

Obstrucción urinaria secundaria a compresión uretral por miomatosis uterina. A propósito de un caso y revisión de la literatura

Omar Hernández Vargas,* Antonio Gutiérrez Ramírez**

RESUMEN

El objetivo de este artículo fue analizar la presentación clínica atípica de un mioma de grandes elementos causante de obstrucción urinaria por compresión de la uretra. Esta complicación se reporta rara en la literatura mundial, no hay publicaciones al respecto en nuestro país. Se describe el caso de un paciente femenino de 37 años de edad, quien ingresó por retención aguda de orina como síntoma principal y dolor abdominal en hipogastrio, tratada inicialmente con sonda Foley. El diagnóstico se realizó por clínica, ultrasonografía, urografía excretora y tomografía. El tratamiento final fue quirúrgico con mejoría total de los síntomas.

Palabras clave: Obstrucción urinaria, uretra, mioma uterino.

ABSTRACT

The objective of this article is to analyze the atypical clinical presentation of a causing myoma of big elements of obstruction urinary for compression of the urethra. This complication is reported strange in the world literature, there are not publications in this respect in our country. The case of a 37 year-old feminine patient is described who enter for acute retention of urine as main symptom and abdominal pain in hypogastrium, tried initially with probe Foley. The diagnosis was carried out with clinic, ultrasonography, excretory urography and tomography. The final treatment was surgical with total improvement of the symptoms.

Key words: Obstruction urinary, urethra, uterine myoma.

INTRODUCCIÓN

La miomatosis uterina es una proliferación del músculo liso y tejido fibroso conectivo denso del útero.^{1,2} Son los tumores benignos más comunes de todo el organismo femenino;^{3,4} se ha calculado que hasta 75% de las mujeres presentan miomas desde milímetros hasta gigantes, de los cuales 30% son clínicamente observables.^{5,6} Se presentan más frecuentemente después de los 40 años. Existe una predisposición familiar y étnica en el crecimiento de los miomas. En las mujeres premenopáusicas, los miomas son la principal indicación de histerectomía.⁴

La miomatosis que compromete la uretra es una rara condición, reportados muy pocos casos en la literatura mundial.⁷⁻¹² En nuestro país, nosotros reportamos el primer caso de miomatosis uterina que compromete la uretra asociado a retención aguda de orina. Las complicaciones me-

cánicas más frecuentes reportadas son la compresión a vejiga, recto, venas pélvicas, nervio ciático y ureteros.⁴

REPORTE DE CASO

Se trata de paciente femenina de 37 años de edad, la cual acude al Servicio de Urgencias de Ginecología por presentar súbitamente retención urinaria. Inició su padecimiento actual un mes antes de su internamiento, con cuadros repetitivos de retención súbita de orina. Se le inició manejo médico en Unidad Médica de segundo nivel de atención. Se le instaló sonda Foley a derivación y se envió a nuestro Servicio de Ginecología. La paciente refirió no presentar alteraciones menstruales. Los antecedentes personales no patológicos y patológicos sin importancia. Menarca a los 13 años, ciclos regulares de 30 x 5 días, eumenorreica, una pareja sexual, gesta: tres, partos: dos, aborto: uno, sin método de planificación familiar y Papanicolaou negativo clase II.

Acudió a urgencias con los siguientes signos vitales: frecuencia cardíaca de 88 latidos por minuto, tensión arterial

* Residente de 4to año del Servicio de Ginecología. Jefe de Residentes de Ginecología.
** Médico adscrito al Servicio de Ginecología. Clínica de displasias.

de 110/80 mmHg, frecuencia respiratoria de 20 por minuto y temperatura de 36 °C. A la exploración física destacó que la paciente se encontraba con abdomen blando, doloroso a la palpación profunda, principalmente en hipogastrio, con resistencia muscular voluntaria. A la exploración bimanual se palpó útero lobulado de 17 x 10 cm aproximadamente, de bordes irregulares, doloroso a la movilización. Al tacto vaginal sin datos de sangrado activo, cérvix

posterior, semiborrado, dehiscente en todo su trayecto. Se palpó tumoración a nivel cervical y que abomba los fondos de saco posterior y lateral, de consistencia firme, no móvil, de aproximadamente 12 x 10 cm, los anexos no se pudieron valorar. Se observó sonda Foley a derivación con hematuria.

Los resultados de los estudios de laboratorio, biometría hemática, química sanguínea, tiempos de coagulación y examen general de orina resultaron normales.



Figura 1. Ultrasonido pélvico: se observa tumoración que afecta el cérvix.

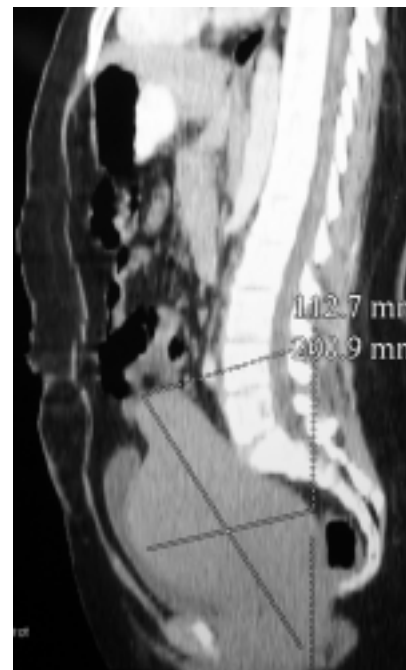


Figura 3. TAC. Se observa tumoración que abarca la totalidad del hueso pélvico.



Figura 2. Urografía excretora muestra pérdida de la morfología de la vejiga.



Figura 4. TAC. Se observa la compresión de la vejiga por la tumoración.

En los estudios de imagen radiográficos, en el caso del Ultrasonido Pélvico, se reportó cérvix con imagen sólida, de 116 x 113 mm. Correspondiente a un mioma de grandes elementos, con vejiga comprimida y desplazada hacia la parte anterior por imagen sólida (Figura 1). El ultrasonido renal se reportó sin alteraciones. La urografía excretora mostró pérdida de la morfología de la vejiga por compresión en su techo, por mioma uterino y ectasia ureteral bilateral (Figura 2). En la tomografía se observó una gran masa que abarca gran parte de la pelvis (Figuras 3 y 4).

Con los hallazgos por clínica y por imagen, se realizó tratamiento quirúrgico. Con la técnica habitual de histe-

rectomía total abdominal, hasta la ligadura de los vasos uterinos, posteriormente se le realizó miomectomía y se extrajo el útero de manera subtotal. En los hallazgos quirúrgicos se encontró un tumor de 17 x 15 cm de origen uterino, que se encajaba en el estrecho superior de la pelvis, diseca la fascia anterior del ligamento de Cardinal, así como el espacio vesicovaginal hasta su tercio inferior. Que desplaza el útero hacia la cavidad abdominal y este último con dimensiones de 8 x 6 cm (Figuras 5 y 6). La paciente presentó mejoría posterior a la cirugía en cuanto a su sintomatología, con cese total de la retención aguda de orina. Se egresó en buenas condiciones generales dos días después de su cirugía.

DISCUSIÓN

La miomatosis que comprimen la uretra es una condición rara. El sitio más frecuente de afectación de la uretra es su porción proximal. Las pacientes pueden presentar infecciones de vías urinarias, hematuria u obstrucción.⁷ Nuestra paciente presentó una retención urinaria de manera aguda, que requirió colocación de Sonda Foley, sin presentar deterioro en la función renal. En nuestro conocimiento reportamos el primer caso de retención urinaria asociado con miomatosis uterina en nuestro país.

La miomatosis uterina es el resultado conjunto de la acción de los esteroides ováricos, insulina y factores del crecimiento. Se sabe que los estrógenos intervienen activamente en el aumento del tamaño de los miomas.¹³ La sintomatología depende de la ubicación, tamaño y compresión de órganos vecinos.¹⁴

El diagnóstico puede realizarse a partir del cuadro clínico descrito o con examen ginecológico, ultrasonido, uretrocistografía, uretrocistoscopia, tomografía o resonancia magnética. La compresión uretral, como se reportó en este caso, se confunde frecuentemente con otros tumores vaginales, como: quiste, S de Gartner, de Bartholini o de las glándulas de Skene, divertículos uretrales, uretrocele, cistocèle, rectocèle, neurofibromas y otros.¹⁵

CONCLUSIONES

La miomatosis uterina representa una patología frecuente en la mujeres en edad reproductiva; sin embargo, su localización suburetral es una condición rara que incrementa los riesgos de morbilidad como lo son la retención urinaria con sus repercusiones en la función renal de no resolverse a la brevedad, así como de las hemorragias, lesión vesical uretral y ureteral propias de su resolución quirúrgica, por lo que esta última debe realizarse en una



Figura 5. Se observa útero y por debajo la tumoración.

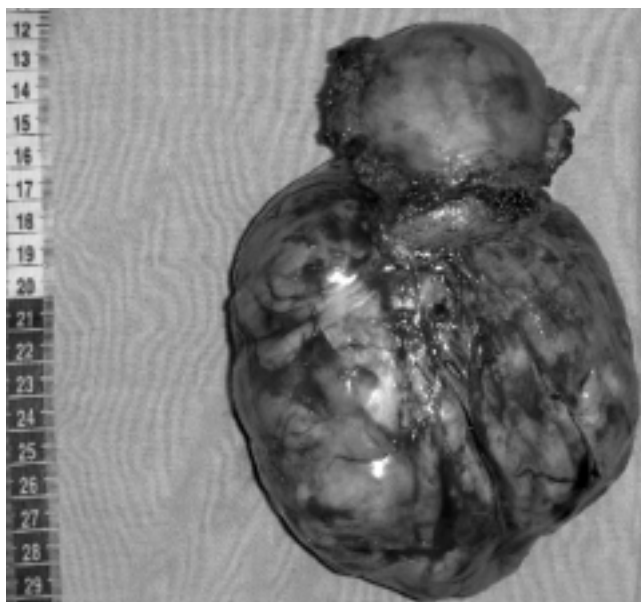


Figura 6. Se observan las dimensiones reales del mioma gigante.



unidad de tercer nivel de atención con equipo multidisciplinario.

REFERENCIAS

1. AMHGO 3 IMSS. Ginecología y Obstetricia. Capítulo 75 Tumores benignos del cuerpo uterino. 3a Ed. México: Méndez Editores; 1997, p. 861-74.
2. García-Roco PO, Merino LC, Thompson GD, Correa MA. Leiomioma facial. Presentación de un caso. Rev Cubana Estomatol 2003; 40(3).
3. Facultad de Medicina de la UNAM. Aparato Reprodutor femenino II, Miomatosis uterina.
4. Fernandez H, Gervaise A, de Tayrac R, et al. Fibromas uterinos. Encycl Med Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris). Gynécologie 2002; 570(A-10): 12.
5. Spellacy WN. Capítulo 51 Leiomioma uterino. En: Scout JR, Di Saia PJ, Hammond CB, Spellacy WN (eds.). Danforth. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 1a Ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000.
6. Costa BL, Silva BF, Ávila FE. Mioma uterino gigante. Ginecol Obstet Mex 2005; 73: 563-5.
7. Leung YL, Lee F, Tam PC. Leiomyoma of female uretra causing acute urinary retention and acute renal failure. J Urology Case reports 1997; 158(5): 1911-2.
8. Leiding RJ, Das S. Leiomyoma of the female urethra. A report of two cases. J Reprod Med 1995; 40: 229.
9. Lee MC, Lee SD, Kuo HT, Huang TW. Obstructive leiomyoma of the female urethra: report of a case. J Urol 1995; 153: 420.
10. Lake MH, Kossow AS, Bokinsky G. Leiomyoma of the bladder and urethra. J Urol 1981; 125: 742.
11. Bruschini H, Truzzi JC, Simonetti R, Mesquita R, Delcelo R, et al. Paraurethral leiomyoma in a female causing urinary obstruction. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2006; 17(3): 286-9.
12. Goto K, Orisaka S, Kurokawa T, Miyazaki M. Leiomyoma of the female urethra: urodynamic changes after surgical intervention. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2005; 16(2): 162-4.
13. Cook JD, Walker CL. Treatment strategies for uterine leiomyoma: the role of hormonal modulation. Semin Reprod Med 2004; 22(2): 105-11.
14. Hutchins FL Jr. Miomas uterinos. Diagnóstico e indicaciones de tratamiento. Clin Ginecol Obstet 1995; 4: 609-14.
15. Briceno PC, Briceno SL, Briceno SJ, Briceno SC. Leiomioma vaginal. Ginecol Obstet Méx 2006; 74: 277-81.

Solicitud de sobreiros:

Dr. Omar Hernández Vargas
Servicio de Ginecología
Hospital Juárez de México
Av. Instituto Politécnico Nacional 5160
Col. Magdalena de las Salinas
Del. Gustavo A. Madero
C.P. 07760, México, D.F.