

CASOS CLÍNICOS

El rol de la preparación prequirúrgica en miomatosis uterina cervical gigante:

reporte de Caso Clínico

The role of preoperative preparation in giant cervical uterine myomatosis: Case Report

Recibido: 25-10-2022 **Aceptado:** 15-03-2023 **Publicado:** 31-03-2023

DOI: <https://doi.org/10.47464/MetroCiencia/vol31/1/2023/73-80>

Revista **MetroCiencia**
Volumen 31, Número 1, 2023
ISSNp: 1390-2989 **ISSNe:** 2737-6303
Editorial Hospital Metropolitano

El rol de la preparación prequirúrgica en miomatosis uterina cervical gigante: reporte de caso clínico

The role of preoperative preparation in giant cervical uterine myomatosis: case Report

Daniel Fernando Narváez Cervantes¹; Luis Fernando Suárez López²; María Esther Abdo Rojas³; Nicole Berenice Narváez Cervantes⁴

RESUMEN

La miomatosis uterina es considerada como la tumoración benigna más frecuente en la mujer. Se ha estimado que un 70% a 80% de las mujeres presentarán alguna forma de miomatosis uterina durante toda su vida. El tamaño y localización de los miomas uterinos difieren de acuerdo con cada paciente, sin embargo, el mioma cervical representa únicamente el 5% de todas sus distintas localizaciones. Su presentación clínica varía frente a un mioma localizado en el útero propiamente dicho y es sumamente infrecuente que este tipo de miomas sobrepasen tamaños superiores a 10 cm. El estudio diagnóstico de la miomatosis uterina consiste en la ultrasonografía y la necesidad de realizar exámenes de imagen complementarios dependerá de la calidad de la ecografía. La resonancia magnética, es el mejor estudio para realizar ante una ecografía insatisfactoria. Esta, describe información más específica y proporciona información clave para una preparación prequirúrgica adecuada. La estrategia terapéutica viene determinada por la clínica, localización, tamaño y número de miomas. Es la indicación más frecuente de histerectomía, sin embargo, existen alternativas no curativas como la miomectomía, tratamiento médico a base de análogos de GnRh e incluso radio-intervencionismo que han demostrado buenos resultados en el pronóstico y calidad de vida de estas pacientes.

Palabras clave: Mioma, Leuprolida, Histerectomía, Embolización de la Arteria Uterina, Resonancia Magnética, Procedimiento Quirúrgico, Progestinas.

ABSTRACT

Uterine myomatosis is the most common tumor in women. It has been estimated that 70 to 80% of women will present some form of uterine myoma during their life. The size and location of uterine myomas may differ according to each patient, however, the cervical myoma represents only 5% of all its types and locations. Its clinical presentation varies from a myoma located in the uterus itself, and it is extremely rare for this type of myoma to exceed 10 cm. The diagnostic study of uterine myomatosis consists of ultrasonography and the need for complementary imaging tests will depend on the quality of the ultrasound. Magnetic resonance imaging is the best study to perform in the case of an unsatisfactory ultrasonography. It provides more specific information compared to ultrasonography and provides key information for an adequate pre-surgical preparation. The appropriate therapeutic strategy is determined by the clinic, location, size, and number of fibroids. Myomatosis is the most frequent indication for hysterectomy, however, there are non-curative alternatives such as myomectomy, medical treatment with GnRh analogues and even interventional radiology that have shown good results in the prognosis and quality of life of these patients.

Keywords: Myoma, Leuprolide, Hysterectomy, Uterine Artery Embolization, Magnetic Resonance, Surgical Procedure, Progestins.

Daniel Fernando Narváez Cervantes

 <https://orcid.org/0000-0003-4762-6636>

Luis Fernando Suárez López

 <https://orcid.org/0000-0002-0173-0481>

María Esther Abdo Rojas

 <https://orcid.org/0000-0002-1832-2767>

Nicole Berenice Narváez Cervantes

 <https://orcid.org/0000-0002-1489-3431>

-
1. Médico Posgradista de Ginecología y Obstetricia de la Universidad Internacional del Ecuador; Quito, Ecuador.
 2. Ginecólogo-Obstetra, Coordinador del Posgrado de Ginecología y Obstetricia de la Universidad Internacional del Ecuador; Quito, Ecuador.
 3. Médico Posgradista de Ginecología y Obstetricia de la Universidad Internacional del Ecuador; Quito, Ecuador.
 4. Estudiante de medicina de la Universidad San Francisco de Quito; Quito, Ecuador.



Usted es libre de:
Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato.

Adaptar — remezclar, transformar y construir a partir del material para cualquier propósito, incluso comercialmente.

*Correspondencia: danarvaez@uide.edu.ec

INTRODUCCIÓN

Los leiomiomas uterinos son considerados como los tumores benignos más frecuentes en la mujer¹. Se ha descrito que aproximadamente entre 70% y 80% de mujeres presentarán al menos un leiomioma uterino durante su vida^{1,2}.

Los leiomiomas uterinos difieren en su localización y tamaño, entre ellos, los miomas cervicales representan únicamente el 5% de todos estos. Su presentación y manifestaciones clínicas varían enormemente entre mujeres. El crecimiento de estos tumores en el cérvix puede causar mucha de la sintomatología típica de la miomatosis, en especial, provoca síntomas de compresión de órganos pélvicos. Es muy infrecuente que estos tumores sobrepasen los 10 cm, por lo que presentamos el caso de una paciente con un leiomioma uterino cervical gigante sometida a varias intervenciones terapéuticas antes de la resolución del caso clínico, que influyó de una manera favorable al desenlace final de este caso particular³.

REPORTE DE CASO

Paciente femenina de 40 años, nacida y residente en Quito. Tiene como antecedente personal, policitemia diagnosticada hace 3 años en tratamiento con sangrías ocasionales y ácido acetilsalicílico a dosis terapéuticas de 100 mg por vía oral diariamente. Además, refiere antecedente de mioma uterino cervical gigante diagnosticado hace más de 6 años, sometida a varias intervenciones, dentro de las cuales destaca una embolización de arterias uterinas sin éxito, seguida de laparotomía exploratoria realizada hace 5 años con intento de exéresis del mioma gigante sin éxito. Adicionalmente, refiere 1 gesta hace 3 años finalizada por cesárea secundaria a obstrucción del canal de parto, posteriormente ligada.

La paciente acude por presentar dolor pélvico crónico y sensación de masa y aumento

de perímetro abdominal. Al examen físico, se evidencia un abdomen distendido, se observa una masa abdominal dependiente de hueco pélvico dura, irregular y dolorosa a la palpación, se realiza tacto vaginal delimitando la masa pélvica lateralizada hacia la izquierda, móvil que mide aproximadamente 16 x 10 x 15 cm.

Esquema de tiempo y calendario:

Año	Observaciones, tratamiento o intervenciones
Febrero 2015	Diagnóstico de mioma uterino cervical gigante.
Junio 2015	Embolización de arterias uterinas para reducción de tamaño de mioma cervical sin éxito.
Agosto 2016	Laparotomía exploratoria para extracción de mioma cervical gigante sin éxito.
Julio 2018	Parto por cesárea por embarazo a término por obstrucción de canal del parto por mioma cervical gigante más ligadura de trompas uterinas.
Julio 2020	Control por consulta externa por sintomatología asociada a mioma cervical gigante y primera resonancia magnética.
Agosto 2020	Administración de dosis de acetato de leuprolida, para reducción de tamaño de mioma para realización de procedimiento quirúrgico en 6 meses.
Enero 2021	Realización de segunda resonancia magnética y programación quirúrgica.
Febrero 2021	Intervención quirúrgica: histerectomía abdominal total.
Junio 2022	Control por consulta externa para valoración de evolución de paciente postquirúrgica.

Evaluación Diagnóstica:

Frente al diagnóstico presuntivo de una masa pélvica, se realiza una resonancia magnética de abdomen y pelvis que determina una lesión ocupante de espacio a nivel de segmento uterino que mide 21.5 x 20.5 x 9 cm con un volumen estimado de 1710 cc. Reporta un efecto de masa sobre

asas intestinales adyacentes y sobre uréter izquierdo, causando ectasia pielocalicial. El fondo uterino se encuentra desplazado y localizado en hipocondrio derecho. (Figura 1a)

Se dialoga con la paciente sobre las estrategias terapéuticas propuestas, tomando en cuenta las características, riesgos y posibles complicaciones de su cuadro clínico. Dado que la paciente tiene una paridad satisfecha, se propone una histerectomía total, con previo tratamiento médico a base de análogos de GnRh, se opta por iniciar acetato de leuprolida, con una dosis de 11.25 mg vía intramuscular cada 3 meses por dos ocasiones y posteriores controles de imagen con resonancia magnética de abdomen y pelvis.

Aún cuando la paciente era candidata para recibir un tratamiento quirúrgico, se consideró prudente el tratamiento farmacológico como preparación prequirúrgica para disminuir el tamaño de la masa tumoral y poder obtener un resultado terapéutico exitoso.

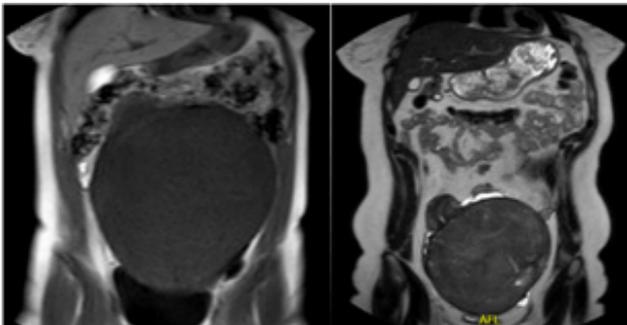


Figura 1. a: Resonancia magnética de abdomen y pelvis inicial Figura; **b:** RMN de Abdomen y pelvis post tratamiento con acetato de leuprolide.

Intervención Terapéutica:

Se optó por acetato de leuprolida frente al acetato de ulipristal debido a la indisponibilidad de ulipristal en el mercado en ese momento.

En el control a los 6 meses posterior a tratamiento médico, paciente refiere sensa-

ción de disminución de masa tumoral, sin embargo, continúa con sintomatología descrita. La resonancia magnética de control reporta una formación miomatosa con una disminución del volumen del 20%, resto de los hallazgos sin cambios (Figura 1b). Con estos resultados de imagen se planifica una histerectomía abdominal total.

Se realizó una incisión en línea media inferior, evidenciando anexos normales y mioma localizado en segmento uterino inferior y cérvix, de aproximadamente 16 cm con adecuado plano de clivaje (Figura 2).

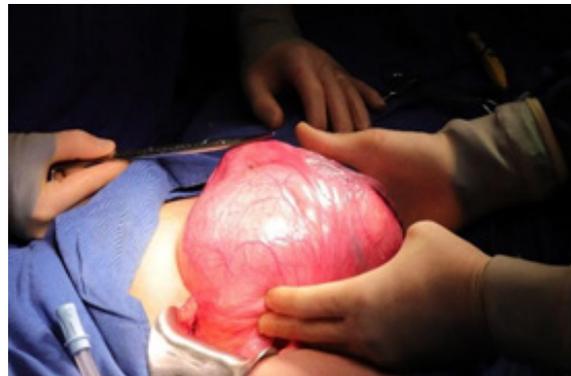


Figura 2. Útero con leiomioma uterino localizado en segmento uterino inferior, localizando el plano de clivaje para extracción de pieza quirúrgica.

Se extrae el útero y mioma en una sola pieza. El sangrado total durante el procedimiento fue 1000 cc, con una duración de 3 horas, la pieza quirúrgica extraída tenía un útero disminuido de tamaño con un mioma que distorsiona el segmento uterino inferior y cérvix sin otros hallazgos macroscópicos considerables.

Resultados y seguimiento:

La recuperación inmediata fue favorable, con un adecuado control del dolor, con parámetros hemáticos disminuidos, sin embargo, por su antecedente de policitemia no hubo un compromiso clínico de importancia, se decidió alta al cumplir dos días de hospitalización sin complicaciones.

El informe histopatológico concuerda en base a los hallazgos quirúrgicos, sin sugerir patología adicional.

Dentro de los controles subsecuentes, realizados durante el primer año posterior a la intervención, la paciente se mantuvo asintomática, la resolución quirúrgica fue exitosa. Hoy en día, la paciente se mantiene con una calidad de vida óptima, sin ningún tipo de morbilidad asociada al procedimiento realizado.

DISCUSIÓN

Si bien la miomatosis uterina es el tumor pélvico más frecuente en las mujeres, también es la principal causa de histerectomía en la población ginecológica. La miomatosis uterina suele ser asintomática, sin embargo, el tratamiento del leiomioma dependerá de la clínica que presente el tumor como: sangrado disfuncional, dolor pélvico crónico, y los síntomas voluminosos descritos anteriormente en el artículo⁴. Por otro lado, su evaluación suele iniciar con una examinación pélvica completa y estudios de imagen como ultrasonografía que es el primer estudio diagnóstico. No obstante, puede ser complementado por la resonancia magnética para valorar mejor localización, estructuras comprometidas y tamaño del mioma uterino¹.

Los miomas uterinos gigantes son infrecuentes y se desconoce su incidencia exacta debido a pocas publicaciones relacionadas con este tumor de gran tamaño. Se ha descrito que debe pasar un tiempo considerable para que estos puedan provocar síntomas apreciables, esto parece depender de la capacidad de la cavidad abdominal del anfitrión para soportar estos tumores. Se cree que el mecanismo por el cual adoptan estos tamaños exagerados es la hiperestimulación esteroidea principalmente en mujeres que presentan antecedentes de períodos de anovulación, hiperestrogenismo, gestación y consumo de

anticonceptivos orales, evidenciando que los estrógenos, progestágenos y otros factores de crecimiento son el pilar de su patogénesis, aunque todavía se encuentra en debate⁵. Por otro lado, se ha descrito que los factores de riesgo relacionados con los leiomiomas uterinos que destacan son: historial familiar, raza afrodescendiente, obesidad, nuliparidad, anovulación e hipertensión arterial^{5,6}.

Vale la pena mencionar que una entidad poco frecuente conocida como el síndrome de eritrocitosis miomatosa provoca una eritrocitosis aislada asociada a pacientes con miomas uterinos gigantes con niveles hemáticos que sugieren policitemia, síntomas que presentó la paciente del caso clínico. Se hipotetiza que, en pacientes con miomatosis uterina, existe una producción independiente de eritropoyetina por parte del mioma que no responde al mecanismo de feedback negativo, esto provoca niveles elevados de hemoglobina y hematocrito y consta de tres criterios clínicos que son una eritrocitosis inexplicable, presencia de miomatosis uterina y la mejora de los parámetros analíticos posterior a la extracción del leiomioma uterino. Es una consideración importante para el asesoramiento a la paciente y una planificación preoperatoria adecuada⁷.

La miomatosis uterina representa un tumor benigno en la mayoría de los casos, sin embargo, cambios en su morfología y su patrón de crecimiento pueden guiar hacia una patología maligna de manera errónea⁸. Claramente es importante tomarlo en cuenta dentro del diagnóstico diferencial, no obstante, el estudio de histopatología puede diferenciar bien estos tumores y en caso de duda diagnóstica se puede optar por la inmunohistoquímica que ayuda a descartar casos de malignidad⁸.

El reto principal de este caso clínico fue realizar el abordaje prequirúrgico adecuado.

La estrategia terapéutica está determinada, por la clínica, localización, tamaño y número de miomas, y varía entre mujeres. Estudios sugieren que no se debe tratar miomas uterinos asintomáticos¹. La paciente del caso clínico fue sometida a tratamientos médicos, procedimientos invasivos e incluso procedimientos quirúrgicos, que no resultaron efectivos. Por último, presentó una gestación a pesar del tamaño y localización del mioma uterino.

El tratamiento definitivo para la miomatosis uterina es la histerectomía. Sin embargo, existen estrategias terapéuticas para el manejo de los fibromas uterinos como el tratamiento con agonistas GnRh. El acetato de leuprolida o ulipristal, son la primera línea de tratamiento aprobada por la FDA. Estos ofrecen reducción del tamaño del mioma incluso como manejo prequirúrgico, a pesar de los múltiples efectos adversos de esta medicación, estudios sugieren una mejor calidad de vida en aquellas pacientes que recibieron este tratamiento⁹.

Los análogos de GnRh provocan un estado de hipogonadismo hipogonadotropo, que causa amenorrea y una menopausia farmacológica debido al mecanismo de acción del medicamento. Este tratamiento ha demostrado disminuir la sintomatología, especialmente el sangrado y también ha demostrado disminuir el tamaño tumoral hasta un 60%⁹. Debido a la variedad de efectos adversos de la medicación, hoy en día se limita como tratamiento prequirúrgico para disminuir el volumen del mioma cuando se lo administra durante 3 a 6 meses y facilita el abordaje quirúrgico⁹.

En este caso clínico se valoró el uso de análogos de GnRh con el fin de cumplir este objetivo, afortunadamente disminuyó el volumen tumoral facilitando el abordaje quirúrgico de la paciente y reduciendo el riesgo de posibles complicaciones que pudieran haberse presentado. El acetato de ulipristal

es una progestina que ha demostrado ser el medicamento de elección como parte de la preparación prequirúrgica para disminuir la anemia y el volumen del mioma. Estudios comparan esta progestina vs placebo en donde se evidencia una clara ventaja estadísticamente representativa para el manejo prequirúrgico de la miomatosis uterina. Otro estudio comparativo de no inferioridad en donde se utilizó ulipristal vs acetato de leuprolida mostró resultados comparables entre ambos, sin embargo, el grupo de estudio con ulipristal demostró una mejoría clínica más rápida, con menos efectos adversos que el acetato de leuprolida⁹.

En este caso, el acetato de leuprolida, tuvo un buen resultado terapéutico con una disminución del volumen tumoral del 20%, que facilitó la histerectomía disminuyendo el riesgo de complicaciones transquirúrgicas sin reacciones adversas resaltables de la medicación.

Recordemos que inicialmente la paciente con la presencia de un mioma uterino al ser joven y nuligesta, fue sometida a una embolización de arterias uterinas, la cual resultó insatisfactoria ya que la masa continuó incrementando de tamaño, empeoró su sintomatología voluminosa y continuó con dolor pélvico crónico.

Dentro de la escala terapéutica, la embolización de arterias uterinas es un procedimiento realizado por el médico radiólogo mediante un abordaje transcutáneo a través de la arteria femoral. Estudios sugieren claras ventajas de la embolización de arterias uterinas vs la histerectomía, entre los cuales destacan menor dolor dentro de las primeras 24 horas, menor tiempo de hospitalización, recuperación temprana y menor índice de complicaciones tras el alta hospitalaria. Sin embargo, en comparación con la histerectomía, es un procedimiento con mayor tasa de readmisión, reintervención y empeoramiento o mal control de sintomato-

logía¹. A pesar del fracaso terapéutico de la embolización de las arterias uterinas, probablemente fue una decisión acertada en su momento, debido al deseo de la paciente de preservar su útero.

La escisión de un mioma uterino gigante se encuentra acompañada de un alto riesgo de morbilidad. Pese a no existir muchos casos reportados en la literatura, muchos de ellos destacan complicaciones quirúrgicas graves como la hemorragia y la dificultad de compensar a pacientes sometidas a este procedimiento quirúrgico. Es por eso que realizar una histerectomía, por un leiomioma uterino gigante representa un reto para el ginecólogo y todo el equipo de trabajo que participa en el procedimiento¹⁰.

Una buena valoración y planificación preoperatoria son clave para tener un resultado posquirúrgico exitoso. Los miomas uterinos cervicales gigantes son sumamente infrecuentes y no se cuenta con suficientes estudios para estandarizar su manejo. El objetivo que se planteó desde un inicio fue la extracción completa de la pieza quirúrgica. Hoy en día, varios estudios impulsan el tratamiento médico para disminuir el tamaño del mioma y se relaciona con mejores resultados. La duración del procedimiento y la menor cantidad de complicaciones en este caso en particular, demuestran la ventaja que se obtuvo al realizar una buena planificación preoperatoria. La localización, el tamaño, el número y el tipo del mioma sugieren la individualización de cada caso, priorizando el bienestar de la paciente y disminuyendo el riesgo de morbilidad causado por este tipo de cirugía.

Fuente de Origen: fotografías tomadas durante la cirugía en Hospital Axxis y del servicio de radiología del Hospital Axxis.

Conflicto de interés:

Los autores declaramos no tener ningún conflicto de interés personal, financiero, in-

telectual, económico y de interés corporativo con el hospital y/o miembros de la revista metro ciencia.

Financiamiento:

No fue necesario el aporte económico

Agradecimiento:

Los autores agradecemos al Hospital Axxis, Revista Metro ciencia y Universidad Internacional del Ecuador por contribuir en el aprendizaje y desarrollo del posgrado de Ginecología y Obstetricia. Agradecidos por fomentar la investigación y revisión de casos para un aprendizaje teórico y práctico necesarios para el ejercicio profesional.

Bibliografía

1. **Stewart EA.** Uterine Fibroids. *N Engl J Med* [Internet]. 2015;372(17):1646–55. Available from: <http://dx.doi.org/10.1056/nejmcp1411029>
2. **Bulun SE.** Uterine fibroids. *N Engl J Med* [Internet]. 2013;369(14):1344–55. Available from: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMra1209993>
3. **Quiala LNM, Valdés MÁ, Hernández YA.** Leiomioma uterino gigante. Reporte de un caso. *Finlay* [Internet]. 2014 [cited 2022 jan];4(3):210–5. Available from: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/304>
4. **Expert Panel on Interventional Radiology; Knuttinen MG, Stark G, Hohenwarter EJ, Bradley LD, Braun AR, Gipson MG, Kim CY, Pinchot JW, Scheidt MJ, Sella DM, Weiss CR, Lorenz JM.** ACR Appropriateness Criteria® Radiologic Management of Uterine Leiomyomas. *J Am Coll Radiol.* 2018 May;15(5S):S160-S170. doi: 10.1016/j.jacr.2018.03.010. PMID: 29724419.
5. **Kalyan S, Sharma S.** Giant uterine leiomyoma: a case report with literature review. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol* [Internet]. 2018;7(11):4779. Available from: <http://dx.doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20184548>
6. **Faerstein E, Szklo M, Rosenshein NB.** Risk factors for uterine leiomyoma: a practice-based case-control study. II. Atherogenic risk factors and potential sources of uterine irritation. *Am J Epidemiol* [Internet]. 2001;153(1):11–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/aje/153.1.11>

7. **Guzman GS, Manalo EM.** Myomatous erythrocytosis syndrome: A case series. *Case Rep Womens Health* [Internet]. 2019;24(e00139):e00139. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.crwh.2019.e00139>
8. **Naz S, Rehman A, Riyaz A, Jehangir F, Naeem S, Iqbal T.** Leiomyoma: Its variants and secondary changes A five-year study. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2019;31(2):192-5.
9. **García C, Parra F, Sancho M.** Acetato de ulipristal 5 mg (Esmya®) como primera opción en el manejo terapéutico de los miomas uterinos sintomáticos. *Prog Obstet Ginecol*. 2016;59(5):277-82.
10. **Lim PT, Tan CH, Chia HL, Phoon J.** Management of a giant uterine leiomyoma. *BMJ Case Rep* [Internet]. 2018;2018:bcr-2017-224052. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2017-224052>

Cómo citar: Narváez Cervantes DF; Suárez López LF; Abdo Rojas ME; Narváez Cervantes NB. El rol de la preparación prequirúrgica en miomatosis uterina cervical gigante: Reporte de Caso Clínico. *MetroCiencia* [Internet]. 31 de marzo de 2023; 31(1):73-80. Disponible en: <https://doi.org/10.47464/MetroCiencia/vol31/1/2023/73-80>