

Comentario sobre un caso de Fibromioma y Embarazo

Por el Doctor JOSÉ OFMAN G.
Obstetra del ICSS.

R. B. M. C. No. 01-040437 del ICSS, de 32 años de edad. Ingresa a la clínica con el diagnóstico de abdomen agudo, embarazo ectópico roto.

Se inició el cuadro clínico hace diez horas, antes de su ingreso, con un dolor de poca intensidad en la fosa ilíaca derecha sin irradiación, el dolor aumenta de intensidad, vómito de tipo bilioso.

Examen físico: Temperatura axilar 36.8, rectal 37.6, pulso 120, tensión 13 por 8 R. R. Facies angustiosa. Abdomen: globuloso, muy doloroso tanto a la palpación superficial como a la profunda, abdomen en tabla.

Examen ginecológico (bajo anestesia general etérea). Vagina amplia, cuello en el eje, blando; O. E. de nulípara, cerrado. Tamaño de un embarazo de cuatro meses. En el fondo de saco derecho unía masa dura del tamaño de un huevo, sin poder determinar con precisión si se continúa o nó con el útero. Punción de Douglas negativo.

Diagnóstico pre-operatorio: Abdomen agudo. ¿Quieste del ovario a pedículo torcido? ¿Fibromioma uterino necrosado?

Diagnóstico operatorio: Fibromioma necrobiótico. Embarazo de 4 meses.

Se practicó la enucleación del fibromioma necrobiótico y la resección de dos fibromiomas pediculados, sin tocar el embarazo. Al décimotercer día se le da de alta con indicaciones de que permanezca en reposo absoluto en cama hasta el término del embarazo.

Reingresa a la clínica a los 8 y medio meses de su gestación con feto vivo. Al llegar a su término después de 12 horas de trabajo irregular se practica cesárea segmentaria tipo Munro Kerr con extracción de un feto de sexo masculino de 3.325 gramos y 50 centímetros de longitud que respira espontáneamente. Hubo de practicar histerectomía sub-total por presencia de múltiples miomas, inercia uterina y hemorragia intensa. Resección de los anexos por presentar tubérculos miliare.

Han sido controlados tanto la madre como el niño durante un período de dos años y están en perfectas condiciones.

COMENTARIO

Frecuencia: Según Albrecht, sobre una estadística de 52.406 pacientes el fibromioma es el 4.9% de las ginecopatías y su mayor frecuencia se observa entre los 30 y 40 años, resultando relativamente rara la combinación del mioma con el embarazo si se descuentan los pequeños nódulos fibromatosos que son los más comunes.

Anatomía patológica: la situación sub-serosa es la más frecuente, después sigue la intersticial y en último lugar la sub-serosa.

Influencia del embarazo, parto y puerperio sobre el fibromioma.

El embarazo generalmente produce un aumento de volumen del mioma. Algunos embarazos no lo modifican; y otros los menos lo reducen (observaciones de Opitz, Amann). En el desarrollo gravídico del tumor influyen sus condiciones nutritivas; pero cuando el crecimiento es muy considerable, a esa energía de desarrollo se suma la impregnación edematosa.

La necrobiosis aséptica parcial o total es consecuencia del crecimiento del útero gravídico que entorpece la circulación a nivel de los vasos nutricios del fibroma. Puede haber degeneración grasa, roja y la calcificación del tumor. La necrobiosis séptica es sumamente rara durante la preñez.

En los miomas pediculados se puede producir la necrosis por torción del pedículo; ello es favorecido por el reblandecimiento gravídico y por el desarrollo del tumor. En raras ocasiones los vasos sub-peritoneales de la superficie miomatosa se pueden romper originando una hemorragia intraabdominal.

En el puerperio el volumen del mioma se reduce. La enucleación espontánea de un mioma submucoso y su expulsión fuera de los genitales (aborto del fibromioma) es excepcional.

Influencia del fibromioma sobre el embarazo, parto y puerperio.

El mioma puede influir en la nidación e implantación del huevo. (Embarazo extrauterino, inserción viciosa de la placenta).

Algunos autores como Cotte, Polak, Kustner, Nussy, consideran que el mioma favorece la interrupción del embarazo, otros como Hofmeier, Froell, Schauta, en sus últimas estadísticas consideran que el porcentaje de interrupciones coincide más o menos con el promedio general del 15% al 20%.

Rara vez se produce la muerte del feto; ello es debido por nutrición insuficiente producido por una placenta inserta en zona fibromatosa; por el mismo mecanismo hay niños de escaso desarrollo.

En los primeros meses el mioma puede producir encarcelación uterina; además es causa frecuente de presentaciones viciosas, prociencia de cordón e inercia uterina.

A veces pasa a actuar como tumor previo.

En el alumbramiento produce a menudo, hemorragias atónicas y retención de placenta; las hemorragias se producen sobre todo en los miomas intramurales.

La placenta acreta se observa con alguna frecuencia.

En el puerperio se suelen observar hemorragias tardías, la torsión o necrobiosis del mioma.

La inversión uterina, por tracción manual o al peso de fibromioma es poco frecuente.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se puede confundir un mioma con embarazo; los métodos del diagnóstico biológico y la evolución nos darán el diagnóstico.

En la segunda mitad del embarazo los nódulos subserosos pequeños se pueden confundir con partes fetales; el empleo de la radiografía aclarará la incógnita. Con un tumor del ovario, incluido o no en el ligamento ancho; con útero grávido retrovertido; con un embarazo ectópico; con un tumor de los órganos y tejidos de la pelvis menor. Los medios habituales de examen (palpación, tacto vaginal, tacto rectal y en casos necesarios la radiografía) nos puede dar el diagnóstico.

DIAGNÓSTICO DE LAS COMPLICACIONES

Necrobiosis aséptica.—Cuando toma una marcha lenta e insidiosa el diagnóstico se hace por el aumento del volumen del tumor, consistencia blanda y el dolor. Si la necrosis es rápida, el cuadro clínico es más acentuado, y a los síntomas anteriores se agrega reacción peritoneal, taquicardia y a veces fiebre.

En la supuración del mioma, se presentan síntomas parecidos a la necrobiosis aséptica; el estado general se altera profundamente y la fiebre nunca falta. Si la torsión del pedículo de un fibromioma sub-seroso se produce bruscamente presenta dolor intenso, vómitos que adquieren caracteres cada vez más graves (mucosos, biliares, porráceos, fecalóideos), mal estado general (facie peritoneal) y taquicardia con ausencia de fiebre. Si la torsión es lenta y paulatina la sintomatología es semejante a la necrobiosis.

El pronóstico del fibromioma en el embarazo es favorable tanto para la madre como para el feto.

TRATAMIENTO

En el embarazo, abstención de toda terapéutica activa mientras no aparezcan complicaciones.

Si el mioma origina complicaciones alarmantes se debe enuclear la masa tumoral y nunca el vaciamiento del útero. Según Brindeau en el 88% de las intervenciones continúa la gestación.

A veces una intervención con un fin conservador tendrá que terminarse por histerectomía sub-total a causa de una hemorragia incoercible.

Si la complicación apareciera al término del embarazo o próximo a él, la operación cesárea debe preceder a la enucleación del tumor.

En el parto la conducta es de simple expectación.

En el alumbramiento reactivar el poder de la fibra uterina.

A veces la hemorragia por placenta acreta o por atonía uterina puede asumir tal gravedad que imponga la histerectomía abdominal.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—**Bello J. A. y Silbermis C.**—Expulsión espontánea de un fibromioma durante el puerperio. La Sem. Méd. T. II, pág. 151. 1937.
- 2.—**Chamorro T. A., Donato V. M. y Alvis R.**—Un error de diagnóstico en una grávida a término con un tumor gigante. La Sem. Méd. T. II, pág. 1.751, 1936.
- 3.—**Dussant A.**—Fibromioma y embarazo. El Día Méd., pág. 969, 1938.
- 4.—**Fibroma y Embarazo.** La Sem. Méd. T. I, pág. 1.156, 1936.
- 5.—**Iraeta D.**—Tumores y Embarazo. Rev. de Gyn. e d'Obst. (Brasil), pág. 493, 1936.
- 6.—**Lifschitz I. J.**—El porvenir obstétrico de un caso de cirugía conservadora. La Sem. Méd. T. II, pág. 1.338, 1940.
- 7.—**López Monti R.**—El embarazo y el parto en mujeres miomectomizadas. La Sem. Méd. T. II, pág. 827, 1941.
- 8.—**Molina Zuviria L.**—Extirpación de núcleos fibromatosos y embarazo. Rev. Española de Obs. y Ginec., pág. 153, 1935.