

MIOMA UTERINO GIGANTE EN UNA ADOLESCENTE VIRGEN.

César Gastón Cabezas Tamayo^{1,2, a,b,c} Ramón David Díaz Baldeón^{1,d}

RESUMEN

Mestizo de raza paciente, 15 años, sin antecedentes de embarazos, partos o abortos, virgen. Asiste a consulta emergencia Pan American Hospital Clínic. porque hace dos meses se refiere a aumentado su ciclo menstrual. Se asocia a dolor hipogástrico; sensación de masa en abdomen, sintiendo su masa tumoral grande que se acerque a la región umbilical. Síndrome anémico. Facies pálida. Para llevar a cabo un examen físico, encontramos a través de la pared abdominal, una masa de unos 20 cm, al llegar cerca del ombligo. Por la virginidad del paciente, no se pudo realizar tacto vaginal. Eres los siguientes exámenes complementarios: hemoglobina: 7grs/L, hematocrito: 22%. VIH-negativos. Glucemia 80 mg, 1 mg, ácido úrico 4 mg, 10 NNP, proteína total 6,4 g de creatinina, proteínas 4 g y globulinas 2,4 g, sodio 135 mEq/l, potasio 4,5 mEq/l, cloro 97 mEq/l, Rx tórax normal. Evaluación cardiológica de riesgo I / IV. CA 125 25 (VN hasta 35). El ultrasonido abdominal no revela visceromegalias, Eco pélvico sobresale tumor grande que hace cuerpo con el útero, 18 cm de longitud, masa sonotransparente que deforma el útero y inhomogeneo y Tomografía Axial Computarizada examen confirma la presencia de tumor grande, uterino, sin observar las cadenas ganglionares, invasión local del tumor o calcificaciones. Preoperatorio

. Diagnóstico preoperatorio: mioma uterina de grandes elementos en adolescente virgen, anemia hemorrágica aguda. Se transfunden RHB +, dos unidades de glóbulos rojos de IV concentrado. Se efectúa miomectomía y reconstrucción de su cara posterior del fondo uterino para el istmo uterino, respetando las arterias uterinas y la cavidad endometrial, aprovechando los planos de la hendidura del tumor grande.

PALABRAS CLAVE

Mioma uterino gigante en una adolescente virgen. Miomectomía.

SUMMARY

Patient race mestizo, 15 years, without a history of pregnancies, births or abortions, Virgin. She attends Pan American Clinic Hospital emergency consultation. because two months ago it concerns increased your menstrual periods. It is associated with hypogastric pain; feeling of mass in abdomen, feeling his large tumor mass that comes close to the umbilical region. Anemic syndrome associated. Pale facies. To perform a physical examination, we find through the abdominal wall, a mass of about 20 cm, arriving near the navel. By the virginity of the patient, could not perform vaginal touch. You are the following complementary tests: hemoglobin: 7grs/L, hematocrit: 22%. HIV-negative. Glycaemia 80 mg, creatinine 1 mg, uric acid 4 mg, NNP 10, total protein 6.4 g, protein 4 g and globulins 2.4 g, sodium 135 mEq/l, potassium 4.5 mEq/l, chlorine 97 mEq/l, Rx thorax normal. Cardiological assessment risk I/IV. CA 125 25 (up to 35 VN). Abdominal ultrasound not visceromegalias, pelvic echo protrudes large tumor that makes body with the uterus, measuring 18 cm in length, mass sonolucent which deforms the uterus and inhomogeneous and computerized Axial Tomography examination confirms the presence of large tumor, uterine, without observing ganglion chains, local tumor invasion, or calcifications. Preoperative diagnosis:

Uterine myoma of large elements in adolescent Virgin, Acute hemorrhagic anaemia. RHB +, two units of IV concentrated red blood cells are transfused. It was total myomectomy and reconstruction of its back face from uterine fundus to the uterine isthmus, respecting the uterine arteries and the endometrial cavity, taking advantage of the large tumor cleavage planes.

KEYWORDS

On as virgen teen giant fibroid. Myomectomy.

INTRODUCCIÓN

Las tumoraciones pélvicas son hallazgos frecuentes en la clínica y se forman tanto en órganos reproductores como en las estructuras no ginecológicas. Algunas veces se identifican en una mujer asintomática durante una exploración pélvica sistemática y otras generan síntomas.

Las molestias típicas son dolor, sensación de presión, dismenorrea y hemorragia uterina anormal. La mayor parte de los tumores pélvicos es de naturaleza adquirida, pero unos cuantos constituyen anomalías congénitas

Los leiomiomas son neoplasias benignas de músculo liso que por lo general se originan en el miometrio. Su frecuencia en las mujeres es del 20% al 25%, pero pueden alcanzar hasta el 70% a 80%, en los estudios histopatológicos o ecográficos^{1,2}

Entre los factores más frecuentes de riesgo de mioma uterino se encuentran: la edad. En el estudio de Day Baird et al³, la frecuencia acumulada hacia los 50 años de edad era aproximadamente de 70% en las mujeres caucásicas y mayor del 80% en mujeres latinoamericanas y de raza negra en Estados Unidos de Norteamérica. Casos esporádicos como la de Bekker et al (2004), apoyan su baja frecuencia en adolescentes⁴ La herencia participa en la predisposición a la mutación inicial que fomenta la formación de leiomiomas. Los estudios realizados en familias gemelas demuestran que el riesgo de que formen leiomiomas es dos veces mayor en mujeres con familiares en primer grado con estos tumores^{5,6}; principalidad, la obesidad, la peri menopausia, y la alta concentración de estrógenos y

PROGESTERONA

Aspecto patológico, macroscópico, los leiomiomas poseen una anatomía distinta de la del miometrio que los rodea por una capa de tejido conjuntivo, siendo esta disposición importante desde el punto de clínico, porque permite enuclear los leiomiomas durante la intervención quirúrgica. En la histología, se observan células de músculo liso alargadas que forman haces dispuestos en ángulos rectos. La actividad mitótica es rara y constituye un punto claro para distinguirlos de los leiomiomas⁷.

Los leiomiomas pueden sufrir degeneración frecuente por su irrigación limitada, tienen una densidad arterial menor que la del miometrio sano circundante, observando que no tienen organización vascular in-

trínseca lo que los hace vulnerables a la isquemia^{8,9}.

Las degeneraciones miomatosas se acompañan de dolor agudo.

Citogenética. Cada leiomioma se origina a partir de un solo miocito, cada mioma tiene origen genético independiente^{10,11}. La mutación primaria que origina la tumorigénesis se desconoce, un 40% de los leiomiomas tienen defectos del cariotipo (Se han identificado varios defectos singulares de los cromosomas 6, 7, 12, 14 que se correlacionan con la frecuencia y la dirección en la que crece el tumor.

CONTRIBUCIÓN HORMONAL.

Estrógenos. Los leiomiomas uterinos son tumores sensibles a los estrógenos y la progesterona. Se forman durante la edad reproductiva, sufriendo regresión en tamaño como en frecuencia después de la menopausia. Los esteroides sexuales regulan su efecto estimulando o inhibiendo la transcripción y producción de factores de crecimiento celular. Los leiomiomas crecen en un ambiente hiperestrogénico, requisito para su crecimiento y mantenimiento.

En relación al miometrio sano, los leiomiomas contienen mayor cantidad de receptores estrogénicos, con mayor fijación de estradiol. Estos tumores convierten menor estradiol en estrona, que es más débil. Un tercer mecanismo descrito por Bulun et al¹² comprende concentraciones más elevadas de aromatasa de citocromo P450 en los leiomiomas con comparación con los miocitos sanos.

Esta isoforma específica del citocromo cataliza la conversión de andrógenos en estrógenos en diversos tejidos. Las mujeres obesas producen mayor concentración de estrógenos por la mayor conversión adiposa de andrógenos en estrógenos y presentan mayor producción hepática de globulina transportadora de hormonas sexuales.

Tabaquismo induce menor formación de leiomiomas¹³, puesto que el tabaco altera el metabolismo de estrógenos y reduce la concentración sérica de los estrógenos activos.

El objetivo de este trabajo es presentar el caso poco frecuente de una adolescente de 15 años, virgen con un mioma uterino gigante intramural que abarca toda la cara posterior del útero hasta llegar a la región supra cervical y hacia los ligamentos anchos, limitada en toda su extensión por las arterias uterinas que la rodean.

1 Hospital Militar HGIIDE
2 Facultad De Ciencias Medicas Universidad De Guayaquil
a Especialista en Ginecología Obstetricia.
b Fellow American College of Surgeons.
c Magister en Salud y Desarrollo Local U.T.P.L
d Especialista Universitario En Ginecología Y Obstetricia

Correspondencia
Dr César Gastón Cabezas Tamayo, Facs, Msc
Hospital Militar HGIIDE
Cirugía General
Email: ccabezas@gye.satnet.net
Celular: 0999067919 - 0968140112
Guayaquil - Ecuador

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente femenina de la raza mestiza, 15 años, sin antecedentes de gestaciones, partos ni abortos, virgen. Acude a la consulta de emergencia de Hospital Clínica Panamericana, porque hace dos meses refiere aumento de sus menstruaciones. Asocia dolor en hipogastrio; sensación de masa en abdomen, palpando gran masa tumoral que llega cerca de la región umbilical. Asocia síndrome anémico. Facies pálidas.

Al realizar el examen físico encontramos a través de la pared abdominal, una tumoración de unos 20 cm, que llega cerca del ombligo. Por la virginidad de la paciente, no se pudo realizar el tacto vaginal.

Se le realizan los siguientes exámenes complementarios: hemoglobina: 7grs/L, hematocrito: 22%. VIH negativos. Rh B+. Glicemia 80 mg, creatinina 1 mg, ácido úrico 4 mg, NNP 10, proteínas totales 6,4 grs, albúminas 4 gr y globulinas 2,4 gr, Sodio 135 mEq/l, potasio 4,5 mEq/l, Cloro 97 mEq/l, Rx Tórax normal. Valoración cardiológica riesgo I/IV. Ca 125 25 (VN hasta 35).

Ecografía abdominal no visceromegalias, sobresale al eco pélvico gran tumoración que hace cuerpo con el útero, mide 18 cm de longitud, masa sonotransparente que deforma al útero e inhomogéneo y al examen de resonancia magnética nuclear confirma la presencia de gran tumoración uterina intramural, sin observar cadenas ganglionares, invasión tumoral local, y/o calcificaciones.

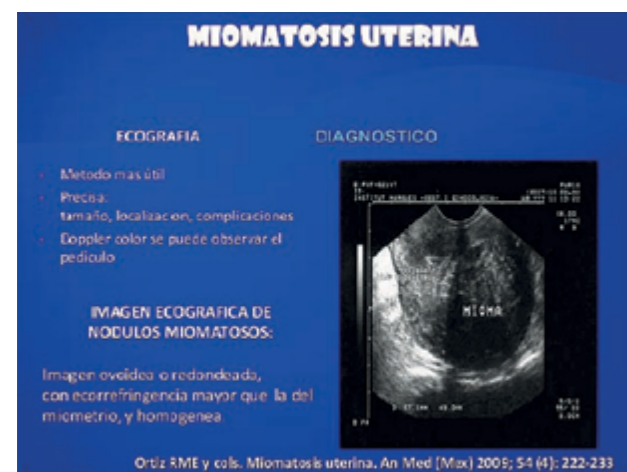


Figura 1. Mioma intramural.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

1. Embarazo Normal.
2. Quiste Ovárico
3. Endometriosis
4. Embarazo Ectópico
5. Carcinoma De Utero.

6. Riñon Ectópico.

Diagnóstico Preoperatorio: Mioma uterino de grandes elementos en mujer adolescente virgen, anemia hemorrágica aguda. RHB+, se transfunden dos unidades de glóbulos rojos concentrados IV.

Ingreso el 2 de Agosto del 2013, se opera el 4 de Agosto del 2013.

Luego de la transfusión el hematocrito se recupera a 32 % y la hemoglobina a 10 grs. Tiempo de protrombina 12 segundos, trombotoplastina parcial 25 segundos.

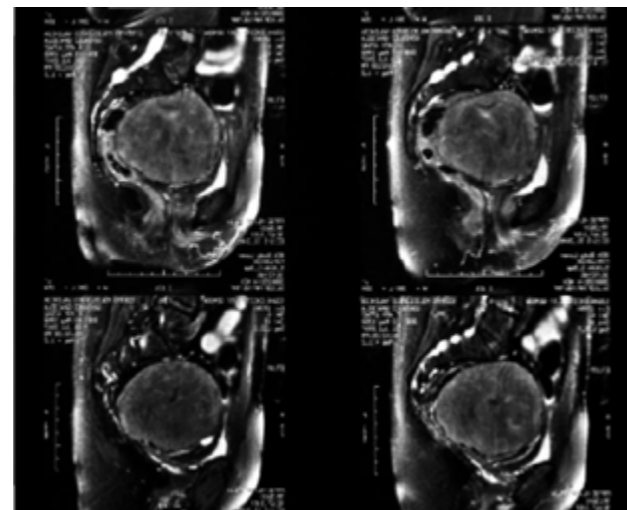


Figura 2. Resonancia magnetica nuclear demostrando leiomioma.

Valoración pre anestésica normal.

Se procede a la cirugía, bajo anestesia general efectuando incisión mediana infra umbilical, exponiendo el útero, sobresaliendo la tumoración que abarca toda la pared uterina posterior desde el fondo uterino hasta la región ístmica, por los lados se extiende hacia los ligamentos anchos y teniendo como limites las arterias



Figura 3. Reconstrucción uterina luego de extirpar un gran mioma en adolescente virgen.

uterinas ascendentes y descendentes y el endometrio en su profundidad. Se efectúa disección de toda la tumoración, hacia el fondo uterino, hacia el istmo, hacia las arterias uterinas, aprovechando el plano de disección, extrayendo en su totalidad la gran tumoración, observando que se llega hasta la vecindad de la cavidad endometrial, respetando el endometrio, ligando los pedículos con Vicryl 0, cromado 1, obliterando el gran defecto dejado por la tumoración, reparando en su totalidad el útero y restableciendo la anatomía.

RESULTADOS

En su postoperatorio, se prescribe ceftriaxona IV, clindamicina IV, ketorolaco para su dolor IV, terapia respiratoria, observando alzas térmicas a 38 a 39 grados detectando en ecografía de control liquido en área de miomectomía, siendo tratada en su postoperatorio por el Dr. Daniel Rodríguez Clínico Internista, evolucionado sin complicaciones y alta a los 7 días de la cirugía. Egreso 11 de Agosto del 2013. La histopatología reveló el diagnóstico de Leiomioma gigante intramural de 16 cm, sin cambios malignos.

Controles posteriores a los tres, seis meses, paciente se ha restablecido de manera excelente, restableciendo sus menstruaciones a tres días, no refiere dismenorreas y las ecografías de control no se detecta patología uterina y/o anexial.

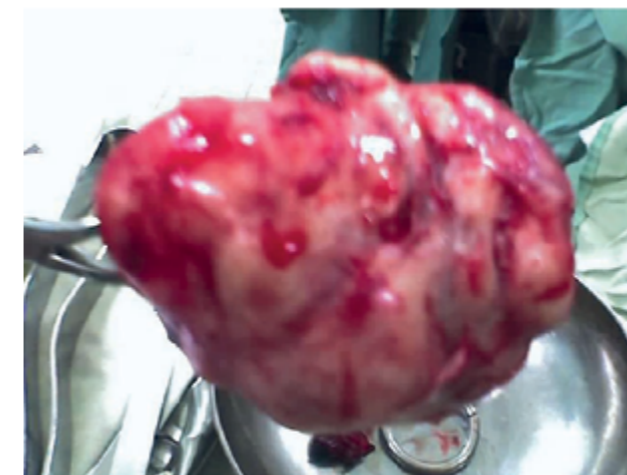


Foto 1: Gran tumoración uterina intramural extirpada en adolescente virgen.

DISCUSIÓN

La miomectomía en esta joven mujer adolescente de 15 años, en peligro de perder su útero, razones, por las que su familia y la paciente estaban preocupados por la posibilidad de una histerectomía, dejándola estéril. Se le explico el procedimiento a realizar, sus peligros y complicaciones. Nuestra misión era mante-

ner su fertilidad, conservando su útero. Requisito para el éxito de las miomectomías, con pacientes anémicas se necesitan no menos de dos paquetes globulares, más aún, si el grupo de sangre de la paciente del caso es RhB+.

CONCLUSIONES

La miomectomía en el caso de ésta adolescente joven, que podría haber finalizado en histerectomía, se aprovecharon los planos de clivaje de la tumoración, luego de su extirpación, respetando los vasos uterinos, el endometrio, y la reconstrucción total de la cara posterior del útero, que se logró con éxito.

La paciente desarrollo fiebre de 38 a 39 grados, por colección hemática en el área de miomectomía, detectada por ecografía resolviendo con el tratamiento antibiótico, destacando la actuación del clínico internista Dr. Daniel Rodríguez como un miembro más del equipo médico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Butram VC Jr.,Reiter RC: Uterine leiomyomata: etiology, symptomatology, and management. Fertil Steril 36:433,1981
2. Cramer SF, Patel A:The frequency of uterine leiomyomata. Am J Clin Pathol 94:435, 1990.
3. Day Baird D, Dunson DB,Hill MC,et al: High cumulative incidence of uterine leiomyoma in black and white women: ultrasound evidence. Am J Obstet Gynecol 188:100, 2003
4. Bekker G, Gavrilescu T,Rickets – Holcomb I, et al : Syntomatic fibroid uterus in a 15-year-old girl. Int Surg 89:80,2004
5. Sato F, Mori M, Nishi M, et al: Familial aggregation of uterine myomas in Japanese women. J Epidemiol 12:249, 2002.
6. Vikhlyeva EM,Khoshaeva ZS, Fantschenko ND: Familial predisposition to uterine leiomyomas. Int Gynaecol Obstet 51:127,1995
7. Zaloudek C,Hendrickson M:Mesenchymal tumors of the uterus. In Kurman RJ (ed):Blaustein's Pathology of the Female Genital Tract. New York Springer-Verlag, 2002,p 577
8. Farrer Brown G, Beilby JO,Tarbit MH: The vascular patterns in myomatous uteri. J Obstet Gynaecol Br Commonw 77:967,1970.
9. Forssman I:Distribution of blood flow in myomatous uteri as measured by locally injected 133 Xenon. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica 55:101, 1976.
10. Mashai RD, Fejzo ML, Friedman AJ,et al: Analysis of androgen receptor DNA reveals the independent clonal origins of uterine leiomyomata and the secondary nature of cytogenetic aberrations in the development of leiomyomata. Genes Chromosomes Cancer 11:1,1994
11. Townsend DE,Sparkes RS, Baluda MC,et al: Unicellular histogenesis of uterine leiomyomas as determined by electrophoresis by glucose-6-phosphate dehydrogenase. Am J Obstet Gynecol 107:1168,1970
12. Bulun SE, Simpson ER, Word RA: expression of the CYP 19 gene and its product aromatase cytochrome P450 in human uterine leiomyoma tissues and cells in culture. J Clin Endocrinol Metab 78:736,1993
13. Daniel M, Martin AD,Faiman C:Sex hormones and adipose tissue distribution in premenopausal cigarette smokers. Int J Obe Relat Metab Disord 16:245,1992.