

# MIOMATOSIS UTERINA GIGANTE EN MUJERES NULÍPARAS: REPORTE DE DOS CASOS

*Giant uterine fibroids in nulliparous women: Report of two cases*

José Manuel Espinal Rodríguez,<sup>1</sup> Lesby T. Palacios Pereira,<sup>2</sup>  
Leonidas Cervantes Ramírez,<sup>2</sup> José Manuel Espinal Madrid,<sup>2</sup> Jessica Erlinda Sabillón Vallejo.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Gineco Obstetra. Sala de Ginecología Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa, Honduras.

<sup>2</sup> Médico general. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras.

**RESUMEN. Antecedentes:** Los miomas uterinos gigantes son neoplasias benignas del musculo liso uterino poco frecuentes, se definen así por un peso mayor de 11,3 kilogramos o diámetro mayor de 20 centímetros pudiendo ocupar toda la cavidad abdominal. **Caso clínico:** Se presentan dos casos referidos al Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa, Honduras, procedentes de Francisco Morazán y Choluteca respectivamente; primero: paciente de 43 años, nulípara, remitida por aumento progresivo del perímetro abdominal de 3 años de evolución y polaquiuria. Al examen físico se palpó masa abdominal desde sínfisis del pubis hasta 5 centímetros sobre cicatriz umbilical, irregular, dura, indolora, inmóvil, el ultrasonido abdominal mostró masa solida de tamaño aproximado de 30 x 30 centímetros, confirmando el diagnóstico de mioma uterino gigante. Se realizó histerectomía abdominal subtotal. El segundo caso: se trató de una paciente de 74 años con antecedente de diabetes mellitus tipo 2, referida por presentar masa abdominal de aumento progresivo de 20 años de evolución, acompañada de dolor y pesadez pélvica, al examen físico se palpó masa en cavidad abdominal de aproximadamente 25 centímetros de diámetro, redonda, dura, móvil, dolorosa, el ultrasonido abdominal mostro tumoración de tamaño aproximado de 26 X 24 centímetros, la tomografía computarizada pélvica reportó mioma gigante y quiste ovárico izquierdo. Se realizó histerectomía subtotal, salpingooforectomía bilateral, y cobertura antibiótica por siete días.

**Conclusión:** Estos casos de miomatosis uterina gigante de larga evolución se pueden evitar fortaleciendo la atención integral a la mujer en los centros de primer nivel, permitiendo un diagnóstico y tratamiento temprano.

**Palabras Clave:** Neoplasia benigna, Leiomioma, Útero.

## INTRODUCCIÓN

Los miomas uterinos son neoplasias benignas del musculo liso del útero,<sup>1,2</sup> su incidencia es de 20-40% en la población mundial; en la raza negra alcanza hasta un 50% y en la raza blanca hasta un 25%,<sup>2</sup> estos porcentajes aumentan durante la edad reproductiva en relación con la influencia de estrógenos,<sup>3</sup> su tamaño es variable y se clasifican por su localización en subseroso, seroso e intramural<sup>1</sup> siendo este último el tipo más frecuente en un 85%.<sup>4</sup> Para estos tumores existen otras denominaciones tales como: fibroma, fibromioma, leiomioma.<sup>5</sup>

Se definen los miomas uterinos como gigantes por un peso igual o superior a 11,3 kilogramos (kg), mientras que el término de miomas grandes se atribuye a los que pesan menos de 11,3 kg y más de 0,8 kg.<sup>6</sup> También a los miomas gigantes se les denomina así cuando poseen un diámetro mayor de 20 cm en proyecciones radiológicas.<sup>4</sup> Según Sosa y colaboradores la tumoración más grande reportada hasta el 2011 es de 63,6 kg en el año 1888 lograda por Hunt.<sup>7</sup>

Estas tumoraciones pueden llegar a ocupar toda la cavidad abdominal,<sup>5</sup> causando síntomas como sangrado anormal,

pesadez pélvica, poliuria, constipación, infertilidad, dismenorrea y complicaciones que comprometen el sistema urinario, respiratorio y circulatorio, según su extensión y ubicación respecto a estructuras vecinas.<sup>8</sup>

El diagnóstico se basa en la historia clínica, examen físico y pruebas complementarias como la resonancia magnética (RM), tomografía computarizada y la ecografía<sup>1,4</sup> y permiten hacer diagnóstico diferencial con una gestación, masa ovárica o mioma subseroso sólido con una seguridad del 80%.<sup>9</sup>

El tratamiento de un mioma gigante se realiza quirúrgicamente y este varía según localización, tamaño, accesibilidad, paridad. La histerectomía con sus variantes es el procedimiento quirúrgico más elegido para esta patología, seguido de la miomectomía cuando está indicada.<sup>10</sup>

Esta presentación infrecuente de una patología común en la mujer, por su naturaleza benigna y escasa tendencia a malignizar y aunque rara vez presenta complicaciones, puede tener una evolución desfavorable si no es tratada a tiempo, por lo que debe sospecharse en forma temprana, para un manejo adecuado de esta enfermedad.

## CASO CLÍNICO

El primer caso es una paciente femenina de 43 años de edad, procedente de Trinidad de Quebrada, Vallecillos, área

Recibido para publicación 5/2015, aceptado 7/2015

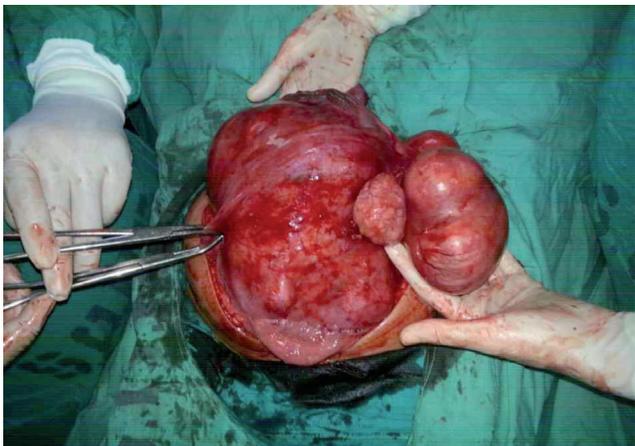
Dirección para correspondencia: Dr. José Manuel Espinal Madrid

E-mail: josespinal89@hotmail.com

rural del departamento de Francisco Morazán, Honduras, de donde fue remitida al Hospital Materno Infantil de la ciudad de Tegucigalpa Honduras por presentar aumento progresivo de perímetro abdominal de aproximadamente 3 años de evolución, no doloroso y poliuria. Los antecedentes gineco-obstétricos: menarquía a los 14 años, periodos menstruales regulares, virgen. Al examen físico se encontró masa abdominal palpable desde sínfisis de pubis hasta 5 cm por encima de la cicatriz umbilical, irregular, dura, indolorosa, inmóvil, bordes bien definidos, se omitió el tacto vaginal por que se observó himen intacto, resto del examen físico se encontró normal. Se realizó ultrasonido abdominal que demostró masa irregular de aproximadamente 30 x 30 centímetros (**Figura 1**) lo cual confirmó el diagnóstico de mioma uterino gigante e hidroureteronefrosis, por lo que se solicitó pruebas de función renal, Nitrógeno Ureico en sangre (14mg/dL), Creatinina sanguínea (0.9mg/dL), encontrándose dentro de los valores normales. Se realizó tratamiento histerectomía abdominal subtotal sin complicaciones, con hallazgo de útero de 38 x 27 x 30 cm, (**Figura 2**) presentando adecuada evolución en el postoperatorio, el quinto día fue dada de alta.



**Figura 1.** Ultrasonido Abdominal con imagen hipoecogénica que muestra mioma gigante. **Caso 1**



**Figura 2.** Imagen del transoperatorio de la extracción de Mioma Gigante mediante Histerectomía abdominal subtotal. **Caso 1**

El segundo caso es una paciente femenina de 74 años, procedente de la aldea Los Laureles, El Triunfo, Choluteca, Honduras, referida de Centro de Salud a la consulta externa de ginecología y posteriormente ingresada en la sala de ginecología del Hospital Materno Infantil de Tegucigalpa, Francisco Morazán, Honduras, por presentar masa intraabdominal de 20 años de evolución con aumento progresivo de tamaño, siendo más evidente en los últimos 2 años, acompañado de leve dolor y sensación de pesadez pélvica sin sangrado transvaginal. Antecedentes patológicos de hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus tipo 2 (DM tipo 2); ginecoobstétricos: menarquía a los 14 años, nuligesta, inició su vida sexual a los 18 años actualmente no activa, menopausia a los 50 años. Al examen físico se palpo masa que ocupaba todo la cavidad abdominal, de aproximadamente 30 centímetros de diámetro, redonda, dura, dolorosa, móvil, bordes definidos, al tacto rectal se palpo masa ocupativa del hueco pélvico, sin más hallazgos en el examen físico. La realización de ultrasonido abdominal mostro masa con la misma ecogenicidad del miometrio de aproximadamente 26 X 24 centímetros que impresiona mioma gigante, anexos no evaluados por que la masa ocupa todo el abdomen, la tomografía computarizada pélvica confirmó el agrandamiento uterino por leiomiomatosis gigante y quiste en ovario izquierdo de aproximadamente 12 milímetros (**Figura 3**). Se interconsulta con el servicio de endocrinología para manejo de HTA y DM tipo 2 el cual sugirió que se debía intervenir quirúrgicamente con niveles de glicemia menor de 180 milímetros por decilitros. El tratamiento quirúrgico consistió en histerectomía subtotal, salpingooforectomía bilateral, liberación de adherencias y drenaje de absceso ovárico izquierdo, encontrándose útero aumentado de tamaño por mioma gigante de aproximadamente 23 X 25 centímetros que ocupa completamente la cavidad uterina, (**Figura 4**) se retiró absceso y se colocó drenaje en flanco izquierdo,



**Figura 3.** Tomografía Computarizada que muestra masa intraabdominal de origen uterino con coeficiente de atenuación heterogéneo **Caso 2**



Figura 4. Imagen del transoperatorio durante la histerectomía Subtotal Caso 2

además de tratamiento antibiótico por vía parenteral ( metronidazol, clindamicina y ceftriaxona) por 7 días , evolucionando satisfactoriamente, se retiro el dreno y al decimo día fue dada de alta, citándose a la consulta externa de ginecología a los treinta días.

## DISCUSIÓN

Los miomas uterinos son los tumores más comunes del tracto genital femenino,<sup>11</sup> su aparición puede darse desde los 20 a 70 años. En mujeres de 30 a 40 años el porcentaje de presentación de miomas es entre 11 y 18%, llegando hasta el 33% en mujeres de 40 a 60 años. Menos del 1% de los tumores uterinos se malignizan.<sup>12</sup>

Los miomas uterinos gigantes son infrecuentes, según Briceño y colaboradores en la literatura mundial hasta el año 2001 solo hay reportados 57 casos,<sup>6</sup> pero no se cuenta con información suficiente para estimar su prevalencia. En la literatura nacional no encontramos casos publicados hasta la fecha.

Entre los factores de riesgo relacionados están la nuliparidad, obesidad, sobrepeso, menarquía temprana, menopausia tardía, tumores ováricos productores de estrógenos, ingesta de hormonas orales a altas dosis y tiempos prolongados y toda condición que aumenta la exposición a estrógenos mayormente durante la edad reproductiva.<sup>4</sup> Las pacientes con miomatosis inicialmente presentan aumento del perímetro abdominal, dolor pélvico, sensación de pesadez, hemorragias no relacionadas con la menstruación, alteraciones en la micción.<sup>13</sup>

El aumento progresivo del perímetro abdominal acompañado de poliuria junto con el resultado del ultrasonido abdominal de un tumor uterino, fueron las bases para hacer el diagnóstico en el primer caso, mientras que el segundo caso presentaba aumento del perímetro abdominal, sensación de pesadez y dolor pélvico, acompañado de ultrasonido abdominal y tomografía computarizada que reportaron masa abdominal de origen uterino siendo esto lo que llevo al diagnóstico de miomatosis uterina gigante basados en la clasificación radiológica utilizada por las

Guías clínicas de gineco-obstetricia, segundo nivel de atención del Instituto Hondureño del Seguro Social del 2013, Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de Miomatosis Uterina, del Instituto Mexicano de Seguridad Social del

2009, Guía de Manejo Consulta Especializada de Ginecología de Colombia del 2012.

Los miomas de mayor tamaño presentan una sintomatología más amplia y pueden provocar complicaciones como hidronefrosis, anemia ferropénica, íleo, hipertensión pulmonar, falla respiratoria, aborto, infertilidad, según van invadiendo el espacio de otros órganos.<sup>5,7,8,14</sup> En el primer caso, la paciente presentó hidronefrosis secundaria a la compresión provocada por el mioma.

Para diagnosticar esta patología es importante una correlación de la anamnesis con una adecuada revisión física que incluya un examen bimanual que puede revelar el tamaño, forma, localización y consistencia del útero.<sup>4,14</sup>

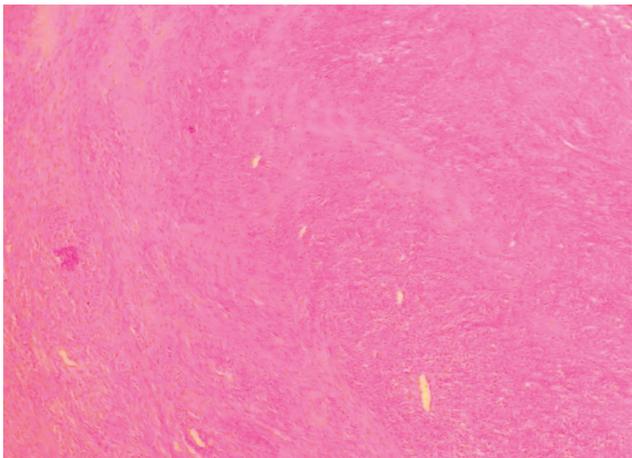
En cuanto a los estudios de imagen, se puede realizar ultrasonido abdominal, transvaginal o con infusión salina, y una combinación de los dos primeros ayuda a obtener una mejor imagen del mioma y diferenciar de otras estructuras pélvicas. La mayor parte de los miomas aparecen como masas nodulares múltiples, bien definidas, hipocogénicas y homogéneas. Los tumores antiguos se hacen hiperecogénicos y algunos presentan un patrón ecográfico complejo a consecuencia de una necrosis central.<sup>11</sup> La tomografía computarizada y la resonancia magnética tienen una mayor sensibilidad y especificidad, esta última se recomienda en casos de dificultad diagnóstica o de investigación.<sup>4,14</sup> Entre los diagnósticos diferenciales de la miomatosis debemos tener en cuenta el embarazo molar y tumor de ovario.<sup>9</sup>

El manejo de la miomatosis uterina gigante por su tamaño debe ser mediante cirugía, la cual varía, dependiendo de la sintomatología, deseos de fertilidad, complicaciones extrauterinas antes mencionadas o propias del útero como ser la degeneración hialina, quística, sarcomatosa, necrosis, calcificación, degeneración grasa, o infección secundaria. Procedimientos como la miomectomía son útiles cuando se desea conservar la fertilidad. La histerectomía, es el procedimiento para pacientes sintomáticas, prefiriendo la vía abdominal para inspeccionar la pelvis, especialmente en los tumores gigantes y los intraligamentarios que pueden alterar la anatomía y complicar la cirugía.<sup>7,9</sup> Las adherencias o la pérdida de la anatomía conllevan un riesgo aumentado de lesión al tracto urinario así como un ligamento ancho falso que tiende a comprimir los uréteres lateral y posteriormente. La histerectomía supracervical se realiza para disminuir el riesgo de lesión del tracto urinario y reduce el tiempo de la cirugía.<sup>10</sup>

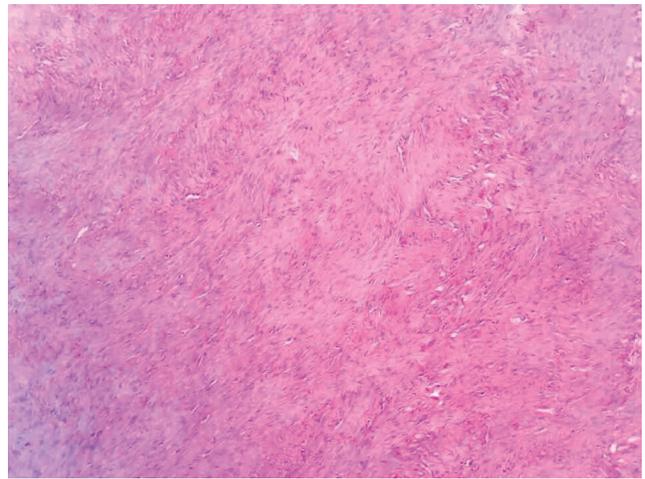
En el caso 1 se realizó histerectomía abdominal subtotal encontrándose útero de 38x27x30 centímetros con pérdida de anatomía por múltiples miomas en cara anterior y posterior, resultando difícil de identificar las trompas de Falopio por encontrarse dilatadas sobre los miomas.

En el caso 2 se realizó histerectomía subtotal mas salpingooforectomía bilateral, liberación de adherencias y drenaje de absceso ovárico izquierdo precolónico organizado, encontrando útero aumentado de tamaño por mioma gigante de aproximadamente 23 x 25 centímetros que ocupa completamente la cavidad abdominal.

En ambos casos se descarto la opción de la miomectomía por la pérdida de la anatomía secundaria al tamaño de los miomas, prefiriendo la histerectomía abdominal subtotal que permitiera una mejor evaluación intraoperatoria, conservando el cérvix para evitar complicaciones quirúrgicas. El resultado histopatológico reportó para Caso 1 al corte superficie blanquecina de aspecto arremolinado de consistencia firme, compatible con diagnóstico de Leiomioma uterino y Caso 2 se identifica formación nodular, blanquecina, homogénea, firme de apariencia arremolinada, (correspondiendo la Figura 5 para el caso número 1 y la Figura 6 para el caso número 2) los cuales suelen presentarse con hiperpolimenorrea<sup>4,7</sup> sin embargo, en los casos reportados esto no figuraba en su sintomatología.



**Figura 5.** Reporte de Patología Corte correspondiente a mioma gigante que muestra células de músculo liso, organizado en un patrón arremolinado, sin atipia ni actividad mitótica **Caso 1.**



**Figura 6.** Reporte de Patología: Mioma gigante que muestra células de músculo liso, organizado en fascículos cortos entrecruzados, sin atipia ni actividad mitótica. **Caso 2.**

Actualmente el sistema de salud nacional presenta múltiples falencias, entre ellas el alcance a la población rural, inadecuadas instalaciones las cuales se encuentran desprovistas de insumos, así como una red de comunicación débil entre sus niveles de atención, lo que sumado a la falta de educación, limitación de recursos económicos, han hecho a un lado la búsqueda de atención médica por parte de la población. La suma de los factores antes mencionados nos permite encontrar situaciones como las de estos casos aquí reportados donde una evaluación, diagnóstico y tratamiento se logran ya presentados como el tipo gigante de esta patología.

#### REFERENCIAS

- Madrid – Castro L, Palencia – Franco JH. Miomectomía durante el embarazo. *Rev Méd Hond* [Revista en Internet]. 2012. [Consultado el 2 de junio del 2015]; 80(1):20-22. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2012/pdf/Vol80-1-2012-7.pdf>
- Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de miomatosis uterina, México: Centro Nacional de Excelencia Tecnología en Salud; 2009.
- Chang I, Hong G, Oh Y, Kim B, Park S, Lee H, et al. Effects of menopausal hormone therapy on uterine myoma in menopausal women. *J Menop Med*. [Revista en internet]. 2013 [Consultado el 2 de junio del 2015]; 19:123-129. Disponible en: [http://www.researchgate.net/publication/267873664\\_Effects\\_of\\_Menopausal\\_Hormone\\_Therapy\\_on\\_Uterine\\_Myoma\\_in\\_Menopausal\\_Women](http://www.researchgate.net/publication/267873664_Effects_of_Menopausal_Hormone_Therapy_on_Uterine_Myoma_in_Menopausal_Women)
- Jeréz-Corrales AC, Chils Vargas JK, Quesada-Arceo S, Guerra JM, Arceo-Espinosa M, Fernández-Leiva R. Mioma Uterino: Un trastorno frecuente en mujeres en edad fértil. *Revista 16 de Abril*. [Revista en internet]. 2015. [Consultado el 3 de junio del 2015]; 54(257):59-70 Disponible en: [http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16\\_04/article/view/85](http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/85)
- Sarduy-Nápoles M, Vasallo-Prieto R, Collera S, Martínez – Chang YM, Correa – Padilla JM, Rivero-Ojeda J, Frigola – Cartaya J, Sabatier CA. Miomatosis uterina gigante. *Rev Cubana Obst Ginecol*. [Revista en Internet] 2009. [Consultado el 1 de junio del 2015]; 35(3). Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol35\\_3\\_09/gin11309.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol35_3_09/gin11309.htm)
- Briceño-Pérez C. Tumores Uterinos y Ováricos: ¿Gigantes? o Grandes. *Rev Obst Ginecol Venezuela* [Revista en Internet]. 2007 [Consultado el 2 de junio del 2015]; 67(1). Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048-77322007000100002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048-77322007000100002&script=sci_arttext)
- Sosa-Martín G, Gutiérrez-Gaytán LR, Crespo-Galán A. Mioma uterino gigante. *Rev Cubana Cir* [Revista en internet]. 2011 [Consultado el 2 de junio del 2015]; 50(4):555-559. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932011000400017](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932011000400017)
- Rajender Prasad S, Nikhil S, Kumud S, Akanksha S, Atul J, Akshay. Giant uterine leiomyoma and review of literature. *Int J Med Sci Clin Invent* [Revista en internet]. 2015 [Consultado el 2 de junio del 2015]; 2(1):640-644. Disponible en: <http://valleyinternational.net/index.php/our-jou/ijmsci/current-issue/121-ijmsci-archive/ijmsci-volume-2-issue-1-january-2015/319-giant-uterine-leiomyoma-and-review-of-literature>
- Colombiana de Salud. Guía de manejo consulta especializada de ginecobstetricia: Miomatosis. [Internet] Colombia: Colombiana de Salud S.A; 2012. [Consultado el 3 de junio del 2015]. Disponible en: [http://colombianadesalud.org.co/GUIAS\\_MEDICINA\\_ESPECIALIZADA/GUIAS%20CONSULTA%20ESPECIALIZADA/GINECOBSTETRICIA/10%20MIOMATOSIS%20adaptada\\_.pdf](http://colombianadesalud.org.co/GUIAS_MEDICINA_ESPECIALIZADA/GUIAS%20CONSULTA%20ESPECIALIZADA/GINECOBSTETRICIA/10%20MIOMATOSIS%20adaptada_.pdf)
- Duhan N. Current and emerging treatments for uterine myoma – an update. *Int J Women's Health*. [Revista en internet]. 2011 [Consultado el 2 de junio del 2015]; 3:231-241. Disponible en: <http://www.dovepress.com/current-and-emerging-treatments-for-uterine-myoma-ndash-an-update->

- peer-reviewed-article-IJWH
11. Ramírez – Fajardo K, Torres – Alfes G, Frutos – Ramírez YK, Diagnóstico ecográfico de mioma uterino en mujeres con síntomas ginecológicos. MEDISAN [Revista en Internet]. 2012 [Consultado el 2 de junio del 2015]; 16(9). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192012000900003&lng=es&nrm=iso&tng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000900003&lng=es&nrm=iso&tng=es)
  12. Oliva E. Pure mesenchymal and mixed müllerian tumors of the uterus. In: Nucci MR, editor. Gynecologic pathology. 1st ed.[Internet] United States: Elsevier; 2009. P.261-329. [Consultado el 3 de junio del 2015]. Disponible en: [http://ac.els-cdn.com/B9780443069208500122/3-s2.0-B9780443069208500122-main.pdf?\\_tid=76d4b52c-0a19-11e5-bdeb-](http://ac.els-cdn.com/B9780443069208500122/3-s2.0-B9780443069208500122-main.pdf?_tid=76d4b52c-0a19-11e5-bdeb-00000aacb362&acdnat=1433354198_6e2812c1ab744d53bafdfccc1553efdb)
  13. Sequeiro-Rojas LA, Montero-Alfaro A. Miomatosis Uterina en una mujer joven, nulipara. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica [Revista en internet]. 2007 [Consultado el 2 de junio del 2015]; LXIV (579):71-75. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/579/art3.pdf>
  14. Parker WH. Etiology, symptomatology, and diagnosis of uterine myomas. Fertil Steril. [Revista en internet] 2007 [Consultado el 3 de junio del 2015] 87(4):725-736. Disponible en: [http://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(07\)00221-X/fulltext](http://www.fertstert.org/article/S0015-0282(07)00221-X/fulltext)

**ABSTRACT. Background:** Giant uterine fibroids are very rare benign neoplasms of uterine smooth muscle, thus defined by a greater weight of 11.3 kilograms and diameter greater than 20 centimeters may occupy the entire abdominal cavity. **Case review:** Two cases referred to the Maternity Hospital, Tegucigalpa, Honduras, from rural areas of the metropolitan region and south respectively are presented; the first: 43-year-old nulliparous forwarded by progressive increase in abdominal girth of three years of development also frequency and urgency of urination. Physical examination abdominal mass was palpated from symphysis pubis to 5 cm above umbilicus, irregular, hard, painless, still, the abdominal ultrasound showed solid mass about the size of 30 x 30 cm confirming the diagnosis of uterine giant fibroids, subtotal abdominal hysterectomy was performed. The second case: it was a patient of 74 year old with a history of diabetes mellitus type 2, referred because of abdominal mass progressive increase of 20 years of evolution, accompanied by pain and pelvic heaviness, physical examination mass was palpated in abdominal cavity of about 25 centimeters in diameter, round, hard, mobile, painful, abdominal ultrasound showed tumor of about the size of 26X24 centimeters, pelvic computed tomography reported giant fibroid and left ovarian cyst. subtotal hysterectomy, bilateral salpingo-oophorectomy was performed and antibiotic coverage for seven days. **Conclusion:** These cases of giant uterine fibroids longstanding can be avoided by strengthening the comprehensive care for women in places of first level, allowing early diagnosis and treatment. **Keyword:** Fibroids, Myoma, Leiomyoma, Uterus.