

MIOMECTOMÍA DURANTE EL EMBARAZO

Myomectomy during pregnancy.

Liberato Madrid Castro¹, José Heriberto Palencia Franco²

^{1,2} Ginecoobstetra, Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula, Cortés, Honduras.

RESUMEN. Antecedentes: La miomatosis uterina es un hallazgo común en mujeres en edad reproductiva. El tratamiento con miomectomía durante el embarazo es un procedimiento no habitual, por el alto riesgo materno fetal, realizándose en casos extremos de dolor abdominal severo y después de confirmar las características del mioma mediante una resonancia magnética. **Caso clínico:** primigesta de 27 años con embarazo de 14 semanas de gestación e historia de dolor abdominal crónico severo y hallazgo por resonancia magnética de dos fibromiomas uno de 10x10 cm y el otro de 23.4x13.8 cm y el embarazo de 14.2 semanas gestacionales; se le realizó miomectomía a las 16 semanas de gestación obteniendo un único mioma de 25x18 cm y peso de 3600 g. Se interrumpió el embarazo a las 39 semanas de gestación sin complicaciones. **Conclusión:** La miomectomía en mujeres embarazadas puede realizarse con seguridad y bajo riesgo en pacientes bien seleccionadas.

Palabras Clave: Embarazo, mioma, resonancia magnética.

INTRODUCCIÓN

La miomatosis uterina es un hallazgo común en mujeres en edad reproductiva, la mayoría de miomas no cambia de tamaño durante el embarazo, pero un tercio puede crecer en el primer trimestre.¹ El diagnóstico se basa en la historia clínica (mioma ya conocido), exploración clínica (útero mayor que las semanas de amenorrea) y pruebas complementarias: ecografía y resonancia magnética (RM).²

Desde el inicio del siglo pasado muchos ginecólogos opinaban que la miomectomía "Es tan peligrosa y difícil que no debería ni pensarse, excepto en condiciones desesperadas".³

La miomectomía electiva en embarazos no ha sido un procedimiento habitual en nuestras instituciones por el alto riesgo materno fetal como sangrados y complicaciones del embarazo.⁴ La verdadera prevalencia de miomatosis uterina en el embarazo es desconocida.^{2,4,5} Estudios retrospectivos y observacionales han documentado la seguridad y bajo riesgo de miomectomía en mujeres embarazadas en pacientes bien seleccionadas.⁴

La miomatosis uterina en el embarazo esta relacionado con complicaciones materno-fetal incluyendo abortos, amenaza de parto pre término, desprendimiento prematuro de placenta, obstrucciones de canal del parto, aumento de cesáreas, presentaciones pélvicas, mal posiciones y hemorragias post parto severa.^{1,5,6} Los miomas uterinos gigantes pueden estar asociados con restricción del crecimiento intrauterino y síndrome de compresión fetal.⁴

Los estudios por resonancia magnética a menudo son usados para complementar o aclarar los estudios ultrasonográficos en la evaluación de masas pélvicas. Además la RM es superior a la ultrasonografía para describir detalles característicos o localizaciones de los miomas uterinos en mujeres no embarazadas,⁴ por lo tanto

la RM ha sido descrita como una herramienta importante en la programación pre-operatoria para casos en el cual el mapeo de los miomas uterinos son prioridad.⁷

Describimos un caso en el cual la RM nos ayudó en el diagnóstico y programación pre operatoria estratégica de miomectomía en paciente con un mioma gigante subseroso a las 16 semanas de gestación.

Consideramos importante esta publicación porque el Hospital Mario Catarino Rivas en San Pedro Sula, Honduras, es el principal centro de referencia y atención de embarazos de alto riesgo en la zona Nor-occidental del país y demostrar que la miomectomía en mujeres embarazadas puede realizarse con seguridad y bajo riesgo en pacientes bien seleccionadas.

CASO CLÍNICO

Primigesta de 27 años, con embarazo de 14 semanas de gestación, con historia de dolor abdominal tipo cólico de evolución crónica, predominio en hemiabdomen izquierdo, con sensación de masa en abdomen que ha aumentado progresivamente, niega náuseas, vómitos, fiebre, sangrado vaginal y estreñimiento. Antecedente personal de miomatosis uterina diagnosticada previo al embarazo, desconociendo el tiempo de evolución de los miomas y el tamaño de los mismos previo al embarazo. Estuvo en tratamiento con goserelina, para disminuir el tamaño del mioma, usando solamente una dosis, teniendo que suspender la segunda dosis por la sospecha de embarazo, que fue confirmada con una prueba de embarazo y un ultrasonido transvaginal que reporto embarazo de 6 semanas de gestación, sin lograr disminuir el tamaño del mioma con la dosis aplicada. Al examen físico con masa abdominal que llegaba cerca de apófisis xifoidea, altura de fondo uterino de 32 centímetros Figura 1, es ingresada para manejo conservador con analgésico tipo tramadol una ampolla subcutánea por dolor cada 8 horas.

El ultrasonido abdominal y confirmado por vía transvaginal realizado por ginecoobstetra reportaba 2 miomas el No. 1 de 17x15

Recibido para publicación el 08/11, aceptado 09/11

Dirigir correspondencia a: Dr. Liberato Madrid Castro. DIRECCIÓN Colonia Sitraterco, segunda calle, casa numero 44, El Progreso, Yoro. Teléfono: (504) 2648 1743, móvil (504) 9911 6247. Correo-E: liberatomc@yahoo.com

cm y el No. 2 de 13x15 cm en el fondo uterino y con embarazo de 14²/7 semanas de gestación. Ante la sospecha de que la causa del dolor se debía a miomatosis uterina, se solicita resonancia magnética, el cual se lo realizó 2 semanas después y reportó: dos fibromiomas, uno intramural en la pared lateral derecha uterina que mide 10x10 cm y otro sub subseroso pediculado, en el fondo del útero que mide 23.4 x13.8 cm ambos miomas no muestran áreas de degeneración, necrótica, ni quística Figura 2.



Figura 1. La fotografía muestra abdomen globoso secundario a embarazo de 16 semanas de gestación y miomatosis con fondo uterino de 32 cm.

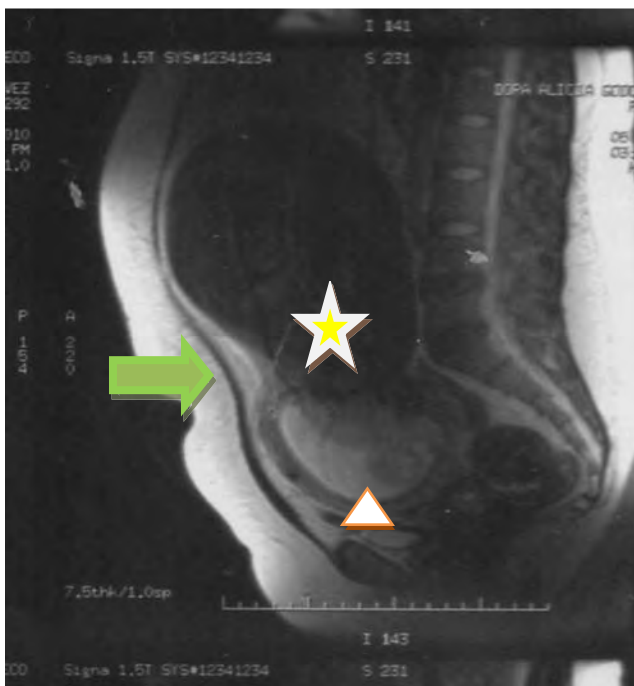


Figura 2. La imagen de RM muestra el mioma gigante (estrella), el útero (triángulo) y la unión de ambas estructuras (flecha).

Ante la falta de respuesta del manejo conservador a el dolor abdominal severo y al riesgo de complicaciones del embarazo se decidió realizar miomectomía (Figura 3), previo consentimiento informado, realizándose sin complicaciones, encontrando un solo mioma subseroso de 25X18 cm con pedículo de 15 cm y un peso de 3600 gramos y sin comprometer el miometrio durante el procedimiento.

Se aplicó ceftriaxona 1 gramo previo a la cirugía y posteriormente cada 12 horas en un total de 3 dosis, indometacina 25 mg V.O. cada 8 horas por 3 días y dada de alta al 4to día después de la cirugía. Se le realizó cesárea a las 39 semanas de gestación, por precaución ya que está contraindicado el parto vaginal en pacientes con cirugía previa del fondo uterino aunque no se halla manipulado el miometrio, se obtuvo un recién nacido sano, femenino, peso 3500 gramos sin complicaciones.

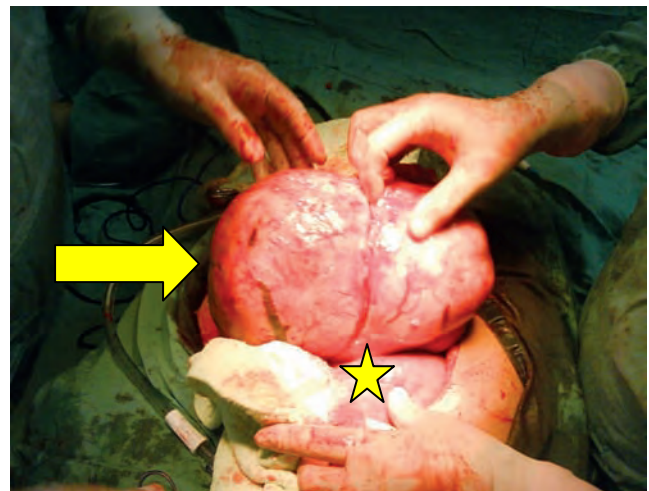


Figura 3. Imagen durante la miomectomía, en la cual se observa mioma (flecha) y útero grávido de 16 semanas de gestación. (Estrella)

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 pre término. Se ha reportado que 10% de las mujeres embarazadas con miomatosis sufre complicaciones relacionadas con este tumor.⁸

La miomatosis uterina son tumores benignos del músculo liso del útero, ocasionalmente malignizan en menos del 1%, su tamaño es variable van desde milímetros hasta grandes tumores que ocupan toda la cavidad abdominal, su localización pueden ser subseroso, submucoso, intramural, pedunculado, como el del caso reportado.⁹

Algunos autores recomiendan el tratamiento farmacológico en pacientes no embarazadas con miomas gigantes previos a la miomectomía con los análogos de la hormona liberadora de gonadotropina (GNRH). Los miomas se clasifican según su tamaño en pequeños menores de 2 cm, medianos de 2-5 cm, grandes de 6-20 cm y gigantes mayores de 20 cm.

En el caso reportado se uso Goserilina, el cual es un producto anti-hormona que reduce la cantidad de estrógenos y el tamaño de los miomas de 35% al 60%, no se debe usar por más de 6 meses.^{9,10}

La miomectomía es un tipo de cirugía que remueve el mioma sin remover el útero, ideal en mujeres que desean conservar el útero. Hay numerosas formas de realizar este procedimiento quirúrgico por laparoscopia, histeroscopia y laparotomía. En este caso se realizó laparotomía abdominal por el tamaño y localización del mioma.^{9,11}

La miomectomía ha sido un procedimiento pocas veces realizado en el embarazo por el alto riesgo de sangrado y alta probabilidad de histerectomías.⁴

En la literatura internacional se han encontrado varios casos similares al caso registrado^{4,12} en el cual se demostró que la miomectomía en el embarazo reduce los porcentajes de abortos, cesáreas e histerectomías en mujeres con dolor recurrente severo con miomas gigantes o de crecimiento acelerado.⁴

Estudios retrospectivos y observacionales documentan la seguridad y el bajo riesgo de la miomectomía en pacientes bien seleccionadas,^{6,10} como se pudo demostrar en este caso.

La más común e importante razón para realizar miomectomía es el dolor abdominal severo que no cede con manejo conservador,^{2,5,10} así como ocurrió en la paciente que se reporta, por lo que se analizó el caso y se decidió realizar miomectomía.

La RM en la paciente embarazada con dolor abdominal agudo nos ayuda a diferenciar la degeneración de los miomas de una torsión ovárica el cual puede ser sumamente difícil en miomas gigantes pediculados.^{2,4} El ultrasonido transabdominal puede no contribuir al diagnóstico en casos como la paciente que se presenta por la densidad y el tamaño de los miomas cuyas imágenes son difícil de diferenciar.

Existe un consenso general en cuanto a no practicar miomectomía en el curso de una cesárea por el riesgo de histerectomía, salvo en casos muy concretos por ejemplo miomas pediculados. La gestación condiciona un incremento de la vascularización del mioma y con el consiguiente riesgo de transfusiones masivas e incluso histerectomías.¹¹ 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 amplia sin afectar la evolución del embarazo ni los resultados perinatales. Se ha observado que de la semana 16 a la 20 de gestación es un periodo prudente para realizar laparotomía,⁹ como se comprobó en el caso objeto de este artículo.

En la paciente en mención se decidió hacer cesárea por precaución a la contraindicación de parto vaginal en paciente con cirugía de fondo uterino previo.¹²

REFERENCIAS

1. Lee HJ, Errol R. Norwitz ER, Shaw J MD. Contemporary management of fibroids in pregnant. *Rev Obstet Gynecol* 2010;3(1):20-7.
2. Garrigueta J, Conde J, Navarro A, Ruiz -Amo P, Trejo I, Ruiz-García AM, et al. Abdomen Agudo por Leiomioma complicada en gestante de 16 semanas. *Cin invest Gin Obst* 2008;35(4):141-3
3. Laughlin SK, Steward EA. Uterine leiomyoma. *Obstet Gynecol.* 2011;117(2): 396-403.
4. Alanis MC, Mitra A, Koklanaris N. Preoperative Magnetic Resonance Imaging and Antepartum myomectomy of a Grant pedunculated Leiomyoma. *Obstet Gynecol.* 2008;3(2):577-9.
5. Cooper NP, Okolo S. Fibroids in pregnancy: Common but poorly understood. *Obstet Gynecol Surv.* 2005;60(2):132 -38.
6. Quidwai GI, Caughev AB, Jacoby Af, Obstetric outcomes in woman with sonographically identified uterine leomyomata, *Obstet Gynecol* 2006;107(2):376-82.
7. Dueholm M, Lundorf E, Hansen ES, Ledertoug S, Olesen F. Accuracy of Magnetic Resonance Imaging and transvaginal ultrasonography in the diagnosis mapping and measurement of uterine myomas. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186(3):409-15.
8. Vásquez-Camacho EE, Cabrera-Carranco E, Sánchez-Herrera RG. Mioma pediculado torcido en una mujer embarazada reporte de caso. *Ginecol Obstet mex.* 2009;77(9):441-4.
9. Acog Clinical management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. Alternative Hysterectomy in the management of Leiomyomas vol 112 No. 2 part 1 August 2008 Page. 387-399.
10. Lolis DE, Kalantaridou SN, Makrydimas G, Sotiriadis A, Navrozoglou I, Zikopoulos K, et al. "Successful myomectomy during pregnancy". *Hum Reprod.* 2003;18;1699 -702.
11. Dans FM, Naranjo MS, Rincón-Ricote MI, López -Magallón S, Baeza de Andrés P, González González A. Cesárea corporal y miomectomía. Indicaciones actuales *Rev. Chil Obstet Ginecol* 2010;75(4):266-71.
12. Scott JR. Vaginal Birth After Cesarean Delivery. A common-Sense Approach. *Obstetric & Gynecology* 2011;118(2):342-50.

SUMMARY. Antecedents: The uterine fibroids are a common finding in women of reproductive age. treatment myomectomy during pregnancy is an unusual procedure for the high level risk maternal- fetal, performed only in extreme cases of severe abdominal pain and after confirming the characteristics of the myoma, diagnosis by magnetic resonance imaging. **Clinical case:** we report a case of first pregnant, 27 years old, with 14 weeks gestational age and a history of severe abdominal pain and reported by magnetic resonance imaging two fibroids, one of 10x10 cm and other 23.4 cm x 13.8 cm and 14. 2/7 week of gestation: Myomectomy was performed at 16 weeks of gestation, resulting in a myoma of 25x18 cm and weight of 3,600 gr. The pregnancy was interrupted at 39 weeks of gestation without complication. **Conclusion:** myomectomy in pregnant woman can be performed safe and low risk in well selected patients.

Keywords: Pregnancy, myoma, magnetic resonance imaging.