

CARTA CLÍNICA

Un mioma uterino muy sintomático



A very symptomatic uterine myoma

Mujer de 50 años con antecedentes personales de anemia ferropénica secundaria a hipermenorrea (con estudio ginecológico normal hasta el año previo), en tratamiento intermitente con sulfato ferroso oral, fibroadenoma mamario y migraña, en tratamiento con dexketoprofeno durante las crisis. Desde hace un año presenta un trastorno ansioso-depresivo, en tratamiento con citalopram 20 g y bromazepam 1,5 mg. Acude a urgencias del hospital en 2 ocasiones por un cuadro de retención aguda de orina, que se resuelve con sondaje vesical y se remite al servicio de urología por posible vejiga neurógena asociada al efecto de las benzodiacepinas. Ante la persistencia de las dificultades en la micción acude al centro de salud, donde se le realiza analítica completa y ecografía abdominal. La analítica de sangre es normal, salvo hemoglobina 11,2 g/dl, hematocrito 34,6%, hierro 21 mcg/dl y ferritina 4,81 ng/ml. En la ecografía abdominal se observa un útero aumentado de tamaño, con diámetro mayor de 10,88 cm en corte longitudinal, con escasa vascularización periférica en el estudio Doppler color, compatible con útero miomatoso (fig. 1). Se remite a ginecología de forma preferente, donde mediante ecografía vaginal confirman la presencia de múltiples miomas (de 49 × 49 mm en la cara anterior, de 48 × 44 mm en la cara posterior y de 25 × 23 mm en el fondo) con vascularización moderada en su interior. Ante la presencia de un útero miomatoso sintomático, que se asocia a hipermenorrea con anemia ferropénica crónica y síntomas de compresión vesical, se decide anular el estudio urológico solicitado y realizar histerectomía con salpinguectomía bilateral por laparoscopia.

Los miomas uterinos son los tumores más frecuentes del aparato genital femenino. Aparecen en el 20% de las mujeres en edad fértil, pero pueden detectarse hasta en el 70-80% de mujeres de todas las edades. Su incidencia es difícil de estimar, dado que solo el 20-40% de los casos produce síntomas de suficiente intensidad para afectar la calidad de vida de la paciente¹. Aunque su etiología es desconocida, se considera que es un tumor dependiente de estrógenos y progesterona, pues la mayoría se diagnostica en mujeres de edad media (entre los 35 y 55 años). Además, su

patogenia se ha relacionado con factores genéticos, raciales y metabólicos². El síntoma más frecuente es la hipermenorrea, que se ha asociado con alteraciones de la función endometrial e incrementos de la contractilidad uterina. Otro síntoma habitual es el dolor, que puede manifestarse como dismenorrea, dispaurenia, dolor pélvico o lumbociático³. Los miomas subserosos suelen ser asintomáticos y alcanzar un gran tamaño. Cuando crecen pueden producir síntomas por compresión de estructuras adyacentes, como tenesmo rectal, trombosis y flebitis pélvicas, ciática, cólicos nefríticos, pielonefritis o retención urinaria, como en el caso descrito. Los miomas de cara anterior del útero pueden producir síntomas urinarios como polaquiuria y tenesmo vesical, mientras que los que crecen desde la cara anterior del cérvix pueden provocar retención urinaria. La obstrucción ureteral (hidronefrosis) en miomas cervicales y en aquellos grandes que crecen dentro del ligamento ancho puede ser otra complicación asociada⁴. Las manifestaciones clínicas de los miomas intramurales dependen de su tamaño y de la dirección del crecimiento (subseroso o submucoso). Los miomas submucosos producen sangrado menstrual abundante y dolor abdominal². Además, los miomas submucosos o intramurales con componente intracavitario pueden dificultar la concepción y producir complicaciones durante la gestación (hemorragia del primer trimestre, rotura prematura de membranas, presentación de nalgas, desprendimiento prematuro de placenta y parto prematuro), debido a la distorsión de la cavidad uterina y a alteraciones en la vascularización placentaria cuando la placenta se inserta sobre el mioma³.

El diagnóstico se basa en la anamnesis y la exploración clínica. Ante una paciente con sangrado uterino excesivo, dolor abdominal y/o síntomas urinarios obstructivos se debe realizar una anamnesis detallada, evaluando la frecuencia, duración e intensidad de los síntomas. También es importante valorar los antecedentes familiares y personales, especialmente los ginecológicos. En el caso descrito la paciente tenía antecedentes de anemia ferropénica secundaria a hipermenorrea, pero no se habían detectado alteraciones uterinas en la última revisión ginecológica. En la exploración física general se puede apreciar palidez cutáneo-mucosa si la hemorragia ocasiona anemia clínicamente significativa. En la exploración abdominal se valora la

<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2022.101833>

1138-3593/© 2022 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

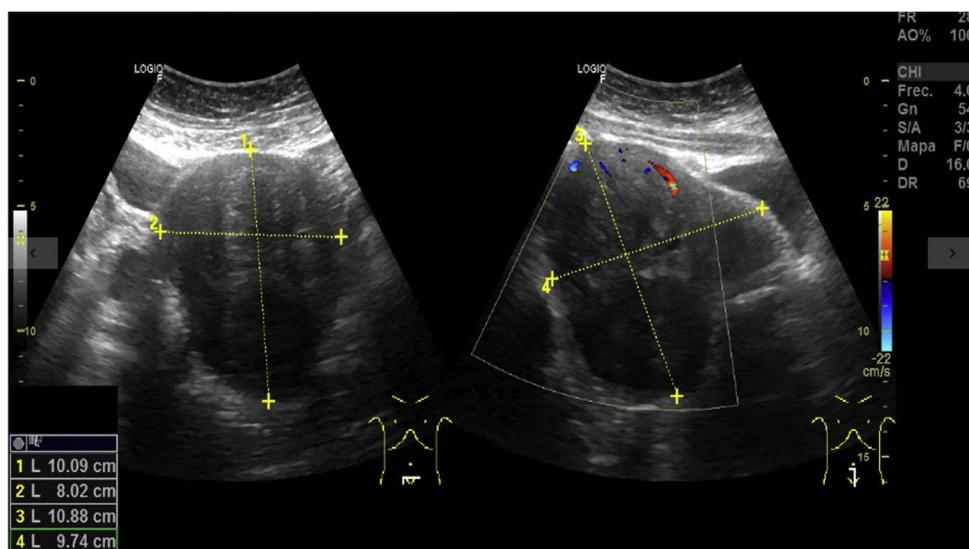


Figura 1 Ecografía abdominal que muestra un útero aumentado de tamaño, con diámetro mayor de 10,09 cm en el corte transversal y de 10,88 cm en el corte longitudinal, con vascularización de predominio periférico en el estudio Doppler color.

presencia de dolor o masas abdominales palpables. También se debe realizar analítica con hemoglobina, hematocrito y ferritina para valorar la gravedad de la anemia³. La ecografía es la prueba de imagen de elección para el diagnóstico de los miomas uterinos. La ecografía abdominal es de mayor utilidad para el diagnóstico de miomas grandes y subserosos⁵. También permite descartar complicaciones, como la retención urinaria aguda y la hidronefrosis asociada y realizar el seguimiento de los miomas para valorar su crecimiento en el tiempo. La imagen ecográfica habitual del mioma es una lesión redondeada, bien delimitada, generalmente hipocóica, rodeada de un halo anecogénico, que suele tener sombra acústica posterior y, en ocasiones, se acompaña de sombra en forma de abanico en su interior. En el modo Doppler color se puede observar vascularización de predominio periférico. Aunque suele ser una lesión homogénea, a veces puede presentar calcificaciones, hemorragias o áreas quísticas⁵⁻⁷.

El tratamiento de los miomas depende de los síntomas y del deseo gestacional. Puede realizarse seguimiento ecográfico periódico en las pacientes asintomáticas. Cuando son sintomáticas el tratamiento debe individualizarse, según la intensidad de los síntomas, el tamaño, la localización y el deseo de embarazo^{8,9}. Los antiinflamatorios no esteroideos pueden ser útiles para mejorar la dismenorrea. Para disminuir la menorragia se emplean los antifibrinolíticos, como el ácido tranexámico. También son útiles los tratamientos hormonales, como los anticonceptivos, los agonistas de la hormona liberadora de gonadotropinas, el acetato de ulipristal y el dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel⁸. Cuando los miomas son grandes y producen síntomas de compresión, como en el caso descrito, el tratamiento quirúrgico es la primera opción, realizándose miomectomía en mujeres en edad fértil e histerectomía en pacientes que han completado su deseo genésico^{3,8,9}. En conclusión, la ecografía es una prueba de gran utilidad para el diagnóstico de los miomas uterinos sintomáticos, en especial los asociados a síntomas de compresión, lo que puede evitar estudios innecesarios y agilizar su tratamiento.

Consideraciones éticas

Se ha contado con el consentimiento de los pacientes y se han seguido los protocolos del centro de trabajo sobre tratamiento de la información de los pacientes.

Financiación

No hemos recibido ninguna fuente de financiación para la elaboración de este artículo.

Bibliografía

1. Monleón J, Cañete ML, Caballero V, del Campo M, Doménech A, Losada MÁ, et al., EME Study Group. Epidemiology of uterine myomas and clinical practice in Spain: An observational study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2018;226:59-65, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.05.026>.
2. Calaf J, Arqué M, Porta O, D'Angelo E. El mioma como problema clínico. *Med Clin (Barc).* 2013;141:1-6, [http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753\(13\)70045-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753(13)70045-9).
3. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. *Miomas uterinos. Prog Obstet Ginec.* 2014;57:312-24.
4. Fábregues F, Peñarrubia J. Mioma uterino. *Manifestaciones clínicas y posibilidades actuales de tratamiento conservador. Med Integr.* 2002;40:190-5.
5. Fascilla FD, Cramarossa P, Cannone R, Oliveri C, Vimercati A, Exacoustos C. Ultrasound diagnosis of uterine myomas. *Minerva Ginecol.* 2016;68:297-312.
6. Van den Bosch T, Dueholm M, Leone FP, Valentin L, Rasmussen CK, Votino A, et al. Terms, definitions and measurements to describe sonographic features of myometrium and uterine masses: A consensus opinion from the Morphological Uterus Sonographic assessment (MUSA) group. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2015;46:284-98, <http://dx.doi.org/10.1002/uog.14806>.
7. Redondo-Sendino A, Hortal-Muñoz L, Moyano-González AC, Redondo-Sendino JI. Diagnóstico y seguimiento de los miomas uterinos en atención primaria. *FMC.* 2019;26:38-42, <http://dx.doi.org/10.1016/j.fmc.2018.03.006>.

8. Cañete Palomo ML, Martín NR. Abordaje de los miomas. *Med Clin (Barc)*. 2013;141:55–61, [http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753\(13\)70054-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753(13)70054-X).
9. Laughlin-Tommaso SK. Non-surgical management of myomas. *J Minim Invasive Gynecol*. 2018;25:229–36, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jmig.201708.642>.
- Á. Redondo-Sendino^{a,*}, H.G. Arvelo-Senior^b,
C.P. Jenkins-Sánchez^c, J.I. Redondo-Sendino^d
y M.G. Leyva-Vera^e
- ^a *Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Canillejas, Madrid, España*
- ^b *Medicina de Familia y Comunitaria, Hospital Universitario de Torrejón, Torrejón de Ardoz, Madrid, España*
- ^c *Medicina de Familia y Comunitaria, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid, España*
- ^d *Farmacia San José, La Palmas de Gran Canaria, Las Palmas, España*
- ^e *Enfermería, Centro de Salud Canillejas, Madrid, España*
- * Autor para correspondencia.
Correo electrónico: aurearedondo@hotmail.com
(Á. Redondo-Sendino).