

UN CASO DE EMBARAZO CON MIOMAS MÚLTIPLES Y UN SEGUNDO EMBARAZO POST-LEIOMECTOMIA

Dr. Gustavo Almeida Zambrano*
Dr. Angelo Chávez Guerrero**

* Profesor de Ginecología de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Guayaquil. Gineco-Obstetra de la Unidad Camilo Nevárez.

** Gineco-Obstetra de la Unidad Camilo Nevárez.

RESUMEN

Se describe el caso de una primigesta con leiomiomas múltiples y un segundo embarazo post-leiomiomectomía. Observado en la práctica privada de los autores. Es una paciente de 28 años, que durante su embarazo presentó discordancia entre el crecimiento uterino y la edad gestacional, encontrándose a la palpación varios tumores uterinos que se comprobaron por ecografía, que se trataba de miomas uterinos. Su evolución en el embarazo fue satisfactoria. Se decide realizar cesárea a las 38 semanas de gestación, obteniéndose un producto de sexo masculino, que se desarrolló normalmente. Se extirparon 4 tumoraciones de distintos diámetros, que el estudio anatomopatológico reporta co-

mo fibro leiomiomas. El post-operatorio fue normal, a los tres meses y medio se realizan ecografías de control, reportando útero normal.

Al año ocho meses, se embaraza nuevamente, evolucionando su gestación normal, se decide realizar cesárea iterativa a las 39 semanas de gestación obteniéndose un producto de sexo masculino, en buenas condiciones y desarrollo normal. Se observa el útero apto para otro embarazo.

INTRODUCCION

Los leiomiomas uterinos son los más comunes asociados a la gestación, si bien en muchos casos estos carecen de significación, en otros pueden causar trastornos de diferentes índoles, la frecuencia de estos tumores aumentan con la edad, de manera que en los pacientes de más de 30 años se encuentran la mayoría. La frecuencia de miomas y gestación varía entre el 0,5% y el 5%, lo cual depende de que el grupo estudiado esté compuesto por mujeres blancas o negras (ya que es mayor la frecuencia en el grupo de color) y de la edad promedio de las pacientes. Los matrimonios de las portadoras de miomas resultan estériles en un 25% de los casos. La clínica demuestra que las pacientes que se realizan miomectomía, en un 40% conciben. La localización y el tamaño de los miomas son de principal importancia, para la evaluación de las posibles complicaciones asociadas con el embarazo.

Pueden incrementar la posibilidad de abortos o parto pretérmino pueden aumentar de tamaño provocando síntomas graves de compresión, pueden ocasionar distocias, favorecer la presentación anómala, pueden afectar la contractibilidad uterina hasta producir inercias, los miomas submucosos e intericiales pueden llegar a dificultar la extracción placentaria a tal punto que puede necesitarse una intervención radical, pueden sufrir degeneración rojas o carnosas que puede obligar a la laparotomía.

Durante el embarazo se adoptará una conducta expectante, reposo relativo, sedantes y gestágenos en pequeñas dosis.

Durante el parto si el tumor no es previo, se intentará un parto vaginal, en el cual se superdirigirá el alumbramiento y se realizará revisión uterina, si el tumor está fuertemente encajado en la pelvis se recurrirá a la cesárea, que puede ir seguida de histerectomía en casos determinados.

Para unos no debería realizarse la enucleación de los tumores junto con la cesárea, por el alto riesgo de hemorragias, sepsis, e ilio postoperatorio, sólo la aceptan en el caso de miomas pediculados o si es un nódulo subsproso aislado. Los de localización cervical o intraligamentario pueden plantear dificultades técnicas importantes. Algunos autores están de acuerdo con la miomectomía junto a la cesárea, afirman que la mayor vascularización del útero grávido facilita la cicatrización ulterior (Vara 1969). Para algunos autores los leiomiomas múltiples no contraindican la leiomiomectomía, junto a la cesárea. Las complicaciones de un nuevo embarazo, como aborto parto pretérmino son muy raras si se realiza una depurada técnica quirúrgica.

RESUMEN DEL CASO CLINICO

El 7 de Julio de 1987, acude al consultorio particular una paciente de 28 años de edad, primigesta, con 2 años de casada, consulta por presentar náuseas, vómitos, amenorrea de 2 meses. FUM 27 de Abril/87. Al examen físico se encontró un fondo uterino no compatible con el FUM. Aproximadamente de 10 semanas de gestación y un tumor parauterino de 12 cm. en flanco derecho. Se ordena una ecografía inmediatamente que se reporta miomas uterinos y embarazo de 15 semanas de gestación. El 28 de Agosto/87 vuelve a la consulta encontrándose una segunda tumoración a lado de la primera de unos 7 cms.

11 de Septiembre/87 consulta por presentar dolor a nivel de las tumoraciones se ordena otra ecografía que reporta embarazo de 21 semanas más miomas múltiples, se administran sueros inhibidores y se recomienda reposo absoluto.

3 de Diciembre/87; el crecimiento de las tumoraciones se ha estabilizado, persiste el dolor a nivel de las tumoraciones pero es muy discreto. Embarazo de 32 semanas.

23 de Diciembre: Se solicita ecografía que reporta embarazo de 36 semanas más miomas, se programa la operación cesárea a las 38 semanas el 11 de Enero/88.

PROTOCOLO OPERATORIO

1.- Asepsia y antisepsia

2.- Incisión media infraumbilical

3.- Disección de la pared abdominal por planos hasta la cavidad abdominopélvica.

4.- Se observa una gran tumoración que sale a nivel de la pared uterina sobre la incisión a un lado de ella otra tumoración de unos 7 cm. Fig. 1 - 2.

5.- Se busca el mejor espacio a nivel del itmos para realizar la histerotomía de Ker, se extrae el producto de sexo masculino en buenas condiciones Fig. 3.

6.- Se procede a extraer los miomas de la cara anterior y lateral con mucho cuidado de no comprometer la cavidad uterina, luego se peritoniza. Fig. 4 - 5.

7.- Se observa otra tumoración localizada en la cara posterior del ligamento ancho izquierdo el cual se lo extrae. Fig. 6 - 7 se peritoniza.

8.- Una vez extraídas todas las tumoraciones que se encontraban, se limpia la cavidad abdominopélvica se ve que no haya coágulos y se sutura la pared por planos hasta la piel.

9.- Se observa los distintos miomas extraídos y al corte se observa que están conformados de tejido fibroso arremolinado, característico de los fibro leiomiomas. Fig. 8-9.

10.- El reporte de anatomía-patológica es de fibro leiomiomas múltiples.

Se administra antibiótico terapia profiláctica por 24 horas con Cefazolina 2 grs. iv. en el momento de extracción placentaria y se continúa con 1 grm i.m. cada 8 horas, analgésicos y metergin cada 12 horas una amp. i.m. por tres días, evolucionando normalmente en el post-operatorio, a los tres meses y medio se realiza ecografía de control reportando, útero en nexos normales adherencia de la cara anterior del útero a

la pared abdominal.

Al año ocho meses, la paciente embaraza por segunda vez, curso del embarazo normal se interrumpe por cesárea a las 39 semanas. Lo único de anormal sólo era la adherencia del útero a la pared posterior del abdomen la cual se libera sin dificultad hasta visualizar el segmento medio donde se realiza la histerectomía de Kerr, extrayendo un producto de sexo masculino con apgar 9. La paciente pidió esterilización a pesar que se le explicó que su útero estaba en condiciones de soportar un nuevo embarazo.

DISCUSION

La asociación de leiomiomas y embarazo es un tema muy controvertido tanto en la diversidad de criterios en sus diferentes tópicos, como en especial a su resolución conservadora o radical en la terapéutica operatoria. En el tratamiento operatorio del leiomioma es preciso tener en cuenta la edad, el deseo de procrear y el estado general de la paciente, además del tamaño y localización del tumor, su fácil extirpación sin complicaciones, tratando de no comprometer el endometrio. Es muy difícil entonces establecer criterios absolutos para extirpar o preservar el útero en pacientes con leiomiomas uterinos. Debe explicársele las ventajas y desventajas de uno y otro procedimiento, es fundamental que el Ginecólogo cuente con una autorización completa y firmada ante un testigo, para hacer quirúrgicamente lo que sea necesario y estar en libertad para obrar de acuerdo con su mejor criterio o juicio. Por razones técnicas que sólo se descubren en la operación, muchas veces es difícil saber de antemano si se puede realizar una miomectomía o en ciertos casos es preferible extirpar toda la pieza, tratando de ser lo más conservador ya que el presente caso nos ilustra que a pesar de tener varios miomas sólo se procedió a la miomectomía sin extirpar el útero, a través de una cirugía depurada con buena hemostasia. Evolucionando el post-operatorio bien sin complicaciones, obteniéndose control posterior a los tres meses y medio de una ecografía donde reportan útero y anexos normales.

Al año ocho meses vuelve a salir embarazada, lo cual evoluciona normalmente.

Con una técnica depurada y con principios de microcirugía, la mortalidad de la miomectomía no tendría que ser mayor que la de la histerec-

tomía.

Al realizar el seguimiento del presente caso clínico podemos exponer como conclusiones y recomendaciones las siguientes:

- 1.- No todo embarazo que se complique con la presencia de leiomiomas uterinos debe terminar en un aborto, sea éste espontáneo o terapéutico.
- 2.- Con la vigilancia adecuada del embarazo, es decir con un buen control prenatal en base de ecografías seriadas se nos permite ver la evolución de la distribución de los miomas, en esta forma se llega a la culminación del embarazo con un producto en condiciones físicas y mentales normales.
- 3.- Se debe tomar la decisión de extraer el producto cuando ésta esté en condiciones viables, tomando en cuenta que la presencia de leiomiomas en el útero resta espacio para el desarrollo normal del feto.
- 4.- En el momento operatorio, es cuando se debe decidir si el tratamiento de los miomas será conservador o radical se debe tener en cuenta, la edad de la paciente su deseo de procrear y los antecedentes gineco-obstétricos, ya que con una buena técnica operatoria es posible la enucleación de los miomas conservando el útero de manera que quede en condiciones de soportar un futuro embarazo.
- 5.- Es importante la ayuda que presta la ecografía, tanto para corroborar el diagnóstico, como para evaluar y controlar el desarrollo del producto y el estado post-operatorio del útero y sus anexos permitiendo predecir un futuro embarazo sin complicaciones.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Arrighi Leoncio, Lesiones premalignas Ginecológicas, Edt. López Libreros. 1976.
- 2.- Benson, Ralph. Diagnóstico y tratamiento Gineco-obstétricos. edi. El manual Moderno segunda edición México 1982.
- 3.- Botella Luissa, Tratado de Ginecología y Obstetricia. Ediciones Científicas Médicas 1982.
- 4.- H.W. Jones, C.S. Jones. Tratado de Ginecología de Novak. Décima edición Ed. Interamericana. México 1984.

- 5.- Kisner, Tratado de Ginecología, Primera Edición, Ed. Toray Barcelona 1974.
- 6.- Rovinsky Joseph, Guttmacher. Complicaciones Médico-quirúrgicas y Ginecología en el embarazo. Segunda ed. Interamericana 1967.
- 7.- Uranga Imaz, Obstetricia práctica, cuarta edición, Editorial Interamericana 1977.
- 8.- Clínica Obstétrico-Ginecológica, por Prof. Dr. Méd. Horst. Echwaln y el prof. Dr. Méd. Gustavo Dordelin. Tomo VIII. Editorial Alhambra, S.A. Primera Edición española 1972.
- 9.- Mattingly, R. Thompson, J.T. Linde, Ginecología Operatoria, sexta edición, Editorial Ateneo, Buenos Aires 1987.
- 10.- Barber, H. Grabe, E. Complicaciones Quirúrgicas en el embarazo. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires 1978.
- 11.- Gonzales Merlos, J. Del Sol, J. Obstetricia. Segunda Edición Editorial Salvat. Barcelona 1985.
- 12.- Gonzales Merlo, J, Ginecología. Cuarta Edición, Edit. Salvat. Barcelona 1985.

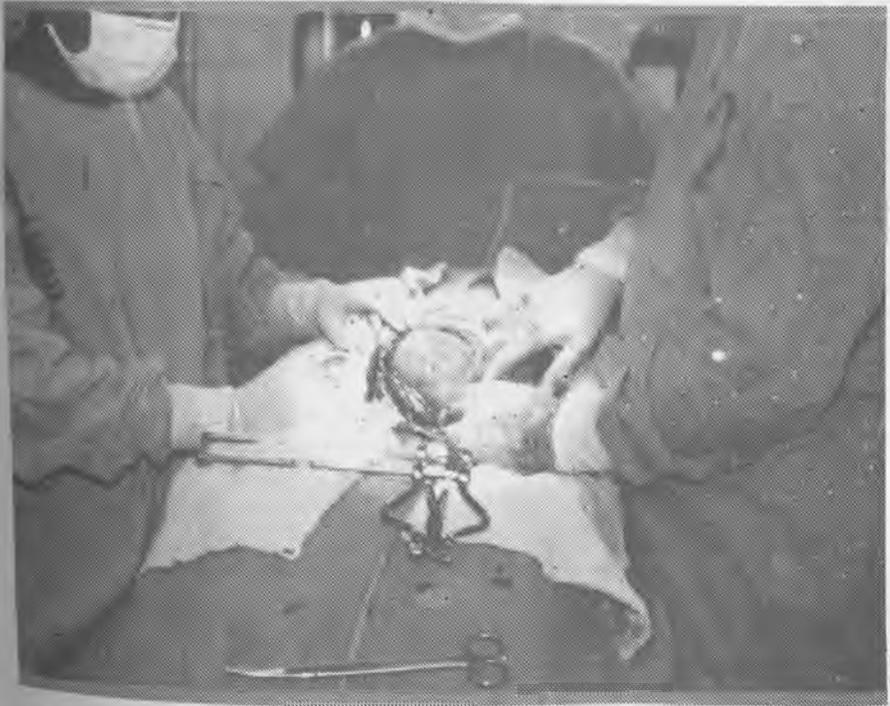


FIGURA 1



FIGURA 2

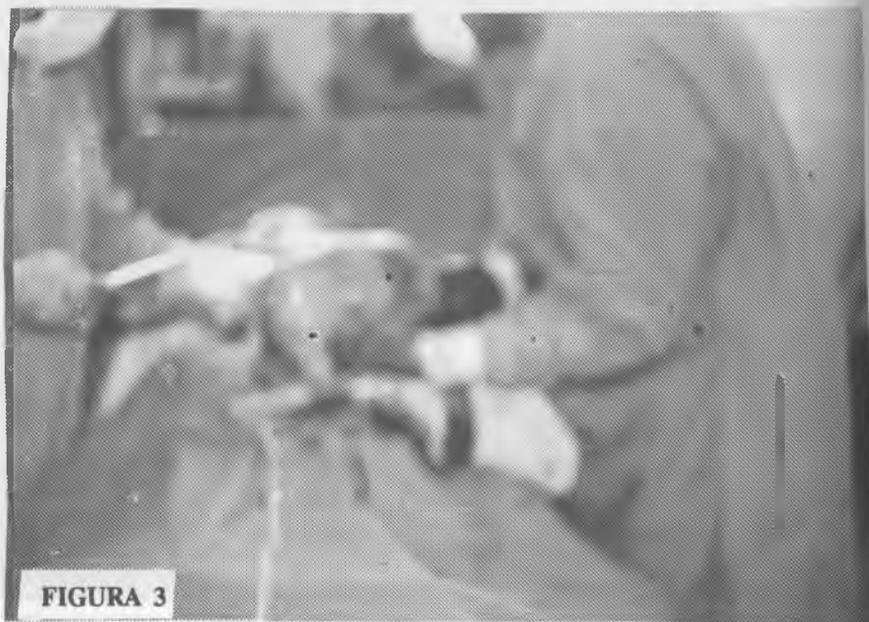


FIGURA 3



FIGURA 4



FIGURA 5

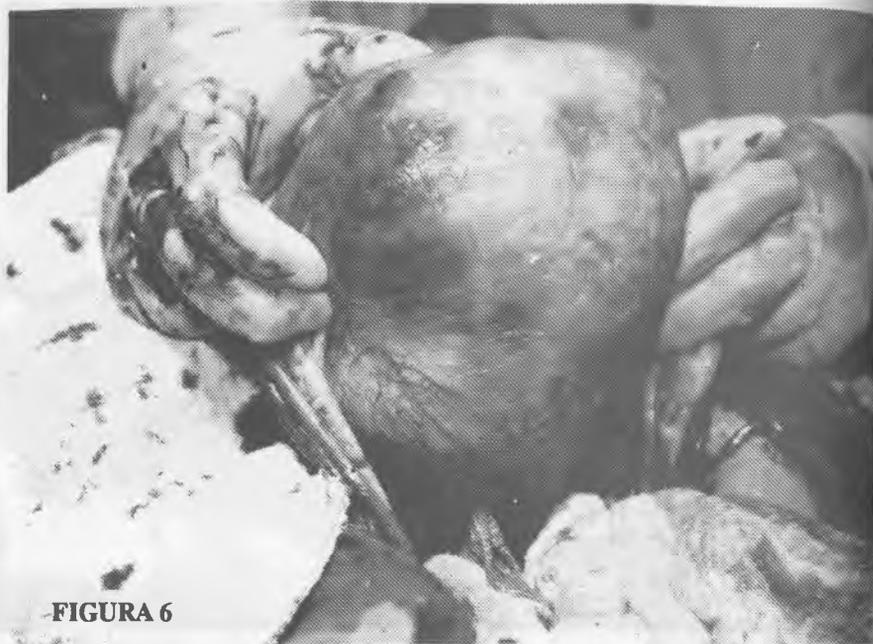


FIGURA 6



FIGURA 7



INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS
VENEZUELA

CIENCIAS BIOLOGICAS
