

Artículo de presentación de casos clínicos

Mioma naciente submucoso séptico. Presentación de caso clínico
Septic submucous nascent myoma. Clinical case presentation

María Fernanda Calderón León* ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4121-6006>, Narciso Gotairo Pincay Holguín* ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1414-8167>, Giannine Elizabeth Rodríguez Procel* ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2168-749X6>, Lorena Katuska Loor Cusme** ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8817-4667%20X>, José Manuel Vélez Macías* ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6805-3211>, Nataly del Carmen Quisiguiña Jarrin* ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4815-1241>.

*Universidad de Guayaquil- Ecuador

**Pontificia Universidad Católica del Ecuador

dracalderonleon@hotmail.es

Recibido: 21 de septiembre del 2022

Revisado: 6 de octubre del 2022

Aceptado: 2 de diciembre del 2022

Resumen.

La miomatosis uterina es la neoplasia benigna más frecuente en las mujeres, pero a su vez es una patología subdiagnosticada debido a que, generalmente no genera síntomas, ocurriendo en el 25 % de mujeres en etapa reproductiva y el 70 % en etapa de menopausia. El objetivo de este trabajo es presentar un caso clínico de una paciente en etapa menopáusica, que presentó un gran mioma submucoso naciente con características sépticas, su manejo y evolución clínica. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, presentación de caso clínico. Se solicitó el consentimiento informado de la paciente, para revisión de historia clínica e imágenes que contribuyeron al desarrollo de la presente investigación. **Resultados :** se describe el caso de una paciente de sexo femenino de 48 años de edad multigesta, que presentó un gran mioma submucoso naciente, por lo que se realiza histerectomía abdominal total más salpingo ooforectomía bilateral, obteniéndose un útero miomatosos de características sépticas que generó una evolución posoperatoria complicada **Conclusión :** es importante realizar un diagnóstico adecuado y oportuno, una correcta historia clínica, conocer los deseos genésico o no de la paciente, la edad en la que se encuentra, el tamaño del o los miomas, su localización, tener en consideración y estar preparado para tratar las complicaciones más frecuentes. **Palabras clave:** Leiomioma, Tumor fibroide, miomas uterinos, sepsis.

Abstract

Uterine myomatosis is the most frequent benign neoplasm in women, but it is also an underdiagnosed pathology because it generally does not generate symptoms, occurring in 25% of women in the reproductive stage and 70% in the postmenopausal stage. The objective of this work is to present a clinical case of a patient in the menopausal stage, who debut a large nascent submucosal fibroid with septic characteristics, its management and clinical evolution. **Materials and Methods:** A retrospective descriptive study was performed, presenting a clinical case. The informed consent of the patient was requested for review of clinical history and images that contributed to the development of the present research. **Results :**describes the case of a 48-year old nuligestal female patient who presented a large nascent submucosal fibroid, so total abdominal hysterectomy plus bilateral salpingo-ooforectomia is performed, obtaining a myomatous uterus of septic characteristics that generated a complicated postoperative evolution. **Conclusion:** it is important to make an adequate and timely diagnosis, a correct medical history, know the genetic desires or not of the patient, the age at which she is, the size of the fibroid or fibroids, its location,take into consideration and be prepared to treat the most frequent complications. **Keywords:** Leiomyoma, Fibroid tumor, uterine fibroids, sepsis.

Introducción

Dentro de los tumores pélvicos benignos, los más comunes en las mujeres son los miomas, también conocidos como leiomiomas o fibromiomas (1), los cuales son infradiagnosticados debido a que, en la gran mayoría de mujeres son asintomáticos. Epidemiológicamente ocurren en hasta el 70% de las mujeres en la etapa de menopausia y 25 % en las mujeres en edad fértil. Los miomas uterinos submucosos representan aproximadamente el 5% de todos los miomas uterinos (1) Dentro de la patogénesis de los fibromas, varias vías y mecanismos de las hormonas sexuales, células madre, glucocorticoides, factores de crecimiento, señalización de citocinas, remodelación de la matriz extracelular y factores epigenéticos están involucrados, así los miomas derivan del miometrio y presentan una abundante matriz extracelular rodeados de una fina pseudocápsula de tejido conectivo y fibras musculares comprimidas (2).

La Federación Internacional de Ginecología y obstetricia (FIGO), ha descrito y clasificado de forma más detallada los leiomiomas en tres categorías:

1.- Leiomiomas submucosos: pueden protruir hacia el canal endometrial y ocasionar sangrados profusos, asociándose con infertilidad o abortos en mujeres en etapa reproductiva. Se dividen en tres subtipos en función del grado de extensión intramural:

Tipo 0. son los que se encuentran dentro la cavidad endometrial, unidos al endometrio por un pedículo, por eso se conocen como pediculados y pueden prolapsarse por el canal vaginal produciéndose el conocido mioma naciente.

Tipo 1 : Si afecta >50% de la submucosa y el componente intramural es <50% Tipo 2 : afecta >50% de la submucosa y tienen un componente intramural >50% Conocer esta diferenciación beneficiará para la extirpación histeroscópica.

2. Otros leiomiomas: incluyen todos los leiomiomas intramurales, los subserosos y los de localizaciones extrauterinas.

Tipo 3 y 4.

Los tipos 3: presentan un componente 100% intramural y contactan con en endometrio sin extenderse a la cavidad endometrial.

Los tipo 4 : son aquellos 100% intramurales que no contactan ni con el endometrio ni con la serosa.

Los miomas subserosos se dividen en los tipos 5, 6 y 7 de la FIGO en función de la extensión intramural.

Tipo 5: Si presentan un componente >50% intramural y <50% subseroso .

Tipo 6 : si presentan un componente intramural <50% y subseroso >50%

Tipo 7 : son aquellos miomas subserosos pediculados que no presentan componente intramural. Al igual que los de tipo 0, estos también presentan un tallo vascular.

Tipo 8: son los miomas extrauterinos, localizados generalmente en el cérvix o en el ligamento ancho, pero también pueden parasitar la cavidad peritoneal 3. Leiomiomas híbridos: se refiere a los leiomiomas que se extiende desde la submucosa a la serosa, de modo que se enumeran dos números separados por un guion: el primero indica la relación con el endometrio y el segundo con la serosa. Así pues, un mioma FIGO 2-5 presenta un componente submucoso <50% y un subseroso >50% (3)(4).

Clínicamente el signo más sobresaliente es el sangrado abundante y prolongado, especialmente si el mioma es submucoso o intramural. Además, pueden manifestar otros trastornos como: dispareunia, dismenorrea o dolor pélvico y pesadez en la región pélvica con compresión de órganos adyacentes como la vejiga o el recto (5).

El diagnóstico ecográfico preoperatorio se puede utilizar para evaluar la cantidad, posición y el tamaño del fibroma y para poder seleccionar el mejor procedimiento quirúrgico. La resonancia magnética nuclear puede ser útil, sobre todo, cuando hay más de cuatro miomas (6)(7). Estas neoplasias son consideradas benignas en su mayoría, pero puede producirse una transformación de Novo, más frecuente en pacientes posmenopáusicas, en un 0.23% (8)

El examen preoperatorio completo incluye citología del cuello uterino , biopsia endometrial , ecografía pélvica y/o resonancia magnética (2).

El tratamiento definitivo para tratar los miomas es la cirugía, pero las opciones terapéuticas van a depender de muchos factores como, la gravedad de los síntomas, el número y el tamaño de fibromas, la edad de la paciente , su proximidad a la menopausia, o si se encuentra en etapa reproductiva y tiene deseo genésico, en estos casos la mejor opción podría ser la miomectomía, además de otras técnicas recientemente desarrolladas,

como la embolización de las arterias uterinas (EAU), la cirugía con ultrasonido focalizado por resonancia magnética (MRgFUS) y la miólisis como alternativas terapéuticas. Sin embargo, es necesario mencionar que la EAU puede tener complicaciones graves que afectan la fertilidad y su eficacia es limitada.

Si el mioma es submucoso, está contenido en la cavidad uterina y es de 4 cm de diámetro o menos, la resección histeroscópica es la técnica preferida. Sin embargo, para las lesiones más grandes, la histeroscopia es difícil, especialmente para los miomas submucosos con un componente intramural considerable (5).

Los miomas submucosos nacientes se pueden extraer por vía vaginal porque suelen ser de fácil acceso, producen poco sangrado y no requieren una dilatación adicional del cuello uterino. Sin embargo, los miomas nacientes grandes de base ancha pueden sangrar mucho y plantear un riesgo de inversión uterina durante su extirpación, y por lo tanto pueden incluso requerir una histerectomía, como sucedió en el caso presentado (5)

Las principales complicaciones de esta condición, es la degeneración necrótica, ulceración e infección, ocasionando hemorragia importante en algunos casos, generando problemas asociados, tales como, anemia ferropénica, astenia, mareos, palidez marcada, vergüenza social y pérdida de productividad laboral (9).

En el caso presentado se manifestó como complicación un proceso séptico, siendo éste un estado de disfunción, que si no es controlado a tiempo puede conducir a una falla orgánica multisistémica secundaria a una respuesta desregulada del huésped a la infección (10).

El objetivo de este trabajo es describir un caso clínico de una paciente en etapa menopáusica, que presentó un gran mioma submucoso naciente con características sépticas, su manejo y evolución clínica.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, presentación de caso clínico. Se solicitó el consentimiento informado de la paciente, para revisión de historia clínica e imágenes que contribuyeron al desarrollo de la presente investigación.

Caso Clínico:

Paciente femenina de 48 años, nulípara, en etapa de menopausia, no refiere antecedentes personales patológicos de importancia, no refiere alergias, Antecedentes familiares maternos: cáncer gástrico. Presenta cuadro clínico de 2 años de evolución caracterizado por dolor pélvico más hemorragia uterina anormal, 1 mes antes previo a su ingreso el cuadro se acompaña de astenia y mareos, exacerbándose con sangrado profuso y dolor pélvico de 48 horas de evolución por lo que acude al área de emergencias del hospital, al tacto vaginal cérvix dilatado 1 cm, se palpa presencia de posible mioma.

Ecografía Endo vaginal reporta: útero en anteversión de contornos definidos, aspecto fibroso, mide 15.5 cm X 9.6 cm X 10.5 cm en cara posterior mioma intramural de 5.9 x 4.9 cm, endometrio mide 3.5 cm, ecogénico. Cérvix hiperecogénico heterogéneo, ovarios de difícil visualización. Fondo de saco de Douglas libre.

Se realiza histeroscopia diagnóstica más biopsia endometrial: donde se visualiza criptas endocervicales hipertróficas, endometrio irregular con paredes engrosadas y áreas de hipervascularización focal, no se evidencian ostium, se toma biopsia.

Diagnóstico: hemorragia uterina anormal, útero fibromiomatoso, endometrio engrosado.

1 mes después se realiza: histerectomía abdominal más salpingo ooforectomía bilateral, se extrae útero fibromiomatoso, en forma de reloj de arena, presenta mioma grande en cérvix, de aspecto infeccioso, con presencia de secreción purulenta.

Resultado de anatomía Patológica: Útero más anexos que mide 8x7x 5 cm, serosa lisa, rosada parduzca, cérvix dilatado, se observa lesión tumoral ovoidea lisa que se desprende de la cavidad endometrial que mide 11.5 x 8 cm, blanquecina con área hemorrágica de aspecto arremolinado.

Cavidad endometrial está cubierta por mucosa rojiza que mide 0.2 cm, anexo derecho: trompa uterina mide 4.5 cm, lisa tortuosa, al corte luz permeable, ovario mide 3x2 cm cerebriforme de aspecto usual. Anexo izquierdo: trompa uterina mide 6 cm, ovario mide: 3.2 x 2x 1.5 cm de iguales características al anterior.

Diagnóstico histopatológico: Endo cervicitis crónica, leiomioma submucoso con áreas mixoides y de hemorragia en cuerpo uterino, trompa de

Falopio normal en anexo derecho, cuerpo blanco en anexo izquierdo.

Evolución de paciente

Paciente pasa al área de postoperatorio en condiciones hemodinámicas estables, luego de 3 horas, pasa al área de hospitalización, se mantiene con antibioticoterapia indicada desde el postoperatorio con ceftriaxona 1 gramo IV c12H, clindamicina 600 mg IV cada /8h, paracetamol 1 g IV cada 8h, terapia del dolor con vía epidural 7 ml /h, solución salina 0.9 % 1000 CC IV 30 gotas por minuto, A las 24 horas empieza a manifestar fiebre 39 a 40 grados centígrados que mejora con medios físicos y antipiréticos pero que recidiva a pesar de medicación antibiótica. Paciente permanece en el área de hospitalización y se realiza interconsulta al área de infectología, valorando a paciente y efectuando cambio en el esquema antibiótico a las 72 horas, iniciando con piperacilina más tazobactam 4.5 g IV c/6horas, amikacina 1 gr IV cada día, metronidazol 500 mg IV cada 8h, paciente recibió tratamiento por 7 días A los 10 días de hospitalización se realiza retiro de puntos de sutura de herida quirúrgica, dentro de límites normales, se descarta infección de herida quirúrgica. Se realiza tomografía abdomino pélvica la cual se encontró dentro de límites

normales Paciente presenta mejoría de su cuadro clínico a los 12 días, se encuentra afebril, es dada de alta en condiciones clínicas estables.

Resultados de los exámenes de laboratorio

Biometría hemática: glóbulos blancos 14.71, neutrófilos: 79.2%, Hb 9.7 g/dl, HTC 29.3 % (previo a histeroscopia, un mes antes)

Biometría hemática: glóbulos blancos 16.81, neutrófilos: 87.7%, Hb 9.6 g/dl, HTC 30.3% plaquetas 424.000 (al ingreso)

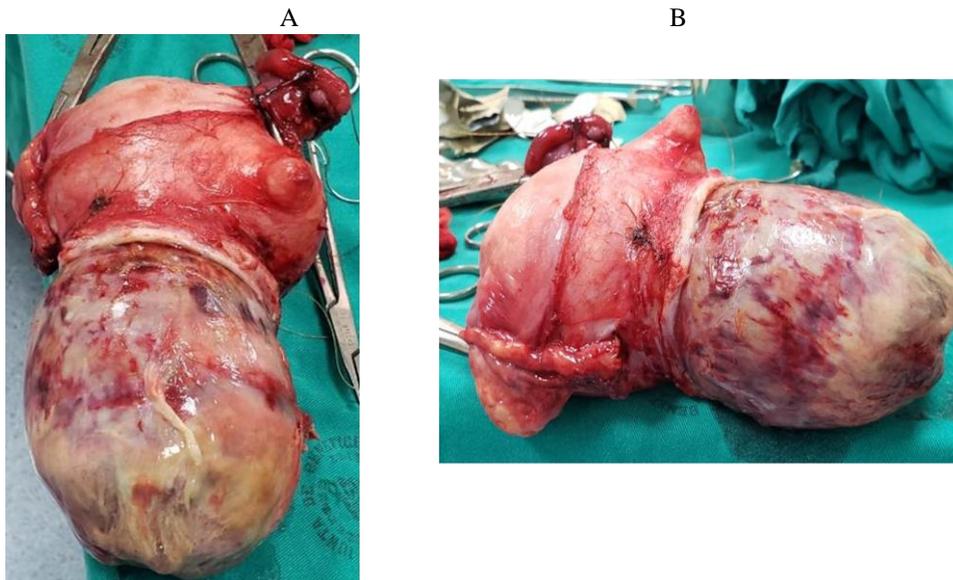
Resultados posquirúrgicos: A las 24 horas postquirúrgico: luego de remover el mioma naciente infectado paciente presenta cuadro clínico de respuesta inflamatoria sistémica. Biometría hemática: glóbulos blancos 18.27 neutrófilos: 80.4%, Hb 8 g/dl, HTC 25% plaquetas 687.000. PCR: 21.97, procalcitonina 0.16 ng /MI

A las 72horas: Biometría hemática: glóbulos blancos 18.83 neutrófilos: 78.1 %, Hb 8.7 g/dl, HTC 27.2% plaquetas 858.000. PCR: 10.37

Se escalo esquema antibiótico empírico inicial, para cubrir todos los gérmenes, hasta obtener los resultados de los cultivos.

Biometría hemática: (posterior a la escalada del nuevo antibiótico): glóbulos blancos 10.82 neutrófilos : 68.9 %, Hb 8.8 g/dl, HTC 27.5% plaquetas 840.000 .PCR: 2.46.

Imágenes



Fuente: Dra. María Fernanda Calderón León

Descripción: En imagen A y B se observa útero fibromiomaso con presencia de gran mioma submucoso naciente con aspecto infeccioso con presencia de material purulento y áreas hemorrágicas

Discusión

El caso presentado en este trabajo de investigación se trata de un mioma submucoso muy grande y prolapsado, clasificación FIGO 0, que se conocen como mioma naciente, los cuales crecen en el aspecto interno del miometrio y se proyectan en la cavidad uterina. Si los miomas submucosos son pedunculados, pueden protruir a través del canal cervical que se dilata gradualmente y prolapsar en la vagina (3).

La menorragia es un síntoma muy asociado a los miomas submucosos y se atribuyen a la interferencia con la función endometrial, existiendo tres aspectos fisiopatológicos importantes : 1) surgen del miometrio de la zona de unión, que es una estructura altamente especializada. 2) las respuestas celulares a las hormonas ováricas en los leiomiomas submucosos difieren de las de otros miomas, y 3) el miometrio huésped del útero miomatoso es bioquímicamente anormal (11).

La miomectomía vaginal es el tratamiento principal para el mioma prolapsado aislado y tiene éxito en más del 95 % de los casos, siempre y cuando el mioma no sea de gran tamaño, en esos casos se prefiere la histerectomía abdominal (2). El mioma manifestado en la paciente, por su gran tamaño fue extraído mediante histerectomía abdominal total, además se trató de una paciente sin deseo genésico, nuligesta, en etapa de menopausia, que presentaba síntomas de dolor pélvico, sangrado profuso, anemia y astenia, lo que afectaba su calidad de vida, ya que sus labores cotidianas eran de una mujer muy activa.

Como complicación principal en el mencionado caso se manifestó una infección severa que generó una inestabilidad clínica presentando fiebre de 39 a 40 grados centígrados, atribuyéndose netamente a la presencia del gran mioma naciente de aspecto séptico que se extrajo durante el procedimiento quirúrgico y tomando en consideración los exámenes de laboratorio que reflejaron al ingreso leucocitosis más neutrofilia. Presento un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS): Temperatura >38,3 C o <36 C, Frecuencia cardiaca >90 latidos por minuto, Taquipnea Frecuencia respiratoria >20 respiraciones por minuto, glóbulos blancos: >12000, <4000 (o >10% formas inmaduras). La infección se logró autolimitar cuando se instauró un segundo esquema antibiótico de amplio espectro. Respecto al biomarcador para

sepsis procalcitonina, se encontró en límites normales, siendo más sensible para infecciones respiratorias y poco sensible para infecciones intraabdominales pélvicas, como en el caso presentado (12).

Conclusiones

Los miomas uterinos son los tumores benignos más comunes en las mujeres, siendo más frecuente su presentación clínica en la etapa menopáusica, originando una serie de síntomas que afectan no solo la salud sino también la calidad de vida, sin dejar de considerar el pequeño porcentaje de mujeres en etapa reproductiva que también pueden manifestar este tipo de neoformaciones e interferir en su deseo genésico y capacidad de reproducirse, por lo que, afectaría también a su parte emocional además de su parte física. Siendo así, en la actualidad existen muchas alternativas terapéuticas para resolver esta condición patológica, pero esto va a depender en la edad de la paciente, el tamaño, localización, cantidad de miomas y el deseo o no de preservar la fertilidad. El método electivo para el mioma submucoso naciente es el quirúrgico y generalmente es a través de la vía vaginal pero cuando presentan un gran tamaño resulta mejor la vía abdominal. Los leiomiomas FIGO 2 se resecan por histeroscopia, mientras que los FIGO 3 y 4 mediante laparoscopia o laparotomía. Como complicaciones importantes se pueden presentar infecciones, hemorragias y necrosis, para lo cual se debe establecer un diagnóstico y tratamiento oportuno.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias

- 1.-Mauri F, Lambat Emery S, Dubuisson J. A hybrid technique for the removal of a large prolapsed pedunculated submucous leiomyoma. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2022 May;51(5):102365. doi: 10.1016/j.jogoh.2022.102365. Epub 2022 Apr 8. PMID: 35405417.
- 2.-León, María Fernanda Calderón, et al. "Miomatosis Uterina, Un Desafío Terapéutico En Ginecología Y Fertilidad. Artículo De Revisión De La Literatura." *Mediciencias UTA* 6.2 (2022).

- 3.- Gomez E, Nguyen MT, Fursevich D, Macura K, Gupta A. MRI-based pictorial review of the FIGO classification system for uterine fibroids. *Abdom Radiol (NY)*. 2021 May;46(5):2146-2155. doi: 10.1007/s00261-020-02882-z. Epub 2021 Jan 1. PMID: 33385249.
- 4.- Munro MG. Practical aspects of the two FIGO systems for management of abnormal uterine bleeding in the reproductive years. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2017 Apr;40:3-22. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2016.09.011. Epub 2016 Oct 1. PMID: 27836285.
- 5.- Terzic M, Maricic S, Dotlic J. Vaginal Removal of Very Large Nascent Uterine Myoma - Case Report and Literature Review. *Geburtshilfe Frauenheilkd*. 2013 Jul;73(7):724-726. doi: 10.1055/s-0032-1328724. PMID: 24771930; PMCID: PMC3859156.
- 6.-Dueholm M, Hjorth IM. Structured imaging technique in the gynecologic office for the diagnosis of abnormal uterine bleeding. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2017; 40: 23-43. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2016.09.010
- 7.- Van den Bosch T, et al. Terms, definitions and measurements to describe sonographic features of myometrium and uterine masses: a consensus opinion from the Morphological Uterus Sonographic Assessment (MUSA) group. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2015; 46 (3): 284-98. doi: 10.1002/uog.14806
- 8.- Finco A, et al. Surgical management of abnormal uterine bleeding in fertile age women. *Women's Health (Lond)*. 2015; 11 (4): 513-25. doi: 10.2217/whe.15.12
- 9.-Fiaschetti V, Fornari M, Cama V, Rascioni M, Liberto V, Sorrenti G, Simonetti G. MRI in the assessment of prolapsed pedunculated submucous leiomyomas: two case reports. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2015;42(6):827-32. PMID: 26753498.
- 10.-Formosa, A., Turgeon, P. & dos Santos, C.C. Papel de la desregulación del miRNA en la sepsis. *Mol Med* 28; 2022: 99.
- 11.-American Association of Gynecologic Laparoscopists (AAGL): Advancing Minimally Invasive Gynecology Worldwide. AAGL practice report: practice guidelines for the diagnosis and management of submucous leiomyomas. *J Minim Invasive Gynecol*. 2012 Mar-Apr;19(2):152-71. doi: 10.1016/j.jmig.2011.09.005. PMID: 22381967.
- 12.- Vélez JW, Aragon DC, Donadi EA, Carlotti APCP. Risk factors for mortality from sepsis in an intensive care unit in Ecuador: A prospective study. *Medicine (Baltimore)*. 2022 Mar 18;101(11):e29096.