

La infertilidad por Mioma Submucoso. Caso clínico

Infertility by Submucous Myoma. Case report

Marlenes Ileana Salas Roche¹, Cristina Gimi Nhunga², Jorge Luis Hiralda Martínez³

1. Máster en Atención Integral a la Mujer. Especialista de Primer Grado en Ginecobstetricia. Asistente. Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín.

2. Especialista de Primer Grado en Ginecobstetricia. Asistente. Hospital Provincial de Luanda Norte. Angola.

3. Máster en Atención Integral a la Mujer. Especialista de Segundo Grado en Ginecobstetricia. Asistente. Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.

RESUMEN

Los miomas pueden causar infertilidad. Provocan una marcada deformación del útero por deformación u obstrucción de los segmentos uterinos de las trompas de Falopio, cavidad y cuello uterino anormales. Este caso se trata de una paciente de 27 años de edad, de la raza negra, con menstruaciones abundantes y antecedentes de infertilidad, atendida en el Servicio de Ginecología del Hospital Provincial de Luanda del Norte, Angola. En el examen físico se encontró una tumoración en el hipogastrio. La ecografía transvaginal mostró un mioma uterino submucoso, que ocupaba y deformaba toda la cavidad endometrial. Todo esto se consideró como la causa de su infertilidad y se le realizó una miomectomía con evolución satisfactoria.

Palabras clave: mioma, miomectomía, infertilidad, mujer, caso clínico.

ASBTRACT

Myomas can cause infertility. They create alterations of uterus and cervix, marked by deformations of the fallopian tubes uterine segments for an abnormal uterine cavity. This case refers to a 27-year-old black patient, with heavy menstruation and infertility background, attended at the Gynecology Service of the Provincial Hospital of North Luanda, Angola. A tumor in the hypogastrium was found during physical examination. Transvaginal ultrasound revealed a submucosal uterine fibroid affecting endometrial cavity, which was considered the cause of her infertility. Myomectomy was performed with a positive evolution.

Keywords: myoma, myomectomy, infertility, woman, clinical case.

INTRODUCCION

Desde tiempos inmemoriales, la importancia de tener descendencia constituye un problema para toda la humanidad y adquiere cada vez más connotación, sobre todo en los aspectos psíquico y social. Aunque cada persona tiene una opinión propia sobre la reproducción, para la mayoría de las parejas es un elemento muy importante con significados sociales y culturales.¹⁻³

En la pareja, la incapacidad para la procreación crea sentimientos de minusvalía como la ineficiencia, incompetencia, y sus miembros se sienten inútiles ante la sociedad. En ocasiones, aparecen alteraciones en el aparato genital femenino que participan o constituyen la causa de infertilidad. De esta forma, para la mujer las relaciones sexuales se hacen muy difíciles y dolorosas.^{2,4}

Se calcula que entre el 25-35% de las mujeres en edad reproductiva presentan miomas; siendo más propensas las de razas negra y mestiza. Está demostrado que los miomas submucosos afectan las tasas de implantación. Según *Stovall*, los miomas tienen un efecto negativo en las tasas de embarazo e implantación en el 53% de los casos.⁶⁻⁸

Los miomas afectan la implantación del huevo fecundado en la cavidad endometrial, y sus mecanismos pueden ser: una reacción inflamatoria difusa del endometrio, la liberación de macrófagos y prostaglandinas (fundamentalmente los submucosos e intramurales) con deformidad de la cavidad endometrial. Para lograr la fecundidad, los miomas submucosos son tributarios de tratamiento quirúrgico.⁷

A menudo, el diagnóstico se realiza por el cuadro clínico y el examen físico en las mujeres que se consultan por otras causas; mientras que otras sí refieren que se palpan un tumor en el bajo vientre. El examen físico puede determinar el tamaño, la forma y la consistencia del útero y los nódulos. Existen medios diagnósticos como: la histeroscopia y la histerosalpingografía. Sin embargo, la ultrasonografía ginecológica es el medio más útil, pues identifica los tumores de forma temprana, a pesar de ser pequeños o difíciles de localizar.^{4, 5}

El tratamiento depende del deseo de nuevos hijos, la edad, paridad, el número, tamaño y localización del mioma; además de la sintomatología y el estado general de la paciente. En nuestro caso, el mioma comprometía la fertilidad, porque se encontraba dentro de la cavidad uterina, la deformaba e impedía la implantación del huevo fecundado; por lo cual se realizó una miomectomía.

PRESENTACIÓN DE CASO

Se trata de una paciente de 27 años de edad, de la raza negra, que acude a la Consulta de Ginecología del Hospital Provincial de Luanda Norte, Angola. Según refiere, hace dos años intenta quedar embarazada. Al mismo tiempo se queja de trastornos menstruales en ocasiones dados por hiperpolimenorrea y dismenorrea, con cifras bajas de hemoglobina y la presencia de una tumoración en el hipogastrio.

Examen físico

-Mucosas: húmedas e hipocoloreadas.

-Aparato respiratorio: no disnea, no tiraje ni estertores. Frecuencia respiratoria de 16 x minuto.

-Aparato cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos y bien golpeados. No se auscultan soplos. Frecuencia cardíaca de 88 latidos por minuto. Tensión arterial de 110/70 mmHg.

-Abdomen: globuloso, que sigue los movimientos respiratorios. Se encuentra una masa tumoral no dolorosa a la palpación, en la región del hipogastrio hasta el ombligo.

-Tejido celular subcutáneo: no infiltrado.

-Especuloscopia: se observa cuello central de 2 cm cerrado, bien epitelizado, de coloración rosada.

-Tacto vaginal: cuello central de 2 cm, no doloroso. Útero aumentado de tamaño, de bordes irregulares, no doloroso a la movilización. Fondo de saco ocupado, anexos no tactables.

Complementarios

-Hemoglobina: 90 g/L.

-Leucograma: 10×10^9 /L.

-Parcial de orina: Negativa.

-Exudado Vaginal: Negativo.

-Grupo y factor: O+.

-Eritrosedimentación: 37 mm/h.

-Serología (sífilis): no reactiva.

-Microelisa (VIH): negativa.

-Ultrasonografía abdominal: se encuentra útero aumentado de tamaño, hacia cavidad endometrial; una imagen ecogénica de 109 x 98 mm que ocupa y deforma toda la cavidad endometrial. Anexos sin alteraciones, no presencia de líquido en fondo de saco.

Conducta terapéutica

La paciente fue intervenida quirúrgicamente con resultados satisfactorios. El informe anatomopatológico confirmó la sospecha clínica y la paciente pudo salir embarazada posteriormente.



Fig. 1. Útero miomatoso



Fig. 2. Mioma submucoso resecado del interior del útero intacto

DISCUSION

Se trata de una paciente nulípara de 27 años de edad, de raza negra, con historia de infertilidad, que acude a consulta de Ginecología. Según refiere, no queda embarazada, a pesar de no evitarlo desde el comienzo de su primera relación sexual. Al interrogatorio se queja de trastornos menstruales, dado por un sangrado menstrual abundante, que en ocasiones no guarda relación con el ciclo menstrual y el dolor. Presenta, en ocasiones, cifras bajas de hemoglobina y una tumoración en el hipogastrio.

Teniendo en cuenta que, los miomas submucosos crecen dentro de la cavidad uterina, la obstruyen y deforman e imposibilitan la implantación, y por ende, la posibilidad de descendencia; luego de realizar el examen físico y teniendo en cuenta los estudios complementarios, se determina que:

dicha tumoración guarda relación con un mioma uterino submucoso responsable de su infertilidad; por lo que se decide el tratamiento quirúrgico.

La miomectomía constituye una opción para las mujeres que desean conservar su capacidad reproductiva, ya que elimina la hemorragia y mejora la fertilidad.⁹

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hiralda Martínez JL. Presentación de una paciente con mioma gigante del útero. CCM. 2013 [citado 30 jun 2017]; 17(3): 392-396. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000300022&lng=es
2. Leal Soliguera MC. Presentación de un caso de mioma uterino gigante. Rev Cubana Med Gen Integr. 2008 [citado 30 jun 2017]; 24(4). Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000400014&lng=es
3. Ramírez Fajardo K, Torres Alfes G, Frutos Ramírez YK. Diagnóstico ecográfico de mioma uterino en mujeres con síntomas ginecológicos. MEDISAN. 2012 [citado 30 jun 2017]; 16(9): 1350-1357. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000900003&lng=es
4. Suárez González JA, Gutiérrez Machado M. Mioma uterino gigante y embarazo. Presentación de una paciente. Medicentro Electrónica. 2015 [citado 30 jun 2017]; 19(1): 35-37. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432015000100008&lng=pt
5. Moslemi I, Alarcón V, Soto Zandra, Mancisidor K, Sánchez S, Peñalosa L. Miomectomía en gestante de 14 semanas: a propósito de un caso. Rev Chilena Obstet Ginecol. 2016 [citado 30 jun 2017]; 81(2):130-134. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000200009>
6. De Limas Irio Boclin K, Faerstein E, Szklo M. Does life-course socioeconomic position influence racial inequalities in the occurrence of uterine leiomyoma? Evidence from the Pro-Saude Study. Cad Saúde Pública. 2014 [citado 30 jun 2017]; 30(2): 305-317. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000200305&lng=en&lng=en

7. García V, Cernadas SE, Buján V, González R, González P, Cerviño E, *et al.* Miomas sintomáticos: ¿miomectomía o embolización de las arterias uterinas? Rev Chilena Obstet Ginecol. 2012 [citado 30 jun 2017]; 77(4):255-258. Disponible en:

<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000400003>

8. Sosa Martín G, Gutiérrez Gaytán LR, Crespo Galán A. Mioma uterino gigante. Rev Cubana Cir. 2011 [citado 30 jun 2017]; 50(4):555-559. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932011000400017&lng=pt

9. Sangha R, Strickler R, Dahlman M, Havstad S, Wegienka G. Myomectomy to conserve fertility: seven-year follow-up. J Obstet Gynaecol Can. 2015 [citado 30 jun 2017]; 37(1):46-51. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1701216315303625?via%3Dihub>

Recibido: 4 de julio de 2017

Aprobado: 25 de junio de 2018

MSc. *Jorge Luis Hiralda Martínez*. Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.
Correo electrónico: jorgeluishm@infomed.sld.cu