

O. Armijo<sup>a</sup>  
A. Loayza<sup>a</sup>  
E. Martín<sup>a</sup>  
E. Cabrillo<sup>a</sup>  
A. González<sup>a</sup>  
I. Esteban<sup>b</sup>  
D. Hardisson<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital La Paz. Madrid.  
<sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital La Paz. Madrid.  
España.

**Correspondencia:**

Dra. O. Armijo.  
Gando, 10, 3.º dcha. 28044 Madrid. España.  
Correo electrónico: oniqueta@yahoo.es

Fecha de recepción: 25/2/03  
Aceptado para su publicación: 1/4/03

## Perforación uterina por mioma necrosado en el puerperio

### *Perforation of the uterus due to myoma infarction in the puerperium*

#### RESUMEN

Se presenta el caso de una puérpera que acudió a urgencias 13 días después del parto por dolor abdominal y vómitos. Ante la presencia de un abdomen agudo se realizó una laparotomía y se evidenciaron 2 miomas necrosados, uno de los cuales había perforado el útero.

#### PALABRAS CLAVE

Mioma. Puerperio. Infección puerperal.

#### ABSTRACT

We present the case of a puerpera who presented to the emergency department with abdominal pain and vomiting 13 days after giving birth. Laparotomy was performed for acute abdomen. Two infarction myomas were found, one of which had perforated the uterus.

#### KEY WORDS

Myoma. Puerperium. Puerperal infection.

#### INTRODUCCIÓN

El mioma o leiomioma es el tumor benigno más frecuente del aparato genital femenino y puede diagnosticarse por primera vez en el curso del embarazo durante la exploración física o en el control ecográfico. Esta afección uterina aparece en el 0,3-4% de los embarazos<sup>1,2</sup> y suele transcurrir sin complicaciones en la mayoría de los casos. Rice et al<sup>2</sup> estudiaron 6.700 embarazos y los miomas los complicaron en el 1,4% de los casos.

En general, las complicaciones que pueden ocasionar los miomas durante la gestación son: *a*) degeneración tumoral (roja), focal o difusa, por infarto hemorrágico; *b*) torsión; *c*) obstrucción mecánica al actuar como tumor previo; *d*) nefropatía obstructiva y fracaso renal agudo; *e*) infección, en el contexto de aborto séptico o endometritis puerperal, y *f*) otras complicaciones, como amenaza de parto prematuro, desprendimiento prematuro de placenta, retención placentaria, presentaciones fetales anómalas, entre otras. Por todos estos cuadros, ante un abdomen agudo durante el embarazo, parto o puerperio, debemos pensar en esta enfermedad como posible causa etiológica.



**Figura 1.** Ultrasonografía abdominal donde se observan miomas necrosados.

## CASO CLÍNICO

Se trata de una púerpera de 23 años, primípara, sin antecedentes personales ginecológicos ni quirúrgicos de interés, cuya gestación no se controló hasta las 36 semanas. Acudió a urgencias 13 días después de un parto eutócico, con un cuadro de dolor abdominal y vómitos de 6 días de evolución. En la exploración se evidenció una marcada palidez de piel y mucosas, junto con un buen aspecto de la cicatriz de la episiotomía y loquios serohemáticos no malolientes. El cérvix estaba entreabierto, con movilización muy dolorosa, y el útero, subinvolucionado. La palpación abdominal era muy dolorosa en la fosa ilíaca y el hipocondrio izquierdo, con signos de irritación peritoneal.

Ecográficamente se visualizó un útero de 115 x 90 mm con la cavidad entreabierta y 2 miomas en el canto izquierdo y fondo de 77 y 55 mm, respectivamente, con signos de necrosis en ambos y moderada cantidad de líquido libre en el fondo de saco de Douglas (fig. 1). En la analítica se detectó leucocitosis con neutrofilia.

Se pautaron antibioterapia y analgesia intravenosa (600 mg/6 h de clindamicina, 80 mg/8 h de gentamicina y 500 mg/8 h de paracetamol), pero ante el empeoramiento clínico de la paciente y con el diagnóstico de abdomen agudo, se decidió realizar una laparotomía, que confirmó el diagnóstico ecográfico previo pues se observaron 2 miomas necrosados con un plastrón intestinal adherido, que al despegarlo puso de manifiesto una perforación uterina en uno de

los miomas necrosados, con un orificio de unos 3 x 4 mm y 450 ml de líquido serohemorrágico peritoneal. Se realizó miomectomía de ambos nódulos.

La evolución postoperatoria fue satisfactoria. El estudio anatomopatológico posterior confirmó la existencia de áreas de necrosis y hemorragia en el seno del leiomioma.

## DISCUSIÓN

Sabemos que la mayoría de las gestaciones en las que existen miomas uterinos transcurren sin complicación alguna<sup>1</sup>. Varios trabajos han analizado la posible influencia del número, la localización y el tamaño de los miomas durante la gestación. Se ha observado que existe una relación estadísticamente significativa entre el volumen del mioma y el número de complicaciones que puedan surgir durante la gestación o el puerperio<sup>3,4</sup>.

Con respecto al tamaño, los miomas mayores de 3 cm de diámetro muestran tasas significativamente aumentadas de dolor pélvico, cesáreas, amenaza de parto prematuro y desprendimiento prematuro de placenta, mientras que los miomas de menor tamaño no presentan estos datos<sup>5</sup>.

Lev-Toaff et al<sup>6</sup> encontraron que tanto el tamaño como el número de miomas aumentaban significativamente la incidencia de amenaza de parto prematuro, de presentaciones fetales anómalas y de retención placentaria posparto. Otros autores, en cambio, no han encontrado relación alguna, salvo cuando ya superaban los 6 cm, que es cuando podían actuar como tumores previos y obstruir el canal del parto<sup>5</sup>.

También hay estudios sobre los cambios de volumen que pueden sufrir los miomas durante la gestación. Así, Lev-Toaff et al<sup>6</sup> encontraron, mediante control ecográfico, que sólo la mitad de los miomas cambiaron de tamaño durante la gestación. Durante el primer trimestre aumentaron de tamaño o siguieron igual. Durante el segundo, los más pequeños aumentaron o siguieron igual, pero los grandes disminuyeron de tamaño (debido a la regulación subtractiva de los receptores estrogénicos<sup>5,6</sup>). En el tercer trimestre permanecieron igual o redujeron su tamaño.

Si el mioma asienta sobre la placenta, aumenta la incidencia de aborto, parto prematuro, desprendimiento prematuro de placenta y hemorragia posparto<sup>5</sup>.

La conducta ante un mioma y embarazo debe ser expectante, pautando tratamiento conservador (analgesia), ya que la miomectomía tiene un gran riesgo de hemorragia si se realiza durante la gestación y podría terminar la intervención en una histerectomía<sup>7,8</sup>. Por eso sólo se debería realizar en caso de torsión de un mioma pediculado o de que la necrosis de éste ocasione un cuadro de abdomen agudo. Sin embargo, algunos autores preconizan realizar la miomectomía entre las semanas 10 y 26, sin que se produzcan complicaciones<sup>9</sup>.

Se debe tener en cuenta, desde el punto de vista anatomopatológico, que los miomas extirpados durante la gestación presentan alteraciones nucleares atípicas que pueden llevar a confundirlos con un sarcoma<sup>5</sup>.

Ante un cuadro de abdomen agudo durante el embarazo o puerperio de posible origen ginecológico y ante la existencia de miomas, se debe considerar la posibilidad de que se haya producido la torsión de un leiomioma pediculado<sup>1</sup>, el infarto hemorrágico de éste y descartar que se haya perforado el útero, como ocurrió en nuestro caso, aunque esta complicación es la menos frecuente.

Kats et al<sup>10</sup>, basándose en hallazgos ecográficos, estimaron que el 2% de los embarazos cursan en mujeres con miomas. Sin embargo, dado el bajo número de complicaciones que ocasionan durante el embarazo, podemos tranquilizar a las gestantes en esta situación, sin descuidar la vigilancia ante la posibilidad de que se desarrolle algún tipo de afección que pudiera atribuirse a la presencia del mioma.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Doring GK, Larm S. Conservative procedures in 64 pregnant patients with myoma: the course of pregnancy, labor, and the puerperium. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 1987;47:26-9.
2. Rice JP, Kay HH, Mahony BS. The clinical significance of uterine leiomyomas in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 160:1212-6.
3. Roxati p, Exacoustos C, Mancuso S. Longitudinal evaluation of uterine myoma growth during pregnancy. A sonographic study. *J Ultrasound Med* 1992;11:511-5.
4. Aydeniz B, Wallwiener D, Kocer C, et al. Significance of myoma induced complications in pregnancy. A comparative analysis of pregnancy course with and without myoma involvement. *Z Geburtshilfe Neonatol* 1998;202:154-8.
5. Pellicer C, Simón C. Cuadernos de medicina reproductiva. Madrid: Panamericana, 1999; p. 68-73.
6. Lev-Toaff AS, et al. Leiomyomas in pregnancy: sonographic study. *Radiology* 1987;164:375-80.
7. Febo G, et al. Surgical management of leiomyoma in pregnancy. *Clin Exp Obstet Gynecol* 1997;24:76-8.
8. Burton CA, Grimes DA, March CM. Surgical management of leiomyoma during pregnancy. *Obstet Gynecol* 1989;74:707-9.
9. Acien P, Quereda F. Abdominal myomectomy: results of a simple operative technique. *Fertil Steril* 1996;65:41-51.
10. Katz VL, Dotters DJ, Droegemueller W. Complications of uterine leiomyomas during pregnancy. *Obstet Gynecol* 1989;73:593-6.