

FIBROMATOSIS UTERINA

A propósito de un ejemplar de 16,500 gr. y otro que originó Placenta Acreta

Dr. ROBERTO PALMA GUEVARA
Director del Hospital "Ntra. Sra. del Rosario"
CAJABAMBA (CAJAMARCA) - PERU

Se describen específicamente dos casos de fibromatosis uterina entre otros, encontrados en la práctica ginecológica en el Hospital "Ntra. Sra. del Rosario" de Cajabamba, producto del tratamiento en pacientes que llegan cuando sus molestias son severas.

Estos dos tumores tienen particular importancia: uno por su apreciable peso (16,500 gr.) y otro de útero multifibromatoso que originó placenta ácreta, que por desacato y atención empírica causó la muerte de la paciente.

Breve descripción de la bibliografía reciente concluye que es la patología más frecuente entre los tumores y origina 15% de padecimientos ginecológicos.

INTRODUCCION

El mioma, fibromioma, tumor fibroide o fibroma uterino, es la "neoplasia más común del tracto genital femenino" es conclusión general. Tumor benigno formado por fibras musculares lisas y tejido conectivo. Solamente 2% son solitarios y por lo general son múltiples en un mismo útero, algunos llegan a tamaños muy considerables y sus causas de formación aún no se conocen.

La situación los clasifica en intramurales, submucoso, subseroso, intraligamentario, parasitario y cervical; originando molestias variadas según

su posición, agregándose la esterilidad por compresión. Casi todas las estadísticas colocan como patología primaria del cuerpo uterino.

En nuestro medio, como puede notarse, por lo regular las pacientes asisten a la consulta y más al tratamiento cuando sus molestias son avanzadas.

El motivo de esta pequeña publicación es comunicar dos casos importantes de Fibromatosis. Un tumor de 16 y medio kilos y otro caso de multimiomas subserosos e intramurales de una paciente que dio lugar a placenta ácreta y que por contravención

y desconocimiento en la atención empírica se produjo la muerte por hemorragia masiva post partum.

MATERIAL Y METODOS

En 280 operaciones ginecológicas realizadas en 4 años últimos en el Hospital "Ntra. Sra. del Rosario" se han presentado 18 casos (6.5%) de Fibromatosis uterina diversa que han obligado a la miomectomía o extirpación aislada del tumor o a la hysterectomía total debido a las serias molestias que producían.

Consideramos reducido número de casos, pero conviene comprender la región pequeña y aislada que es Cajabamba y los recursos hospitalarios precarios y deficientes, incluyendo al personal no profesional y al único médico que existe.

Haremos la descripción breve sólo de dos casos que consideramos de suma importancia para luego informar suscintamente sobre los otros especímenes fibromatosos que hemos tenido.

1.— **Fibroma uterino de 16,500 gr.**

H.C. 18.135, paciente de 47 años de edad, casada, estéril. Paridad 0000, R.C. 4-28-30, dismenorrea; procedente de zona rural con dolor y plenitud abdominal. Antecedente: que desde 8 años antes, progresivamente desarrolla "el vientre", además menometrorragias, dismenorrea, leucorrea mucosa pre y post menstrual, polaquiuria, dolor abdominal y estreñimiento.

Se la encuentra buen estado general, abdomen distendido, duro y con dolor, signos de compresión de órganos

vecinos vagina estrecha y con cérvix en mediano prolapso orientado a derecha.

Con diagnóstico clínico de Quiste de ovario se la somete a laparotomía, encontrándose fibroma uterino gigante, tumoración dura, libre, implantada en cuerpo izquierdo de útero, sésil y que ocupaba toda la cavidad abdominal comprimiendo seriamente a los demás órganos. Se le extirpa a partir de su base y por fragmentos se le extrae, observando su naturaleza compacta y sumamente dura. Se sutura y peritoniza el lecho. Al examen histopatológico se comprueba tratarse de un Fibromioma uterino con áreas de degeneración hialina y poca irrigación, peso: 16,500 gr., 30 x 28 cm. x 20 cm.

Los demás órganos intraabdominales normales. Se agrega apendicectomía profiláctica. Evolución muy favorable.

2.— **Utero multifibromatoso.** (Hist. Clínica: 16,979).

Paciente de 29 años de edad, maestra asegurada (S.S.E.) que cuatro años antes inicia sus gestaciones, sufriendo un aborto y luego cursa gestación a término, con ayuda de medicamentos, presentando en su parto: incompatibilidad feto-pélvica por lo que se la somete a Cesárea segmentaria encontrándose útero con multitud de fibromas intramurales, subserosos en distinto grado de evolución y tamaño, enucleándose un intraligamentario.

Se le advierte que por la naturaleza de su útero y serio riesgo que entrañaba se le daba opción para otro embarazo con la expresa recomendación de atención médica, con idea de

practicarle histerectomía. En su tercera gestación a término, contraviniendo la indicación recibe atención empírica y sanitaria en su domicilio cursando el alumbramiento con severa hemorragia por retención placentaria. Comunicado el suscrito comprueba: Placenta ácreta y shock irreversible por hemorragia aguda severa, falleciendo a pocos segundos en el Hospital "Ntra. Sra. del Rosario".

3.— Otros casos.

Todos los demás especímenes clínicamente habían originado sangrado uterino anormal, plenitud pélvica, dorsalgia, polaquiuria, dismenorrea, etc.

El caso en una mujer no gestante y que presentó mioma pediculado con torsión de su base, constituyendo una emergencia que se solucionó favorablemente, habiéndose confundido el diagnóstico con Quiste de ovario a pedículo torcido.

En otro caso la extirpación del fibromioma se realizó 1 mes post partum a pesar de las molestias que originaba posponiéndose debido a los riesgos que la cirugía uterina implica para el feto.

En otra paciente en edad reproductiva, debido a fibroma de buen tamaño (4 x 3 cm.) intramural, se realizó miomectomía habiendo penetrado en cavidad uterina, se le aplicó drenaje transcervical para conservar la función uterina posterior. Su evolución favorable.

Los demás casos tratados estuvieron en grado de operabilidad. En varios se realizó histerectomía total debido a la miomatosis extensa, distorsión e

incompetencia uterina o por los síntomas demasiado molestos que originaban (sangrado disfuncional, dismenorrea, plenitud pélvica, compresión de otros órganos, etc.), además se tuvo en cuenta la edad no reproductiva de las pacientes.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Se concluye que todos los casos de fibromatosis uterina requieren en algún momento tratamiento quirúrgico, debiendo posponerse sólo cuando la edad reproductiva o gestación en la mujer lo impida, pues el crecimiento y formación de otros miomas es progresivo, además de las múltiples molestias que origina.

Aumentar la campaña educativa general, alertar sobre los procesos fibromatosos, que a pesar de ser benignos deben tratarse y evitar su desarrollo extremo o el triste desenlace, presentado en uno de nuestras pacientes.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— Esteves F. A. y col.: Histerectomía total. Patología Cuerpo Uterino. Boletín III Cong. Per. Ginec. y Obst. 1968, p. 910-915.
- 2.— Greenhill sp.: Cirugía Ginecológica. Edit. Interamericana S. III Edic. México, 1963, p. 311.
- 3.— Moragues: Clínica Obstétrica. Clínicas Quirúrgicas Norteamérica, Junio 1966. p. 411.
- 4.— Wier W. C. A.: A Statical report of 1914 cases of hysterecto. Am. J. Obst. and Gynec. 42: 285, 1941.