

Necrobiosis séptica de un fibroma uterino

Septic Necrobiosis of Uterine Fibroma

Pedro Rafael Casado Méndez,¹ Rafael Salvador Santos Fonseca,² Carmen Elena Ferrer Magadán,³ Irene Luisa Del Castillo Remón,³ Carlos Modesto Tornés Salgado,³ Daimí Ricardo Martínez¹

¹ Hospital Provincial Universitario "Carlos Manuel de Céspedes". Bayamo. Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Granma. Cuba.

² Policlínico Universitario "Luis Enrique de la Paz Reyna". Bayamo. Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Granma. Cuba.

³ Hospital Provincial Universitario "Celia Sánchez Manduley". Bayamo. Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Granma. Cuba.

RESUMEN

Los miomas o fibromas, son tumores benignos que aparecen frecuentemente en el útero, y aunque a veces pueden ser asintomáticos, en muchas mujeres son la razón más común de las intervenciones ginecológicas. Algunos autores consideran que la causa es desconocida, otros le dan valor al estímulo estrogénico mantenido o aumentado, que activa los genitoblastos, mesodérmico y celular embrionario que responden a este estímulo. Se presenta el caso de un fibroma uterino complicado con una necrobiosis séptica diagnosticada en una paciente de 63 años de edad. El apoyo diagnóstico con ultrasonografía es de vital importancia en la sospecha diagnóstica de este tipo tumor y sus complicaciones.

Palabras claves: fibroma uterino; necrobiosis; mioma uterino.

ABSTRACT

Myomas or fibroids are benign tumors that frequently appear in the uterus, and although they can sometimes be asymptomatic, in many women they are the most common reason for gynecological interventions. Some authors consider that the cause is unknown. Others give value to the maintained or increased estrogenic stimulus, which activates the embryonic cell, mesodermal and genitoblasts that respond to this stimulus. We present the case of a complicated uterine fibroid with a septic necrobiosis diagnosed in a 63-year-old patient. Ultrasonography is of vital importance in the diagnosis when there is suspicion of this type of tumor and its complications.

Keywords: uterine fibroma; necrobiosis; uterine mioma.

INTRODUCCIÓN

Conceptualmente, un mioma es un tumor benigno, no canceroso, que crece en el tejido muscular del útero o miometrio, en las mujeres, teniendo tejido conjuntivo como elemento de sostén. Hasta 4 % de los miomas sufren complicaciones y solo un 0,5 % se convierten en tumores malignos (sarcomas).¹⁻⁴

Los miomas son tumores benignos estrógenos dependientes, la proliferación patológica de las fibras musculares lisas del miometrio normal es la etiología, además de contener tejido conectivo y fibroso.^{5,6} Algunos autores refieren que las mujeres nulíparas son más sensibles a sufrir esta afección. La distribución por grupos raciales no ofrece diferencias significativas, aunque hay autores que afirman que las mujeres negras son afectadas en un 50 % y las blancas en un 25 % donde se afirmó que la raza negra eleva en 2,9 la posibilidad de padecerlos.^{2,4,7}

En los reporte estadísticos estos tumores constituyen uno de los diagnósticos más comunes en las pacientes intervenidas quirúrgicamente en los servicios de ginecología y de cirugía general, con predominio en las mujeres de 30- 50 años, aunque hoy día se diagnostican más tempranamente, antes de que produzcan los síntomas, por el uso tan difundido de la ecografía.^{1,3} Se estima que aproximadamente una de cada cuatro a cinco mujeres de más de 35 años de edad padecen de este tipo de tumor.^{4,6} Los miomas uterinos son raros por debajo de los 20 años, excepcionales antes de la pubertad, y no suelen aparecer después de la menopausia.^{3,7}

Se ha relacionado con un riesgo elevado de padecer este tipo de tumor la menarquía precoz, nuliparidad, esterilidad, consumo excesivo de carnes rojas y jamón, ligaduras tubáricas, padecimiento de diabetes mellitus, hipertensión arterial y la raza negra.^{4,5,8} Otra serie de factores se han nombrado protectores como el periodo posmenopáusico, la multiparidad, el consumo de vegetales, la práctica del atletismo y la raza blanca. Aun así, existen una serie de factores relacionados con el padecimiento de este tipo de tumor sin que se haya podido establecer la relación entre ellos.^{2,7} Algunos autores consideran que la causa es desconocida; otros le dan valor al estímulo estrogénico mantenido o aumentado que activa los genitoblastos (elementos musculares inmaduros) mesodérmico y celular embrionario que responden a este estímulo.^{1,3}

Muchas mujeres con fibroma uterino no presentan síntomas y jamás requieren de tratamiento; sin embargo, una de cada cuatro féminas en edad reproductiva sufre de síntomas significativos, los cuales pueden variar según la localización, el tamaño y la cantidad de fibromas.^{4,5} En estos tumores miometriales está descrito la ocurrencia de fenómenos degenerativos como la degeneración hialina, quística, grasa, roja y maligna otras complicaciones pueden aparecer como la calcificación, la infección, la necrosis, la abscedación y la necrobiosis la cual se describe como una asociación de fenómenos degenerativos.⁶

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 63 años de edad, de piel negra, antecedentes de hipertensión arterial grado I, menopáusica hace 10 años y con dos embarazos llevados a término. Acude a cuerpo de guardia de Cirugía general porque desde hace 30 horas comenzó con un dolor en toda la parte inferior del abdomen y la pelvis que fue seguida de fiebre 39 grados en dos ocasiones que cedieron por poco tiempo, después de la administración de un antipirético (Dipirona). Al ingreso, se encontraba muy decaída, somnolienta y sin fuerzas incluso hasta para entablar el diálogo.

Refiere, además, que desde hace dos años notó un discreto aumento de volumen en la parte baja del abdomen, que las piernas se le cansan mucho y se las siente muy pesadas.

Al examen físico se observa paciente con facie de enfermo, mucosas secas e hipocoloreadas, lengua saburral, escasa saliva, polipneica, con abdomen ligeramente aumentado de tamaño en hemiabdomen inferior a pesar del decúbito sin cicatrices quirúrgicas anteriores ni otra alteración.

A la palpación se encuentra abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en hemiabdomen inferior, con reacción peritoneal. Se constata una tumoración central, asimétrica, con prolongación a la derecha, dura, no pétreo, no móvil, que desaparece a la maniobra de *Smit-Batter* que no permite introducir la mano por encima de la sínfisis del pubis y que al parecer es de localización pelviana con extensión al abdomen.

Al tacto vaginal cuello centro posterior, de consistencia normal, fondo de saco muy doloroso, útero muy aumentado de tamaño, asimétrico, doloroso a la movilización del cuello mientras que a la palpación bimanual se confirma el origen topográfico del tumor al depender el mismo del útero, no secreciones vaginales. Al tacto rectal tumoración anterior no pétreo que es independiente de las paredes del canal anal siendo el tacto rectal doloroso a la presión sobre la pared anterior.

Otros hallazgos al examen físico fueron, edema ligero de miembros inferiores de fácil signo de Godet y várices de miembros inferiores. Los parámetros vitales se encontraban alterados con una frecuencia cardiaca de 103 x min, una frecuencia respiratoria de 29 x min, temperatura corporal de 39,4 grados centígrados y una tensión arterial de 110 con 70 mm/Hg.

En los exámenes complementarios se encontró:

Hemograma completo: Hemoglobina en 72 g/L, leucocitos: $16,2 \times 10^9$ g/L con polimorfonucleares en 91 % y hematocrito en 024

Parcial de orina: No se obtuvo muestra de orina

Coagulograma mínimo: Tiempo de sangrado 2 minutos, tiempo de coagulación 9 minutos, coágulo retráctil y plaquetas en 198×10^9 g/L.

Creatinina: 263 mmol/L.

Rayos X de tórax: reacción bronquial bilateral sin signos de condensación inflamatoria, con área cardíaca en el límite de la normalidad sin otras alteraciones.

Electrocardiograma: frecuencia cardíaca aumentada en 104 latidos por minutos, ritmo sinusal con alargamiento del complejo QRS en V5 y V6 sin otras alteraciones.

Ultrasonido abdominal: Útero aumentado de tamaño que rebasa los límites del transductor, con múltiples miomas, se observa masa anexial derecha de paredes bien definidas, gruesas, con elementos de suspensión en su interior que hace cuerpo con el útero, no se visualizan los ovarios, endometrio lineal, abundante líquido en fondo de saco de Douglas. Vesícula biliar de paredes finas, llena, con múltiples imágenes de litiasis en su interior hacia el fondo. Asas intestinales dilatadas y con líquido en su interior. Páncreas no se visualiza, restos de las estructuras sin alteraciones.

La paciente se anuncia para intervención quirúrgica de urgencia con el diagnóstico de fibroma uterino complicado específicamente un fibroma uterino torcido para realizarle una laparotomía exploradora. En el acto quirúrgico se constata un útero muy aumentado de tamaño con múltiples fibromas de gran y pequeño tamaño, encontrándose un fibroma subseroso, en el cuerno derecho del útero, de paredes poco gruesas, de color amarillo y de aspecto francamente purulento en su totalidad, con paredes integra (Fig. 1 y 2).



Fig. 1. Fibroma grande con necrobiosis purulenta en el cuerno derecho en un útero fibromatoso.



Fig. 2. Útero fibromatoso con fibroma grande en el cuerno derecho con necrobiosis séptica.

Se realiza histerectomía subtotal por la inestabilidad clínica de la paciente y las condiciones anatómicas del sitio operatorio. Se encontró además un quiste de ovario derecho que fue también resecado (Fig. 3). La intervención quirúrgica es concluida después de realizar lavado de la cavidad lográndose hacer síntesis completa de la pared.

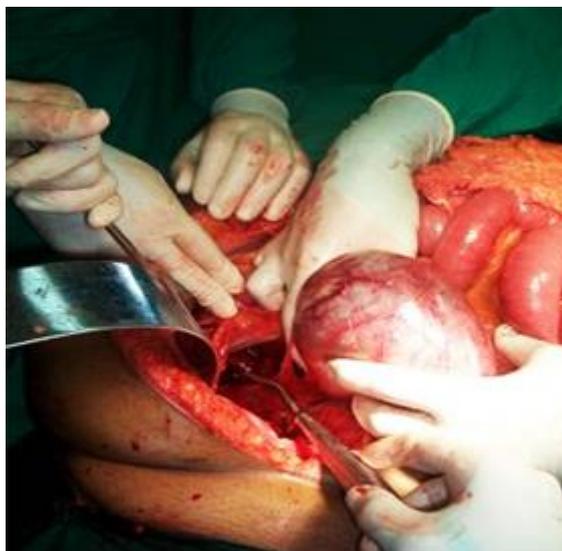


Fig. 3. Quiste de ovario derecho.

La paciente fue transfundida con glóbulos rojos durante el acto quirúrgico, pero salió del salón con presión arterial en 100 con 60 milímetros de mercurio, frecuencia cardiaca en 138 latidos por minutos, ventilada y en anuria total. Se solicitó su evaluación y futuro traslado a sala de cuidados intensivos. Al término de 3 horas y 20 minutos de concluida la intervención quirúrgica la paciente comenzó con caída de la presión arterial, tuvo un paro cardiorrespiratorio que no respondió a las múltiples maniobras de reanimación.

El estudio anatomopatológico reportó un útero con múltiples fibromas donde uno de ellos, localizado en el cuerno derecho, mide 31 x 23 cm, con área de necrosis purulenta en su porción central y el útero de 16 cm con cavidad endometrial y ruptura de endometrio hasta la serosa que midió 2,5 cm.

DISCUSIÓN

El aparato ginecológico es lugar de asiento de múltiples afecciones.⁴ De los órganos que lo componen el útero es el más frecuentemente afectado y as enfermedades benignas, que lo afectan, constituyen el motivo de consulta que usualmente hace acudir a las mujeres al ginecólogo y al cirujano.^{2,3,8}

El mioma uterino es una neoplasia benigna del útero que se conoce popularmente con el nombre de fibroma y desde el punto de vista anatómo patológico como leiomioma y fibromioma, de acuerdo con el predominio de las fibras musculares lisas

o la cantidad de tejidos fibrosos.^{4,9} Son tumores monoclonales de músculo liso del miometrio y contienen grandes agregados de matriz extracelular compuestos de colágeno, elastina, fibronectina y proteoglicanos. Constituyen el tumor benigno más frecuente en la mujer, y posiblemente la más frecuente de todas las neoplasias benignas.^{2,10}

Sepúlveda y otros⁴ revisaron 212 artículos en una búsqueda bibliográfica en las bases de datos *Med line, PubMed, Embase, Cochrane, Ovid-Hinari, Scielo, Bireme y Lilacs*, sobre fibroma uterino concluyendo que los miomas uterinos son los tumores pélvicos femeninos más comunes, con una prevalencia del 20 % al 40 % en edad reproductiva. Sin embargo, su prevalencia puede llegar hasta un 70 % en mujeres blancas y 80 % en mujeres de piel negra.

La edad de la paciente se encontró fuera de los 30 a 50 años, rango señalado por algunos autores como período en el que se presentan con más frecuencia los miomas.^{1,2,7} Aunque el rango de edad sugerido por los diferentes autores muestra algunas variaciones autores como *García-Puente García A*⁵ refieren una mayor incidencia en la quinta década de la vida. Autores como *Cedeño Acosta y Cornejo Narváez*² encontraron, en una serie de 303 pacientes con fibroma uterino, que 90,1 % de las pacientes tenían una edad igual o mayor a 35 años con una media de 43,31 años y una desviación estándar de 6,96; de ellas, 98 % eran mestiza.

Los miomas uterinos tienen una clínica diversa acorde a su localización. Autores como *Sosa Martín* y otros⁸ confirman que los síntomas dependientes del tamaño se hacen más marcados a medida que el útero va invadiendo el espacio de los otros órganos, y aparecen entonces síntomas del sistema afectado en sí. Estas afirmaciones coinciden con los antecedentes, obtenidos de la paciente, al referir sensación de peso en la pelvis y cansancio fácil de las piernas. Otros síntomas como la anemia y el dolor dependen también de la localización siendo los denominados subserosos, como es el caso, los que con frecuencia son pediculados y hacen torsión del mioma, con la consiguiente necrosis.^{2,6}

El diagnóstico de esta enfermedad tiene una sospecha clínica, pero es eminentemente imaginológico. *Báez Pupo* y otros⁹ coinciden que, en la actualidad, el ultrasonido transabdominal y el ultrasonido transvaginal constituyen los métodos de elección para evaluar las patologías primarias con efecto de masa de la esfera ginecológica y sus complicaciones.

Se coincide con *Sepúlveda* y otros⁴ los cuales concluyen que la falta de un tratamiento médico eficaz ha hecho que la cirugía sea el manejo tradicional para esta enfermedad. En la actualidad, los tratamientos médicos sólo se utilizan a corto plazo, debido a los riesgos significativos con la terapia a largo plazo, o la falta de pruebas con respecto a los beneficios de los nuevos agentes médicos. El tratamiento médico de los miomas es una estrategia reciente y resulta atractivo para muchos ginecólogos por su facilidad y menores complicaciones cuando se compara con la cirugía, especialmente cuando la principal intención es la preservación de la fertilidad o el deseo de conservar el útero.^{3,5,6} Es necesario mencionar que según el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) y las guías francesas en los casos de miomas asintomáticos no hay razón para tratamiento.^{1,7}

Autores como *Sosa Martín* y otros⁸ recomiendan que el fibroma uterino tiene indicaciones de tratamiento quirúrgico cuando se establece la aparición de complicaciones como son la compresión de otros órganos, la dismenorrea, la anemia ferropénica, y los cambios secundarios que pueden sufrir los miomas uterinos, tales como: la degeneración hialina, la quística, la sarcomatosa, la necrosis, la

calcificación, la degeneración grasa, así como la infección secundaria. *Cedeño Acosta y Cornejo Narváez*² afirman que la posibilidad de desarrollar complicaciones parece estar relacionado con el tamaño, la localización y el número de miomas.

Rosabal Ramírez y otros⁶ describen el caso de una paciente de 23 años de edad, con antecedentes de fibroma uterino y a la cual se le realizó cesárea a las 39,1 semanas de gestación por esta causa y presentación pelviana del feto. A los seis días comenzó con fiebre de 39°C, dolor en hipogastrio y taquicardia. Posteriormente aparecieron manifestaciones de compresión dadas por Trombosis Venosa Profunda y dilatación de las cavidades renales. Por la persistencia del cuadro clínico y los hallazgos del ultrasonido se decidió intervenir quirúrgicamente, encontrándose una necrobiosis séptica del fibroma uterino. El estudio anatomopatológico corrobora el diagnóstico.

En el caso que se presenta se evidenció una asociación de fenómenos, degenerativos, y sépticos al tratarse de una paciente, postmenopáusica, que es admitida con signos de irritación peritoneal y un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica. Se evidencia también el papel clave que juega la ultrasonografía en el diagnóstico, el de la intervención quirúrgica en el tratamiento y la necesidad de seguimiento minucioso a las pacientes aquejadas de esta enfermedad independientemente de su edad, deseo de paridad o conservación del útero y momento de su vida reproductiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Marret H, Fritel X, Ouldamer L, Bendifallah S, Brun JL, De Jesus I, et al. Therapeutic management of uterine fibroid tumors: updated French guidelines. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2012;165:156-64.
2. Cedeño Acosta JE, Cornejo Narváez AG. Miomatosis uterina: frecuencia y características clínico-ecográficas en el "Hospital Vicente Corral Moscoso", periodo 2010-2014. [Tesis]. Universidad de Cuenca. Ecuador. 2016. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/25335>
3. Phelippeau J, Fernández H. Fibromas uterinos. *EMC-Ginecología-Obstetricia.* 2016 [Internet]. 2016[citado 2017 Ago 01];52(4):1-6. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1283081X16809029>
4. Sepúlveda AJ, Alarcón NMA. Manejo médico de la miomatosis uterina. Revisión de la literatura. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2016[citado 2017 Ago 01];81(1):48-55. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000100009&lng=es
5. García-Puente García A. Eficacia de los nuevos tratamientos para el mioma uterino. [Tesis]. Universidad de Salamanca. España. 2016. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10366/130672>
6. Rosabal Ramírez CA, González Aguilera JC. Necrobiosis séptica de un fibroma uterino en el puerperio. Presentación de un caso. *MULTIMED* [Internet]. 1999[citado 2017 Jul 21];3(1). Disponible en: <http://www.multimedgrm.sld.cu/articulos/1999/v3-1/3.html>

7. ACOG Practice Bulletin. Alternatives to Hysterectomy in the Management of Leiomyomas. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists 2008; 112(2). PART 1.

8. Sosa Martín G, Gutiérrez Gaytán LR, Crespo Galán A. Mioma uterino gigante. Rev Cubana Cir [Internet]. 2011[citado 2017 Abr 27];50(4):555-9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932011000400017&lng=es

9. Báez Pupo F, Díaz Brito Y, Báez Pupo MM. Diagnóstico ultrasonográfico de las masas pélvicas ginecológicas. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2014[citado 2017 Ago 01];40(4):378. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2014000400004&lng=es

10. Donnez J, Dolmans MM. Uterine fibroid management: from the present to the future. Human Reproduction Update. [Internet]. 2016 Nov [citado 2017 Jul 08]; 22(6): 665-686. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/humupd/dmw023>

Recibido: 23 de enero de 2018.

Aprobado: 26 de febrero de 2018.

Pedro Rafael Casado Méndez . Hospital Provincial Universitario "Carlos Manuel de Céspedes". Carretera a Santiago de Cuba y Ave. 30 de noviembre. Bayamo, Granma. Cuba.

Correo electrónico: pcasado@infomed.sld.cu