

CASOS CLÍNICOS

EMBARAZO DE 16.3 SEM, AMENAZA DE ABORTO Y MIOMA CERVICAL EXTERIORIZADO A VAGINA TRATADO POR MIOMECTOMIA PREVIA MORCELACIÓN EN CUÑA BASADA EN LA EVIDENCIA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

PREGNANCY OF 16.3 SEM, THREAT OF ABORTION AND CERVICAL MYOMA EXTERIORIZED TO VAGINA TREATED BY PREVIOUS MYOMECTOMY WEDGE MORCELLATION BASED ON THE EVIDENCE. CASE PRESENTATION

Dra. Liliam Condori Roque¹

RESUMEN:

El mioma cervical exteriorizado asociado a embarazo es una patología rara de presentación. La afectación dependerá de la localización de la miomatosis y las dimensiones de la misma. Aunque no se conoce exactamente el crecimiento de esta patología durante el embarazo, los miomas aumentan la morbilidad durante la gestación, tanto para la madre como para el producto.

El objetivo de este presente artículo es exponer el caso de embarazo de 16.3 sem, amenaza de aborto y mioma cervical exteriorizado a vagina tratado por miomectomía previa morcelación en cuña, Diagnosticada y tratada en el Servicio de Ginecología, de Hospital de la Mujer Tercer Nivel de Atención La Paz-Bolivia en una paciente Femenina de 33 años, que tras acudir al servicio de emergencias y realizar revisión y estudios complementarios se llega al Diagnostico mencionado.

En la literatura nacional e internacional, tras la revisión sistemática, no se encontró varios escritos sobre esta entidad, siento esta una manera de iniciar el levantamiento casuístico de esta variedad poco frecuente de patología ginecoobstetrica, a su vez, ampliar conocimientos no solo teóricos-prácticos, sino medios de terapéutico clínico-quirúrgico experimental empleada basada en la evidencia, así evaluando los resultados y repercusiones a largo plazo.

Palabras clave: Miomectomía, Morcelación, OCE: Orificio cervical externo, OCI: orificio cervical interno

ABSTRACT

Externalized cervical myoma associated with pregnancy is a rare presentation pathology. The involvement will depend on the location of the myomatosis and its dimensions. Although the exact growth of this pathology during pregnancy is not known, fibroids increase morbidity during pregnancy, both for the mother and the child.

The objective of this article is to present the case of a 16.3 week pregnancy, threatened abortion and cervical myoma exteriorized to the vagina treated by myomectomy prior to wedge morcellation, Diagnosed and treated in the Gynecology Service of the Third Level Women's Hospital. Attention La Paz-Bolivia in a 33-year-old female patient, who after going to the emergency service and carrying out a review and complementary studies, reached the aforementioned Diagnosis.

In the national and international literature, after the systematic review, several writings about this entity

1. MR III Ginecología obstetricia, Hospital de la Mujer. La Paz, Bolivia
Servicio de ginecología Hospital de la Mujer
E-mail: liliamcondoriroque@gmail.com · Celular: 61147965

were not found, I feel this is a way to begin the case study of this rare variety of gynecological-obstetric pathology, in turn, expand knowledge not only theoretical-practical, but rather means of experimental clinical-surgical therapeutics used based on evidence, thus evaluating the results and long-term repercussions.

Key Words

Myomectomy, Morcellation, OCE: External cervical os, OCI: internal cervical os.

INTRODUCCIÓN

El mioma cervical de gran volumen exteriorizado a canal vaginal asociado a embarazo es una patología rara, dado que es más frecuente miomas corporales intramurales o subserosos de pequeño volumen en frecuencia asociados a embarazo. La literatura sobre el comportamiento de los leiomiomas está compuesta únicamente por reportes de casos, sin publicaciones desde 2014, con referencias a solo 9 Casos descritos a nivel mundial (tabla 1) [9]. A nivel Nacional se cuenta con 1 publicación de Cochabamba, con respecto a esta patología, mismas que se deben presentar, pero no se cuenta con publicaciones.

Los miomas en el embarazo generalmente se asocian con amenaza de aborto, retraso del crecimiento intrauterino, desprendimiento de placenta, presentación anormal del feto, parto prematuro y dolor pélvico. [3]. Los miomas submucosos pediculados generalmente se asocian con infertilidad y generalmente se encuentran durante el período previo a la concepción. [4,5]. Los miomas submucosos prolapsados durante el embarazo son poco comunes y se han informado pocos casos de pacientes sometidas a miomectomía vaginal durante el embarazo. [5-8]. La prevalencia de leiomiomas uterinos durante el embarazo es aproximadamente del 10%. [9]. y menos del 1% de ellos son leiomiomas cervicales, lo que significa que la probabilidad de encontrar estas raras entidades clínicas es inferior a 1 en 1000 embarazos.

CASO CLÍNICO

- Paciente femenino de 33 años de edad, procedente y residente de la Ciudad de La Paz, estado Civil unión estable, Antecedentes ginecoobstetricos: Menarca 14 años, FUM: 5-05-23, G: 0, MAC: Ninguno, antecedentes patológicos: no refiere, admitida a través del Servicio de Emergencias de Hospital de La Mujer (La Paz-Bolivia) en agosto 2023, por un cuadro clínico de 3 días de evolución caracterizado por presentar hemorragia genital de características rojo oscuras en escasa cantidad que llega a manchar 3 toallas higiénicas diarias y escasos

coágulos, el cuadro clínico se exagera hace 2 días previos con aumento en cantidad de hemorragia genital y coágulos, asociado a dolor abdominal de inicio espontáneo, localizado en hipogastrio de tipo cólico de moderada intensidad, motivo por el cual acude a Hospital Boliviano Holandés, donde tras valoración deciden su referencia a nuestra Institución con los Diagnósticos de Embarazo de 15 semanas, mioma cervical sangrante, tras revaloración por el servicio de emergencias y complementar estudios se decide su internación. Al examen físico: abdomen globoso a expensas de TCS y útero gestante, AFU 13 cm, FCF 150 lpm, con RHA (+) normoactivos, blando depresible con leve dolor en región de hipogastrio, al examen ginecológico: **Examen con especulo:** se evidencia mucosa cervicovaginal epitelizada de coloración violácea, cérvix no identificable por presencia de Tumor de bordes regulares que ocupa canal vaginal, con presencia de escaso débito hemático rojo oscuro escaso. **Tacto bimanual:** vagina amplia poco elástica profunda, cérvix no palpable, se palpa protrusión de TU de aprox. 10x12cm de bordes regulares móvil, consistencia firme, no se palpa pedículo, doloroso a la movilización dedil explorador sale manchado con escaso débito hemático. Útero en AVF que mide 16x14x12 cm aprox, de contornos regulares consistencia reblandecida, anexo derecho e izquierdo no palpables, fondo de saco ocupado.

- **Exámenes complementarios:** Hb: 8 mg/dl, Hto. 25%, compatible con anemia severa, GB 13.200 mm³, segmentados 74%, cayados 3%, creatinina 0,8 mg/dl, Coagulograma normal, EGO: Patológico.
- **Ecografía Obstétrica temprana:** embarazo de 15,4 sem, mioma cervical de 82x68x89 mm.
- **Cervicometria:** mioma cervical de 222 cc, (OCE se observa masa heterogénea sólida de 8,5 x 5,9 x 8,3 mm, aparente dependencia de labio anterior), longitud cervical 21 mm.

Se interna con los Diagnósticos de: embarazo de 15.3 semanas por FUM, mioma cervical

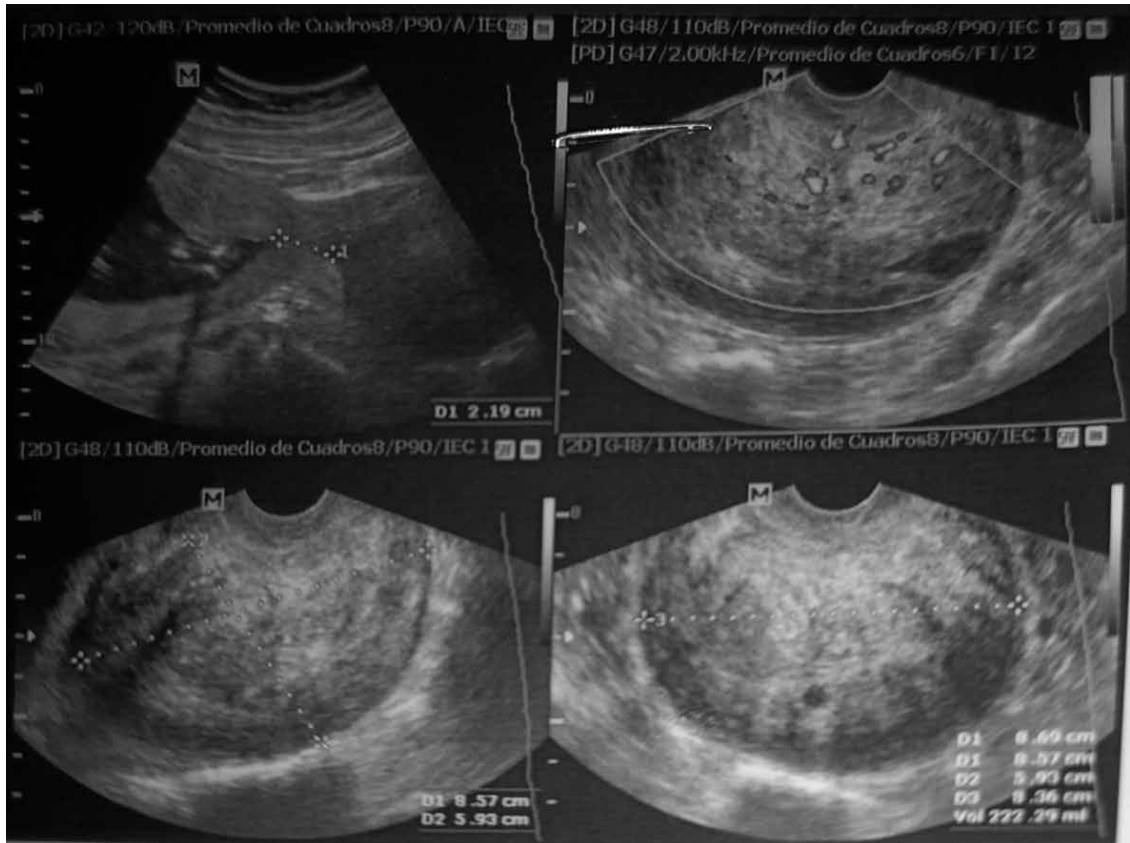
exteriorizado a canal vaginal, amenaza de aborto, anemia severa, obesidad Grado II, por lo cual se decide su internación e inicio de tratamiento a base de Indometacina 100 mg VR, Progesterona, 200 mg VO cada 12 hrs, antibioticoterapia y transfusión de 2 paquetes globulares de ingreso.

Se decide realizar miomectomía por morcelación con riesgo de pérdida de embarazo y consentimiento de cerclaje, mismas que se explica a paciente, familiares y dan el

consentimiento.

Procedimiento realizado: miomectomía por técnica de morcelación en cuña, **Hallazgos:** se evidencia TU en canal vaginal dependiente de cérvix en cara anterior de 15x10 con presencia de pedículo de 3 cm de diámetro, blanco nacarado el mismo de superficie regular, (Procedimiento sin complicaciones), se evidencia cérvix de coloración violácea, OCE abierto 2 cm. Se transfundió 1 PG en el transoperatorio. PH: 100 cc.

FIGURA N° 1



Fuente: propia

FIGURA N° 2



FIGURA N° 3

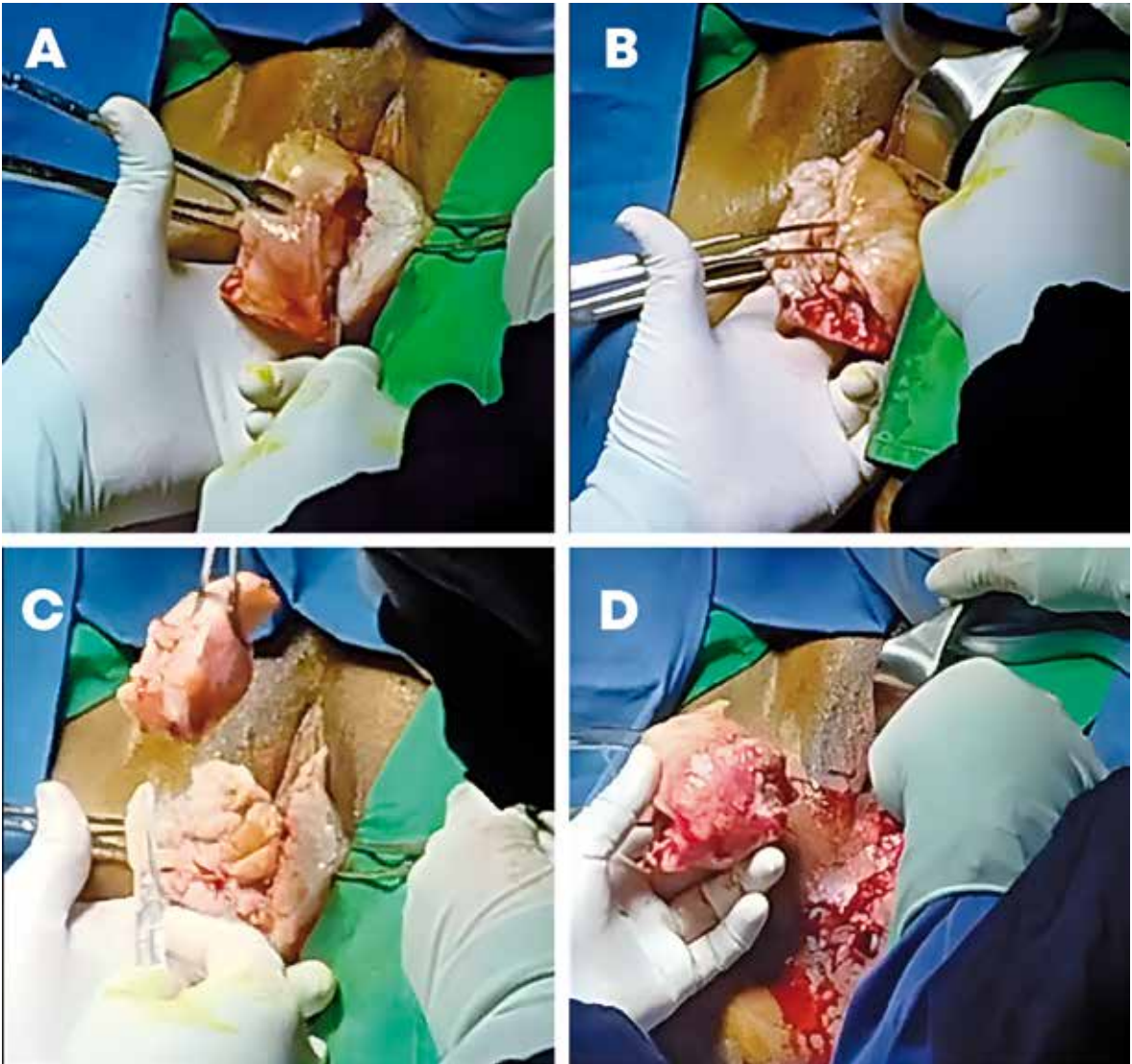
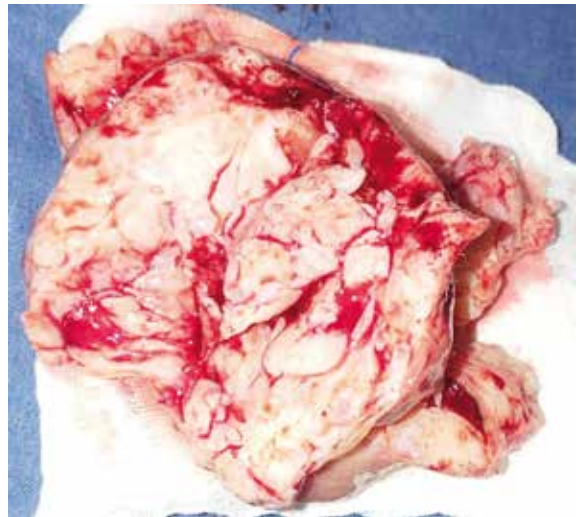


FIGURA N 4



Fuente: propia

FIGURA N° 5



Fuente: propia

FIGURA Nº 6



Fuente: propia

Posterior a su intervención paciente continuo con tocólisis (indometacina, progesterona) y es valorada por el Servicio de Alto riesgo obstétrico para seguimiento quienes indican paciente con evolución lenta favorable y control ecográfico a las 48 hrs, se le realiza la **ecografía obstétrica temprana**, misma que reporta: embarazo intrauterino de 16,4 sem, normohidramnios , FCF de 164 lpm, OCI cerrado, **Cervicometría:**

de bajo riesgo para edad gestacional (longitud cervical funcional 36 mm, OCE y OCI cerrado cérvix en ausencia de funneling), Paciente con evolución favorable. laboratorios de control Hb: 10.5 g/dl, Hto: 33% (anemia compensada), se decide alta hospitalaria el 19.06.23 con tratamiento ambulatorio a base de paracetamol, cefixime y progesterona y controles por Consultorio externo.

Diagnostico de Egreso:

1. EMBARAZO DE 16.3 SEM POR FUM
2. MIOMA CERVICAL EXTERIORIZADO A VAGINA TRATADO POR MIOECTOMIA PREVIA MORCELACION EN CUÑA
3. AMENAZA DE ABORTO EN TRATAMIENTO
4. ANEMIA SEVERA COMPENSADA

Resultados de anatomía patológica: leiomioma cervical

En fecha 27-12-23 Fue intervenida a Cesárea por Doppler fetal patológico con embarazo de 33.5 sem y estado fetal no tranquilizador obteniéndose un Producto único vivo, sexo masculino, peso: 2170 gr, Talla 46 cm, Apgar 7/9 puntos.

FIGURA Nº 7 ECOGRAFIA DE CONTROL POSTOPERATORIO



Fuente: propia

DISCUSION:

El mioma cervical de gran volumen exteriorizado a canal vaginal asociado a embarazo es una patología poco frecuente, pero que puede traer complicaciones serias, como ser en este caso hemorragia genital recurrente que llevo a una anemia severa, dolor pélvico, amenaza de aborto, retraso del crecimiento intrauterino, desprendimiento de placenta, presentación anormal del feto, parto prematuro, Rotura prematura de membranas por el volume del

mioma (Embarazo de Alto riesgo). En el cual se debe evaluar la emergencia (Riesgo beneficio del binomio materno-fetal) y la modalidad terapeutica a realizarse.

La técnica de Morcelación en cuña es un procedimiento la cual consiste en fragmentar una pieza quirúrgica para su extracción.

Tipos de morcelación: (hemisección, enucleación, resección en cuñas o miomectomía).18].

Tabla 1

Autor	Fibroide medición y ubicación	edad gestacional en diagnóstico.	Gestión	edad gestacional en mano de obra	Curso postoperatorio y complicaciones.
Scott (1951)[8]	5 centímetros Labio anterior.	18 semanas. Vaginal sangrado.	Miomectomía vaginal por sangrado vaginal severo a las 18 semanas.	22 semanas. Vaginal mano de obra.	Prolapso de membranas a los 18 días de la cirugía. Rotura de membranas pretérmino posterior antes del parto, corioamnionitis posterior. Muerte infantil.
Nicolás (1953)[10]	8cm Labio posterior.	38 semanas.	Miomectomía vaginal. Fijar una entrega.	39 semanas. Vaginal mano de obra.	Curso postoperatorio sin incidentes.
Oruc (2004)[11]	7 centímetros	18 semanas. Rotura de membranas con fetal posterior	Histerectomía total después de un intento fallido de miomectomía vaginal.	18 semanas. Cesárea.	Bebé sano.
Erian (2004)[12]	Labio posterior.	fallecimiento.		35 semanas.	Muerte fetal.
Sengupta (2006)[13]	dos cervicales	7 semanas. Vaginal sangrado.	La conducta expectante. Prolapso a las 13 semanas.	cesárea (placenta previa).	Curso postoperatorio sin incidentes
Demirci (2007)[5]	fibromas. Labio anterior. 4cm cada uno	36 semanas. Vaginal sangrado.	Se realizó biopsia debido al rápido crecimiento. Medida final de miomas de 16 y 11 cm.	36 semanas. Cesárea.	Curso postoperatorio sin incidentes. Bebé sano.
Kilpatrick (2010)[7]	a las 7 semanas. 16 y 11 cm en	sangrado. Mioma no previamente objetivado	Miomectomía abdominal después de cesárea.	36 semanas. Vaginal entrega.	Curso postoperatorio sin incidentes, lactante sano.
Obara (2014)[6]	35 semanas.	26 semanas.	Miomectomía abdominal después de cesárea.	38 semanas. Vaginal entrega.	Curso postoperatorio sin incidentes, lactante sano. Curso postoperatorio sin incidentes, lactante sano.
González (2020)	12cm anterior, izquierda laterales y cervical posterior muro.	prematureo contracciones. 9 kilovatios. Vaginal sangrado.	Manejo expectante inicial. Miomectomía vaginal por difícil abordaje abdominal. Fijar una entrega.	16 semanas. 40 semanas.	
	5 centímetros	13 semanas. Vaginal sangrado y orina obstrucción del tracto.	Miomectomía vaginal al diagnóstico.	inducido porque oligohidramnios.	Rotura prematura de membranas antes del parto a las 16 semanas.
	Pared lateral izquierda.		Miomectomía vaginal a las 15 semanas por sangrado vaginal persistente.	Parto vaginal. 35 semanas. Vaginal entrega. Saludable niño.	Muerte fetal.
	11cm Bien posterolateral pared cervical.	Mioma cervical diagnosticado antes de el embarazo. prolapso a las 7 semanas.	Miomectomía vaginal a las 13 semanas por sangrado vaginal abundante.		Curso postoperatorio sin incidentes, lactante sano.
	6cm		Manejo expectante inicial.		
	Labio posterior.	13 semanas.	Miomectomía vaginal a las 13 semanas de embarazo por sangrado vaginal severo.		Curso postoperatorio sin incidentes, lactante sano.
	Semipedunculado.				
	5 centímetros		Miomectomía vaginal a las 14 semanas por sangrado vaginal persistente.		
	Labio posterior.				

FUENTE: González V, Herráez A. Mioma cervical prolapsado durante el embarazo, Revista Europea de Obstetricia, Ginecología y Biología Reproductiva 252 (2020) 150–154 (Elsevier BV).

El paciente que nos tocó operar se tomó la decisión de realizar miomectomía por morcelación en cuña por la localización del tumor el cual era de gran volumen exteriorizado a canal vaginal, la tracción que estaba ejerciendo, la edad gestacional, la sintomatología que presentaba y persistencia de hemorragia genital también se planteó la posibilidad de riesgos y complicaciones como ser: producirse el aborto y incompetencia istmocervical y la posibilidad de realizar cerclaje cervical.

La cirugía y manipulación del leiomioma cervical prolapsado pueden provocar la rotura de las membranas si el pedículo está cerca de las membranas amnióticas.

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,^{15,16,17}.

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.

Los miomas cualquiera sea su localización y tamaño pueden determinar la ocurrencia de severas hemorragias posparto.

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.

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.

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)

Obara et al. [6] consideran la ubicación del mioma y la técnica como factores importantes para el tratamiento quirúrgico y el cuidado postoperatorio del parto del mioma durante el embarazo:

- Ubicación de la base del mioma: las condiciones son más favorables para la miomectomía cuando la base del mioma se encuentra en el canal cervical que en el cuerpo del útero.

En nuestro caso, el pedículo surgía de la pared cervical anterior lo cual dificultaba su sección por el tamaño y volumen y que estaba fijado a pared cervical anterior por lo cual se realizó la miomectomía por técnica de morcelación en cuña. Para controlar posibles sangrados, consideramos como mejor técnica.

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 cual fue nuestro caso.

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, 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.

La cervicitis posoperatoria puede ocurrir porque el orificio externo del útero está dilatado.⁶ Esta cirugía aumenta el riesgo de corioamnionitis y rotura prematura.

La resonancia magnética (MRI) puede ser de gran ayuda a determinar la ubicación del leiomioma, es más preciso que la ecografía

transvaginal. Sin embargo, en nuestro paciente no fue solicitado debido a que la ecografía fue confinable y el muy alto costo de las resonancias magnéticas. Si las imágenes por ultrasonido no son concluyentes, la resonancia magnética puede ayudar a identificar la ubicación del leiomioma y ser útil para planificar el manejo de la cirugía.

Creemos nuestra conducta en el Hospital de la Mujer 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 se culminó por cesarea y con un producto prematuro, que posteriormente se dio de alta con un RN sano, conservándose el binomio materno fetal. No se presentaron ningún tipo de complicaciones durante y posterior al tratamiento instaurado, además de presentarse una evolución adecuada favorable.

En algunos casos, los leiomiomas cervicales pedunculados se pueden extirpar después del

parto vaginal, si no surgen complicaciones o la obstrucción del trabajo de parto no es una preocupación. El cual no fue en nuestro caso.

En la actualidad existen una diversidad de morceladores histeroscópicos, laparoscópicos que ayudan de forma menos invasiva. El morcelador histeroscópico significa un gran avance de la histeroscopia en términos de seguridad, eficacia, reproducibilidad y rapidez. La miomectomía histeroscópica es el tratamiento de elección para miomas submucosos de 6cm o menos de diámetro.[19].

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.

AGRADECIMIENTOS:

A todo el personal de Hospital de la Mujer, Servicio de Ginecología, pacientes y familiares, por depositar su salud en nuestras manos, así fortaleciendo la capacidad resolutoria e incentivando la actualización médica continua.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- González V., Herráez A. Mioma cervical prolapsado durante el embarazo, *Revista Europea de Obstetricia, Ginecología y Biología Reproductiva* 252 (2020) 150–154 (Elsevier BV).
- <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.06.039> 0301-2115/©
- De nalgas LL, Roca JA. Leiomiomas uteri y miomectomía. En: Rock JA, Jones HWIII, editores. *Ginecología operatoria de te linde*. Filadelfia: Lippincott Williams y Wilkins; 2003.
- Fernández H, Sefrioui O, Virelizier C, Gervaise A, Gomel V, Frydman R. R histeroscópica de miomas submucosos en pacientes con infertilidad. *Hum Reproducción* 2001;16:1489–92.
- Demirci F, Somunkiran A, Safak AA, Ozdemir I, Demirci E. Extirpación vaginal del mioma submucoso pediculado prolapsado durante el embarazo. *Adv Ther* 2007;24:903–6.
- Obara M, Hatakeyama Y, Shimizu Y. Miomectomía vaginal para el mioma cervical semipedunculado durante el embarazo. *Representante del AJP* 2014;4:37–40.
- Kilpatrick CC, Adler MT, Chohan L. Miomectomía vaginal en el embarazo: informe de dos casos. *Sur Med J* 2010;103:1058–60.
- Scott RB, Jr. Spence JM. Entrega de mioma submucoso que complica el embarazo. *Am J Obstet Gynecol* 1951;62:447–9.
- Straub HL, Chohan L, Kilpatrick CC. Leiomiomas cervicales y submucosos prolapsados que complican el embarazo. *Obstet Gynecol Surv* 2010;65:583–90.
- Nichols bateador designado, Jr. Hayes LW. Mioma cervical en el embarazo y el parto. *Obstet Gynecol* 1953;2:180–2.
- OrucSS, Karaer O, Kurtul O. Coexistencia de un mioma cervical pediculado y prolapsos y complicaciones del embarazo: informe de un caso. *J.Reprod Med* 2004;49:575–7.
- Erian J, El-Toukhy T, Chandakas S, et al. Fibromas cervicales de rápido crecimiento durante el embarazo: reporte de un caso. *J Obstet Gynaecol* 2004;24:578–9.
- Sengupta S, Reddy K, Pillai M. Fibroma cervical prolapsado durante el embarazo: un dilema obstétrico desafiante. *J Obstet Gynaecol* 2006;26:823–4.
- O'Connell MP, Jenkins DM, Curtain AW, et al. Leiomioma cervical benigno que conduce a una neoplasia maligna fatal diseminada. *Gynecol Oncol* 1996;62:119–22.
- Pérez A. Mioma uterino. *Obstetricia Ginecología* 2003.
- Williams, G. Cunningham, N., *Anomalías del aparato reproductivo - Leiomiomas uterinos*. Obstetricia 21a Edición, 2004.
- Gabbe S., Niebyl J.R., Simpson J. L. Tumores uterinos - miomatosis y embarazo. *Tratado de Obstetricia*. Marban 2004.
- Santos A., Gorbea V., *Histerectomía vaginal para úteros grandes y sin prolapsos mediante morcelación y aguja de Deschamps*, Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, México DF, *Ginecol Obstet Mex* 2015;83:148-154
- Muñoz E., Mateu J., *Mioma intracervical: morcelación histeroscópica*, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital de Igualada, Consorci Sanitari de l'Anoia, Igualada, Barcelona, España, Vol. 56. Núm. 2. páginas 101-104 (Febrero 2013)