

MIOMECTOMIA DURANTE EL EMBARAZO

*Cristhian Alexander Brañez García

**Jacqueline Espinoza Quinteros

***Victor Gutierrez Ricaldi

****Claudia Camacho Claros

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente de 36 años de edad, multigesta, con antecedente de tres cesáreas anteriores, ingresada a nuestro servicio cursando una gestación de 19 semanas, complicada, con miomatosis uterina cervical gigante, causante esta, de obstrucción de vías urinarias bajas, y por ende, con el riesgo potencial de complicación renal; por lo que se realiza tratamiento quirúrgico agresivo: miomectomía durante el embarazo. Al cuarto día del post operatorio se procede a una nueva intervención quirúrgica, por sangrado del lecho del mioma (complicado con shock hipovolémico), lográndose cohibir la hemorragia, así la paciente continua el embarazo bajo control estricto, primero en terapia intensiva y luego en sala de alto riesgo obstétrico, culminándose la gestación, a las 33 semanas, vía cesárea, con la obtención de un recién nacido de sexo femenino con peso adecuado para la edad, y APGAR de 8 y 9 quien es ingresado al servicio de neonatología para vigilancia; dados de alta madre e hija, al quinto día del post quirúrgico, ambos en buenas condiciones.

Varios artículos y publicaciones anteriores, recomiendan un tratamiento conservador en estos casos, no dando lugar muchos, a otra alternativa, pero gracias a la innovación de conceptos y a la mejor técnica y habilidad quirúrgica, últimamente varias pacientes con miomatosis, que complican al embarazo, principalmente, con alteraciones en la función urinaria, han sido sometidas a miomectomías, prosiguiendo las gestaciones con éxito; sin embargo el riesgo de complicaciones es evidente, así, encontramos igualmente artículos actuales con culminaciones desfavorables y nefastas

Palabras claves: Miomatosis uterina y embarazo. Miomectomía. Obstrucción de vías urinarias.

ABSTRACT

This is the presentation of the case of a 36-year-old, multigest, with a background of three Caesareans, admitted in our service with a 19-week, complicated gestation and with a giant cervical uterine myomatosis, which caused obstruction of lower urinary tracts, and therefore, with a high risk of a renal complication. Consequently, an aggressive surgical treatment is performed: myomectomy during pregnancy.

On the fourth day of the postoperative period, a new surgical operation is carried out due to bleeding of the myoma bed (complicated with a hypovolemic shock), and it is possible to restrain the hemorrhage; thus, the patient keeps pregnancy under strict control, first with intensive therapy and then at the room of high obstetrical risk. Gestation ends after 33 weeks, via Caesarean surgery with the product of a female newborn with the proper weight for her age, and APGAR of 8 and 9, who is admitted in the neonatology service for vigilance. Both, mother and daughter, are discharged in good physical conditions on the fifth day of the post-surgical period.

Several articles and publications recommend a conservative treatment in such cases, many of which do not offer other alternatives. However, thanks to concept innovation and improved surgical techniques and abilities, several patients with myomatosis, which complicates pregnancy mainly with alterations in the urinary function, have undergone myomectomies, and gestation has proceeded successfully; nevertheless, risk of complications is evident, as it has also been reported in recent articles about unfavorable and fateful outcomes.

Key words: Myomatosis uterine and pregnancy. Myomectomy. Obstruction of urinary tracts.

*Médico ginecologo Obstetra Hosp. Mallco Rancho

**Médico Ginecologo Obstertra

***Médico Residente II HMIGU

INTRODUCCIÓN

Se conoce que los miomas son los tumores mas frecuentes asociados con la gestación y que estos pueden influir en el desarrollo y término del embarazo, siendo factores de riesgo, de aborto, partos prematuros, mala presentación fetal, u obstrucción del canal del parto, pudiendo determinar la necesidad de operación cesárea, para la culminación del embarazo y mas excepcionalmente, histerectomía en el mismo tiempo quirúrgico ya sea por el tamaño o localización del mioma o por la existencia de importantes complicaciones del mismo. No obstante, un mioma no complicado, no tiene indicación de ser retirado quirúrgicamente durante el embarazo o en el curso de la operación cesárea, reservándose la miomectomía durante el embarazo para casos muy específicos, como ser la degeneración roja con dolor localizado en el lugar del mioma que no cede al reposo y administración de analgésicos y antiinflamatorios, abdomen agudo por torsión de un mioma subseroso pediculado o como causa de cuadros compresivos, que a la postre podrían derivar en graves complicaciones de los sistemas obstruidos (sistema urinario y gastrointestinal).

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente de 36 años de edad, múltipara gesta 4, cesáreas previas 3, ingresa al servicio en fecha 27 de octubre del 2005, cursando un embarazo de 19 semanas, con un cuadro, de 24 hrs de evolución caracterizado por imposibilidad de miccionar, acompañado de dolor abdominal espasmódico intermitente a nivel de hipogastrio, lo que obliga a la paciente a consultar a centro privado, donde le realizan sondaje vesical evacuador, con alivio de los síntomas; enviada posteriormente a nuestro servicio.

Tiene el antecedente de que aproximadamente ocho meses atrás, es diagnosticada, con presencia de masa a nivel de pelvis, por ecografía, acompañado de sangrado transvaginal en varias oportunidades, que es mas evidente, con los esfuerzos físicos. Cuatro meses antes se embarazó sin darse cuenta.

Antecedentes ginecoobstétricos:

UPM: 26-06-05 G3 P0 C3 A0

FPP: 03-03-06

EXAMEN FISICO (al ingreso).-

Paciente conciente orientada en buen estado general

Signos vitales estables

Mucosas: húmedas y ligeramente pálidas.

Abdomen: Se evidencia cicatriz media infraumbilical de más o menos 12 cm de cesárea previa con altura uterina de 20 cm. Producto en situación indiferente.

DU (-) FCF: 140 x min (con Ecoson)

RH (+) con dolor a la palpación superficial y profunda en hipogastrio.

Examen ginecológico:

Genitales externos de características normales.

Examen Especular: vagina acortada, cérvix desplazado hacia pared anterior de vagina, entreabierto, con flujo blanquecino escaso en canal vaginal

Tacto vaginal: cérvix anterior, reblandecido, con orificio cervical externo dehiscente a dedo explorador, orificio cervical interno cerrado.

A través de fondos de saco vaginal se tacta masa redonda de mas o menos 15 cm de diámetro que hace cuerpo con el útero, y que ocupa región central de pelvis, aparentemente adherido a pared posterior de útero, doloroso a la movilización, no siendo posible valorar anexos.

Diagnósticos de ingreso:

- G4 C3 Embarazo de 19 semanas.

- Amenaza de aborto.

- Miomatosis y embarazo.

- 3 cesáreas previas

- Retención urinaria de causa obstructiva.

- Alto riesgo obstétrico.

En sala de alto riesgo: En primera instancia se realiza, los estudios laboratoriales correspondientes, cuyos resultados relevantes fueron:

Anemia moderada Hb. 9,1 mg/dl. Parcial de orina infeccioso. Pruebas de función renal y resto de exámenes dentro parámetros normales.

La ecografía del servicio confirma el diagnóstico, de miomatosis cervical, con edad gestacional acorde al último periodo menstrual.



Figura 1: Ecografía en fecha 01/11/05

Ecografía - En fecha: 01-11-05

Embarazo de 18 semanas +/- 14 días

Mioma cervical multilobular.

Placenta fúndica.

Observaciones.-Imagen heterogénea que compromete todo el cérvix (pared posterior del cuello) dicha masa desplaza hacia la pared anterior del abdomen la vejiga, la misma que se encuentra, distendida y ocupada por líquido (orina).

Al estudio transvaginal se delimita labio anterior del cérvix y su canal y no así el labio posterior el mismo que se encuentra comprometido. El Mioma cervical, ocupa la región posterolateral derecha del útero, con su diámetro mayor en sentido longitudinal.



Figuras 2, 3 y 4: Ecografías del 01/11/05

La relación del cuerpo uterino, gestante con el cérvix es aproximadamente de 5:1 y del tumor con el útero de 1:1 más o menos.

Se realiza interconsulta con urología que diagnos-

ticen luxación de uretra y retención de orina con poliuria desobstructiva y sugieren una cistotomía.

En inicio el esposo y la paciente no aceptan la cirugía conservadora (miomectomía), por el gran riesgo que conllevaba dicho procedimiento, pero después de 11 días, autorizan al cirujano ginecólogo que se realice la cirugía, por el dolor pélvico casi constante, además de los síntomas de compresión de vías urinarias: dificultad en la micción, riesgo de hidroureter, hidronefrosis secundaria y la potencial insuficiencia renal aguda.

Una vez controlada la amenaza de aborto, tratada la infección urinaria, y compensada la anemia, la paciente es sometida a miomectomía, programada en fecha 8 de noviembre de 2005; bajo útero inhibición con ritodrina endovenosa, 1 hora previa a la cirugía, en el trans-quirúrgico y posterior a la cirugía por 24 horas.

Fecha: 8 de Noviembre 2005 - cirugía conservadora Miomectomía más liberación de bridas y adherencias.

Hallazgos:

- ◆ Múltiples adherencias de epiplón a pared abdominal y de epiplón a útero.
- ◆ Útero grávido de mas o menos 20 cm de longitud.
- ◆ Mioma cervical de 12x 10 x10 cm de tamaño que compromete cara lateral y posterior de segmento inferior hasta cérvix, color nacarado, bordes regulares multilobulado de consistencia dura
- ◆ Sangrado de mas o menos 800 cc.

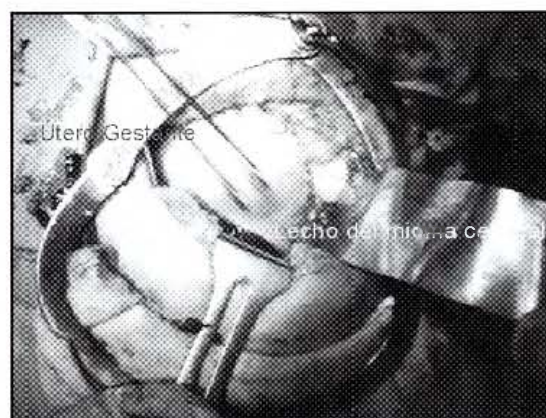


Figura 5: Miomectomía mas liberación de bridas y adherencias.

Fecha: 09-11-05 - Ecografía de control:

Se observa imagen hipocogénica de 82x35x67 mm (vol. 86cm3). Compatible con hematoma que se encuentra lateralizado a la derecha en relación a esta se observa imagen heterogénea de 47x56x46 mm probablemente mioma residual, la misma que se encuentra en relación con el cuello.

Caso Clínico

IDx: -Hematoma
-Mioma residual

La conducta que se decidió, fue la de observación, para ver si el hematoma se reabsorbía

HISTOPATOLOGICO

Microscopia :

Reporta formación ovoidea de 12x11 cm de consistencia firme al corte, de color blanco nacarado, aspecto arremolinado

Dx : Leiomioma Uterino

Fecha: 11 - 11 - 2005

Paciente presenta datos de abdomen agudo hemorrágico, con signos y síntomas de Shock hipovolémico, por lo que es sometida a: LAPAROTOMÍA EXPLORADORA con drenaje de hematoma del lecho del mioma mas colocación de puntos hemostáticos.

Los hallazgos fueron:

- ◆ Hemoperitoneo mas o menos 500 cc
- ◆ Hematoma de más o menos 10 cm de diámetro en segmento uterino, borde lateral derecho que abarca hasta cara posterior de útero, comprometiendo ligamentos anchos y tejidos adyacentes.
- ◆ Coágulos negruzcos más o menos 150 cc
- ◆ Lecho uterino del mioma con vasos sangrantes
- ◆ Trompa derecha infiltrada.



Figura 6: Hematoma y lecho del mioma.

Después de la misma es trasladada al servicio de terapia intensiva para manejo del posquirúrgico inmediato donde se continúa con la uteroinhibición con ritodrina EV y antiprostaglandínicos (indometacina vía rectal).

Prosiguiendo la gestación en forma estable, pero siempre, bajo riesgo de complicaciones que pudiesen determinar la interrupción del embarazo.

Una vez superada esta etapa, la paciente es llevada a salas de alto riesgo obstétrico para su seguimiento con monitorización permanente, así es internada en este servicio por el lapso de tres

meses, cumpliendo 33 semanas de gestación, momento en que se decide la interrupción del embarazo por presentar intenso dolor a nivel de hipogastrio (herida quirúrgica anterior) y por la presencia de perfil biofísico de 4 sobre 10.

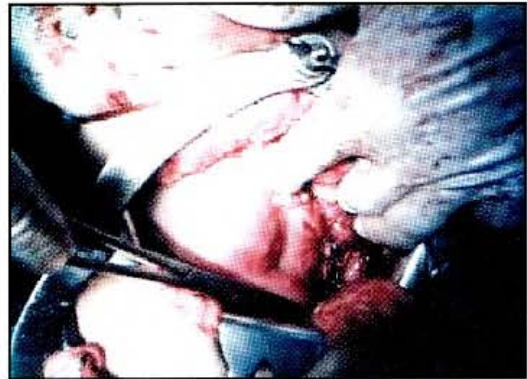


Figura 7: Drenaje y colocación de puntos hemostáticos

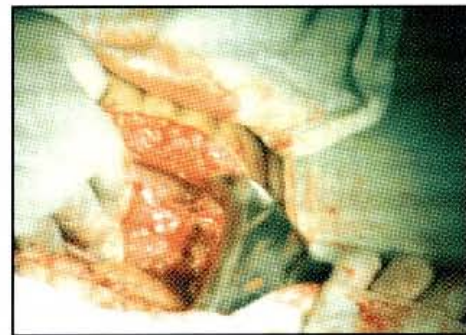


Figura 8: Herida Cicatrizada de la miomectomía.

En Fecha: 22- 2 - 06 se realiza: Cesárea segmentaria tipo Kerr mas salpingoclasia bilateral tipo Pomeroy; obteniéndose un recién nacido de sexo femenino con un peso de 2040 grs, talla de 48 cm, perímetro cefálico de 33 cm, APGAR 8 y 9. Edad estimada por neonatología de 33 semanas.



Figura 9: Neonato, sexo femenino, peso 2040gr, Edad gestacional 33 semanas, APGAR 8 y 9.

Posterior a la cirugía la madre transcurrió su puerperio posquirúrgico, en salas generales de la insti-

tución, dándosele el alta, a las 72 hrs en buena condiciones; mientras que la recién nacida como era de esperar, permaneció internada en el servicio de neonatología, para observación por su prematuridad, no presentando signos de membrana hialina, siendo externada del mismo a los 5 días.

CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

Se conoce que el mioma es el tumor benigno más frecuente asociado con la gestación y que este por su parte puede influir en el desarrollo y término del embarazo, se admite la responsabilidad del mioma en el aborto, en la ocurrencia de partos prematuros, mala presentación fetal, obstrucción del canal del parto, pudiendo determinar la necesidad de operación cesárea, para la culminación del embarazo y más excepcionalmente, histerectomía en el mismo tiempo quirúrgico ya sea por el tamaño o localización del mioma o por la existencia de importantes complicaciones del mismo. No obstante, un mioma no complicado, no tiene indicación de ser retirado quirúrgicamente en el curso de la operación cesárea (1,5,6).

Es referido también, que los miomas cualquiera sea su localización y tamaño pueden determinar la ocurrencia de severas hemorragias posparto, lo que obliga a un control estricto de estas pacientes, en el puerperio (5,6,7,9).

La mayor incidencia de partos prematuros se relaciona con los miomas de tamaño superior a 3 cm de diámetro (dificultades en la distensión de las fibras musculares uterinas).

Los miomas grandes favorecen la modificación de la estática fetal haciendo más frecuentes las situaciones transversas, las presentaciones de nalgas y las deflexiones cefálicas,^{6,7,9}.

Los miomas pediculados hacia la pelvis menor; situados en el cuello o en el segmento inferior, pueden actuar como tumor previo; los intramurales mayores a 5 cm pueden alterar la contractilidad uterina y/o la estática fetal.

Por otro lado miomas situados en la mitad inferior del útero, pueden producir signos de compresión del sistema urinario, con la consecuente manifestación de polaquiuria, urgencia miccional, hasta signos francos de retención urinaria, que a la larga puede complicarse con cuadros de hidroureter e hidronefrosis, esto aunado por el tamaño aumentado del útero, terminando en una insuficiencia renal^{1,5,9}.

La frecuencia de cesáreas está significativamente elevada en los úteros miomatosos, no influyendo el número de miomas, pero sí la localización y el tamaño de los mismos.

El alumbramiento puede verse dificultado por cierto grado de acretismo placentario, o por alteraciones de la contracción uterina, pudiendo ser causa de, hemorragias del alumbramiento (retención placentaria) y/o hemorragias tardías por subinvolución uterina⁷.

Durante el puerperio son más frecuentes las infecciones puerperales (sobre todo cuando los miomas son submucosos); hay mayor peligro de enfermedad trombo embólica.

Así mismo no hay que despreciar el porcentaje de pacientes gestantes que acuden a la consulta médica, refiriendo dolor a nivel de la masa miomatosa, asociándose muchas veces, a una torsión del mismo, cuando este es pediculado o bien por grados variables de degeneración principalmente roja^{1,5,7,9}.

Nuestra actitud ante el mioma durante el embarazo debe ser conservadora, observando la evolución del mismo e interviniendo solamente cuando aparezca alguna complicación⁸.

La miomectomía previa a la gestación aumenta la incidencia de cesáreas, pero ésta no es imprescindible, pudiendo tener el parto por vía vaginal, por otro lado la miomectomía en un útero asintomático para evitar complicaciones durante el embarazo, es una intervención de dudosa utilidad.

La extirpación del mioma durante el embarazo, es peligrosa por dificultades técnicas y de hemostasia, acompañándose frecuentemente de pérdida fetal y riesgo de histerectomía, por lo que se la debe evitar^{7,8,9}.

Se considera que la miomectomía durante el embarazo solamente estaría indicada en algunos casos graves como:

- ♦ Degeneración roja o dolor localizado en el lugar del mioma que no cede al reposo y administración de antiinflamatorios no esteroideos.
- ♦ Torsión de un mioma subseroso pediculado que provoca un cuadro de abdomen agudo; en este caso la intervención es más sencilla y menos peligrosa.
- ♦ Cuadros compresivos, que a la postre podrían derivar en complicaciones graves de los sistemas obstruidos (sistema urinario y gastrointestinal)^{1,3,7}

Es propugnado por varios autores la contraindicación de miomectomía durante la operación cesárea, debido a que la gran vascularización existente dificulta la hemostasia y el cierre del lecho miometrial. Sólo deben extirparse los miomas del segmento inferior que dificulten la cirugía y los subserosos pediculados⁹.

Si se considera que un mioma ha sido la causa de complicaciones durante el embarazo y la paciente

desea nueva gestación, está indicada la miomectomía previa al nuevo embarazo, debiendo transcurrir unos seis meses entre el parto y la intervención^{2,3}.

La asociación de miomatosis y embarazo, plantea menos problemas de los que se habían descrito previamente, cabe destacar que la mayoría (70%) de los fibromas siguen siendo asintomáticos, con la conclusión del embarazo a término sin mayores complicaciones, pero también es importante mencionar el otro porcentaje que causa algún tipo de alteración en el normal transcurrir del embarazo, y dentro de estos los que requieren cirugía dentro el curso del embarazo, con el objeto de disminuir la morbilidad principalmente materna, pese al gran riesgo potencial que conlleva este hecho para el binomio.

El manejo del mioma uterino durante la gestación debe ser preferentemente de tipo conservador, así lo manifiesta la literatura convencional, evitando hasta el mayor grado posible las miomectomías perigravídicas, reservándose el mismo para las grandes complicaciones que podría originar el tumor, prueba de esto es el presente caso que nos tocó manejar, en el cual, el compromiso del sistema urinario con el potencial desencadenamiento de una insuficiencia renal de origen obstructivo, nos obligó a tomar una conducta mas agresiva, en contraste a la visión de la gran mayoría de los obstetras de un manejo conservador por el gran riesgo que conlleva la cirugía como ya mencionamos. Creemos que la conducta fue la acertada, pese a la poca experiencia en este tipo de cirugías y tomando en cuenta que esta es la primera realizada en Bolivia, o por lo menos dada a conocer, pues no se tienen otros reportes en el país, nos llena de gran beneplácito el hecho de que el embarazo, pese a que se culminó de manera prematura, llego a buen fin tanto para la madre como para el recién nacido, sin ser el objetivo de este artículo cambiar los criterios ya establecidos en el manejo de lo que es el embarazo asociado a miomatosis.

BIBLIOGRAFIA

1. VOTTA, O. PARADA, Tumores genito mamarios, Mioma del útero en el embarazo. Obstetricia. 1992.
2. J. S. BERECK., P. A. HILLARD., E. Y. ADASHI. Liomiomas uterinos. Ginecologia de Novak 12ª edición 1998.
3. PHELAN JP. Miomatosis y embarazo Obstetricia y ginecologia Clinicas de Norteamérica 1995
4. MOLLICA G, PITINIL MINGANTI R. Miomectomia uterina electiva en mujeres embarazadas Clinicas Obstetricia y ginecologia.

5. SCHWARCZ, C. DUVERGES, A. DIAZ, R FESCINA. Tumores y embarazo - fibromiomas de útero. Obstetricia 5ª edición: El ateneo, 1995.
6. A. PÉREZ SÁNCHEZ. Mioma uterino. Obstetricia Ginecología 2003.
7. WILLIAMS, G. CUNNINGHAM, NORMAN GANT, LEVENO. Anomalías del aparato reproductivo - Leiomiomas uterinos. Obstetricia 21ª Edición, 2004.
8. J.A.ROCK, J. D. THOMPSON. Leiomiomas uterinos y miomectomias. Te Linde. Ginecologia quirurgica 8ª edición 1998.
9. S. G. GABBE, J. R. NIEBYL, J. L. SIMPSON. Tumores uterinos - miomatosis y embarazo. Tratado de Obstetricia. Marban 2004.