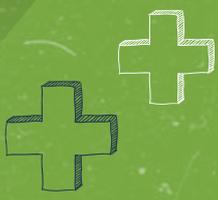


CAPÍTULO 13

MASA PÉLVICA: MIOMA UTERINO
GIGANTE

Case Report: Pelvic Mass Giant
Uterine Fibroid



Autores:

Katherine Elizabeth Córdova González

Médico General

Magister en Seguridad y Salud Ocupacional

Médico Residente del Hospital San José

correo: kateli93@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0009-8223-4698>

Azogues, Ecuador

Marcia Alexandra Campoverde Vivar

Médico especialista en Ginecología y Obstetricia

Médico tratante del Hospital San José

correo: marciacampoverde@yahoo.com

<https://orcid.org/0009-0005-9356-3738>

Azogues, Ecuador



1. INTRODUCCIÓN

Las masas pélvicas son frecuentes afectando a órganos de reproducción o estructuras extraginecológicas. Pueden ser asintomáticas y presentar metrorragia, dismenorrea, infertilidad, dolor o sensación de presión. (1)

La mayoría de las masas pueden resolverse con procedimientos intervencionistas con los mejores resultados. Los leiomiomas o miomas uterinos, son tumores sólidos más frecuentes en la mujer y se estima que un 70% de los casos se producen en la quinta década. Se produce por una multiplicación local celular de la musculatura lisa, contenidas en una “pseudo cápsula” de fibras musculares lisas comprimidas. (2)

Las hormonas como estrógenos y progesterona están implicadas con su desarrollo y crecimiento; así también las citocinas, factores de crecimiento relacionados con la fibrosis y la angiogénesis parecen estar implicados. (2)

Los factores para desarrollar miomas uterinos son múltiples entre los cuales tenemos: la raza, factores y tratamientos hormonales; predisposición genética, menarquia temprana y otros factores (tabaco). (3)

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 EPIDEMIOLOGÍA:

Los miomas son tumores benignos que están presentes en el 5-7 % de las mujeres en edad fértil. Afecta en un 70% entre las edades que oscilan de 40- 60 años, en un 25% en mujeres de edad reproductiva. (3)

En algunos casos son graves llegando a comprometer la vida de la paciente. Se relaciona que el 3-9% afecta a afroamericanas y que su incidencia es del 2.5% cada vez mayor en mujeres con antecedentes familiares.

2.2 ETIOLOGÍA:

Muchos miomas uterinos no presentan sintomatología alguna. Sin embargo, aproximadamente un tercio presentan una masa abdominal, una hemorragia uterina anormal, sensación de presión o dolor en la pelvis. (1)

El síntoma más frecuentemente asociado es la hemorragia uterina anormal. Ocasionalmente pueden contribuir a un problema de infertilidad, abortos a repetición. (4)

2.3 DEFINICIÓN:

El mioma son protuberancias benignas que derivan de la capa muscular intermedia de músculo liso presentes en el miometrio. Se producen por un cambio en el material genético de las células provocando una reproducción excesiva de dichas células. (5)

2.4 FISIOLÓGÍA:

Muchos miomas uterinos no presentan sintomatología alguna. Sin embargo, aproximadamente un tercio presentan una masa abdominal, una hemorragia uterina anormal, sensación de presión o dolor en la pelvis. (1)

El síntoma más frecuentemente asociado es la hemorragia uterina anormal. Ocasionalmente pueden contribuir a un problema de infertilidad, abortos a repetición. (4)

2.5 FISIOPATOLOGÍA:

Existen múltiples factores para la aparición de miomas:

Tabla 1. Factores que predisponen miomas

FACTORES QUE PREDISPONEN MIOMAS	
Raza	Mujeres afroamericanas tienen de 3-9 veces mayor prevalencia que las asiáticas y blancas
Agregación familiar	La incidencia es 2,5 veces mayor en mujeres con al menos 3 familiares de primer grado y si se desarrolló el mioma antes de los 45 años.
Factores de la reproducción	Menarquia precoz (< 10 años) y la exposición intraútero al dietilestilbestrol.

Tratamientos hormonales	La respuesta de los miomas al estímulo hormonal varía en función de dosis, vía de administración, sustancia empleada y tiempo de administración.
Otros factores	La dieta rica en vitamina A, el alto consumo de carnes rojas, hipertensión, la obesidad y la diabetes mellitus también se han asociado con un aumento del riesgo.

Estos tumores son infrecuentes en mujeres que han gestado, maternidad temprana, multiparas y con un corto intervalo desde la última gestación.

2.6 CLASIFICACIÓN

La clasificación de Wamsteker 1993 divide los miomas submucosos en (fig. 1):

1. Tipo 0: el mioma está situado en su totalidad en el interior de la cavidad uterina, bien sea sésil o pediculado.
2. Tipo I: el mioma tiene una extensión intramural menor del 50%.
3. Tipo II: la extensión intramural del mioma es mayor del 50%. (6)
4. Ilustración 1 Localización de miomas.

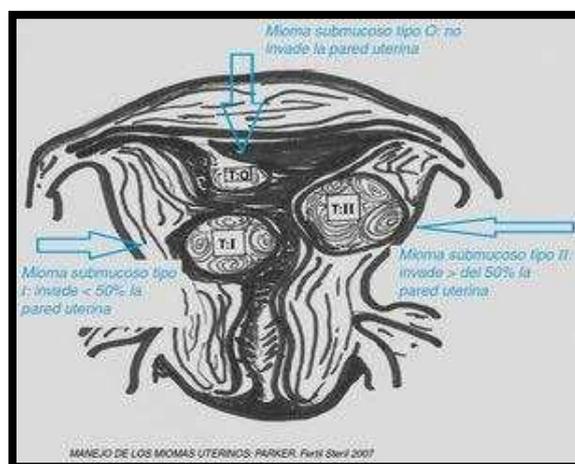


Figura 1. Clasificación de los miomas submucosos de Wamsteker (1993).

3. DESARROLLO

3.1 Manejo del Mioma Uterino

Diagnóstico

El principal síntoma corresponde a un aumento del sangrado menstrual con duración y cantidad variable; provocando en varios casos anemia ferropénica. También pueden acompañarse de dispareunia o sensación de masa pélvica y aborto espontáneo. (6)

Exámen Físico

- ~ Masa pélvica (>4cm son palpables) en la línea media
- ~ Útero e irregular, de consistencia dura o “sólida”
- ~ Síntomas compresivos: poliaquiuria, urgencia y micción dificultosa. (6)

Tratamiento del mioma

El tratamiento que se emplea en primer lugar es sintomático entre ellos se emplea los AINES, ácido tranexánico para el abundante sangrado transvaginal que pueden provocar los miomas. (7)

Los análogos agonistas de GnRh producen un aumento de la producción de la FSH provocando descenso casi total del estradiol (posmenopausia). Este tratamiento ha demostrado una reducción del mioma casi un 30% – 70%; en cambio, al finalizar el tratamiento con los análogos el mioma vuelva a su tamaño inicial. (5)

Tratamiento Quirúrgico

Miomectomía

Se realiza en mujeres en edad fértil que desean procrear o preservar el útero. Se realiza de manera laparoscópica o abdominal. Se ha visto una mejoría significativa en las pacientes posquirúrgicas. (8)

Histerectomía

Es una extirpación del útero ya sea por cavidad abdominal o vaginal; a su vez esta puede ser total o subtotal. Una de las mayores complicaciones es hemorragias graves, lesiones en vejiga, lesión ureteral o lesiones en vasos sanguíneos provocando la muerte. (9)

4. CASO CLÍNICO

Paciente de 45 años de edad, esmeraldeña, comerciante, nulípara, soltera quien vive con sus padres. Antecedentes personales sin mayor importancia. Antecedentes gineco- obstétricos: menarca a los 12 años, ciclos regulares, no dismenorrea, nulípara con fecha de última menstruación en mayo 2012.

Sin antecedentes quirúrgicos de importancia. Con antecedentes heredo-familiares abuelo materno de raza negra.

Consulta al servicio de ginecología en agosto del 2021, por presencia de masa abdominal en continuo crecimiento.

El exámen físico: Presión arterial 90/40 IMC: 43.3 obesidad grado 3, estatura 1.40cm y peso de 63.3kg. Cooperadora, hidratada, activa; abdomen globuloso a la palpación masa gigante con bordes no definidos que abarca desde la pelvis hasta la región subxifoidea de aproximadamente 20x25cm indolora, dura y ligeramente móvil; resto del examen físico es normal.

Laboratorio

Exámen	Resultado	Unidad	Referencia
Glóbulos rojos	4.35	10 ⁶ /ul	4 – 5
Hemoglobina	13.2	g/dl	13 – 17
Hematocrito	40.8	%	40 – 50
Plaquetas	349	10 ³ /ul	150 – 450
Glóbulos Blancos	5.28	10 ³ /ul	4 – 10

Fuente: Córdova Katherine, 2023.

Química Sanguínea

Exámen	Unidad	Rango Normalidad
Urea	8.6 mg/dl	10 – 50
Creatinina	0.52 mg/dl	0.5 – 0.9

Fuente: Córdova Katherine, 2023.

Marcadores tumorales

CA 125: 18.40

ROMA (premenopáusica) 5.81%

ROMA (premenopáusica) 11.80%

Alfafetoproteínas en suero: 2.98.

Informe de citología cérvico vaginal

Calidad de muestra: Satisfactoria

Interpretación: negativo para lesión intraepitelial o malignidad.

Inflamación moderada – flora lactobacilar.

Exámen de imagenológicos.

1. **Ecografía:** Útero en retroversión contorno irregular de patrón miometrial, heterogéneo endometrio engrosado regular ovarios de aspecto normal con mioma tipo 1 en cara anterior que mide 17x11x13cm, mioma tipo I en cara anterior gigante.

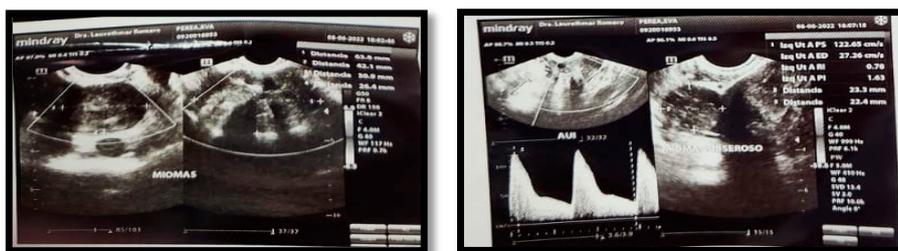


Figura 2: Ecografía Abdominal, se evidencia múltiples miomas.

Resonancia magnética de abdomen y pelvis

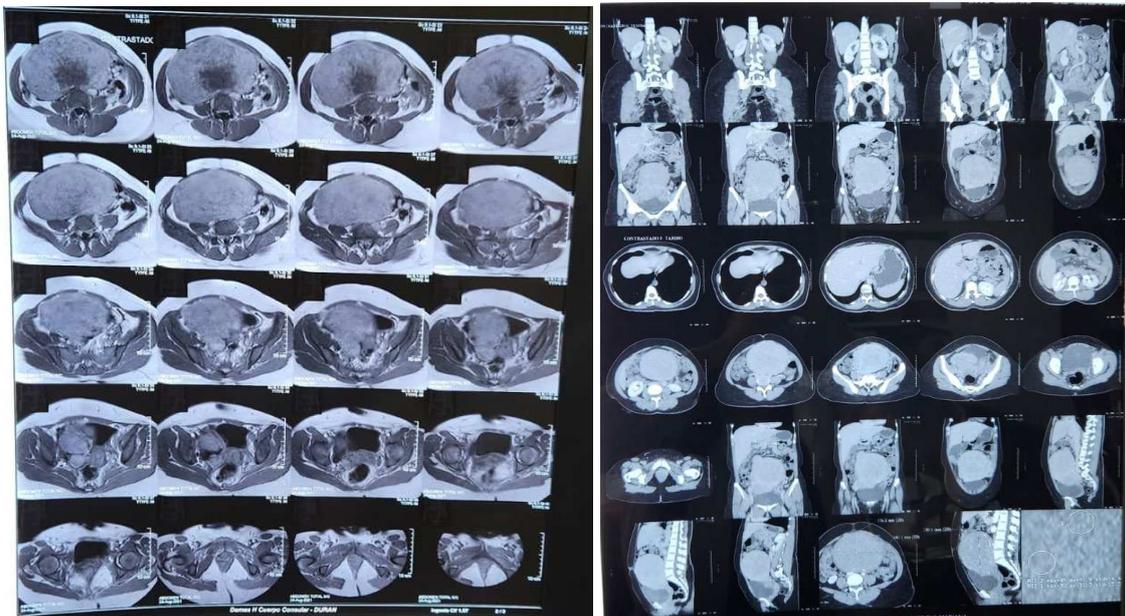


Figura 3: RMN Abdomen- pelvis

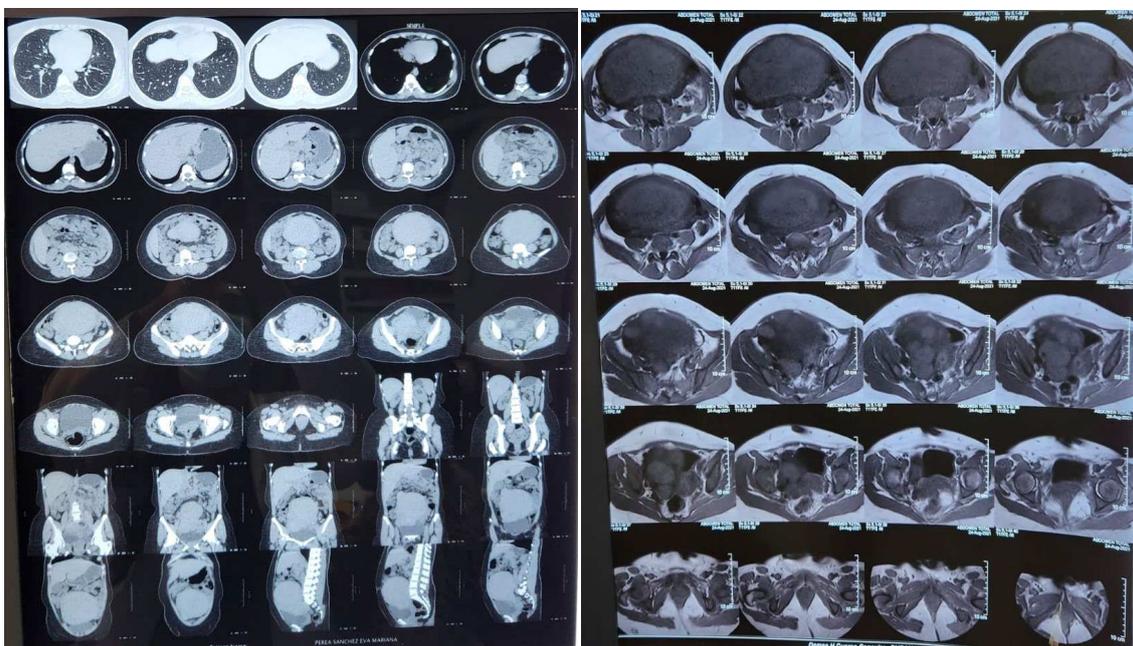


Figura 4: RMN Mioma Uterino de gran tamaño

Hígado normal, sin lesiones ocupativas; vesícula biliar sin contenido anómalo.

Páncreas normal.

Bazo tamaño conservado.

Glándulas suprarrenales y riñones de morfología normal.

Aorta y vena cava inferior diámetros conservados.

Vejiga distendida de pared normal.

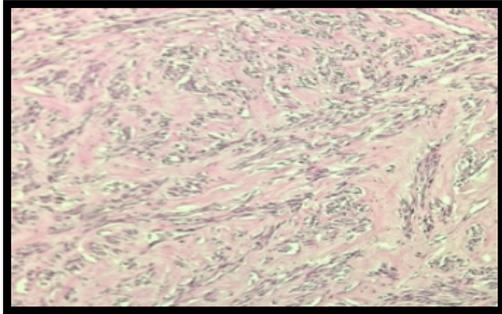
Cavidad abdominal: por arriba de la vejiga se observa extensa lesión ocupativa con intensidad de señal heterogénea predominantemente baja en secuencias T1; T2; técnicas de supresión de grasa mide aprox. 16cm transversal, 10 cm anteroposterior y 17 cm cráneo caudal, bordes definidos, mayor intensidad en la periferia.

Anatomía patológica

Producto de Útero más anexos:

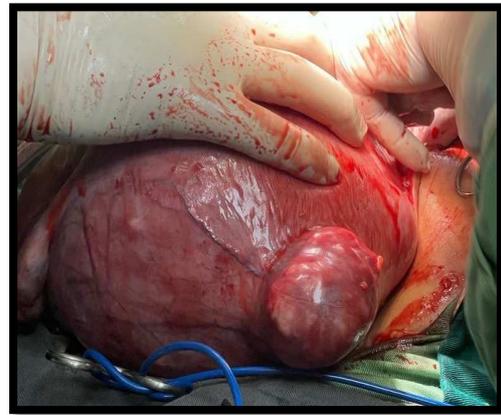
- ~ Leiomiomas celulares con degeneración hialina.
- ~ Tamaño de la lesión de mayor tamaño: 12. x 7x 9.5 cm
- ~ Celularidad: AUMENTADA.
- ~ Degeneración hialina: PRESENTE, MODERADA.
- ~ Atipias citológicas: Presentes, leve, focal.
- ~ Necrosis: AUSENTE.
- ~ Mitosis atípicas: AUSENTE.
- ~ Focos de isquemia presentes.
- ~ Localización: INTRAMURAL (FONDO Y CUERPO UTERINO) Y SUBSEROSAS
- ~ ENDOMETRIO DE PATRÓN ATROFICO.
- ~ OVARIOS CON CAMBIOS INVOLUTIVOS Y QUISTES FOLICULARES.
- ~ TUBAS UTERINAS CONGESTIVAS.

* Presencia de quiste seroso simple.



5. TRATAMIENTO

Histerectomía Abdominal





6. CONCLUSIONES

El mioma uterino se asocia a sangrado uterino anormal en la mayor parte de las mujeres, con factores de riesgo predominantes entre ellos la raza y factores hormonales.

Gran parte de mujeres en edad fértil no acuden a controles médicos periódicos entre ellos a la realización de pruebas como el PAP, examen ginecológico que son de gran ayuda para la detección temprana incluso en algunos casos evitar la histerectomía.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ElsevierEspaña SL. Miomas uterinos. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 2014;; p. 312-324.
2. Hill M. Masas pélvicas. In Hoffman B.L. &SJO,&BKD,&HLM,&SJI,&CMM. Masas pélvicas.; 2017. p. 45- 48.
3. Gracia M RMCF. Relevancia clínica de los miomas uterinos: epidemiología, factores de riesgo, factores protectores y fisiopatología. Med Clin (Barc) [Internet]. 2023;; p. 161:S1–4.
4. David G. Mutch SWB. Miomas uterinos. MANUAL MSD. 2023;; p. 1 - 5.
5. Fábregues F PJ. Mioma uterino. Manifestaciones clínicas y posibilidades actuales de tratamiento conservador. Elsevier. 2024;; p. 40(5):190–5.
6. Hernández-Valencia M VCETVZCBLRR. Miomatosis uterina: implicaciones en salud reproductiva. Ginecol Obstet Mex. 2017;; p. 611-633.
7. Huerga López C GAACGI. Abordaje de los miomas uterinos: aproximación al tratamiento médico. Elsevier. 2023;; p. 161:S15–21.
8. Gracia M IQJGMIQJ. Controversias en el tratamiento de los miomas. Elsevier. 2023;; p. 50(3):100854.
9. Carpio L, Garnique MA. Histerectomía abdominal. Redalyc.org. 2009;; p. 266-272.