



## *Fibromioma uterino y embarazo\**

Dr. Salvador Hernández Rivera

**E**s frecuente en nuestra práctica diaria, tanto particular como hospitalaria, efectuar el diagnóstico de fibromioma uterino, es decir, señalar la existencia, en la matriz, de una neoplasia cuya composición es fibrosa y muscular.

Es tan frecuente que las estadísticas comprueban la presencia del fibromioma hasta en un veinte por ciento de las mujeres adultas. Las mismas parecen confirmar las aseveraciones de *Bayle* y *Cruveilhier* de que la persistente estimulación estrógena sobre el útero cuando falta la preñez, ya sea en la esterilidad o en la virginidad, favorecen la aparición y el crecimiento de los fibromiomas, los cuales una vez desarrollados aumentan el coeficiente de esterilidad hasta un treinta por ciento, favoreciéndose a sí mismos en su desarrollo, según se comprende.

*PILLIET*, en su teoría, dice que el fibromioma tiene origen en una hipervascularización que produce una arteriola o capilar dilatado que provoca en derredor una proliferación de fibras conjuntivas y musculares lisas que enrollándose en espiral, forman el núcleo central del fibromioma. Del vaso inicial brotarán otros y el tumor tendrá tantos lóbulos o núcleos centrales como capilares neoformados broten de la hipervascularización.

*KEIFFE* piensa que las noviformaciones pueden nacer no sólo alrededor de un vaso sino en el seno de cualquier tejido: muscular, vascular o fibroso.

Según *CONHEIM* los fibromiomas nacen a expensas del tejido embrionario no utilizado en la formación del útero y que permanecería incluido en su pared.

En realidad, la etiología precisa de los fibromiomas permanece aún ignorada.

Sólo hechos comprobados podemos presentar en cuanto a los mismos fibromiomas. 1º- Que son neoplasias propias de la mujer adulta, en época de actividad sexual y sobre todo en las estériles y 2º- Que son raros en mujeres multíparas.

El caso que me permite relatar a esta H. Asociación está incluido precisamente en este segundo punto: trátase de una mujer adulta de 37 años de edad a quien se le diagnosticó fibromioma del cuello de la matriz hace diez años y que a pesar de ello logró concebir y llevar a desenlace normal tres embarazos en nueve años.

La Sra. M. L. M. de 37 años de edad, se presenta a consulta solicitando un examen ginecológico pues presume tener un embarazo de tres meses y medio.

—Relata que hace diez años más o menos fue a consulta con un compañero para precisar la causa de hemorragias vaginales relativamente frecuentes y abundantes y después del examen se le diagnosticó fibromioma de la matriz.

—Que a pesar del tumor y de las hemorragias que han sido más frecuentes y abundantes, ha logrado concebir y dar a luz dos hijos que a la fecha cuentan 8 y 4 años de edad respectivamente.

Que cree estar embarazada por la existencia de cloasma, y vómitos matutinos, así como por diferentes fenómenos subjetivos, de ansiedad, malestar general, pesadez en el vientre y poliuria.

—Hace veintidós días, sin motivo aparente principió una de tantas hemorragias que ella acostumbra

\* Reproducido de *Ginecología y Obstetricia de México* 1949;IV(Nov.-Dic.):452-5.

sufrir, a la fecha continúa la hemorragia siendo poco abundante, teniendo además, sed, vértigos, zumbidos de oído, anorexia, adinamia y habiendo adelgazado.

Pasando por alto los diversos exámenes generales que son de rigor, de los aparatos cardiovascular, respiratorio, digestivo, etc., me referiré en especial al ginecológico que demostró lo siguiente: vulva normal con intenso escurrimiento hemorrágico; examen bimanual: se aprecia desde la introducción de los dedos por la vagina que existe una tumoración piriforme de vértice inferior que se interpone entre la pared posterior de la vagina y la cara anterior del recto, casi desde una altura de tres centímetros de la zona esfinteriana y que prolongándose hacia arriba se adhiere al cuello de la matriz más o menos a la altura del ítsmo y después se prolonga hacia dentro de la cavidad abdominal, desviándose hacia la derecha donde se toca una masa ligeramente móvil, dolorosa, dura en partes, irregular en su forma, dando la impresión de estar adherida y que ocupa todo el flanco derecho. El cuello de la matriz entreabierto y blandijo presenta un gran escurrimiento sanguíneo; el cuerpo es de poca altura y continuando el examen se toca lo que presumo será la matriz, completamente desviada hacia la izquierda, teniendo una altura de tres traveses de dedo sobre el pubis, aproximadamente, móvil y no dolorosa. El espejo comprueba la hemorragia; su colocación produjo intenso dolor a la enferma.

Con los datos obtenidos en el interrogatorio y en la exploración formulamos un diagnóstico de presunción: fibromioma al parecer del cuello de la matriz, estando ocupada ésta por un producto de tres a tres meses y medio. Adherencias en el flanco derecho dificultaron precisar los anexos tanto en su colocación como en su forma, consistencia, etc.

Con este cuadro y con una enferma en las condiciones relatadas anteriormente, tratamos de conducir el embarazo a su término sorteando hasta donde fuese posible las diversas contingencias propias de estos casos.

—Hicimos tratamiento a base del propionato de testosterona a la dosis de 25 mgs. cada cinco días en series de 10 ampolletas y descanso.— Vitamina K, hemostáticos generales, reposo absoluto en cama, transfusiones, en fin cuanto recurso pudimos emplear

lo empleamos.— La enferma mejoraba lenta pero efectivamente a pesar de que cualquier esfuerzo por pequeño que fuese provocaba la aparición de la hemorragia. En ocasiones se presentó la hemorragia de manera espontánea aunque no en forma alarmante. A medida que progresaba el embarazo se hacía más difícil precisar la forma y el tamaño del tumor de tal manera que en los últimos días sólo se apreciaba un enorme abultamiento tanto por el vientre como por la vagina. En el piso perineal formaba una prominencia que no permitía que la enferma se sentara con media comodidad.— La presentación final del feto fue de O.I. I. A.

A su debido tiempo comenzó el trabajo de parto siendo las contracciones al principio de muy corta duración, pero intensamente dolorosas sobre todo en el bajo vientre y en la región perineal. Se produjeron vómitos intensos y se presentó hemorragia bastante intensa complicando aún más el cuadro doloroso del parto. El dolor se localizaba sobre todo el flanco derecho, parte del muslo derecho y en la región anal.— La dilatación del cuello se efectuó con facilidad y la presentación, desarrollo y conformación de la bolsa de las aguas pudo considerarse como normal; en ese momento la hemorragia era continua y bastante intensa tendiendo a aumentar a medida que progresaba el trabajo de parto. El borramiento y la dilatación del cuello se efectuaron con relativa rapidez y la bolsa se rompió espontáneamente.— El encajamiento se hizo correctamente y en este momento la hemorragia era tan abundante que temí por la vida de la enferma. En esta angustia pensé en dos caminos a seguir: transfusión amplia y cesárea o aplicación baja de fórceps.

Las condiciones de debilidad por anemia, hipotensión y estado general tan malo de la enferma me hicieron desechar la cesárea y procedí a hacer una aplicación de fórceps, baja y rápida. La anestesia, principal problema en estas condiciones lo resolví, por estar en casa de la enferma, por el balsoformo, apenas el indispensable para producir una narcosis pasajera, ayudándome con dos cápsulas de amital de 0.05.— El temor de un funesto desenlace me hizo practicar la aplicación con extraordinaria rapidez.— Pude extraer un producto vivo, de término y al parecer bien conformado.— Aún no terminaba el trance amargo, la

hemorragia era continua y a la extracción del fórceps con el producto comprimí la tumoración sobre el canal vaginal, y esto la aumentó; extraje manualmente la placenta, taponé ampliamente y usé de los hemostáticos a grandes dosis. Transfusión y suero glucosado hicieron que la enferma fuese volviendo en su conocimiento. El producto pesó tres kilos cuatrocientos gramos.

El puerperio fue normal. No se presentaron complicaciones. La enferma se quejaba sólo de intenso dolor en el flanco derecho y la hemorragia aunque débil se prolongó durante seis semanas. La tumoración de la vagina se palpaba extraordinariamente blanduña pero sin desplazamiento y sin dolor, no así la tumoración del vientre que había adquirido mayor consistencia y había defensa muscular indicadora de una reacción peritoneal. La palpación era intensamente dolorosa.

Un año después de aquella odisea del parto, la enferma dado que no mejoraba de la hemorragia ni del dolor, aceptó ser operada y con tratamiento preoperatorio adecuado, con anestesia novocaína-raqüia se procedió al acto quirúrgico. Incisión de laparotomía media supra e infra umbilical. Se nota una tumoración que ocupa casi todo el flanco derecho. No es fácil de despegar pero con extraordinario cuidado se eliminan las adherencias peritoneo-epiplon-meso cólicas. Se practica apendicectomía por ser este el medio más rápido para destruir una adherencia del ciego a la tumoración. El peritoneo se despega difícilmente para efectuar el corte anterior de la

histerectomía. Aparentemente el cuerpo de la matriz en la cara anterior no revelaba más que un aumento de tamaño mediano; el anexo izquierdo estaba aparentemente sano. Al hacer el corte sobre la cara posterior de la matriz empezaron las dificultades dada la presencia de una tumoración que se desprendía de la cara posterior del cuello, casi en la unión de éste con el cuerpo. El anexo derecho se encontraba sano pero adherido al ciego.

El despegamiento de la tumoración se efectuó trabajando de hecho entre la pared posterior de la vagina y la anterior del recto. Se peritonizó en lo que se pudo, se regó sulfatiazol, se canalizó con tubo y gasa por el vientre. Dos días después se extrajo la canalización, cerrando la pared. El postoperatorio no tuvo ninguna complicación. Diez días después la enferma abandonó el sanatorio clínicamente sana.

El análisis de la pieza anatómica extraída que pesó aproximadamente cuatrocientos gramos practicado en el dispensario anticanceroso, dijo: Fibromioma uterino.

La relación de este caso, primero en mi carrera profesional no me autoriza a sentar ninguna conclusión pero creo que se pueden señalar las siguientes premisas:

1º La presencia de un fibromioma no siempre es causa de esterilidad.

2º La presencia del fibromioma no siempre es causa de distocia fetal.

3º La co-existencia de fibromioma y embarazo puede permitir parto normal ya sea natural o ayudado por aplicación de fórceps baja.

La distocia debida al proyectil, o distocia fetal, proviene de las anomalías en la disposición del huevo (procedencia del cordón), de los vicios de presentación (presentación de hombro) o de las anomalías en el volumen (exceso de volumen) o la forma (deformidades).

Reproducido de: Fabre. Manual de obstetricia. Barcelona: Salvat Editores, 1941; p:312.