

REPORTE DE CASO

Medicina

Leiomioma uterino sintomático de gran tamaño tratado con histerectomía total

Walvonvitis Baes Rodrigues¹, Zara Escobar Benítez¹

¹Carrera de Medicina, Facultad de la Universidad del Norte en Pedro Juan Caballero, Paraguay.

Enviado: 15 de diciembre de 2023

Aceptado: 26 de junio de 2024

Publicado: 14 de marzo de 2025

DOI: [10.5281/zenodo.21917538](https://doi.org/10.5281/zenodo.21917538)



Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC-BY)

RESUMEN

Objetivo: Describir un caso de leiomioma uterino sintomático de gran tamaño tratado con histerectomía abdominal total por laparotomía. **Métodos:** Se presenta el caso de una mujer de 49 años, G3P3, con antecedente de sangrado uterino anormal recurrente tratado previamente con progestágenos, que consultó por metrorragia y aumento progresivo del volumen abdominal. **Resultados:** El examen físico reveló una masa hipogástrica fibroelástica de aproximadamente 20×10 cm, y la ecografía transvaginal documentó un útero miomatoso de 16×12×9 cm y ~860 g, con miomas subserosos, transmurales y submucosos, el mayor de 60×40 mm. Dado el tamaño uterino —que superaba los umbrales habitualmente aceptados para el abordaje laparoscópico (eje mayor ≥12 cm, peso >600 g)—, se optó por histerectomía abdominal total por laparotomía. **Conclusión:** Este caso ilustra la progresión de una miomatosis sintomática inicialmente manejada con tratamiento hormonal hacia un útero de gran volumen que, por exceder los umbrales de tamaño y peso para un abordaje mínimamente invasivo, requirió histerectomía abdominal total como tratamiento definitivo.

Palabras clave: leiomioma, miomatosis uterina, histerectomía, sangrado uterino anormal, reporte de caso

INTRODUCCIÓN

Autor correspondiente: Zara Escobar Benítez. Carrera de Medicina, Facultad de la Universidad del Norte en Pedro Juan Caballero, Paraguay
Correo electrónico: zara.escobar.105@docentes.uninorte.edu.py

Financiación: Este artículo fue presentado para la Convocatoria 2023 del Programa de Iniciación Científica e Incentivo a la Investigación (PRICILA) de la Universidad del Norte (ARTI-23-078-PJC-MED). Los fondos para PRICILA fueron provistos por el Banco SUDAMERIS y el Rectorado de la Universidad del Norte.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés financieros, personales, profesionales, institucionales ni de otra índole relacionados con este trabajo.

Los miomas uterinos son los tumores pélvicos benignos más frecuentes en la mujer en edad reproductiva, con una prevalencia estimada entre el 20 % y el 40 % en este grupo etario (1). Constituyen la principal indicación de histerectomía a nivel mundial, dada la morbilidad que ocasionan cuando se tornan sintomáticos (2). Se presenta el caso de una paciente con miomatosis uterina sintomática de gran tamaño, tratada mediante histerectomía abdominal total por laparotomía en el Hospital Sanatorio Familiar de Yby Ya'u, Paraguay.

MATERIALES Y MÉTODOS

Paciente de sexo femenino, 49 años, gestas 3 partos 3 cesáreas 0 abortos 0, consultó al Hospital Sanatorio Familiar de Yby Ya'u por sangrado uterino anormal (metrorragia) y molestia en bajo vientre. Refería que, tres años antes, había presentado un aumento del volumen menstrual acompañado de dismenorrea sin requerir analgésicos, cuadro por el cual había recibido tratamiento hormonal con progestágeno y antiinflamatorios no esteroideos, con mejoría inicial. Aproximadamente un año antes de la consulta actual notó un aumento progresivo del volumen abdominal, y tres meses antes de la intervención el cuadro se agravó con sangrado intenso e intermitente, uso de hasta siete toallas sanitarias al día y ciclos irregulares (24/8-14 días), acompañado de dolor pélvico cólico intermitente de intensidad moderada, no modificado por el movimiento y aliviado con antiinflamatorios no esteroideos.

Como antecedente personal, negaba enfermedades previas, alergias, tabaquismo, etilismo u otros hábitos tóxicos. Como antecedente familiar, refería que su madre había sido sometida a histerectomía a los 42 años, sin conocer el motivo. Los antecedentes gineco-obstétricos incluían menarquia a los 10 años y fecha de última menstruación reciente; no refería cirugías ginecológicas previas.

RESULTADOS

Al examen físico, la paciente se encontraba en buen estado general, lúcida, afebril, hemodinámicamente estable (presión arterial 120/80 mmHg, frecuencia cardíaca 90 lpm, frecuencia respiratoria 18 rpm, saturación 97 %), con un índice de masa corporal de 29,8 kg/m² (sobrepeso). El abdomen era blando y depresible, con dolor leve a la palpación profunda y una masa palpable en hipogastrio, de consistencia fibroelástica y superficie irregular, de aproximadamente 20×10 cm, sin signos de

irritación peritoneal. La especuloscopia mostró cérvix posterior circular cerrado; el tacto vaginal, cérvix posterior elástico cerrado con signo de Frenkel negativo y fondo de saco de Douglas no doloroso ni abombado; y el tacto bimanual confirmó un útero aumentado de tamaño, de aproximadamente 20×10 cm.

Los exámenes complementarios mostraron hemograma con hemoglobina de 12 g/dl, hematocrito de 36 %, VCM de 85 fl, HCM de 30 pg y RDW de 12 %, sin anemia significativa; la subunidad beta de gonadotropina coriónica humana fue negativa. La ecografía transvaginal reveló un útero en anteversoflexión de aproximadamente 16×12×9 cm, con volumen estimado en torno a 860 g, y presencia de múltiples imágenes hipoecoicas en el miometrio, la mayor de 60×40 mm, concluyendo en útero miomatoso con miomas subserosos, transmurales y submucosos.

Con estos hallazgos se estableció el diagnóstico de miomatosis uterina sintomática. Se discutieron con la paciente las opciones de tratamiento médico y quirúrgico, optándose por la histerectomía dado que la paciente ya tenía descendencia y deseaba evitar el riesgo de recidiva. Debido al tamaño y volumen uterino, que excedía los límites habitualmente aceptados para un abordaje laparoscópico seguro, se realizó histerectomía abdominal total por laparotomía, sin complicaciones intraoperatorias reportadas en el expediente.

DISCUSIÓN

Los miomas uterinos, también conocidos como leiomiomas o fibromas, se originan en la capa muscular lisa del miometrio y se sugiere que ocurren entre el 20 % y el 40 % de las mujeres en edad reproductiva, aunque su prevalencia exacta se desconoce y probablemente está subestimada por el elevado porcentaje de casos asintomáticos (1). En estudios ecográficos poblacionales realizados de forma aleatoria, se documentó la presencia de miomas uterinos en el 73 % de las mujeres negras frente al 48 % de las mujeres blancas del mismo grupo etario (3), y la prevalencia por edad varía según la raza: la incidencia máxima ocurre entre los 35 y 39 años en mujeres negras, y entre los 40 y 50 años en mujeres blancas (4) — este último rango es compatible con la edad de presentación de la paciente de este caso (49 años), aunque su raza no fue documentada en el expediente clínico y no se dispone de ese dato para establecer dicha correlación.

Se ha descrito un componente de agregación familiar, con un riesgo de miomas 4 a 5 veces mayor entre familiares de primer grado de mujeres afectadas en comparación con la población general (5), hallazgo compatible con el antecedente de histerectomía materna a los 42 años —de causa no precisada— referido por la paciente. La incidencia aumenta de forma progresiva con la edad hasta alrededor de los 50 años: se ha estimado en 0,31 por 1000 mujeres-año entre los 25 y 30 años, y en 6,2 por 1000 mujeres-año —un incremento de aproximadamente 20 veces— entre los 45 y 50 años (6), rango etario en el que se encontraba la paciente al momento del diagnóstico.

Entre los factores de riesgo descritos se encuentra el índice de masa corporal (IMC) elevado, asociado positivamente con el aumento de peso desde los 18 años en mujeres no nulíparas (7) y, de forma más general, con niveles circulantes más altos de estrógeno (8); en el caso presentado, la paciente tenía un IMC de 29,8 kg/m², correspondiente a sobrepeso según el examen físico documentado. Por el contrario, el uso de anticonceptivos hormonales orales combinados se ha asociado con una menor incidencia de miomas uterinos (9), y estudios ecográficos poblacionales han documentado una incidencia acumulada elevada tanto en mujeres negras como blancas hacia la menopausia (10), lo que sugiere que la exposición hormonal acumulada a lo largo de la vida reproductiva es un determinante relevante independientemente del origen étnico.

El diagnóstico patológico de los miomas aumenta de forma lineal con la edad hasta aproximadamente los 50 años, para luego disminuir de forma abrupta tras la menopausia; los casos infrecuentes que aparecen antes de la menarquía suelen retroceder tras la menopausia en ausencia de terapia de reemplazo hormonal (11), lo que refleja el carácter hormono-dependiente de estos tumores.

En cuanto a la fisiopatología, los leiomiomas son tumores monoclonales, hormono-dependientes, cuyo desarrollo involucra mecanismos genéticos y epigenéticos aún no completamente dilucidados, incluyendo mutaciones somáticas y alteraciones en vías de señalización celular implicadas en la proliferación del músculo liso miometrial (12).

Clínicamente, la mayoría de los miomas son asintomáticos, pero entre el 20 % y el 50 % de las pacientes desarrollan síntomas con el tiempo, entre ellos sangrado uterino anormal, dismenorrea secundaria, dolor pélvico y

síntomas compresivos urinarios o gastrointestinales (13), manifestaciones coincidentes con el cuadro presentado por esta paciente. Se ha descrito que los períodos tienden a ser más intensos y prolongados cuanto mayor es el tamaño de los miomas (14), lo que es congruente con la progresión clínica documentada: un cuadro inicialmente manejable con tratamiento hormonal que evolucionó, en paralelo al crecimiento del volumen uterino, hacia sangrado intenso y ciclos irregulares. Los miomas también pueden alterar la arquitectura vascular del endometrio, afectar su contractilidad y modificar la producción de factores angiogénicos, contribuyendo a la disfunción endometrial subyacente al sangrado uterino anormal (15).

El diagnóstico se apoya en la ecografía como estudio de primera línea, siendo determinantes el número, tamaño y localización de los miomas tanto para la manifestación clínica como para la planificación terapéutica (16). El manejo de los miomas sintomáticos incluye el manejo expectante, el tratamiento farmacológico y el tratamiento quirúrgico, siendo la histerectomía el abordaje más utilizado y definitivo (17). Entre los abordajes quirúrgicos disponibles —miomectomía, histerectomía laparoscópica, vaginal o por laparotomía—, la vía laparoscópica puede verse limitada por el tamaño uterino: no se recomienda en úteros que pesen más de 600 g o cuyo eje mayor mida 12 cm o más, por el riesgo de hemorragia significativa y otras complicaciones (18). En el caso presentado, el útero medía 16 cm en su eje mayor y se estimaba en aproximadamente 860 g, ambos parámetros por encima de dichos umbrales, lo que justificó la decisión de realizar la histerectomía por vía laparotómica.

El tratamiento farmacológico, empleado inicialmente en esta paciente con progestágenos, puede ser útil como manejo temporal o preoperatorio en casos seleccionados, aunque no sustituye a la cirugía en pacientes con miomas de gran tamaño y sin deseo de preservar la fertilidad (19). En conclusión, la miomatosis uterina es una afección frecuente en mujeres en edad fértil, cuya presentación clínica —sangrado uterino anormal progresivo y aumento del volumen abdominal— y cuyo diagnóstico se basan fundamentalmente en la anamnesis, el examen físico y la ecografía. Este caso ilustra la progresión natural de una miomatosis sintomática inicialmente manejada con tratamiento hormonal hacia un cuadro de gran volumen uterino que, por exceder los umbrales de tamaño y peso aceptados para un abordaje mínimamente invasivo, requirió histerectomía abdominal total por laparotomía como tratamiento definitivo.

REFERENCIAS

1. Lumsden MA, Wallace EM. Clinical presentation of uterine fibroids. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol*. 1998;12(2):177-95.
2. Parker WH. Uterine myomas: management. *Fertil Steril*. 2007;88(2):255-71.
3. Flake GP, Andersen J, Dixon D. Etiology and pathogenesis of uterine leiomyomas: a review. *Environ Health Perspect*. 2003;111(8):1037-54.
4. Schwartz SM. Epidemiology of uterine leiomyomata. *Clin Obstet Gynecol*. 2001;44(2):316-26.
5. Schwartz SM, Marshall LM, Baird DD. Epidemiologic contributions to understanding the etiology of uterine leiomyomata. *Environ Health Perspect*. 2000;108(Suppl 5):821-7.
6. Payson M, Leppert P, Segars J. Epidemiology of myomas. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2006;33(1):1-11.
7. Wise LA, Palmer JR, Spiegelman D, Harlow BL, Stewart EA, Adams-Campbell LL, et al. Influence of body size and body fat distribution on risk of uterine leiomyomata in U.S. black women. *Epidemiology*. 2005;16(3):346-54.
8. Faerstein E, Szklo M, Rosenshein N. Risk factors for uterine leiomyoma: a practice-based case-control study. I. African-American heritage, reproductive history, body size, and smoking. *Am J Epidemiol*. 2001;153(1):1-10.
9. Ross RK, Pike MC, Vessey MP, Bull D, Yeates D, Casagrande JT. Risk factors for uterine fibroids: reduced risk associated with oral contraceptives. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1986;293(6543):359-62.
10. Baird DD, Dunson DB, Hill MC, Cousins D, Schectman JM. High cumulative incidence of uterine leiomyoma in black and white women: ultrasound evidence. *Am J Obstet Gynecol*. 2003;188(1):100-7.
11. Bukulmez O, Doody KJ. Clinical features of myomas. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2006;33(1):69-84.
12. Baranov VS, Osinovskaya NS, Yarmolinskaya MI. Pathogenomics of uterine fibroids development. *Int J Mol Sci*. 2019;20(24):6151.
13. Sohn GS, Cho S, Kim YM, Cho CH, Kim MR, Lee SR, et al. Current medical treatment of uterine fibroids. *Obstet Gynecol Sci*. 2018;61(2):192-201.
14. Wouk N, Helton M. Abnormal uterine bleeding in premenopausal women. *Am Fam Physician*. 2019;99(7):435-43.
15. Navarro A, Bariani MV, Yang Q, Al-Hendy A. Understanding the impact of uterine fibroids on human endometrium function. *Front Cell Dev Biol*. 2021;9:633180.
16. Freytag D, Günther V, Maass N, Alkatout I. Uterine fibroids and infertility. *Diagnostics (Basel)*. 2021;11(8):1455.
17. Giuliani E, As-Sanie S, Marsh EE. Epidemiology and management of uterine fibroids. *Int J Gynaecol Obstet*. 2020;149(1):3-9.
18. Tanos V, Berry KE, Frist M, Campo R, DeWilde RL. Prevention and management of complications in laparoscopic myomectomy. *Biomed Res Int*. 2018;2018:8250952.
19. Lewis TD, Malik M, Britten J, San Pablo AM, Catherino WH. A comprehensive review of the pharmacologic management of uterine leiomyoma. *Biomed Res Int*. 2018;2018:2414609.