúrgico el día 09-06-2015 en sala de Ginecología del Hospital General Docente "Héroes del Baire", Nueva Gerona, Isla de la Juventud, Cuba. Diagnóstico preoperatorio de fibroma uterino gigante.

Al interrogatorio por aparatos y sistemas:

- Solo refiere pérdida de peso (no se precisa cuantía por la paciente).
- Niega el dolor abdominal.
- Al examen físico los datos positivos que se recogen: tensión arterial: 120/80 mmHg, frecuencia respiratoria: 18 respiraciones/minutos, temperatura corporal: 36.5°C, frecuencia cardíaca: 82 latidos/minuto.
- Abdomen: globuloso, simétrico, sigue los movimientos respiratorios, ruidos hidroaéreos disminuidos, se palpa tumoración no dolorosa que abarca todo el abdomen, de consistencia dura, superficie irregular, matidez a la percusión en todo el abdomen.
- Espéculo: cuello corto, retraído, bien epitelizado, no se observa leucorrea y sin sangramiento.
- Tacto vaginal: útero aumentado de tamaño de ± 25 cm, consistencia dura, que hace imposible definir ambos anejos.

Exámenes complementarios preoperatorios:

- Hemoglobina: 15.6 g/L, Hematocrito: 0,46 L/L, Eritrosedimentación: 12 mm/h, Leucograma: normal.
- Glucemia en ayunas: 4.5 mmol/L.
- Grupo y factor: 0 positivo.
- Exudado cervical: negativo.
- Exudado vaginal con cultivo: negativo.
- Prueba de serología y prueba de HIV (SIDA): negativa.

- Cituria: negativa.
- Radiografía de tórax: no alteraciones pleura-pulmonares agudas.
- Enzimas séricas hepáticas: TGO 3 U/L, TGP 4 U/L.
- Electrocardiograma: normal.
- Ácido úrico: 259 umol/L, urea: 6.0 mmol/L, creatinina: 87 umol/L.
- Coagulograma: normal.
- Legrado diagnóstico: el resultado es endometrio secretor, realizado en abril del 2015.
- Ultrasonido renal: riñón derecho 95×54×11 mm de parénquima, riñón izquierdo 103×65×12 mm de parénquima. Ambos con buena relación córtico-medular, no dilatación, no litiasis.
- Ultrasonido ginecológico: informa mioma uterino de grandes dimensiones que ocupa gran parte de la cavidad abdominal.
- Vacunación toxoide tetánico: 10-04-2015, lote 5T321, no reacción adversa.

Resumen abreviado de los pasos más importantes de la intervención quirúrgica realizada a la paciente:

- Apertura del abdomen, extracción de la cavidad abdominal del leiomioma subseroso gigante, y liberación de las adherencias a su cara posterior de: epiplón, asas intestinales y de ambos uréteres.
- Exéresis del leiomioma subseroso gigante, cuando ya previamente se había liberado totalmente el útero que se encontraba adherido a la cara anterior del leiomioma subseroso gigante.
- Se procede a la realización de la histerectomía total abdominal con doble anexectomía y cierre de la cúpula vaginal.
- Cierre del abdomen, colocación de un drenaje de goma y evaluación final de la característica y cantidad de la orina.

Datos de la anestesia, del trans-operatorio y el post-operatorio:

- Se procede a la intervención quirúrgica de la paciente el día 11-06-2015.
- Método anestésico empleado: combinado intratecal y general orotraqueal.
- Sangramiento operatorio imputable (> 3000 ml).
- Total de compresas utilizadas: 20 compresas.
- No otras complicaciones durante la anestesia.

- Se le administra un total de 800 ml de glóbulos rojos, comenzando la transfusión de los primeros 400 ml (1Bolsa) en el trans-operatorio final.
- Sale extubada del salón. Recuperación anestésica satisfactoria, se administra analgesia por vía intramuscular. parámetros vitales satisfactorios.
- La orina se mantiene clara ± 150 ml.
- Tiempo anestésico: 2:43 horas. Tiempo quirúrgico: 2:40 horas.

Egresos	1 hora	2 hora	3 hora
Diuresis	25 ml	25 ml	100 ml
Sangrado	2000 ml	≈ 800 ml	≈ 300 ml
Otros	400 ml	≈ 250 ml	≈ 100 ml

Ingresos	1 hora	2 hora	3 hora
Ringer-Lactato	1000 ml	1000 ml	600 ml
Gelofusin	500 ml	500 ml	----

En el postoperatorio inmediato en la sala de Ginecología, se administran las primeras 24 horas de *Ringer-Lactato* un total de 3000 ml, como esquema antibiótico se comienza con cefazolina, 1 gramo cada 8 horas y metronidazol, 0.5 gramos cada 8 horas, ambos por vía endovenosa, que se propone mantener por 7 días. Analgésicos, dieta líquida a las 6 horas, se ordena la movilización de la paciente a las 12 horas, medir la diuresis, y el retiro de la sonda vesical a las 24 horas, y la vigilancia por enfermería de la segunda bolsa de glóbulos rojos (400ml). En el drenaje de goma colocado en el abdomen de la paciente se cuantifica 250 ml de líquido sero-hemático, no fétido; con parámetros vitales satisfactorios.

En el postoperatorio mediato, pasadas las primeras 24 horas se recibe hemoglobina: 14.5 g/L, hematocrito: 0.44 L/L, eritrosedimentación: 18 mm/h.

Leucograma: leucocitos $11.6 \times 10^9/L$, neutrófilos 0.90, eosinófilos 0.01, linfocitos 0.09.

Sus parámetros vitales continúan satisfactorios. Se indica repetir nuevamente la hemoglobina al segundo día de operada, por referir mareos al deambular, a pesar de alimentarse y observarse la paciente en buen estado general y llega nuevamente en 14.0 g/L, hematocrito 0.42 L/L. La diuresis continúa satisfactoria, expulsa gases por vía oral y comienza a defecar sin dificultad al tercer día de operada, continúa su buena evolución y se retira el drenaje de goma al 5to. día de operada limpio. La herida quirúrgica se observa aséptica y afrontada.

Egresando el día 18-06-2015, por encontrarse en buen estado general la paciente, realizar sus necesidades fisiológicas normales desde hace 5 días atrás, deambular libre y sin dificultad, no referir dolores, parámetros vitales normales. La estadía hospitalaria de la paciente en sala de Ginecología fue de 10 días. Se cumple por 7 días el esquema de tratamiento antibiótico, según protocolo establecido por la sala: cefazolina 1 gramo cada 8 horas y metronidazol 500 mg cada 8 horas, ambos por vía endovenosa.

En la Atención Primaria de Salud, su seguimiento ya egresada del hospital, por la atención primaria de salud (Policlínico universitario No.3, Isla de la Juventud, Cuba), se realiza directamente por el Máster, Especialista y Profesor de Ginecología-Obstetricia de su grupo básico de trabajo, encargado de la asistencia en consulta de la paciente a su consultorio del Médico de la Familia, así como la visita de terreno (hogar de la paciente), en número total de 1/1. El Consultorio del Médico de la Familia, conformado por un médico especialista en Medicina General Integral y una Licenciada en Enfermería, le brinda consulta y terreno, en número de 2/3.

Mantiene en todo momento su evolución satisfactoria, quedando complacida la paciente con su intervención quirúrgica y sugiriendo lograda la publicación de su caso, se le comenté para su alegría y satisfacción.

Descripción macroscópica de las piezas enviadas al Departamento de Anatomía Patológica del Hospital General Docente "Héroes del Baire", Ciudad de Nueva Gerona, municipio Isla de la Juventud:

- Se reciben 2 piezas, una correspondiente al útero con el anejo derecho de 1.6×13×4 cm y la otra al tumor gigante y junto a éste el anejo izquierdo.
- Cuello de útero elongado de 2.8×7 cm de canal, con un ribete de 1 cm de ancho, al corte del cuello moco cervical y quiste de naboth. Se toman 2 fragmentos.
- Al corte del cuerpo de útero endometrio de 0.2 mm y miometrio de 1.8 cm con fibroma intramural de 1.5×0.9 cm. Se toman 2 fragmentos.
- Anejo Derecho de 6.5×4 cm correspondiente al ovario 5×2 cm y a la trompa de Falopio 5×0.9 cm, al corte del ovario cavidad quística que ocupa la totalidad del ovario con paredes lisas, brillantes, que impresiona un quiste simple, en la trompa de Falopio no se observan alteraciones. Se toman 4 fragmentos.
- Tumor con un peso de 6.0 Kg, de 36×35×30 cm, polilobulado, con área consistente, al corte se encuentra una masa multinodular de consistencia blanda predominantemente, con pequeñas áreas quísticas, material hemático encapsulado que impresiona leiomioma subseroso. Se toman 6 fragmentos.
- Anejo izquierdo contralateral de 10×4 cm, deforme, aplanado, que corresponde al ovario 7×1.7 cm, donde no se observan estructuras del ovario al corte seriado y a la trompa de falopio que mide 9×0.5 cm sin alteraciones macroscópicas. Se toman 3 fragmentos.

Descripción microscópica de las piezas enviadas al Departamento de Anatomía Patológica del Hospital General Docente "Héroes del Baire", Nueva Gerona, municipio Isla de la Juventud, Cuba:

- Útero: cervicitis crónica moderada. Quistes de naboth. hiperplasia endometrial quística. fase proliferativa. leiomioma intramural.
- Quistes foliculares y luteinicos del ovario izquierdo.
- leiomioma gigante subseroso (36×35×30 cm) que pesó 6.0 Kg, histológicamente presenta trastornos de circulación con cambios secundarios. Degeneración hialina y cambios degenerativos quísticos.

- Ovario derecho muy comprimido, presenta quistes de naboth.
- En la intervención quirúrgica participaron 5 ginecólogos y 1 cirujano general.

CONCLUSIONES

Para el logro exitoso de la extracción quirúrgica de este leiomioma subseroso gigante fue necesaria la intervención mancomunada de Ginecología y Cirugía General, por tratarse de un tumor de 6.0 Kg, que ocupaba toda la cavidad abdominal de la paciente, con una constitución longilínea y que comprometía ambos uréteres e intestinos. Toda su evolución hasta su egreso y seguimiento por la atención primaria de salud fue excelente, con una recuperación asombrosa, quedando altamente complacida la paciente, pues su éxito mayor consistió en vencer el miedo a la intervención quirúrgica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García-Cruz R, Valle-Martínez Y, Chávez-González N. Mioma uterino gigante. Presentación de un caso. Finlay [revista en Internet]. 2014 [citado 29 Jul 2015]; 4(1): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/173/1192>
2. Rigol Ricardo O, Santisteban Alba S y otros. Obstetricia y Ginecología. 3ra ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014.
3. Miomas uterinos: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. [citado 30 Jul 2015]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000914.htm>
4. Hernández Durán D, Ferreiro RM, Rodríguez Hidalgo N, Díaz Garrido D, Vera Fernández V, Pérez García N. Algunos resultados de la histerectomía total abdominal & histerectomía subtotal abdominal en pacientes con diagnóstico de mioma uterino. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la internet]. 2010 Dic [citado 30 Jul 2015]; 36(4):0-0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000400009
5. Santana-Pedraza T, Estepa-Pérez JL, Martín-Entenza JF. Fibromioma uterino gigante. Presentación de un caso. Medisur [revista en Internet]. 2013 [citado 24 Jul 2015]; 11(6): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2606>
6. Sosa Martín G, Gutiérrez Gaitán LR, Crespo Galán A. Mioma uterino gigante. Rev Cubana Cir [revista en Internet]. 2011 [citado 21 Jul 2015]; 50 (4): [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s0034-74932011000400017&script=sci_arttext
7. Sarduy Nápoles M, Vasallo Prieto R, Collera S, Martínez Chang YM, Correa Padilla JM, Rivero Ojeda J, et al. Miomatosis uterina gigante. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en Internet]. 2009 [citado 19 Jul 2015]; 35 (3): [aprox.11p.]. Disponible

en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0138-600x2009000300011

8. Ramírez Fajardo K, Torres Alfes G, Frutos Ramírez Y. Diagnóstico ecográfico de mioma uterino en mujeres con síntomas ginecológicos. MEDISAN [revista en Internet]. 2012 [citado 21 Jul 2015]; 16 (9): [aprox. 10p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000900003

9. Hiralda Martínez JL. Presentación de una paciente con mioma gigante del útero. CCM [Internet]. 2013 Sep [citado 19 Jul 2015]; 17(3): 392-396. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000300022

10. Leal Soliguera MC. Presentación de un caso de mioma uterino gigante. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en Internet]. 2008 [citado 30 Jul 2015]; 24(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000400014

11. Alena Isaac RN, Suárez López A, Marín Portuondo P. Fibroma gigante de útero. Presentación de un caso. Multimedia grm. 2005 [citado 22 Jul 2015]; 9(3). Disponible en: <http://www.multimedgrm.sld.cu/articulos/2005/v9-3/9.html>

12. Sanchez Portela CA, Garcia Valladares A, Sanches Portela CJ. Quiste gigante de ovario y mioma uterino. Presentación de un caso. Rev Cienc Med Pinar del Río. 2012 [citado 22 Jul 2015]; 16(5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?%20pid=S1561-31942012000500020&script=sci_arttext

Dr. Amado Antonio García Odio. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Especialista Primer Grado en Ginecología y Obstetricia. Máster en Medicina Tradicional y Natural Licenciado en Derecho. Profesor Auxiliar. Policlínico universitario No.1 «Dr Juan Manuel Páez Inchausti». Nueva Gerona. Isla de la Juventud. Correo electrónico: amado@infomed.sld.cu