

Marcia del Carmen Mejia Auquilla¹

Jorge Fabian Hurtado Bermeo¹

Andrea Patricia Cevallos Ochoa¹

1. Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, Servicio de Ginecología

Financiamiento: El presente trabajo se declara autofinanciado por los autores

Conflicto de intereses: Los autores declaran la no existencia de conflictos de interés.

Consideraciones éticas: En el presente reporte de caso se contó con el consentimiento informado del paciente. Su elaboración y todos los detalles inherentes se basaron en la Declaración de Helsinki.

Correspondencia

Marcia Mejia Auquilla marcia_mejia.91@hotmail.com
0987881559

Recibido: Marzo - 2024

Aceptado: Mayo - 2024

Forma de citar este artículo:

Mejia Auquilla, M. del C., Hurtado Bermeo, J. F., & Cevallos Ochoa, A. P. (2024). Leiomioma uterino gigante un gran reto quirurgico, a proposito de un caso. Reflexiones. Revista científica Del Hospital Eugenio Espejo, 21(2). <https://doi.org/10.16921/reflexiones.v21i2.112>

Rev Med Reflexiones 2024; 21: 36 - 40.

LEIOMIOMA UTERINO GIGANTE UN GRAN RETO QUIRURGICO, A PROPOSITO DE UN CASO

Reporte de Caso

RESUMEN

Los miomas uterinos, también conocidos como leiomiomas son tumores uterinos benignos muy comunes, se presentan en el 60% de las mujeres antes de los 40 años y en el 80% de las mujeres antes de los 50 años. Existen varias opciones terapéuticas clínicas y quirúrgicas, siendo la histerectomía tratamiento definitivo y eficaz.

Presentamos el caso clínico de una paciente de 45 años, etnia afroecuatoriana con un mioma uterino de gran desarrollo que pesó 10195 gramos y que ocupaba la totalidad de la cavidad abdominal, afectando su calidad de vida. El presente, constituye el primer caso de un mioma uterino gigante benigno en el servicio de Ginecología del Hospital Eugenio Espejo, existiendo un desafío en su abordaje quirúrgico, sin embargo, tomando las precauciones y procurando evitar complicaciones en la cirugía se obtuvo resultados favorables tras la intervención. Son pocos los casos reportados en la literatura ecuatoriana, siendo hasta la actualidad el mioma de mayor peso descrito.

PALABRAS CLAVES: miomatosis, histerectomía, leiomioma uterino

ABSTRACT

Uterine fibroids, known as leiomyomas, are very common benign uterine tumors; they occur in 60% of women before the age of 40 and in 80% before the age of 50. There are several clinical and surgical therapeutic options being the hysterectomy the definitive and effective treatment.

We are presenting the clinical case of a 45-year-old patient of Afro-Ecuadorian ethnicity with a highly developed uterine fibroid that weighted 10,195 grams and occupied the entire abdominal cavity affecting her quality of life. The present case constitutes the first report of a benign giant uterine fibroid in the Gynecology service of Eugenio Espejo Hospital. Its surgical removal was challenging, however, taking precautions and trying to avoid complications we obtained favorable results after the intervention. There are few cases reported in the Ecuadorian literature up to date, being this case is the most important fibroid described.

KEYS WORDS: myomatosis, hysterectomy, uterine leiomioma

INTRODUCCIÓN

Los miomas uterinos también conocidos como fibromas, leiomiomas, fibromiomas, leiomiofibroma, o fibroleiomioma son neoplasias benignas, frecuentes en mujeres en edad reproductiva, se originan en el músculo liso uterino, los informes de histopatología de pacientes sometidas a histerectomía reportan miomatosis uterina en un 87.43% (1). Se diagnostican hasta en el 70% de las mujeres blancas y en más del 80% de las mujeres afrodescendientes (2). Su patogénesis no está clara y varían en tamaño y ubicación. La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) presento un sistema estandarizado de subclasificación de leiomiomas, dependiendo de su localización en relación con el endometrio y la serosa (3).

Pueden ser asintomáticos cuando los miomas son pequeños y presentar dismenorrea, sangrado menstrual abundante, dispareunia, dolor abdominal, urgencia urinaria síntomas relacionados con efecto de masa y afectar la calidad de vida cuando son miomas de gran tamaño o muy sintomáticos (4). Además, existen reportes que más allá de los síntomas físicos presentan síntomas asociados al miedo y emociones que afectan la percepción de la mujer sobre su autocontrol, sus relaciones sociales, su vida sexual y reproductiva (5).

Los miomas uterinos gigantes son sumamente raros y tanto los estrógenos como la progesterona intervienen en su crecimiento, además los factores de crecimiento expresados localmente por las células del músculo liso y los fibroblastos, controlan la proliferación celular al estimular el crecimiento por el incremento en la matriz extracelular (6). El consumo de alcohol, estrés psicológico crónico y obesidad predisponen para leiomiomatosis uterina, y por otro lado, el uso actual de anticonceptivos orales y las exfumadoras se comportan como factores protectores (4).

En cuanto al tratamiento es conservador, pero en pacientes con miomas sintomáticos o que afecten la calidad de vida el objetivo es aliviar los síntomas, hay que tomar en cuenta que el hecho de enfrentarse a histerectomías con piezas grandes, deformidad de anatomía constituyen un desafío en el quirófano, por lo que la decisión será tomada basándose en el tamaño y forma del útero y vagina, accesibilidad al útero, experiencia del cirujano, instrumental hospitalario disponible y la preferencia de la paciente (7)

Existe muy poca literatura de miomas gigantes y hasta la fecha el presente caso constituye el mioma gigante de mayor peso en nuestro país por lo que a continuación se presenta el caso clínico.

CASO CLÍNICO

Paciente de 45 años, nacida en esmeraldas, y residente en Lumbisí, afroecuatoriana, sin antecedentes clínicos ni quirúrgicos de importancia. Con los siguientes antecedentes gineco obstétricos: Menarquia: 9 años, ciclos menstruales regulares cada 30 días por 6 días, con dismenorrea moderada a severa, menstruaciones abundantes y sangrado intermenstrual. Inicio de vida sexual: 16 años, número de parejas sexuales: 2, sin reporte de infecciones de transmisión sexual, último papanicolaou hace 4 años negativo para lesión intraepitelial. Gesta: 2 Parto: 2 último parto hace 2 años, método de planificación familiar: ninguno. Mamografía hace un año: sin hallazgos patológicos. Acude por sangrado menstrual abundante y sangrado intermenstrual desde hace 3 años y desde hace 9 meses el cuadro se acompaña de dolor abdominal de moderada intensidad tipo cólico a nivel de hipogastrio con escala visual analógica del dolor de 8 - 9/10 además de distensión abdominal y palpación de tumoración a nivel abdominal con crecimiento rápido llegando a ocupar toda la cavidad abdominal. Un puntaje en el cuestionario de síntomas de fibromas uterinos y calidad de vida (UFS-QoL) de 163 puntos. Al examen físico Índice de masa corporal de: 39 kg/m², en el abdomen se palpa tumoración gigante que compromete toda la cavidad abdominal de superficie regular, dura, no móvil, no dolorosa a la palpación, borde superior llega hasta reborde xifoideo, Figura 1.

Figura 1. Inspección clínica del tumor abdominal.



Al examen de región genital, genitales externos de múltipara al examen especular en fondo de canal vaginal se evidencia líquido mucoso en poca cantidad, no mal olor, paredes vaginales redundante no se logra visualizar cérvix. Al tacto vaginal se palpa masa fija, no dolorosa, no se logra palpar cérvix por deformidad anatómica que producía el mioma. Paciente que ingresa por emergencia y se realiza estudio tomográfico donde se reporta lesión sólida heterogénea de 27cm sugestiva de miomatosis uterina vs teratoma de anexo sin descartar patología maligna, más hidronefrosis severa derecha. Figura 2.

Figura 2. Tomografía simple y contrastada de abdomen y pelvis a.- corte transversal b.- corte coronal c.- corte sagital. Donde se evidencia mioma uterino gigante que abarca toda la cavidad abdominal.



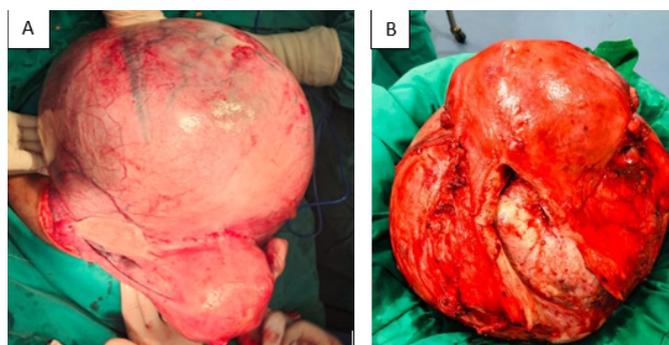
Se solicitaron marcadores tumorales los mismos que fueron negativos. Paciente recibe analgesia con mejoría del cuadro clínico.

Luego de resultados, por cuadro clínico y paridad satisfecha se decide realizar laparotomía exploratoria.

Previo a procedimiento se realizó preparación intestinal además de cistoscopia y colocación de catéter doble j por servicio de urología evidenciando bullas inflamatorias pre trigonal, alteración anatómica de vejiga, meatos uretrales derecho e izquierdo lateralizados, no masas, no litos en vejiga, el catéter doble j de lado derecho se coloca con dificultad sin embargo el del lado izquierdo no se puede colocar por resistencia y se difiere procedimiento.

El abordaje quirúrgico se realizó por incisión supra infra media umbilical de 36 cm y se reportó los siguientes hallazgos: importante panículo adiposo, mioma gigante de aproximadamente 50 x 45 cm de diámetro muy vascularizado adherido a cuello uterino e istmo uterino en su cara posterior, tamaño que distorsiona anatomía uterina y pélvica, útero de aproximadamente 7 x 6 x 5 cm adyacente a tumoración descrita, anexo izquierdo firmemente adherido a mioma, no es factible liberación del mismo, anexo derecho de características normales, ovarios de aspecto normal, sangrado aproximadamente 4000 ml. Figura 3.

Figura 3. A. Abordaje quirúrgico de leiomioma gigante mediante incisión media supra infra umbilical **B.** Imagen macroscópica de leiomioma.



Durante el procedimiento quirúrgico requirió de compensación hemodinámica, se transfundió 4 paquetes de glóbulos rojos y 4 plasmas frescos congelados, además del uso de vasoactivo por shock hipovolémico grado III. En el control posquirúrgico a las 8 horas la hemoglobina fue de 12.40 g/dL, los catéteres doble j se retiraron sin complicaciones, la paciente permaneció con adecuado gasto urinario, no requirió de manejo o ingreso a Unidad de Cuidados intensivos, hospitalizada durante 6 días con vigilancia de drenaje y control del dolor, con adecuada evolución clínica se indica alta. El informe histopatológico reportó leiomioma celular con cambios degenerativos. (tamaño: 35x34x36 cm, peso 10195 gramos), cervicitis crónica leve, endometrio con cambios autolíticos, miometrio: leiomioma convencional con cambios degenerativos (tamaño: 8,5 cm de diámetro mayor), anexo: ovario: cuerpo lúteo hemorrágico, trompa uterina sin alteraciones histológicas.

Acudió a controles posquirúrgicos en consulta externa con adecuada evolución posquirúrgica a la semana, al mes y a los 4 meses con índice de masa corporal de 31 kg/m² y con una valoración UFS-QoL de 38 puntos demostrándonos una mejoría en la calidad de vida.

DISCUSION

El mioma uterino de mayor tamaño fue descrito por Hunt en 1888, con un peso de 63,5 kg. Entre los informes de caso sobre el manejo y extirpación quirúrgica de leiomiomas existen reportes de extirpación de tumores de 65 libras y 25 libras (8). En Venezuela se ha reportado un caso con peso de pieza quirúrgica de 13 Kg en 2008 (9). En Bolivia existe reporte de un caso de leiomioma celular gigante con degeneración roja, hidrópica y quística en 2020 de 9 kg (10). En nuestro país se reporta en 2015 en Ambato mioma de 3 kg en paciente posmenopáusica (11). En guayaquil en 2009 se reporta caso de mioma de 8Kg (12). No tenemos conocimiento de reportes en la literatura nacional que describan algún caso similar o de mayor peso que el caso presentado.

Los miomas gigantes que por su crecimiento afectan la función renal y respiratoria, deforman la anatomía pélvica y abdominal, incrementan el riesgo de trombosis venosa pélvica y de las extremidades inferiores. Por lo que, colocar catéter doble j y realizar preparación intestinal ayuda a disminuir el riesgo de lesión ureteral e intestinal y mejorar la visualización durante la cirugía.

Las pacientes con miomas gigantes constituyen un desafío y aunque son pacientes jóvenes requieren mayor atención. La vigilancia estrecha del estado hemodinámico y respiratorio en el período trans operatorio ayudaron a enfrenar de manera adecuada el shock hipovolémico al que la paciente se enfrentaba, iniciando la reanimación con líquidos, agente vasoactivo y transfusión de concentrados de glóbulos rojos y plasma fresco congelado de manera temprana durante la cirugía, por lo que se recalca el trabajo multidisciplinario (13).

El tratamiento no está estandarizado porque el manejo adecuado de pacientes con fibromas muy grandes es complejo y requiere una habilidad excepcional. Además, los factores más importantes a la hora de tomar la decisión son el alivio de los síntomas, el riesgo de malignidad y las complicaciones del procedimiento. (14). En nuestra paciente el tratamiento quirúrgico fue la mejor opción terapéutica, se evidenció una mejoría en la calidad de vida luego de la resolución quirúrgica pues al valorar el cuestionario de síntomas de fibromas uterinos y calidad de vida (UFS-QoL) se evidenció el impacto de la gravedad de los síntomas en la calidad de vida relacionada con la salud en nuestra paciente. Destacamos la necesidad de vigilancia y seguimiento en pacientes con miomatosis uterina pues indicar un tratamiento quirúrgico de manera temprana reduce la morbilidad, mortalidad y complicaciones transoperatorias.

CONCLUSIONES

La miomatosis gigante en general es poco frecuente, en nuestro caso es uno de los mayores tamaños extraídos por cirugía en nuestro país, pero hace falta más estudios que permitan establecer mejores conductas quirúrgicas y estandarizarlas. Mejorar el diagnóstico precoz y vigilancia estrecha en pacientes con miomas uterinos es indispensable para tomar una conducta quirúrgica temprana para reducir la morbi-mortalidad.

REFERENCIAS

- Sánchez M F, Zamora B E. (2019, septiembre 16) Validez del diagnóstico clínico e imagenológico comparado con el resultado histopatológico de pacientes premenopáusicas con miomatosis uterina, sometidas a histerectomía con abordaje abdominal o vaginal en dos hospitales de segundo nivel de la ciudad de Quito, desde enero del 2014 a enero del 2019. (Tesis de posgrado). Pontificia universidad católica del Ecuador. Quito. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/16771>
- Giuliani E, As-Sanie S, & Marsh E E. (2020). Epidemiology and management of uterine fibroids. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 149(1), 3–9. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/ijgo.13102>
- Management of Symptomatic Uterine Leiomyomas: ACOG Practice Bulletin, Number 228. (2021). *Obstetrics and gynecology*, 137(6), e100–e115. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004401>.
- Salehi A M, Jenabi E, Farashi S, Aghababaei S & Salimi, Z. (2023). The environmental risk factors related to uterine leiomyoma: An umbrella review. *Journal of gynecology obstetrics and human reproduction*, 52(1), 102517. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2022.102517>
- Islam M S, Ciavattini A, Petraglia F, Castellucci M. & Ciarmella, P. (2018). Extracellular matrix in uterine leiomyoma pathogenesis: a potential target for future therapeutics. *Human reproduction update*, 24(1), 59–85. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/humupd/dmx032>
- Calaf J, Palacios S, Cristóbal I, et al..2020-03-27. Validación de la versión española del cuestionario Síntomas y Calidad de Vida en los Miomas Uterinos en mujeres con miomatosis uterina. *Medicina. clín (Ed. impr.)*. 154(6):207-213. Disponible en: 10.1016/j.medcli.2019.05.027.
- Merino Vaca RA. Manejo de miomatosis uterina. *MetroCiencia [Internet]*. 30 de junio de 2023; 31(2):92-95. Disponible en: <https://doi.org/10.47464/MetroCiencia/vol31/2/2023/92-95>
- Jonas, H. S., & Masterson, B. J. (1977). Giant uterine tumors: case report and review of the literature. *Obstetrics and gynecology*, 50(1 Suppl), 2s–4s.
- Pereira F, Arcia A. Fibromiomatosis uterina gigante: Reporte de caso. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2008 Sep; 68(3): 206-210. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322008000300012&lng=es
- Lopez. N., Ferrufino G., Guardia. R., & Arce. L. (2020). Leiomioma celular gigante con degeneración roja, hidrópica y quística: reporte de un caso. *Gaceta Médica Boliviana*, 43(2), 215-218. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662020000200015&lng=es&tlng=es
- Mena L, Lizano G. Miomatosis Uterina Gigante 1-may-2016. Universidad Técnica de Ambato-Facultad de Ciencias de la Salud-Carrera Medicina. Disponible en:<http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/23083>
- Unda M, Aldaz A, Bailón G. Mioma gigante de útero productor de poliglobulia. Reporte de un caso y revisión bibliográfica. 2010. *Rev. "medicina"*. 15(3): 222-226.
- Steward, R. G., Denhartog, H. W., & Katz, A. R. (2011). Giant uterine leiomyomata. *Fertility and sterility*, 95(3), Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2010.10.016>
- Babalola, O., Gebben, D., Tarver, M. E., Sangha, R., Roberts, J., & Price, V. (2023). Patient Preferences Regarding Surgical Treatment Methods for Symptomatic Uterine Fibroids. *Therapeutic innovation & regulatory science*, 57(5), 976–986. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s43441-023-00525-1>