

MANEJO DEL FIBROLEIOMIOMA EN EL ESTADO GRAVIDO – PUERPERAL

Víctor Tejada Fernández

SUMARIO

Se estudió 11 historias clínicas de fibroleiomiomas en el estado gravido-puerperal que se presentaron en 9552 partos atendidos en el Servicio de Obstetricia del Hospital Central del Norte del I.P.S.S., entre enero de 1971 y diciembre de 1980.

Se comprueba que su frecuencia es relativamente baja 0.11%. El promedio de edad de las pacientes fue de 36 años. Alrededor del 80% son primigestas y secundigestas. El 54.4% llegó a gestaciones a término y, en igual porcentaje, los miomas fueron diagnosticados preoperatoriamente. El tratamiento es esencialmente quirúrgico y de acuerdo a la función reproductiva. Se realizó miomectomía en el 72%; en 3 casos que no se realizó, se practicó posteriormente laparotomía en 2 casos, 1 por hipotonía uterina y otra por degeneración e infección tumoral.

El 54% fueron miomas únicos; predominaron los de 2 a 10 cm.

El 72% fueron miomas subserosos y el 90.9% se encontraron en el cuerpo uterino. Las complicaciones fueron por degeneración e infección puerperal e hipotonía uterina, por lo que se realizó histerectomía en 2 casos. No se encontró intervenciones operatorias por esta causa durante la gestación. En el 35.4%, los miomas causaron presentaciones fetales anormales.

INTRODUCCION

Existen numerosos reportes referentes a la interdependencia entre esterilidad y fibroleiomatosis uterina. Algunos autores (3) refieren que es más frecuente en negras que en blancas y que los miomas de tamaño mediano y grande pueden ser la causa de una esterilidad relativa.

En muchos casos, la asociación de un mioma con embarazo carece de significado; mientras que, en otros, los tumores tienen importancia obstétrica considerable, por las siguientes razones: 1) pueden disminuir las posibilidades de concepción; 2) incrementan la probabilidad de aborto; 3) pueden provocar síntomas graves de compresión; 4) si se sitúan en el segmento inferior o el cuello, pueden dar origen a una distocia grave; 5) favorecen la producción de presentaciones anormales; 6) pueden interferir con la dinámica uterina; 7) a veces, dificultan el desprendimiento

de la placenta si son submucosos o intersticiales; 8) pueden sufrir cambios degenerativos (1.3.4.6.7.10.11)

En el presente trabajo, se estudia la casuística en nuestro Hospital para determinar la conducta seguida y dar nuestra opinión en el manejo del fibroleiomioma en el estado gravido puerperal.

MATERIAL Y METODOS

Se ha realizado un estudio retrospectivo de las historias clínicas de los partos producidos en el Servicio de Obstetricia del Hospital Central del Norte del Instituto Peruano de Seguridad Social, en el período de 10 años comprendidos entre enero de 1971 y diciembre de 1980. Se encontró 11 casos de miomatosis uterina en el estado gravido-puerperal y que corresponden a 10 partos por cesárea y 1 caso a parto eutócico. Estos resultados han sido tabulados y presentados en tablas para su discusión. El número de partos atendidos en este período fue de 9552.

DISCUSION

La coexistencia de fibroleiomatosis y gestación se comprobó en 11 casos de los 9552 partos atendidos, lo que representa 0.11%, cifra similar a la reportada por otros autores (1.3.4.9).

NAVA y Col. presentan el siguiente cuadro comparativo:

Tabla 1.- Mioma y gestación

	FRECUENCIA
Ahlfeid	0/0 1
Alvarez Bravo	0.57
Cambell	0.43
Douglas y Strome	1.70
Damonte	5
Castelazo	0.02
Nava	0.13

EDAD: en nuestra serie, la edad mínima fue 24 años y la máxima 40; el promedio fue 36 años, similar a lo reportado por otros autores (1.3.9). La razón sería de que, dentro de este período, existe vida genital activa y las posibilidades de miomatosis son mayores por la edad.

Tabla 2.- Miomatosis gravido puerperal
Edad

Edad	No.	%
20 - 24	2	18.2
25 - 30	2	18.2
31 - 35	4	36.3
36 - 40	3	27.3

Se encontró, dentro de los antecedentes obstétricos, que el 54.5% fueron primigestas, el 27.3% secundigestas y el 18.2% multíparas (Tabla 3). De esto se puede colegir que las pacientes afectadas por esta neoplasia uterina, probablemente estrógeno dependiente, presentan, antes de la formación del tumor, ciclos anovulatorios hiperestrogénicos que explican la disminución del promedio de embarazos por un lado y, por otro, que dicho estrogenismo persistente sea factor importante en la génesis tumoral (3.4.9).

Tabla 3.- Miomatosis gravido puerperal
gravidez

	No.	%
Primigestas	6	54.5
Secundigestas	3	27.3
Multigestas	2	18.2

El diagnóstico de un embarazo complicado por miomas no resulta siempre fácil. La paciente confunde, a veces, la hemorragia intermitente, que resulta de una mala implantación, con su flujo menstrual y no se considera embarazada durante varios meses, o incluso hasta que se produce el aborto. (1.3.6.9.). En nuestra casuística, el diagnóstico fue preoperatorio en el 54.5% en el 45.5% fue intraoperatorio.

La conducta frente a la fibromiomatosis en el estado grávido puerperal varía de acuerdo a la duración del embarazo, el tamaño, número y localización de los miomas, la edad y antecedentes obstétricos de la paciente, así como el tipo y gravedad de los síntomas; son algunos de los factores que determinan el procedimiento que se ha de seguir en cada caso.

PERIODO PRE NATAL

Las opiniones varían sobre la miomectomía. Ingersol (4.5) afirma que la extracción de los miomas submucosos e intersticiales produce el 50% de posi-

bilidades de embarazo. Otros tumores (3) refieren que el porcentaje es mucho menor. En nuestra casuística se encontró antecedente de este tipo. Son importantes las laparoscopia y la ecografía.

DURANTE LA GESTACION

Si no se producen síntomas graves durante el embarazo, la intervención operatoria deberá posponerse hasta poco antes del momento esperado del parto, ya que el tumor puede modificar de tal manera su forma o posición, que resulte innecesaria la operación desde el punto de vista obstétrico (1.3.6.7.9.11). Actualmente es de gran ayuda en el diagnóstico de miomatosis uterina el ultrasonido y la ecografía (8.12).

En nuestra serie (Tabla 4) se encontró que el 45.5% correspondieron a gestaciones pretérmino y el 55.5% a gestaciones a término. No se encontró gestaciones posttérmino.

Tabla 4.- Miomatosis gravido puerperal
tiempo de gestación

Semanas	No.	%
Menos de 38	5	45.5
38 a 40	6	55.5
Más de 40	0	00.0

Dentro de las alteraciones tumorales en el embarazo, los autores (1.2.3.6.9) refieren los siguientes: 1) un aumento volumétrico por la hipertrofia, hiperplasia e hiperemia de las fibras musculares, así como reblandecimiento por edema; 2) el fibromioma cambia de forma y se aplana, lo que puede dar la sensación de que ha desaparecido; 3) el tumor se desplaza en relación a las capas uterinas o en diferentes niveles del útero; asimismo, los pélvicos se tornan abdominales, debido a la formación del segmento por las contracciones uterinas, cambiando así el pronóstico obstétrico; 4) el fibromioma origina cuadros dolorosos agudos o no, por las modificaciones intrínsecas del tumor, especialmente en la degeneración roja; 5) predisponen a presentaciones fetales anormales, entre otras.

En nuestra serie se encontró 4 casos de presentaciones anormales (36.4%) que correspondieron 1 a presentación podálica, 1 a occipitoposterior persistente, 1 a situación transversa y 1 causó desproporción cefalopélvica (Tabla 5).

En nuestra serie, se presentaron 10 partos por cesárea y 1 fue eutócico.

Tabla 5.- Miomatosis gravido puerperal
Distocias

	No.	%
Occipitoposterior	1	9.1
Podálico	1	9.1
Situación transversa	1	9.1
Desproporción cefalopélvica	1	9.1
	4	36.4

Es necesario, poco antes de la fecha esperada de ingreso, realizar un examen obstétrico minucioso. Si se encuentra que el tumor está sumamente encajado en la pelvis, la operación cesárea tiene que realizarse antes del inicio del parto, y tiene que ir seguida de histerectomía cuando esté indicado. Los miomas muy grandes o con degeneración extensa, a menudo requieren histerectomía. No estamos en favor de la miomectomía amplia en el momento de la operación cesárea, debido al incremento de la incidencia de hemorragia e infección puerperal. Los miomas pedunculados pueden extraerse con mayor libertad tratando de evitar cualquier disección de la pared uterina. Sin embargo, si no existe peligro aparente de impacto y es probable el parto espontáneo, se puede permitir que comience el trabajo de parto. Cuando se comprueba que el pronóstico fue errado y sobreviene la obstrucción, es preciso realizar la operación cesárea de inmediato (1.2.3.6.9).

En nuestra casuística, se realizó 11 intervenciones quirúrgicas: 10 fueron cesáreas y 1 laparatomía post-parto eutócico. En 8 casos (72.7%) se realizó miomectomía, en los 3 casos restantes se decidió observación, realizando posteriormente histerectomía en 2 casos.

Se encontró que el 90.9% fueron miomas corporales, el 9.1% fue segmentario (Tabla 6).

Tabla 6.- Miomatosis gravido puerperal
Localización tumoral

	No.	%
Coporal	10	90.9
Segmentario	1	9.1
Cervical	0	0.0

El 72.7%, 8 casos, fueron subserosos y 3 casos, 27.3%, fueron intramurales; no se encontró submucosos (Tabla 7).

Tabla 7.- Miomatosis gravido puerperal
Situación tumoral

	No.	%
Subseroso	8	72.7
Intramural	3	27.3
Submucoso	0	0.0

Las causas de las cesáreas fueron las siguientes: (Tabla 8)

Tabla 8.- Miomatosis gravido puerperal
Cesáreas

Diagnóstico	No.	%
Primigesta podálico	1	10
Desproporción cefalopélvica	1	10
Occipitoposterior persistente	1	10
Miomectomía previa a la gestación	1	10
Miomatosis uterina	2	20
Situación transversa + miomatosis	1	10
Cesareada anterior:		
— Por miomatosis	2	20
— Por otra causa	1	10

De acuerdo al tamaño (Tabla 9), se encontró que el 72.8% corresponden a miomas de 2 a 10 cms., similar a lo reportado por otros autores (9).

Tabla 9.- Miomatosis gravido puerperal
Tamaño tumoral

Centímetros	No.	%
Menor de 2	2	18.2
2 a 4	5	45.5
5 a 10	3	27.2
mayor de 10	1	9.0

El 54.5% fueron miomas únicos; en 2 casos se encontró 3 miomas (18.2%) y múltiples en 3 casos (27.3%). Estas cifras son similares a las reportadas por otros autores (3.9) (Tabla 10).

Tabla 10.- Miomatosis gravido puerperal
Número de miomas

	Casos	%
1 mioma	6	54.5
2 miomas	0	0.0
3 miomas	2	18.2
Más de 4	3	27.3

PUERPERIO.— La terminación del parto no indica necesariamente que todo el peligro ha pasado, ya que el tumor degenera, a veces, durante el puerperio. La fiebre y el dolor abdominal sugieren este diagnóstico o, en algunos casos, la hipotonía uterina, lo que hacen necesaria la laparatomía (1.3.6.9).

En los 3 casos en que se observó los miomas post-parto, se presentó degeneración e infección tumoral en un caso, en otro hipotonía uterina persistente. En ambos casos fue necesario practicar histerectomía abdominal total, un caso cursó sin complicaciones (Tabla 11).

Tabla 11.- Miomatosis gravido puerperal
Complicaciones del puerperio

Complicación	No. miomas	Tamaño	Casos	o/o
Degeneración + infección	1	13 cms	1	33
Hipotonía uterina	múltiples	2 a 4	1	33
Sin complicación	3	3 a 4	1	33

El número y tamaño de los miomas en estos casos se detalla en la tabla 11.

CONCLUSIONES

1. La coexistencia de fibroleiomas y gestación es más bien rara; nosotros encontramos el 0.11%.
2. El promedio de edad fue de 26 años, tiempo en el cual adquiere la neoplasia su máxima expresión.
3. Es más frecuente entre la primera y segunda gestación.
4. El diagnóstico no es siempre fácil, siendo de gran ayuda el ultrasonido y la ecografía.
5. Durante el embarazo es conveniente tratar de evitar la miomectomía hasta donde sea posible.
6. El tratamiento es básicamente quirúrgico, aunque se puede efectuar prueba de trabajo de parto si no hay contraindicación obstétrica y tumoral.
7. Durante el puerperio es conveniente el control riguroso, ya que se pueden presentar complicaciones, tales como degeneración e infección tumoral, hipotonía, etc.
8. La fertilidad y futuro obstétrico quedan seriamente comprometidos, ya que se realiza cesáreas, miomectomías o histerectomías.

BIBLIOGRAFIA

- ALVAREZ BRAVO y Col, Evaluación de los síntomas que acompaña a la fibromiomatosis uterina. *Ginec.Obstet.Mex.*15:25, 1960.
- BROWN, J.M.; MALKASIAN, G.D.; AND SYMMONDS, R.E., Abdominal myomectomy. *Amer.J. Obstet.Gynec.* 99:126, 1967.
- HELLMAN, L. Y PRITCHARD, J., *Obstetricia de Williams*. 1ra. Edición, 1975, pág. 800.
- INGERSOL, F.B., Fertility following myomectomy. *Fertil Steril*: 14:596, 1963.
- INGERSOL, F.B.; AND MALONE, L.J., Myomectomy an alternative to hysterectomy. *Arch.Surg.* 100:557, 1970.
- LEON, J., *Tratado de Obstetricia*. Toma II. 2da. edición. Pág. 181, 1967.
- MATTINGLY, R.F., *Ginecología operatoria*. 5ta. edición "El Ateneo" pág. 430, 1977.
- MEJIA, A.; BOTERO, D.; RUIZ, M., La imagenología en el estudio abdominal. *Tríbuna Médica*. 582: 88, 1980.
- NAVA SANCHEZ, R. y col, El fibroleioma y el estado grávido puerperal. *Ginec.Obstet.Mex.*31: 305, 1972.
- NOVAK, E.; JONES, G.; JONES, H., *Tratado de Ginecología*. 8va. edición, 1970.
- PARKS, J., AND BARTER, R.H., The myomatous uterus complicated by pregnancy. *Amer.J.Obstet. Gynec.*63:260, 1952.
- THOMPSON, H.E. et al, Ultrasound a diagnostic aid in diseases of the pelvis. *Am.J.Obstet.Gynec.*105: 639, 1969.