

Jaime Deza Moldes^a
Óscar Vaquerizo Ruiz^a
Carmen Gutiérrez Pérez^a
Beatriz Gómez García^a
Pilar Ablanedo^b
Secundino Villaverde Fernández^a

^aServicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. España.

^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. España.

Correspondencia:

Dr. J. Deza Moldes.
Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Central de Asturias.
Celestino Villamil, s/n. 33006 Oviedo. España.
Correo electrónico: elmiomin@yahoo.es

Fecha de recepción: 18/10/05.

Aceptado para su publicación: 10/4/06.

Abdomen agudo por rotura espontánea de un leiomioma uterino subseroso

Acute abdomen due to spontaneous rupture of subserosal uterine leiomyoma

RESUMEN

Aunque el dolor pélvico y la metrorragia son las alteraciones más frecuentemente asociadas al mioma uterino, el hemoperitoneo agudo por rotura de leiomioma subseroso es un hecho excepcional apenas recogido en la literatura médica internacional. Este artículo describe uno de los pocos casos conocidos de abdomen agudo por rotura espontánea de leiomioma uterino subseroso que hemos tenido ocasión de tratar en el Servicio de Ginecología del Hospital Universitario Central de Asturias. La edad de la paciente, la paridad, el tamaño del mioma y ciertas malformaciones vasculares uterinas son considerados factores de riesgo para este cuadro tan insólito, pero además, en nuestro caso, determinadas peculiaridades histológicas del tumor parecen tener cierta relevancia.

PALABRAS CLAVE

Leiomioma. Hemoperitoneo. Abdomen agudo.

ABSTRACT

Although pelvic pain and metrorrhagia are the disorders that are most commonly associated with uterine leiomyoma, acute hemoperitoneum due to rupture of a subserosal leiomyoma is an exceptional event that has scarcely been reported in the international medical literature. This article describes one of the few known cases of acute abdomen caused by spontaneous rupture of a subserosal uterine leiomyoma, which was treated at the Department of Gynecology of the Hospital Universitario Central de Asturias (Spain). Risk factors for this unusual entity are considered to be the patient's age and parity, as well as the size of the myoma and certain uterine vascular malformations; however, in this specific case, some histological peculiarities of the tumor seem to be of relevance.

KEY WORDS

Leiomyoma. Hemoperitoneum. Acute abdomen.

INTRODUCCIÓN

El leiomioma es el tumor pélvico ginecológico más frecuente, y está presente en el 50% de las mujeres en la quinta década de la vida. El 95% se localiza en el cuerpo uterino, y su lugar de implantación en el miometrio permite clasificarlo en subseroso, intramural o submucoso.

Aunque en el 98% de los casos es un tumor múltiple, las células de cada uno de los miomas tienen el mismo origen monoclonal, probablemente derivadas de restos de tejido embrionario o músculo liso vascular. Histológicamente, se compone de células de músculo liso bien diferenciadas con menos de 5 mitosis por 10 campos de gran aumento (CGA). Aunque el número de mitosis y atipias celulares definen sus características de benignidad, se han descrito leiomiomas sin atipias con hasta 15 mitosis por 10 CGA. Afortunadamente, la progresión a leiomiomasarcoma sólo se produce en el 0,1-0,5% de los casos, e incluso en éstos la relación etiopatogénica entre ambos tipos de tumores no está del todo clara¹⁻⁵.

El leiomioma es un tumor característicamente dependiente de hormonas, que aumenta de tamaño bajo ciertas circunstancias de hiperestrogenismo, como el embarazo. En algunos casos, la extraordinaria respuesta al estímulo hormonal hace insuficiente la vascularización del tumor, y pueden desarrollarse fenómenos isquémicos y degenerativos agudos (degeneración roja) o crónicos (degeneración hialina).

Tras las alteraciones del sangrado menstrual, el dolor pélvico es el síntoma clínico más frecuente. Este dolor puede oscilar desde una sensación vaga de pesadez pélvica hasta una dismenorrea franca. Los cuadros de dolor agudo se suelen relacionar con fenómenos isquémicos del tipo degeneración roja, pero tampoco es excepcional la torsión de miomas subserosos pediculados o miomas submucosos paridos.

Respecto de las alteraciones del sangrado menstrual, la menometrorragia, presente en el 30% de los casos, se relaciona con un aumento de la superficie endometrial, vascularización uterina, compresión del plexo venoso miometrial y ulceración del endometrio suprayacente. Algunos estudios sugieren la disregulación de factores histológicos de crecimiento con efecto sobre la angiogénesis y función vascular. En definitiva, la fisiopatología de los leiomiomas uterinos se debe a la interacción de factores hormonales y vasculares.

CASO CLÍNICO

Mujer nulípara de 39 años de edad, sin antecedentes médicoquirúrgicos de interés, que acude el 5 de diciembre de 2005 al Hospital Central de Asturias por un cuadro de dolor abdominal difuso e intenso, tipo regla, de aproximadamente 1 h de evolución. No presenta fiebre, clínica digestiva ni urinaria. Coincide con el tercer día de la menstruación y refiere historia de reglas dolorosas, pero de menor intensidad que en esta ocasión.

Entre sus antecedentes ginecológicos destaca la presencia de un útero polimiomatoso de un tamaño global equivalente a una gestación de 12 semanas. El primer informe ecográfico que lo describe (18 de febrero de 2003) refiere: «útero globuloso y heterogéneo por la presencia de múltiples nódulos hipoecogénicos, que en su mayor parte se sitúan en el espesor del miometrio, con tamaños que oscilan entre 1,3 y 4,7 cm. También se detecta un mioma subseroso en la región fúndica de 5,3 cm, y otro aparentemente submucoso en el segmento más distal del endometrio, de 1,5 cm». Otras dos nuevas ecografías, realizadas el 13 de febrero de 2004 y el 2 de agosto de 2004, no reflejan cambios significativos respecto a la primera.

La exploración física en urgencias es dificultosa por el dolor, pero se evidencia un útero miomatoso, irregular y duro con un tamaño equivalente a una gestación de 12 semanas. Los anejos no se pueden delimitar. El dolor está fundamentalmente localizado en la fosa ilíaca derecha, donde se palpa una masa que podría corresponder con el mioma subseroso conocido.

La analítica sanguínea al ingreso revela una hemoglobina de 12,2 g/dl, con un 36,4% de hematocritos, 13.200 leucocitos/ml y 370.000 plaquetas/ml. La coagulación sanguínea está dentro de la normalidad y el test de embarazo es negativo.

Se decide su ingreso hospitalario para observación, con tratamiento analgésico, y con el diagnóstico clínico de dismenorrea.

A las 2 h, la paciente presenta un cuadro de síncope e hipotensión (presión arterial de 80/40 mmHg). Se realiza un hemograma urgente, que revela 5,6 g/dl de hemoglobina (16,5% de hematocrito), y una tomografía computarizada (TC) abdominopélvica con contraste que muestra una gran cantidad de líquido libre compatible con hemoperitoneo masivo.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3969588>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3969588>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)