

Leiomioma uterino gigante

Giant uterine leiomyoma

Dra. María Graciela Zermeño Gómez



Fig. 1. La paciente con gran insuficiencia respiratoria, es rápidamente intubada y monitorizada, ya que no toleraba el decúbito.

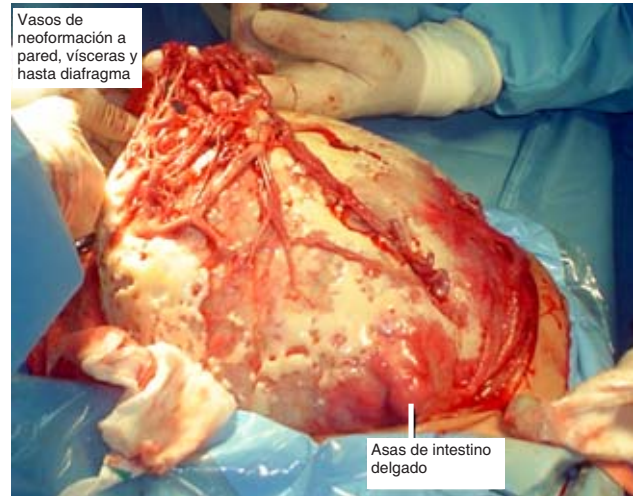


Fig. 3. Gran vascularidad y zonas de material caseoso.



Fig. 2. Drenaje de 21 litros de líquido citrino, transparente.



Fig. 4. Disección y ligadura de los grandes vasos procedentes de la pared abdominal y epiplón.

Departamento de Cirugía General. Hospital General "Dr. Gaudencio González Garza" Centro Médico Nacional "La Raza", IMSS. México D. F.

Recibido para publicación: 6 junio 2007

Aceptado para publicación: 20 junio 2007

Correspondencia: Dra. María Graciela Zermeño Gómez. Calle Goya Núm. 75 Casa "D", Col. Insurgentes Mixcoac, México D. F. 03910. Tel (55) 56114728, (55) 52715383. Correo electrónico: magrazergo@hotmail.com

Cuando un cirujano recibe un paciente con un importante aumento del volumen abdominal (**Figura 1**) se debe preguntar: ¿qué puede llevar a un individuo al grado de poner en peligro su vida y no recibir ayuda médica para evitar este crecimiento abdominal? ¿Qué enfermedades nos pueden dar un aumento de volumen abdominal tan grande? ¿Ha sido problema de diagnóstico? ¿El lugar de origen del(a) paciente no le permitía tener atención médica? ¿Cuál es la conducta a seguir en estos casos?

Las respuestas a algunas de estas interrogantes generalmente son como causas de crecimiento abdominal:

1. Líquido de ascitis o ascitis masiva. En los pacientes cirróticos, se puede encontrar gran distensión abdominal, red venosa colateral, dificultad respiratoria, edema de miembros inferiores y desnutrición crónica, generalmente, hay antecedentes de alcoholismo o hepatitis.
2. Tumores abdominales gigantes:
 - a) Quistes gigantes de ovario, generalmente mucinosos, que llegan a alcanzar volúmenes exagerados en relativamente poco tiempo,¹ benignos; sin embargo el cistadeno-carcinoma también puede llegar a tener dimensiones importantes.²
 - b) Miomas o miomatosis gigante. Es raro encontrar miomatosis uterina de más de 10 kg, ya que el crecimiento es lento y, aunque en muchas ocasiones son asintomáticos, cuando crecen por arriba de 5 kg, los datos de compresión sobre órganos vecinos hacen que el paciente acuda al médico; sin embargo, hay reportes en la literatura de miomas de más de 12 kg.³
 - c) Quistes hepáticos simples,⁴ pancreáticos⁵ y enfermedad poliquística.^{6,7} La mayoría de las veces son padecimientos asintomáticos, sin embargo, pueden llegar a tener dimensiones tan grandes que los sínto-

mas compresivos requieren de tratamiento quirúrgico generalmente, abarcan el abdomen superior.

- d) Liposarcoma gigante es un tumor maligno de origen mesodérmico no muy frecuente. Su clínica es insidiosa e inespecífica debido a su lento crecimiento, siendo el aumento del perímetro abdominal el síntoma más frecuente. Su tratamiento óptimo es la exéresis completa del tumor, puede sea multilobulado y llegar a pesar hasta 12 kg.^{8,9}
- e) Hidronefrosis gigante, ésta representa un dilema diagnóstico, pudiendo presentarse de forma asintomática o condicionar síntomas derivados de la compresión de estructuras abdominales (obstrucción intestinal o urinaria), o bien simular tumores abdominales, ascitis masiva o lesiones quísticas retroperitoneales.^{10,11}

Sin embargo, en teoría, cualquier tumoración abdominal podría tener un crecimiento tan grande, pero la naturaleza de muchos padecimientos produce manifestaciones y alteraciones que requieren tratamiento, ya que ocasiona alteraciones fisiopatológicas incompatibles con la vida.

En la actualidad, con la tecnología que existe, la mayoría de las veces se puede llegar a un diagnóstico presuncional en forma más temprana.

1. El ultrasonido abdominal nos da la pauta sobre si es líquido o sólido, si está tabicado o no y, en muchas ocasiones, identifica los órganos de donde procede.
2. La TAC es todavía más específica e identifica las densidades, así como la vascularidad de la lesión; sin embargo, cuando el crecimiento es tan grande, en ocasiones, ya no se puede identificar de qué origen son algunas tumoraciones.
3. La resonancia magnética y la arteriografía selectiva son de menor utilidad, pero son un recurso adicional cuando existe duda.

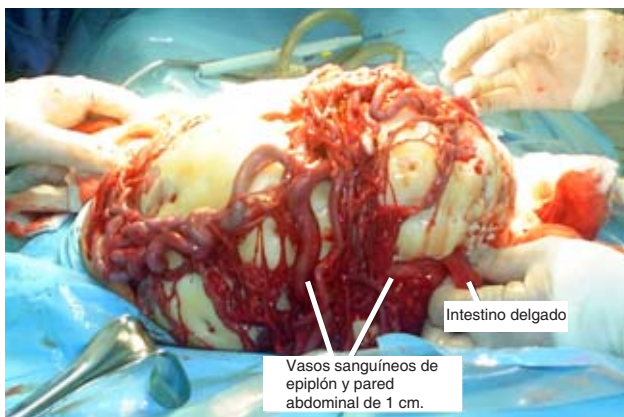


Fig. 5. Liberación del intestino delgado y colon, no existe grasa en el epiplón, únicamente hay vasos de neoformación.

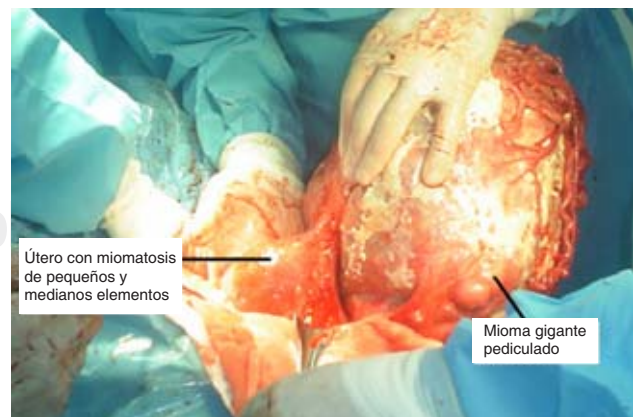


Fig. 6. Después de liberar la vejiga se localiza el pedículo del mioma dependiente del útero.

4. La laparoscopia diagnóstica puede ser utilizada en algunos casos, pero cuando las dimensiones de la tumoración son muy grandes corre el riesgo de caer sobre la tumoración.
5. La laparotomía exploradora es el mejor método en estos casos, ya que va implícito el tratamiento.

Ante el cuadro clínico y los hallazgos quirúrgicos, muchas veces nos llevamos sorpresas, ya que, con la experiencia profesional e institucional, según la cual creemos que lo hemos visto todo, los pacientes tienen esa capacidad de asombrarnos y hacernos reflexionar, ya que el fanatismo religioso y la ignorancia pueden llevarlos a poner en peligro su vida o llegar a extremos como este caso.

Imágenes del caso

Paciente femenino de 38 años, procedente de nivel socioeconómico medio bajo, escolaridad primaria, religión: testigo de Jehová. Antecedentes de importancia: Núbil, a los 19 años se le diagnosticó un quiste de ovario, no específica ni tamaño ni de qué lado; a los 24 años, se le realiza un US y le refieren que el quiste de ovario mide 19 x 17 cm, sin dar más especificaciones, a pesar de tener periodos de amenorrea hasta de 6 meses, y ocasionalmente metrorragias, no recibe tratamiento médico. En los últimos dos años, el aumento de la lesión abdominal es paulatino pero constante. Hace un mes inicia con edema de miembros inferiores, dificultad respiratoria, hiporexia, únicamente tolera dieta líquida, y sólo evacua cada 4 a 5 días, existe poliuria. Exploración física: mal estado general, adelgazada, mal conformada a expensas de abdomen, con posición forzada, no tolera el decúbito; palidez generalizada, desnutrición severa, polipneica con FR de 32X', TA 90/60, soplo sistólico suave, FC de 100 X', abdomen globoso con pared abdominal a tensión a expensas de volumen en forma generalizada (**Figura 1**), que abarca desde pubis hasta apéndice xifoides, hay red venosa colateral a la percusión mate con signo de la onda positivo. Edema por arriba de las rodillas tercio proximal de ambas piernas. Exploración genital con genitales de nulípara, tacto rectal se toca neoformación que ocupa prácticamente todo el hueco pélvico, de consistencia firme y regular. No se detecta otra alteración.

Exámenes de laboratorio: Hb. de 6 g, Ht. 18, fórmula blanca sin alteraciones, glucosa 74, creatinina de 2, proteínas totales de 5.2, albúmina 2.8, globulinas 2.4, TP 76%.

Exámenes de gabinete: la telerradiografía de tórax sólo muestra elevación de hemidiafragmas y moderada acentuación de los íleos pulmonares. La radiografía simple de abdomen muestra opacidad homogénea, sin identificar alguna estructura u órgano. El USG reporta tumoración ovoide, hiperecoica que mide 45 por 50 cm, irregular, que ocupa toda la cavidad pélvica, no se puede identificar útero y ovarios, muy vascularizada, hay abundante líquido en cavidad. No se pudo definir el origen de la masa, aunque se sospecha de origen pél-

vico, a descartar de etiología ovárica, no se pudo realizar TAC.

La paciente es trasfundida hasta llevarla a 9 g de Hb. y se le realiza laparotomía exploradora con los hallazgos siguientes: Se drenan 21 l de líquido citrino con escasas natas de fibrina (**Figura 2**). Tumoración ovoidea de 50 por 50 cm, peso 8.5 kg, hipervascularizada, con vasos hasta de 1 cm de diámetro, llegan a la tumoración procedente del epiplón, mesentérico, pared anterior y lateral del abdomen adherido a intestino delgado, colon y vejiga (**Figuras 3 a 5**).

Por los hallazgos quirúrgicos podría pensarse en un proceso maligno; sin embargo, por la evolución clínica de 19 años, se logra disecar y separar el intestino y la vejiga, el epiplón mayor no existe, sólo se encuentran los vasos sanguíneos (no se encuentran nódulos, ni ganglios mesentéricos, ni otros implantes en el resto de la cavidad), la tumoración depende del útero a expensas de un pedículo de 5 cm, útero de 15 por 10 cm con miomatosis múltiple de pequeños y medianos elementos, ovarios normales (**Figura 6**).

Reporte de patología: Leiomioma abdominal gigante, de 28 x 25 x 21 cm y peso de 5.5 kg, ya exanguinado, con cambios de degeneración quística, hialinización, fibrosis y calcificación distrófica multifocal, trombosis reciente y antigua recanalizada e hiperplásica mixta. Miomatosis uterina de pequeños y medianos elementos.

El manejo transoperatorio es sumamente importante para no descompensar a la paciente: restitución de líquidos, plasma, albúmina, sangre. El peso de la paciente antes de la cirugía fue de 76 kg y en el PO inmediato fue de 46 kg.

La evolución postoperatoria fue satisfactoria, tolerando la vía oral, la diuresis fue normal y a los 15 días ya se había corregido la anemia y mejorado la desnutrición.

La paciente reconoce que no aceptaba el tratamiento por el temor de la transfusión sanguínea, que su religión no se lo permite.

Referencias

1. Koshiba H, Kitawaki J, Fujita H, Honjo H, Okumura J. Giant ovarian tumor removed after preoperative drainage, with abdominoplasty. A case report. *J Reprod Med* 2003; 48: 652-4.
2. Yanazume Y, Yoshinaga M, Yanazume S, Kamikihara T, Tokunaga M, Kamio M, et al. Giant ovarian cancer weighing 100 kg with poor prognosis. *J Obstet Gynaecol Res* 2007; 33: 91-4.
3. Grapsa D, Smymiotis V, Hasiakos D, Kontogianni-Katsarou K, Kondi-Pafiti A. A giant uterine leiomyoma simulating an ovarian mass in a 16-year-old girl: a case report and review of the literature. *Eur J Gynaecol Oncol* 2006; 27: 294-6.
4. Blé MCA, Blé MMA. Quiste hepático sintomático. A propósito de un caso. *Cir Gen* 2005; 27: 83-85.
5. Juárez CD, Flores GS, Senties CS, Mendoza M. Neoplasias quísticas primarias del páncreas: Informe de dos pacientes, uno con cistadenoma y otro con cistadenocarcinoma. *Cir Gen* 2001; 23: 177-181.

6. Prieto-Díaz-Chávez E, Casillas MR, Medina CJL, Anaya-Prado R, González-Ojeda A. Teratoma quístico del omento. Informe de un caso. *Cir Gen* 2005; 27: 72-74.
7. Oztoprak I, Eqilmez H, Oztoprak B, Gümüs C. Complicated giant polycystic ovary mimicking tumor: MR imaging findings. *Pediatr Radiol* 2007; 37: 233-6.
8. Comin Novella L, del Val Gil JM. Liposarcoma retroperitoneal gigante: el reto diagnóstico y terapéutico. *Arch Cir Gen Dig* 2007, Ene 19. Disponible en <http://www.cirugest.com/revista/2007/02/2007;01-19.htm>
9. Echenique-Elizondo M, Amondarain-Arratibel JA. Liposarcoma retroperitoneal gigante. *Cir Esp* 2005; 77: 293-295.
10. Chiang PH, Chen MT, Chou YH, Chian CP, Huang CH, Chien CH. Giant hydronephrosis: report of 4 cases with review of the literature. *J Formos Med Assoc* 1990; 89: 811-7.
11. Hemal AK, Wadhwa SN, Kumar M, Gupta NM. Transperitoneal and retroperitoneal laparoscopic nephrectomy for giant hydronephrosis. *J Urol* 1999; 162: 35-9.