

Miomectomía múltiple por vía abdominal en una paciente joven

Multiple abdominal myomectomy in a young patient

doi: [10.61997/bjm.v13iSuppl1.457](https://doi.org/10.61997/bjm.v13iSuppl1.457)

Luis Alberto Rodríguez Duarte¹, André Alexander Correa², Garvin Lincoln Petillo³

RESUMEN

Introducción: Los leiomiomas uterinos son los tumores benignos ginecológicos más frecuentes en las mujeres en edad reproductiva. Entre el 30 % y el 40 % de las mujeres pueden padecerlo en algún momento de su vida, pero la mayoría de los miomas no producen síntomas. En algunas mujeres pueden provocar hemorragias, dolor abdominal e infertilidad; estos casos son los que pueden tratarse quirúrgicamente mediante el procedimiento de la miomectomía. **Caso clínico:** Paciente de 23 años, de la etnia Garífuna, con antecedentes de presentar sangrado menstrual e intermenstrual abundante, acompañado de dolor abdominal generalizado y anemia severa, que requirió ser transfundida con glóbulos rojos en tres ocasiones. Es enviada a la consulta de ginecología del Hospital Regional del Sur, Dangriga, Belice, con diagnóstico de mioma uterino sintomático. Se realizaron exámenes complementarios que permitieron diagnosticar leiomiomas uterinos múltiples. Se realizó tratamiento quirúrgico consistente en una miomectomía múltiple sin complicaciones transoperatorias. Se conservó el útero de la paciente, la cual tuvo una recuperación postoperatoria satisfactoria. **Conclusiones:** La leiomiomatosis uterina múltiple representa un reto clínico por la edad, signos y síntomas, aspectos decisivos a la hora de elegir el tratamiento. Consideramos que la miomectomía es un procedimiento quirúrgico seguro y eficaz, para mantener la capacidad reproductiva de estas pacientes.

Palabras clave: Dolor abdominal; Leiomioma uterino; Miomectomía

ABSTRACT

Introduction: Uterine leiomyomas are the most common benign gynecological tumors in women of reproductive age. Between 30% and 40% of women may suffer from uterine miomas at some point in their lives, but most of them never produce symptoms. In some women they can cause hemorrhages, abdominal pain and infertility; these cases are those that can be treated surgically with the candidates for a myomectomy. **Objective:** A case of multiple abdominal myomectomy is presented at the Southern Regional Hospital. **Clinical case:** A 23-year-old patient of the Garifuna ethnic group, with a history of presenting abundant menstrual and intermenstrual bleeding, associated to generalized abdominal pain and severe anemia, which required red blood cells transfusion on three occasions. She was referred to the gynecology department of the Southern Regional Hospital of Dangriga, Belize, with a diagnosis of symptomatic uterine fibroids. Additional investigations were performed that allowed the diagnosis of multiple uterine leiomyomas. Surgical treatment consisting of multiple myomectomy was performed without transoperative complications. The patient's uterus was preserved, and she had a satisfactory postoperative recovery. **Conclusions:** Multiple uterine leiomyomatosis represents a clinical challenge due to age, signs and symptoms, which are decisive aspects when electing the treatment. We consider myomectomy to be a safe and effective surgical procedure to maintain the reproductive capacity of these patients.

Keywords: Abdominal pain; Uterine leiomyoma; Myomectomy

¹Doctor en Medicina. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Bugada Médica Cubana. Hospital Regional del Sur. Dangriga, Belice. Correspondencia: luisarodriguezduarte@gmail.com ORCID <https://orcid.org/0000-0002-2601-0595>

²Doctor en Medicina. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Hospital Regional del Sur. Dangriga, Belice. ORCID <https://orcid.org/0009-0000-0345-6940>

³Doctor en Medicina. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Hospital Regional del Sur. Dangriga, Belice. ORCID <https://orcid.org/0009-0009-9203-1405>



INTRODUCCIÓN

El mioma uterino es una tumoración del útero que casi siempre es benigna y que puede desarrollarse dentro de la cavidad uterina (donde tiene lugar el embarazo), en el interior de la pared muscular del útero, o en la superficie externa del órgano. Entre el 30 % y el 40 % de las mujeres pueden padecerlo en algún momento de su vida.¹⁻⁴ Hasta la fecha no se ha establecido el origen exacto de los miomas; sin embargo, un estudio citogenético informó la translocación entre los cromosomas 12 y 14.⁵ Incluso, algunos autores señalan que las lesiones pueden ser congénitas o debidas a la producción de esteroides sexuales en la pubertad, que estimulan el crecimiento de los miomas.^{1,5} La mayoría de los miomas no producen síntomas y las pacientes no son conscientes de que los tienen, por lo que no requieren tratamiento; en algunas mujeres pueden provocar hemorragias, dolor abdominal y subfertilidad.⁶

La mayoría de los miomas se diagnostican con una ecografía transabdominal o transvaginal. Si el mioma se encuentra cerca de la cavidad uterina o se proyecta hacia su interior, normalmente se solicita una histerosalpingografía o una sonohisterografía para obtener una imagen más clara de su disposición en el útero.^{1,2}

Las opciones de tratamiento son farmacológico y quirúrgico. El comportamiento biológico de los tumores en las adolescentes es diferente al de las mujeres adultas, por lo que el tratamiento óptimo aún se discute. Por tratarse de pacientes jóvenes y nuligestas, con deseos de preservar la fertilidad, la miomectomía es una opción adecuada y duradera, con baja tasa de recurrencia, preservadora de la fertilidad y que no interfiere con el desarrollo personal de las pacientes.⁶

En la miomectomía abdominal se extirpan todos los miomas y se reconstruye el útero. Es frecuente que se instile azul de metileno a través de cuello uterino para verificar que las trompas uterinas son permeables antes de proceder a la miomectomía. Las complicaciones fundamentales de esta técnica incluyen: hemorragias, infecciones, lesiones en otros órganos internos, o la posibilidad de tener que realizar una hysterectomía (menos del 1 % de las veces).⁷⁻⁹

La miomectomía es un procedimiento frecuentemente ambulatorio, con una recuperación rápida, un riesgo bajo de complicaciones en comparación con los procedimientos abdominales, así como de reintervenciones. Además, es un procedimiento seguro, prácticamente sin riesgo de rotura uterina en embarazos posteriores. Se ha reportado que en la miomectomía, la tasa de recurrencia de fibromas y/o sangrado uterino anormal es aproximadamente del 20 %.¹⁰

La alta prevalencia de miomas uterinos en la población femenina en edad reproductiva en Dangriga, y su impacto

en la fertilidad, motivó la presentación del caso de esta paciente con fibromas uterinos múltiples a la cual se le realizó miomectomía abdominal como procedimiento más pertinente para mantener la fertilidad.

CASO CLÍNICO

Paciente de 23 años, trabajadora, de la etnia Garífuna, con antecedentes ginecológicos de menarquia a los 13 años, que nunca ha tenido relaciones sexuales. Ciclos menstruales regulares, de 30 x 5 días. El padecimiento se inició ocho meses previos a la consulta médica, con alteración del patrón menstrual (ciclos de 15 x 30 días) y dismenorrea moderada, acompañada de decaimiento y toma del estado general. Fue admitida en el Servicio de Ginecología del Hospital Regional del Sur en Dangriga, Belice, en tres ocasiones por presentar anemia severa que requirió transfusión de glóbulos rojos y en los estudios realizados se le diagnostica leiomioma uterino. Con estos hallazgos fue enviada a nuestra consulta.

A la exploración física se encontró palidez cutáneo mucosa, además de dificultad para la marcha debido a las cifras bajas de hemoglobina. Al examen cardiovascular presentaba taquicardia ligera de 105 latidos por minutos, y a la exploración del abdomen se palpó una tumoración de bordes regulares por encima del pubis, móvil, sin signos de irritación peritoneal. Los genitales externos se observaron sin alteraciones.

Exámenes complementarios

Los estudios de laboratorio reportaron: hemoglobina de 5,4 g/dL; hematocrito 16,2 %; plaquetas de 443 000/mm³, conteo de leucocitos de 6 500/ mm³; VIH negativo; VDRL negativo y cituria negativa.

El primer ultrasonido pélvico informó que la vejiga urinaria estaba distendida, con paredes delgadas, sin cálculos en su interior. El útero era heterogéneo, agrandado, con bordes lobulados, que medían 11,3x7,3x9,8 cm, a expensas de al menos 4 miomas (1,8-3,8 cm) en ambas superficies anterior y posterior, que comprimen la cavidad endometrial. La misma en posición central, de grosor normal (0,4 cm). Ambos ovarios de morfología y ecogenicidad normales. El ovario derecho medía 3,4 x 2,0 x 2,6 cm, con volumen de 10ml. El ovario izquierdo medía 4,6 x 1,7 x 3,8 cm, con volumen de 16ml, a expensas del folículo dominante de 2,2 cm. No líquido libre en el fondo de saco de Douglas. (Figura 1)



Figura 1. Ultrasonido pélvico que muestra imágenes hipoeicas de diferentes tamaños, en el espesor del músculo uterino.

Diagnóstico y tratamiento quirúrgico

Se diagnostica leiomiomatosis uterina múltiple y anemia severa, por lo que se decide un nuevo ingreso para transfundir glóbulos rojos y mejorar su estado general. Se realiza un nuevo estudio de laboratorio que informa hemoglobina de 8,9 g/dLM; hematocrito 26,2 %; plaquetas de 403 000/mm³ y conteo de leucocitos de 7 500/mm³.

Se sugirió la realización de una miomectomía abdominal, para el cual la paciente dio su consentimiento.

Durante el examen del útero en el momento transoperatorio, antes de realizar la miomectomía, se observó el útero aumentado de tamaño de 13 x 7 x 9 cm con tumoración de 5 cm, dependiente la cara anterior de útero, y en el cuerno izquierdo, otra tumoración de 4 cm de consistencia sólida (Figuras 2, 3 y 4). Se extirparon 24 miomas de diferentes tamaños, la gran mayoría en proyección endometrial, y otros localizados en el miometrio. Se realizó posteriormente histerorrafia de la cara anterior del útero y cuerno izquierdo sin complicaciones transoperatorias y se logró conservar el útero. El sangrado estimado fue de 450 ml. El aspecto macroscópico de los tumores extraídos en el transoperatorio correspondió con leiomiomas (Figura 5).



Figura 2. Aspecto externo del útero antes de realizar la miomectomía.



Figura 3. Histerorrafia de la cara anterior del útero.



Figura 4. Histerorrafia del cuerno izquierdo del útero.



Figura 5. Miomas de diferentes tamaños extirpados a la paciente.

Evolución postoperatoria

La paciente evolucionó favorablemente y fue egresada al cuarto día de la operación. Continuó su seguimiento en el servicio de Consulta Externa.

Además de la evaluación clínica, se realizaron exámenes complementarios evolutivos:

Hemoglobina: 10,3 g/dL; hematocrito: 32,9 %; conteo de leucocitos: 6 690/mm³ (polimorfonucleares: 60,8 %); plaquetas: 649 000/mm³.

Se le realizó ecografía ginecológica evolutiva postoperatoria al mes del egreso, que informó un útero levemente agrandado (tamaño 10,9 cm, antero posterior 5,3 cm, diámetro transversal 6,2 cm), con una ecogenicidad general disminuida relacionado con el procedimiento quirúrgico previo. La cavidad endometrial era de aspecto normal. Ambos ovarios de características normales. Escasa cantidad de líquido en el fondo de saco posterior.

El reporte histopatológico informó lo siguiente:

La sección cortada muestra una masa que consiste en fascículos entrelazados de células fusiformes blandas. No se observa mitosis; no se observa atipia; negativa para malignidad. Diagnóstico: masas uterinas – leiomioma de útero.

DISCUSIÓN

En la actualidad, la conducta a seguir con los miomas en mujeres que desean preservar su útero y su fertilidad, sigue siendo un desafío. El estándar de oro es la miomectomía, que se pueden realizar por histeroscopia, laparoscopia, laparotomía o asistida por robot. El tipo de miomectomía utilizado está muy influenciado por la presentación clínica, el tamaño, el número y la ubicación de los miomas.¹¹

Un estudio epidemiológico efectuado en 21 479 mujeres de 8 países, reportó una prevalencia de miomatosis uterina de 0.4 % (n = 180) en adolescentes de 15-19 años.⁶

En estudios recientes en los Estados Unidos reportan miomas uterinos mediante ultrasonografía en más del 80 % de mujeres de ascendencia africana y casi el 70 % de mujeres caucásicas a los 50 años de edad. La alta prevalencia de miomas uterinos ha llevado a grandes costos de atención médica a nivel mundial, se han estimado costos tan altos como \$ 34,4 millones de dólares en los Estados Unidos, costos de admisiones hospitalarias en Alemania de \$ 348 millones, \$ 120 millones en Francia y \$ 86 millones en Inglaterra. Los principales factores de riesgo aparte de la ya conocida etnia afrodescendiente, incluyen obesidad, nuliparidad, hipertensión, menopausia temprana, y

antecedentes familiares.¹²

Epidemiológicamente ocurren en hasta el 70% de las mujeres en la menopausia. Sin embargo, la verdadera incidencia es desconocida porque la mayoría de los casos son asintomáticos y probablemente no se diagnostican.¹³

En todos los casos, aproximadamente, la mitad de las mujeres con miomatosis uterina tienen síntomas molestos, que incluyen sangrado menstrual abundante, dolor abdominal y presión, que afectan negativamente la calidad de vida. Estos síntomas, como el sangrado abundante y el dolor abdominal, pueden variar en intensidad y duración, lo que subraya la necesidad de una atención individualizada.¹⁴

En el caso presentado, la paciente tenía 23 años de edad, de color de la piel negra, con antecedentes de salud anterior, que había comenzado su sintomatología ocho meses atrás, manifestando cambios de su ciclo menstrual, con hiperpolimenorrea, que la llevó a presentar amenia severa y estado general deteriorado.

Aproximadamente el 30 % de las mujeres con miomatosis uterina presentarán síntomas que pueden incluir sangrado uterino anormal, anemia, dismenorrea, aumento en la frecuencia urinaria, estreñimiento e infertilidad.¹¹ Los tres primeros coincidieron con los manifestados por la paciente de nuestro caso, por lo que fue hospitalizada en tres ocasiones, con necesidad de transfusión de glóbulos rojos.

Los miomas afectan la fertilidad por diversos mecanismos que involucran: alteración de la localización anatómica local, cambios funcionales del miometrio, endometrio, y procesos moleculares endocrinos y paracrinos, lo que conduce a una perturbación del gameto, transporte y capacidad reducida para la implantación de embriones y creación de un entorno hostil. Según revisiones bibliográficas, los miomas submucosos son los que mayormente generan, un efecto negativo sobre los resultados reproductivos.¹⁵

En el estudio preoperatorio realizado a nuestra paciente, la ecografía informó que la mayoría de los miomas se encontraban en el espesor del miometrio (intramurales), y otros en la proyección del endometrio.

La histerectomía es el tratamiento definitivo para miomatosis uterina sintomática, está indicada en pacientes que no desean conservar su útero y han completado sus deseos de fertilidad.¹²

La miomectomía es la técnica recomendada en pacientes con miomas sintomáticos que deseen preservar el útero o deseen un embarazo en el futuro, con una tasa de reintervención de cualquiera de las técnicas utilizadas, del 12,2 % a los 60



meses.¹⁶

En una revisión sistemática que comparó los resultados del embarazo después de la terapia médica con acetato de ulipristal, la miometomía y la embolización de la arteria uterina o el uso de ablación térmica, se obtuvo como resultado que la ablación de fibromas tuvo porcentajes de embarazo comparables a la miometomía, con tasas de nacidos vivos similares (70,5 % frente a 75,6 %) y bajas tasas de aborto espontáneo (11,9 % frente a 19,0 %). No se informaron casos de ruptura uterina y no se asoció con un mayor riesgo de anomalías placentarias.¹¹

En nuestra paciente, los hallazgos transoperatorios correspondieron con miomas submucosos mayoritariamente, muy relacionados con la sintomatología consistente en alteraciones de su ciclo menstrual y anemia.

Tanto la miometomía abdominal como la laparoscópica son practicadas con frecuencia y se mantiene una baja tasa de histerectomías.^{2,8,9} La tasa de infección es baja, y su incidencia oscila entre 0,01 % y 1,4 %, por tanto no se recomienda profilaxis antibiótica.¹⁷ Las complicaciones tardías son raras, se relacionan estrechamente con la complejidad del procedimiento, y con perforaciones uterinas en cirugías anteriores. La mayor incidencia corresponde a adherencias intrauterinas, siendo alrededor del 1,5 %.¹⁸ La paciente del presente reporte no presentó complicaciones transoperatorias ni posoperatorias, hasta un mes después de haber sido intervenida.

CONCLUSIONES

La leiomiomatosis uterina múltiple representa un desafío para el ginecólogo y su equipo multidisciplinario, por la edad, signos y síntomas, entre otros aspectos decisivos a la hora de elegir el tratamiento. Consideramos que la miometomía es un procedimiento quirúrgico seguro y eficaz, para mantener la capacidad reproductiva de estas pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Rigol Ricardo O, Santiesteban Alba SR. Obstetricia y Ginecología. 4ta ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2023. ISBN 978-959-316-037-7. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/obstetricia-y-ginecologia-cuarta-edicion/>
- De La Cruz MS, Buchanan EM. Uterine Fibroids: Diagnosis and Treatment. Am Fam Physician. 2017;95(2):100-107. Disponible en: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2017/0115/p100.html>
- Carranza Mamane B, Havelock J, Hemmings R, Reproductive endocrinology and infertility committee; special contributor. The management of uterine fibroids in women with otherwise unexplained infertility. J Obstet Gynaecol Can. 2015; 37(3):277-285. doi: [10.1016/j.jogc.2015.01.001](https://doi.org/10.1016/j.jogc.2015.01.001)
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Miomas uterinos (actualizado febrero del 2013). 2014; 57(7):312-324. doi: [10.1016/j.pog.2014.05.001](https://doi.org/10.1016/j.pog.2014.05.001)
- Wright KN, Laufer MR. Leiomyomas in adolescents. Fertility and sterility, 2011; 95(7):2434.e15-2434.e17. doi: [10.1016/j.fertnstert.2011.02.025](https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2011.02.025)
- Huerta Reyero Y, Peña Cambrón IB, et al. Mioma intraligamentario de gran tamaño en una adolescente. Ginecol Obstet Mex. 2020; 88(1):48-53. doi: [10.24245/gom.v88i1.3483](https://doi.org/10.24245/gom.v88i1.3483)
- Hernández Valencia M, Valerio Castro E, Suárez Zaragoza I, Vital Reyes VS. Miomatosis uterina: implicaciones en salud reproductiva. Ginecol Obstet Méx. 2017; 85(9):48-53. doi: [10.24245/gom.v88i1.3483](https://doi.org/10.24245/gom.v88i1.3483)
- Alarcón Flores JL. Factores de riesgo asociados a histerectomía obstétrica en pacientes que tuvieron su parto en el Hospital Nacional Hipólito Unanue entre los años 2018-2023. [Tesis]. Lima (Perú): Universidad Nacional Federico Villarreal; 2024. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13084/8782>
- Vilos GA, Allaire C L, Laberge PI, Leyland N. The management of uterine leiomyomas. J Obstet Gynaecol Can. 2015; 37(2):157-78. doi: [10.1016/S1701-2163\(15\)30338-8](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(15)30338-8)
- Stewart E. Uterine fibroids (leiomyomas): Treatment overview. Up To Date. Agosto 2023. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/uterine-fibroids-leiomyomas-treatment-overview>
- Calderón León MF, Hidalgo Acosta JA, Baquerizo Godoy MF, Benítez Ormaza YC, Mendoza Granda RI, et al. Miomatosis uterina, un desafío terapéutico en ginecología y fertilidad. Artículo de revisión de la literatura. Mediciones UTA. 2022; 6(2):60-5. doi: [10.31243/medicionesuta.v6i2.1626.2022](https://doi.org/10.31243/medicionesuta.v6i2.1626.2022)
- Merino A. Manejo de miomatosis uterina. MetroCiencia. 2023; 31(2):92-95. doi: [10.47464/MetroCiencia.vol31i2/2023/92-95](https://doi.org/10.47464/MetroCiencia.vol31i2/2023/92-95)
- Giuliani E, As-Sanie S, Marsh EE. Epidemiology and management of uterine fibroids. Int J Gynaecol Obstet. 2020; 149(1):3-9. doi: [10.1002/ijgo.13102](https://doi.org/10.1002/ijgo.13102)
- Manyonda I, Beli A, Lumsden A, McKinnon W, Middleton L, Sirkeci F, et al. Uterine-Artery Embolization or Myomectomy for Uterine Fibroids. N Engl J Med. 2020; 383(5):440-51. doi: [10.1056/NEJMoa1914735](https://doi.org/10.1056/NEJMoa1914735)
- Management of Symptomatic Uterine Leiomyomas: ACOG Practice Bulletin, Number 228. Obstet Gynecol. 2021; 137(6): e100-e115. doi: [10.1097/AOG.0000000000004401](https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004401)
- Khaw SC, Anderson RA, Lui MW. Systematic review of pregnancy outcomes after fertility-preserving treatment of uterine fibroids. Reprod Biomed Online. 2020; 40(3):429-444. doi: [10.1016/j.rbmo.2020.01.003](https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2020.01.003)
- Technology Assessment in Obstetrics and Gynecology N°



- 7: Hysteroscopy. *Obstet Gynecol*. 2011; 117(6):1486-1491.
doi: [10.1097/AOG.0b013e3182238c7d](https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3182238c7d)
18. Yang JH, Chen MJ, Wu MY, Chao KH, Ho HN, Yang YS. Office hysteroscopic early lysis of intrauterine adhesion after transcervical resection of multiple apposing submucous myomas. *Fertility Sterility*. 2008; 89:1254-1259. doi: [10.1016/j.fertnstert.2007.05.027](https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2007.05.027)

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Autoría

Luis Alberto Rodríguez Duarte, André Alexander Correa, Garvin Lincoln Petillo: Conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, redacción-borrador original.

Recibido: 9 octubre 2024

Aceptado: 21 octubre 2024

