



Mioma pediculado torcido en una mujer embarazada. Reporte de caso

Eric Emilio Vázquez Camacho,* Elizabeth Cabrera Carranco,** Rafael Gabriel Sánchez Herrera*

Nivel de evidencia: II-3

RESUMEN

La detección de una masa pélvica durante el embarazo es poco común. La mayor parte de las veces se trata de tumores benignos y funcionales que suelen desaparecer durante el segundo trimestre o permanecen asintomáticos hasta el final del embarazo. La persistencia, el tamaño y las características ultrasonográficas representan una preocupación relacionada con el futuro obstétrico, además del tratamiento oportuno y las posibles complicaciones. Se reporta el caso de una paciente con 15 semanas de embarazo, con torsión de un mioma pediculado, similar a un tumor de ovario, detectado por imagen ultrasonográfica.

Palabras clave: mioma, embarazo, miomectomía, masa pélvica.

ABSTRACT

The detection of a pelvic mass during pregnancy is uncommon. Most of them are benigns and they usually disappear by the second trimester of gestation, or keep asymptomatic until the resolution of the pregnancy. The persistence, the size and the ultrasonographic characteristics represents a mayor concern related to the obstetrical management and the complications. We report a case of a woman at the 15 week of gestation with torsión of a pedunculated mioma mimicking in the ultrasonographic image an ovarian tumor.

Key words: Myoma, pregnancy, myomectomy, pelvic mass.

RÉSUMÉ

La détection d'une masse pelvienne pendant la grossesse est peu commune. La plupart des fois il s'agit de tumeurs bénignes et fonctionnelles qui disparaissent généralement pendant le second trimestre ou restent asymptomatiques jusqu'à la fin de la grossesse. La persistance, la taille et les caractéristiques ultrasonographiques représentent une préoccupation en rapport avec le futur obstétrique, outre le traitement opportun et les possibles complications. On reporte le cas d'un patient avec 15 semaines de grossesse, avec torsion d'un mioma pediculado, semblable à une tumeur d'ovaire, détecté par image ultrasonographique.

Mots clef: mioma, grossesse, miomectomie, masse pelvienne.

RESUMO

A detecção duma massa pélvica durante a gravidez é pouco comum. A maior parte das vezes trata-se de tumores benignos e funcionais que costumam desaparecer durante o segundo trimestre ou permanecem até o final da gravidez asintomáticos. A persistência, o tamanho e as características ultrasonográficas representam uma preocupação relacionar-se com o futuro obstétrico, ademais do tratamento oportuno e as complicações possível. O caso duma paciente com 15 semanas de gravidez reporta-se, com torsión de mioma pediculado, similar a um tumor do ovário, detectado por imagem ultrasonográfica.

Palavras chave: mioma, gravidez, miomectomia, massa pélvica.

* Médico asociado.

** Médico residente de cuarto año de la especialidad en Ginecología y Obstetricia.
Hospital Español. México, DF.

Dirección: Dr. Eric Emilio Vázquez Camacho. Hacienda del Ciervo 29, Interior 19 A, colonia Hacienda de las Palmas, Huixquilucan 52763, Estado de México.

Correo electrónico: vazquezeric@hotmail.com

Recibido: marzo, 2009. Aceptado: julio, 2009.

Este artículo debe citarse como: Vázquez CEE, Cabrera CE, Sánchez HRG. Mioma pediculado torcido en una mujer embarazada. Reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex 2009;77(9):441-4.

La versión completa de este artículo también está disponible en: www.nietoeditores.com.mx

La incidencia de miomas uterinos durante el embarazo varía de 0.09 a 3.9%.¹ Antes de utilizarse el ultrasonido, el diagnóstico se establecía clínicamente y la mayor parte de los miomas grandes complicaban el curso del embarazo. Hoy en día, el diagnóstico en estas pacientes se establece con mayor precisión; sin embargo, en muchas ocasiones una contracción puede simular los miomas uterinos, lo cual es posible diferenciar con el ultrasonido Doppler a color. El uso racional de los medios de diagnóstico es una precaución que siempre debe tenerse en mente.

Antes se pensaba que los miomas uterinos crecían durante el embarazo en respuesta a la estimulación hormonal; ahora se sabe que 80% de éstos permanecen iguales o disminuyen de tamaño. Sólo 20% aumenta de tamaño y los miomas mayores de 3 cm son, por lo general, los causantes de los síntomas durante el embarazo. Los miomas más grandes (6 a 12 cm) pueden tornarse más pequeños durante el embarazo.²

La degeneración roja (degeneración de un fibroide uterino durante el embarazo, caracterizada por la formación de zonas rojas blandas) se manifiesta en 5 a 8% de los casos durante el embarazo, lo que resulta en: dolor agudo, hipersensibilidad, trabajo de parto pretérmino, fiebre y aumento en la concentración de leucocitos. El síndrome de miomas dolorosos, en los que se encuentran espacios quísticos, también es frecuente durante el embarazo. El tratamiento médico consiste en: analgésicos, líquidos, reposo y antibióticos. Si no disminuyen los síntomas, se indica la intervención quirúrgica.²

El efecto de los miomas durante el embarazo depende de su tamaño, número y localización. Los que se encuentran en el segmento uterino inferior aumentan el riesgo de presentaciones fetales anómalas, cesárea y hemorragia posparto. Cuando la placenta está adyacente o en contacto con el mioma, puede haber aborto espontáneo, trabajo de parto pretérmino, desprendimiento prematuro de placenta y hemorragia posparto (71%). Las complicaciones menos frecuentes son: coagulación intravascular diseminada, embarazo cervical, hemoperitoneo espontáneo, inversión uterina y anomalías fetales por compresión. El 50% de las pacientes no manifiesta síntomas, pero si no se establece el diagnóstico preciso, éstos suelen confundirse con los propios del embarazo; por tanto, es importante prestar atención a los datos de la paciente, además de realizar el adecuado seguimiento, control y tratamiento desde el inicio del embarazo.

Enseguida se reporta el caso clínico de una paciente con miomatosis, su tratamiento y finalización del embarazo.

CASO CLÍNICO

Mujer de 35 años de edad, sin antecedentes patológicos de importancia para el padecimiento actual. Mientras cursaba su primer embarazo acudió a consulta por primera vez a las 6.2 semanas del mismo, por lo que se solicitaron estudios prenatales y ultrasonido. Este último reportó

imágenes relacionadas con un embarazo intrauterino, con feto único vivo de aproximadamente ocho semanas de gestación. También se observó una imagen semejante a la del leiomioma uterino del muro posterior; imagen sugerente de probable quiste de endometrio, para descartar un tumor sólido del ovario izquierdo. Los estudios prenatales resultaron sin alteraciones. A la exploración física se encontró: aparato cardiopulmonar sin afección; abdomen blando, con fondo uterino de 15 cm, frecuencia cardíaca fetal de 150 por minuto, con un tumor de 6 cm que se palpó en el cuadrante lateral izquierdo, móvil y sólido. El resto del estudio sin alteraciones. Decidió efectuarse tratamiento conservador y se solicitó un nuevo examen de ultrasonido, determinación de marcadores tumorales y estudios preoperatorios.

El segundo estudio de ultrasonido reportó un embarazo intrauterino, con feto único vivo de 15 5/7 semanas de gestación, determinadas por fetometría; placenta fúndica corporal anterior, grado 0 de maduración. Líquido amniótico normal; imagen relacionada con leiomioma uterino en la cara posterior, de 23 x 20 mm, e imagen con probable tumor sólido de ovario, con ecogenicidad mixta de 95 x 61 x 51 mm, a descartar teratoma. La determinación de marcadores tumorales estuvo dentro de rango normal.

Se decidió programar a la paciente para intervención quirúrgica. Previo a su realización, la paciente manifestó dolor abdominal súbito en el flanco izquierdo asociado con fiebre, por lo que se decidió operarla y se programó para laparotomía exploradora. En el tiempo quirúrgico se observó: útero aumentado de tamaño a expensas del embarazo y un mioma pediculado en el fondo, hacia el lado derecho, que se encontraba torcido y con diámetro de 6 cm, que coincidió con la imagen sólida observada por ultrasonido (figura 1). La resección del mioma se efectuó pinzando y ligando su pedículo; se verificó la hemostasia y se dio por terminado el procedimiento, tratando de no realizar más maniobras en el útero, para no estimular y provocar su actividad. El proceso quirúrgico no originó complicaciones.

La pieza quirúrgica se envió al servicio de Patología para su análisis; el personal reportó una pieza de 6.2 x 4.5 x 3.8 cm, de aspecto liso, color marrón-grisáceo, de consistencia blanda con algunas adherencias fibrosas, bien delimitada, "arremolinada" y con áreas focales de congestión (figura 2). Al efectuar el corte, se observó una neoplasia mesenquimatosa benigna, formada por células



Figura 1. Mioma pediculado expuesto.



Figura 2. Pieza quirúrgica correspondiente a leiomioma uterino.

musculares con escaso estroma fibroso. El diagnóstico correspondió a leiomioma uterino.

El periodo posoperatorio transcurrió sin complicaciones y el embarazo continuó con adecuada evolución hasta llegar a su término. El inicio del trabajo de parto fue espontáneo y progresó de manera adecuada. Se obtuvo un neonato vivo mediante parto; el pediatra lo evaluó (Apgar 9/9) y se prosiguió con las maniobras de reanimación neonatal. Se realizó el alumbramiento placentario y revisión de la cavidad uterina de manera manual; se palpó el fondo y las paredes uterinas íntegras. Se procedió a la episiorrafia y se dio por terminado el procedimiento. Se trasladó a la paciente a la sala de recuperación; posteriormente, se envió a su habitación con signos vitales estables; útero bien

contraído en la cicatriz umbilical, y loquios hemáticos escasos. El puerperio transcurrió sin complicaciones y se dio de alta en buenas condiciones.

DISCUSIÓN

El tratamiento quirúrgico de las masas pélvicas durante el embarazo se asocia con sus propias complicaciones, incluidas: aborto espontáneo, rotura de membranas, parto y nacimiento pretérmino.

Se ha reportado que 10% de las mujeres embarazadas con miomatosis sufre complicaciones relacionadas con este tumor.¹

Otros autores indican el tratamiento conservador en pacientes con tumores menores de 6 centímetros. Grimes y su grupo reportaron 185 casos de masas anexiales, de los que 94% tuvo curación espontánea.³ Estos autores proponen que el pedículo es capaz de resistir la torsión, siempre y cuando el tumor sea menor de 6 centímetros.^{3,4} Ese estudio reportó la torsión en un solo caso de 422 estudiados, cuyo tamaño era de 10 centímetros.^{4,5}

La medida del tumor se utiliza como indicador para efectuar el procedimiento quirúrgico. Se recomienda reseca las masas mayores de 8 cm, o entre 5 y 8 cm, que no se curan después de ocho semanas de seguimiento, principalmente en mujeres que se encuentran en su periodo menstrual.⁵

Mitchel y Robin⁶ efectuaron un estudio en mujeres embarazadas con masas anexiales y señalaron que durante esa etapa es raro observar un tumor sólido dependiente del ovario; sin embargo, cuando se llega a observar se trata de un mioma uterino similar a un tumor anexial. Los autores de este estudio sugieren reevaluar con mayor detenimiento el tumor o realizar una resonancia magnética. Este dato se observó en el caso aquí reportado, que simulaba una masa dependiente de ovario y, finalmente, se trató de un mioma pediculado torcido, que provocó los síntomas de abdomen agudo y la subsiguiente intervención quirúrgica.

Para establecer el diagnóstico adecuado debe conocerse que el ultrasonido trasvaginal es eficaz en 65 a 69%, pero no permite distinguir entre un leiomioma y un leiomiomasarcoma, y suele no ser el método más efectivo para localizar miomas subserosos.

La resonancia magnética es la técnica de imagen más precisa para detectar y localizar leiomiomas. Ofrece ventajas sobre la ecografía, pues mejora la calidad y exactitud de la imagen. Con ésta se detectan lesiones tan pequeñas,

como de 0.3 cm de diámetro, y permite calcular fácilmente el volumen uterino y el de cada mioma.

La tomografía computada ofrece criterios inespecíficos disponibles para el diagnóstico de enfermedad pélvica benigna. No distingue los miomas de otro tipo de tumores.⁷

En cuanto al tratamiento quirúrgico, se ha observado que de la semana 16 a la 20 de gestación⁴ es un periodo prudente para realizar la laparotomía, tanto en inocuidad para el feto como para el tratamiento de tumores pélvicos u ováricos benignos. Todas las publicaciones recomiendan no manipular el útero durante el procedimiento quirúrgico, con la finalidad de minimizar la irritabilidad del mismo.

Los buenos resultados quirúrgicos mediante laparoscopia, pues se obtienen prácticamente iguales ventajas maternas y fetales que con la laparotomía, sólo sobresale el menor dolor posoperatorio y acortamiento en los días de hospitalización.

CONCLUSIONES

Diferentes estudios señalan la resolución quirúrgica favorable de las masas pélvicas durante el embarazo a partir de

las 12 semanas de gestación, pues proporciona un margen de inocuidad amplio, sin afectar la evolución del embarazo ni los resultados perinatales.

REFERENCIAS

1. Lolis G, Kalantaridou D. Successful myomectomy during pregnancy. *Hum Reprod* 2003;18(8):1699-1702..
2. Davis JL, Ray-Mazumder S, Hobel CJ, Baley K, Sassoone D. Uterine leiomyomas in pregnancy: a prospective study. *Obstet Gynecol* 1990;75:41-4.
3. Grimes WH, Bartholomew RA, Colvin ED, Fish JS, Lester WM. Ovarian cyst complicating pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1954;68:594-603.
4. Sherard GB, Hodson CA, Williams HJ, Semer DA, et al. Adnexal masses and pregnancy: a 12-year experience. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189:358-63.
5. Schmeler KM, Mayo-Smith WW, Peipert JF, Weitzen S. Adnexal masses in pregnancy: surgery compared with observation. *Obstet Gynecol* 2005;105:1098-103.
6. Mitchel S, Robyn A. A guide to management: Adnexal masses in pregnancy. *OBG Manag* 2007;19(03):27-44.
7. Sayin NC, Inal HA, Varol FG. Pregnancies complicated by adnexal masses: a case series. *Arch Gynecol Obstet* 2008;278:573-7.