

CASOS CLÍNICOS

Abdomen agudo por leiomioma complicado en gestante de 16 semanas

J. Garriguet^a, J. Conde^b, A. Navarro^c, P. Ruiz-Amo^a, I. Trejo^a, A.M. Ruiz-García^a, R. Gómez de Hita^a y J.N. Espejo^a

^aLínea de Procesos Materno-Infantil y Ginecológicos. Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir. Hospital de Montilla. Montilla. Córdoba. España.

^bServicio de Cirugía. Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir. Hospital de Montilla. Montilla. Córdoba. España.

^cServicio de Anatomía Patológica. Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir. Hospital de Montilla. Montilla. Córdoba. España.

ABSTRACT

We describe a second-trimester pregnancy (16 weeks) complicated by acute abdomen due to giant pedunculated leiomyoma with torsion of the pedicle and necrosis. Emergency myomectomy was performed with favorable postoperative course. The pregnancy continues with no abnormalities at 28 weeks.

INTRODUCCIÓN

El mioma uterino es una afección muy frecuente en la mujer y la asociación a una cierta edad (≥ 40 años) se incrementa aún más. Por su elevada prevalencia no es extraña su presencia en el embarazo: oscila entre un 1-5%¹⁻³. La mayoría de ellos aumentan de tamaño en el primer trimestre debido al influjo hormonal. La localización es de vital importancia porque las complicaciones serán mayores o menores según dónde se sitúe, los miomas submucosos son los que más complican la gestación, los intramurales pueden comportarse como tumor previo cuando asientan segmento o cérvix y los subserosos pediculados gigantes podrían manifestarse con dolor, incluso llegando al abdomen agudo si se torsionan o por rotura del mismo cuando la degeneración hialina es acusada.

El diagnóstico se basa en la historia clínica (mioma ya conocido), exploración clínica (útero mayor que amenorrea) y pruebas complementarias: ecografía y resonancia magnética (RM).

El embarazo asociado a mioma debe considerarse de alto riesgo y estar atentos a posibles cambios que pudieran incidir negativamente en el devenir de la gestación.

Aceptado para su publicación el 14 de mayo de 2007.

La actitud a adoptar es expectante, planificando el parto dependiendo de la localización (la mayoría vía vaginal, indicando la vía alta sólo en aquellos casos en los que el mioma se comporte como tumor previo). La miomectomía se contempla de manera excepcional (situaciones clínicas de abdomen agudo).

CASO CLÍNICO

Gestante de 16 semanas que acudió a urgencias por dolor abdominal de varias horas de evolución localizado en la fosa ilíaca y el flanco derecho. Refiere sensación nauseosa, tránsito intestinal normal, sin clínica urinaria y se hallaba afebril.

A la exploración presentaba un abdomen duro, dolor selectivo en el flanco y la fosa ilíaca derecha con signos de irritación peritoneal. El hemograma presentaba leucocitosis (13.200/ml) con desviación izquierda y sistemático de orina sin hallazgos patológicos. Como prueba complementaria realizamos una ecografía pelvicoabdominal donde se apreciaba un útero con feto vivo que correspondía al tiempo de amenorrea; se objetivó a su vez por encima del útero grávido una gran tumoración irregular, heterogénea con imágenes sólido-líquidas que llegaban a las arcadas costales y excedían los límites de la pantalla del ecógrafo. Ante el progresivo empeoramiento clínico decidimos practicar una laparotomía exploradora; encontramos con una gran tumoración abdominal adherida al epiplón que correspondía a un mioma uterino gigante subseroso pediculado de unos 25 cm y 3.340 g de peso, con una base de implantación de 7 cm de ancho por 10 cm de largo situado en la cara posterior del útero; el pedículo estaba torsionado y procedimos a realizar una miomectomía. El postoperatorio cursó sin complicaciones, la paciente fue dada de alta tras verificación ecográfica de viabilidad fetal a los tres días de la intervención. El resultado histológico informó de mio-



Fig. 1. Mioma con degeneración hialina y signos de necrosis.

ma con degeneración hialina y signos de necrosis (figs. 1 y 2). Actualmente el embarazo transcurre sin incidencias y la paciente está en la semana veinte de gestación.

DISCUSIÓN

El dolor abdominal durante la gestación asociado a mioma uterino es la complicación más frecuente^{1,2,4}, manifestándose como primer signo clínico en el caso presentado al igual que apuntan otros autores⁵.

Si bien es verdad que la mayoría de miomas en el embarazo son ya conocidos, en nuestro caso no fue así, a pesar de ser vista a las 9 y 12 semanas en la consulta prenatal, debido a que un leiomioma con un pedículo largo situado en cara posterior del útero puede pasar desapercibido si sólo utilizamos la ecografía transvaginal, esto quizás nos haga reflexionar sobre la necesidad de combinar la ecografía combinada (endovaginal-abdominal) en un intento de no dejar de diagnosticar patología pélvica ginecológica.

La exploración clínica demostraba un útero aumentado de tamaño mayor que el tiempo de amenorrea⁵.

El examen ultrasonográfico fue fundamental para el diagnóstico, determinando la localización, el tamaño, la forma y la estructura interna, esta sistemática es también la propugnada por Exacoustos et al⁶. La estructura interna heterogénea con áreas solidocísticas y el tamaño tan voluminoso asociado al dolor abdominal apuntaba a signos de degeneración hialina importante, justificando el abdomen agudo la torsión del pedículo, hallazgo objetivable en la laparotomía. Tanto la degeneración hialina como la tor-



Fig. 2. Mioma uterino gigante.

sión pedicular son causas por sí solas de dolor abdominal^{5,7}.

La miomectomía, en principio, no está indicada de forma profiláctica en el embarazo^{1,5,8-10}, sin embargo, hay quien sí la contempla y con buenos resultados en determinadas circunstancias (dolor recurrente, miomas grandes o de crecimiento rápido, de localización en segmento)¹¹⁻¹⁴. En nuestro caso, practicamos la miomectomía obligados por el cuadro de abdomen agudo.

Como pruebas complementarias para el diagnóstico se dispone de los ultrasonidos y RM^{6,8}; está contraindicada la tomografía computarizada (TC) por su alta dosis de radiación. Pensamos que con la ecografía sólo es suficiente en la mayoría de los casos, como así fue en el nuestro, relegando la RM para tumoraciones de dudoso diagnóstico. La hematimetría con una fórmula leucocitaria alterada (leucocitosis con desviación izquierda) apoyaba el cuadro de abdomen agudo, matizando que una leve leucocitosis en el embarazo es un signo fisiológico.

La actitud quirúrgica adoptada fue necesaria ante el deterioro clínico progresivo de nuestra paciente, después de valorar riesgos-beneficios y a pesar de la posibilidad de perder el embarazo por la intervención, autores como Celik et al¹² hicieron lo propio. El postoperatorio transcurrió sin incidencias y pautamos sedación uterina con progesterona a dosis altas, manteniéndola varias semanas.

El manejo del parto no debe ser diferente de un embarazo normal y se debe optar por la vía vaginal en primera instancia, porque aunque hayamos dado varios puntos hemostáticos sobre la cara posterior del útero, en ningún momento hemos transgredido el en-

dometrio lo que provocaría un debilitamiento de la pared uterina y el riesgo de rotura obligaría a indicar cesárea electiva.

CONCLUSIONES

El mioma uterino asociado a la gestación es relativamente frecuente por la alta prevalencia de esta afección en la mujer. Las complicaciones vienen definidas por el tamaño y la localización.

La ecografía es la prueba diagnóstica de elección apoyándonos en la RM en determinados casos de dificultad diagnóstica.

La miomectomía profiláctica no se contempla de manera generalizada.

El tratamiento quirúrgico debe convertirse en la primera opción ante un cuadro de abdomen agudo por un mioma complicado durante la gestación.

La elección de la vía vaginal en el parto cuando no se haya injuriado la cavidad endometrial en la miomectomía es lo recomendable.

RESUMEN

Presentamos un caso de embarazo del segundo trimestre (16 semanas) complicado con cuadro de abdomen agudo por leiomioma gigante pediculado con torsión del pedículo y necrosis tumoral. Se practicó miomectomía de urgencias evolucionando favorablemente el postoperatorio. La gestación continúa con normalidad a las 28 semanas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rasmussen KL, Knudsen HJ. Effect of uterine fibromas on pregnancy. *Ugeskr Laeger*. 1994;156:7668-70.
2. Katz VL, Dotters DJ, Droegemeuller W. Complications of uterine leiomyomas in pregnancy. *Obstet Gynecol*. 1989;73:593-6.
3. Wong C. A uterine fibroid presenting as an incarcerated umbilical hernia during pregnancy. *Hernia*. 2005;9:298-9.
4. Ammann M, Hanggi W, Schneider H. [Myoma in pregnancy—a case report and a literature review]. *Schweiz Rundsch Med Prax*. 1990;79:1172-4.
5. Wittich AC, Salminen ER, Yancey MK, Markenson GR. Myomectomy during early pregnancy. *Mil Med*. 2000;165:162-4.
6. Exacoustos C, Rosati P. Ultrasound diagnosis of uterine myomas and complications in pregnancy. *Obstet Gynecol*. 1993;82:97-101.
7. Simon FA Jr. Leiomyomas in pregnancy. *Am Fam Physician*. 1988;37:163-6.
8. Hutchins FL Jr. Uterine fibroids. Diagnosis and indications for treatment. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 1995;22:659-65.
9. Glavind K, Palvio DH, Lauritsen JG. Uterine myoma in pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1990;69:617-9.
10. Woyton J, Tomialowicz M, Florjanski J. [Uterine myomas in pregnancy]. *Ginekol Pol*. 2002;73:301-6.
11. Lolis DE, Kalantaridou SN, Makrydimas G, et al. Successful myomectomy during pregnancy. *Hum Reprod*. 2003;18:1699-702.
12. Celik C, Acar A, Cicek N, Gezgin K, Akyurek C. Can myomectomy be performed during pregnancy? *Gynecol Obstet Invest*. 2002;53:79-83.
13. Mollica G, Pittini L, Minganti E, Perri G, Pansini F. Elective uterine myomectomy in pregnant women. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 1996;23:168-72.
14. Febo G, Tessarolo M, Leo L, Arduino S, Wierdis T, Lanza L. Surgical management of leiomyomata in pregnancy. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 1997;24:76-8.