

CINCO CASOS DE MIOMECTOMIA DURANTE EL EMBARAZO

Por el DOCTOR HERNANDO ECHEVERRI V.

(Leída en la Sociedad de Obstetricia y Ginecología del Atlántico).

Es noción bien sabida que el fibroma complica el embarazo de múltiples maneras, pues no sólo dificulta la concepción misma, sino que perturba el curso normal de la gestación, el del parto, el alumbramiento y el puerperio. Algunos autores¹ prefieren decir que el embarazo complica al fibroma.

Si hacemos una somera enumeración de estas complicaciones vemos que la mayoría de las enfermas han tenido un período de esterilidad relativa y se presentan como primíparas añejas. Según parece dicha esterilidad se debe tanto, o más, a la disfunción ovárica concomitante que ha dado origen al tumor, como a la acción mecánica de éste que distuerce la cavidad uterina o comprime el lumen de las trompas. De ahí que la concepción se haga más fácilmente cuando ya el ovario empieza a decaer y la menopausia se aproxima².

Durante la gestación las presiones a que queda sometido el huevo por el tumor o tumores, así como la falta de desarrollo de un buen corión motivado por la proximidad del tejido tumoral, explican la frecuencia del aborto dos veces más común que en los embarazos normales^{2, 3, 4} y del parto prematuro.

En el parto hay que tener presente las presentaciones viciosas ocasionadas por la falta de espacio para una buena acomodación, la inercia uterina así como, y principalmente, la obstrucción completa del canal genital por un fibroma enclavado en la pelvis.

El alumbramiento se caracteriza por una mayor predisposición a la hemorragia, ya sea por adherencias de la placenta al tumor, o por la atonía del músculo uterino. Las retenciones placentarias no son escasas durante este período, y son debidas a la distorción de la cavidad o a las adherencias placentarias, como ya se anotó.

Finalmente durante el puerperio la morbilidad se eleva y la involución se retarda.

En todas estas complicaciones que el fibroma puede ocasionar al embarazo, parto, alumbramiento y puerperio, importa tener en cuenta no sólo el número y la localización de los tumores —submucoso, intramural y subseroso— sino también su volumen, pues por su peso y tamaño pueden ocasionar una verdadera encarcelación de la matriz, o por cualquier deficiencia en su irrigación dar lugar a la llamada "degeneración roja", entidad ésta que puede presentarse en cualquier período y que se acompaña de dolores, leucocitosis, sedimentación elevada⁵ y fiebre cuando ya la necrosis está bien establecida.

El dolor que acompaña la degeneración de los fibromas es un síntoma bastante frecuente y a veces tan intenso que obliga a las enfermas a pedir la intervención quirúrgica. Greenhill⁵ lo encuentra con menor o mayor intensidad en la mayoría de sus casos. Duckering⁶ en un 15% de los suyos, y de éstos el 50% necesitaron hospitalización; pero agrega que el solo dolor no requirió la intervención si no iba acompañado de otros síntomas.

El tratamiento médico aconsejado en casos de dolores, y que se puso en práctica en todos los nuestros, consiste principalmente en reposo en cama, ayudado de ejercicios en posición genu-pectoral para luchar contra el enclavamiento de la matriz o del tumor, así como de los analgésicos y de un poco de psicoterapia como lo recomienda Duckering⁶ pues si la enferma comprende la causa de su dolor puede sobrellevarlo mejor. En el Policlinic Hospital de Nueva York oímos recomendar el uso de la penicilina en tales casos, porque sostienen que, además de la degeneración y el edema concomitante, hay siempre una infección sobreagregada. Este último método no fue usado en nuestras pacientes.

El tratamiento quirúrgico, como es natural, va en último lugar. Se trata ante todo de llevar el embarazo hasta el término de viabilidad del feto para hacer una cesárea, con o sin miomectomía, según las facilidades del caso. La miomectomía antes de éste término no es recomendada por la mayoría de los autores^{1, 2, 6}, por su alto porcentaje de abortos. Pero casos se han visto en que se ha recurrido a operaciones tan radicales como la histerectomía.

HISTORIAS

En los casos que referimos a continuación el dolor intenso y persistente, que no cedió al tratamiento médico, así como el enclavamiento del tumor, fueron la causa de las intervenciones.

HIST. N^o 1.—En marzo 3 de 1945 se presentó la señora L. de M., de 34 años de edad. Casada hacía cinco años, sin hijos, ni abortos. Su última regla fue en octubre de 1944 y su fecha probable era para julio 9 de 1945. Venía enviada por otro médico con el diagnóstico de quiste del ovario derecho enclavado en la pelvis y embarazo de cinco meses. Hacia dos meses había tenido escalofríos y fiebre y en la orina se encontraron células de pus. Vino especialmente por un dolor en el hipogastrio que se le presentó 15 días antes, intermitente al principio y que últimamente no la dejaba dormir. No había tenido manchas sanguíneas ni tenía fiebre. El examen de orina fue esta vez normal. Se quejaba de flujo abundante sin rasquiña.

Al examen ginecológico se notaba que la pelvis estaba llena por una tumoración redonda, de unos 8 centímetros de diámetro, ligeramente renitente y dolorosa a la presión. La matriz estaba rechazada hacia la izquierda y había girado hacia atrás, pues el cuello se tocaba un poco por detrás de las sínfisis. Daba la impresión de que la matriz y el tumor fueran independientes.

Después de 8 días de reposo en cama y en vista de que antes de mejorar empeoraba, fue sometida a una laparotomía exploradora el 18 de marzo con el diagnóstico dudoso entre quiste y fibroma de la cara posterior. En la intervención se encontró un fibroma insertado en la cara anterior un poco hacia el borde izquierdo que había hecho girar la matriz invirtiéndola casi completamente, de tal manera que su cara anterior era la posterior y viceversa. Una vez puesto el útero en posición normal la enucleación del fibroma fue fácil, sin hemorragia, no obstante la vecindad de los vasos.

En el post-operatorio tuvo un escalofrío grande 18 horas después de la operación, seguido de fiebre de 40; el escalofrío se repitió 8 horas más tarde. El examen de orina con sonda dio abundantes células de pus. Con tratamiento apropiado la enferma mejoró rápidamente. No hubo amenaza de aborto ni meteorismo exagerado. Los ruidos fetales se escucharon bien al tercer día. Como preventivo del aborto se le dieron 10 miligramos de progesterona tres días antes y tres días después de la intervención.

Esta enferma dio a luz un niño a término el día 3 de julio de 1945, después de un trabajo de 24 horas. Ni durante el período de dilatación, ni el de expulsión se quejó de dolores que hicieran sospechar peligro de ruptura uterina. Su parto fue espontáneo y su alumbramiento y puerperio normales.

HIST. N.º 2.—Señora C. de H., de 39 años de edad. Tubo un hijo hace 15 años, en todo ese tiempo no usó contraceptivos. Menstruaciones normales, 28×4 . Su última regla fue el 7 de diciembre de 1947 y su fecha probable de parto era para septiembre 14 de 1948. El 20 de abril de 1948 vino a mi consultorio con dolores rebeldes a todo tratamiento desde 15 días antes. Venía enviada por su médico con el diagnóstico de fibroma enclavado de la pared posterior y embarazo de 4 meses.

Al examen ginecológico se notaba una tumoración de unos 7 centímetros de diámetro que llenaba la cavidad de la pelvis, dolorosa y fija; la matriz se tocaba hacia adelante del tumor.

Se ordenó un tratamiento médico por 8 días con reposo en cama, y ante su fracaso, la enferma decide tomar el riesgo de la operación. Esta se verificó el 30 de abril. Se confirma el diagnóstico de fibroma de la pared posterior, enclavado en la pelvis e insertado a la altura del istmo. Tanto la miomectomía como el post-operatorio fueron sin contratiempos.

La enferma dio a luz un niño sano el 10 de septiembre de 1948. Durante el parto, que fue normal y rápido, 6 horas, no hubo síntomas que hicieran sospechar peligro de ruptura uterina.

HIST. N^o 3.—R. de B., de 35 años. Esterilidad primaria de 8 años. Regla 28 × 3, con fuerte dismenorrea hasta un año antes cuando estuvo sometida a un tratamiento por otro colega y mejoró considerablemente. Vino el 15 de diciembre de 1948 quejándose de dolores en el hipogastrio desde hacía 15 días, dolores que iban en aumento y no se calmaban con los analgésicos corrientes. Como fecha de su última regla daba la del 28 de octubre, y aunque nunca había tenido atrasos, ignoraba que estuviese embarazada.

Al examen ginecológico se encontró un fibroma de unos 7 centímetros de diámetro, de forma redondeada y de consistencia no muy blanda, que estaba enclavado en la pelvis, pues era imposible movilizarlo. Se observó igualmente la coexistencia posible de un embarazo con la matriz rechazada hacia la derecha.

La enferma se puso en observación y tratamiento médico y en varias ocasiones se trató, por maniobras vaginales, de sacar el tumor de la pelvis sin resultado. Después de 2 meses de reposo completo y en vista de que no mejoraba de sus dolores pidió la intervención.

Esta se hizo el 15 de febrero de 1949. Al abrir se encontró un fibroma de la cara posterior de la matriz, cuya enucleación fue fácil y sin ningún contratiempo. El post-operatorio fue muy normal.

Después de un trabajo de 15 horas la enferma dio a luz un feto sano de 8 meses, el 10 de julio de 1949. Durante el parto no se presentaron síntomas sospechosos de posible ruptura uterina.

HIST. N^o 4.—E. de T., de 30 años de edad y 3 de esterilidad primaria. Ciclo de 25 × 5, sin cólicos. Vino el 19 de mayo de 1950 por un atraso de 2 meses acompañado de contracciones dolorosas.

Al examen ginecológico se observó una tumoración enclavada en la pelvis, de unos 6 centímetros de diámetro, redondeada y ligeramente renitente; separada de la matriz por un surco bien marcado y que rechazaba ésta, embarazada de 2 meses, hacia adelante.

Se le prescribió una cura de reposo y al cabo de dos meses la enferma resolvió operarse porque sus dolores iban en aumento. Se operó el 26 de julio con el diagnóstico dudoso entre quiste del ovario y fibroma. Se encontró un fibroma enclavado en el fondo de saco de Douglas, fácil de enuclear. El post-operatorio fue normal.

Más tarde dio a luz un feto normal y a término después de un trabajo de 7 horas. Su parto fue espontáneo y no hubo complicaciones ni signos que hicieran temer una amenaza de ruptura uterina.

HIST. N^o 5.—E. de P. de 33 años, y 2 años de esterilidad primitiva. Hacía 13 que la habían operado de un pequeño tumor de la matriz u ovario (?). Ciclo de 28 × 4, abundante y muy dolorosa los dos primeros días.

Vino el 6 de marzo de 1953 enviada por otro médico con el diagnóstico probable de fibroma y embarazo. Su última regla fue el 19 de diciembre de

1952. 18 días antes había tenido manchas de sangre y desde hacía 8 estaba con dolores casi constantes.

Al examen ginecológico se observa un fibroma de unos 8 centímetros de diámetro que llena casi por completo la pelvis; el cuello está blando y por encima del pubis; es imposible precisar la forma, posición y tamaño de la matriz; en el hipogastrio se palpan dos masas igualmente grandes, que van hasta el ombligo y que parecen ser fibromas. Se ordena un tratamiento de reposo por 15 días al fin de los cuales la enferma decide operarse.

En la intervención se encontró una matriz embarazada con tres grandes fibromas: uno en la cara posterior, el más grande, que llenaba la pelvis; otro en el fondo y el tercero en la cara anterior. Estos dos últimos eran poco más o menos de igual tamaño, 6 centímetros. Se procedió primero a enuclear el que llenaba la pelvis, que fue un poco laborioso porque ya presentaba signos de reblandecimiento y sangró un poco más de lo normal, los otros dos no presentaron problema.

El post-operatorio fue sin accidentes hasta el quinto día en que se presentó el aborto completo.

En el examen hecho 40 días después de la intervención se encontró una matriz normal en la forma, posición, movilidad y consistencia; todavía se notaba ligeramente aumentada de volumen.

COMENTARIOS

Todas las enfermas presentaron un fibroma enclavado en la pelvis, de un diámetro mayor de 6 centímetros, y acompañado de dolores tan intensos que ante el fracaso del tratamiento médico pidieron la intervención, no obstante ser la mayoría primíparas añosas, y el haberseles advertido el peligro que corría el embarazo.

Las enfermas 2ª y 5ª fueron enviadas por su médico para una histerectomía en vista del fracaso del tratamiento médico. Las 1ª y 4ª se operaron con diagnóstico probable de quiste adherido y embarazo.

Las intervenciones no presentaron mayor dificultad ya que el fibroma se crece un poco con el edema y como la pared uterina se adelgaza con el embarazo, el tumor resulta sobre ésta.

Con excepción de la 5ª enferma que sangró un poco más de lo normal por habersele extraído tres fibromas grandes, uno de ellos en plena degeneración roja, las demás sangraron relativamente poco y la hemóstasis no fue ningún problema. Creemos que en ello influyó el haberse operado antes de completar el quinto mes.

Durante el post-operatorio la 1ª tuvo una recrudescencia de su antigua pielitis y la 5ª abortó al quinto día. Las otras 3 no tuvieron complicaciones. Como preventivo del aborto, fuera de la morfina, se usó únicamente progesterona 3 días antes y 3 días después.

De las cuatro enfermas que continuaron su embarazo la 3ª dio a luz un feto de ocho meses, las otras tres a término. Ninguna de ellas necesitó intervención obstétrica, no obstante ser 3 de ellas primíparas añosas. Durante el parto no se hizo presente ningún síntoma que hiciera temer la ruptura de la matriz.

Finalmente las enfermas 3ª y 4ª están nuevamente embarazadas; la 1ª y 2ª las he perdido de vista, y la 5ª es de fecha muy reciente para saber si puede o no concebir de nuevo.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Se hace una enumeración somera de las complicaciones que puede ocasionar el fibroma durante el embarazo, el parto, el alumbramiento y el puerperio.

Cuando el tumor es de un diámetro mayor de 6 centímetros y presenta dolores persistentes y enclavamiento en la pelvis, se recomienda un tratamiento médico que consiste principalmente en reposo en cama, ejercicios en la posición genu-pectoral, analgésicos, psicoterapia y penicilina.

Si este tratamiento fracasa se procura ante todo tratar de llevar el embarazo hasta el término de viabilidad del feto para hacer una cesárea, con o sin miomectomía, según el caso. Pues así lo recomiendan los autores consultados.

Si la intervención se hace necesaria antes del término de viabilidad del feto debe preferirse la miomectomía aún con riesgo de interrumpir el embarazo, a la histerectomía.

Se presentan cinco casos de miomectomía hechas durante el 4º y 5º mes de embarazo. Cuatro de las enfermas dieron a luz después un niño sano. Una enferma abortó y fuera del aborto, no se presentó ninguna complicación que pueda atribuirse a la miomectomía.

De las cinco enfermas miomectomizadas, dos están nuevamente embarazadas, dos se han perdido de vista y la otra es de fecha muy reciente para saber si puede concebir de nuevo.

Dado al número tan pequeño de casos es imposible sacar conclusiones.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—**Parks, J. and Barter, R. H.:** "The Myomatous Uterus Complicated by Pregnancy". *Am J. Obst. & Gynec.* 63: 260. 1952.
- 2.—**Titus, P.:** "Management of Obstetric Difficulties". The C. V. Mosby Co. 19
- 3.—**Gandin, D. J.:** "A Review of 445 Pregnancies Complicated by Fibroid". *Am. J. Obst. & Gynec.* 57: 532. 1949.
- 4.—**Gainey, H. L. and Keeler, J. E.:** "Submucous Myoma in Term Pregnancy". *A J. Obst. & Gynec.* 58: 727. 1949.
- 5.—**Delee-Greenhill:** "Principles and Practice of Obstetrics". W. B. Saunders 1943.
- 6.—**Duckering, F. A.:** "The Significance of Myoma Uteri in Pregnancy". *Am J. Obst. & Gynec.* 51: 819, 1946.