



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE EL TEMA:

“MIOMATOSIS UTERINA GIGANTE”

Requisito previo para optar por el Título de Médico.

Autora: Lizano Ortiz, Giovanna Elizabeth

Tutor: Dr. Mena Villarroel, Luis Byron

Ambato – Ecuador

Mayo, 2016

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor en el Trabajo de Investigación sobre Análisis de Caso Clínico con el tema: “**MIOMATOSIS UTERINA GIGANTE**” de Lizano Ortiz Giovanna Elizabeth, estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del Jurado examinador, designado por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud

Ambato, Mayo 2016

EL TUTOR.

.....
Dr. Mena Villarroel, Luis Byron

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Análisis del presente caso clínico: **“MIOMATOSIS UTERINA GIGANTE”** así como también los contenidos, ideas, análisis y conclusiones son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Mayo 2016

LA AUTORA

.....
Lizano Ortiz, Giovanna Elizabeth

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato para que haga de este Análisis de Caso Clínico o parte de, un documento disponible para su lectura, consulta y proceso de Investigación.

Cedo los derechos en línea Patrimoniales de mi Análisis de Caso Clínico dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Mayo 2016

LA AUTORA

.....
Lizano Ortiz, Giovanna Elizabeth

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis de Caso Clínico, sobre el tema “**MIOMATOSIS UTERINA GIGANTE**”, de Lizano Ortiz Giovanna Elizabeth, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Mayo 2016

Para constancia firman:

.....
.....

PRESIDENTE /A

.....
.....

1er VOCAL

2 do VOCAL

DEDICATORIA

La razón de la existencia humana tiene una finalidad o una meta.

El presente análisis de caso clínico constituye el reflejo de la constancia, perseverancia y amor entregado día a día durante 6 años, por lo que dedico a Dios por enseñarme que con humildad, paciencia y sabiduría, todo es posible; adjunto al ejemplo, sacrificio y entrega de mis padres que me dieron el privilegio de la vida, que me motivaron y me dieron la mano cuando me sentía abatido en el camino, porque fueron testigos de mis noches de vigilia, simplemente porque me dieron la oportunidad de ubicarme en el lugar en el cual hoy me encuentro.

A mi amado esposo, compañero de lucha quien celebra mis victorias, y no deja que desmaye ante mis fracasos.

A mi hija, razón que impulsa mis pasos e ilumina mi vida, razón de existir y salir adelante.

Es por ello que dedico el presente trabajo a Dios, a mis padres, a mi esposo y a mi amada hija.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Técnica de Ambato, por contribuir al engrandecimiento profesional de sus estudiantes.

A Dios por darme la oportunidad de existir y darme este don de fortaleza, sabiduría, perseverancia y humildad, pero sobre todo por permitirme ser su mediadora para calmar las dolencias de todos los enfermos.

A nuestros Maestros, por compartir sus conocimientos en nuestro proceso de formación profesional, personal y sobre todo por brindarnos su amistad.

De manera muy especial a mi Tutor Dr. Byron Mena por haberme brindado su apoyo en el camino hacia el cumplimiento de este ideal, siendo guía y ejemplo de trabajo, honestidad, fortaleza y nobleza.

A todas las casas de salud especialmente al Hospital Regional Docente Ambato, con cada uno de sus pacientes por darme la oportunidad sin conocerme, de emprender este viaje de resistencia donde la adquisición de conocimientos, habilidades y destrezas serán en su honor y para su beneficio.

4.3.ANÁLISIS DEL CASO CLÍNICO	31
4.4.ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD	47
4.5.IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS	48
4.6.CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA	48
5. CONCLUSIONES.....	52
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54
7. ANEXOS	57

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA
“MIOMATOSIS UTERINA GIGANTE”

Autora: Lizano Ortiz, Giovanna Elizabeth

Tutor: Dr. Mena Villarroel, Luis Byron

Fecha: Ambato, Mayo del 2016

RESUMEN

La miomatosis uterina es la forma más común de los tumores uterinos benignos del tracto reproductor femenino, también conocidos desde el punto de vista anatomopatológico como leiomiomas o fibromiomas, de acuerdo al predominio de las fibras musculares lisas o la cantidad de tejido fibroso (1) (2); en el crecimiento y desarrollo de la miomatosis uterina se ven implicados tanto los estrógenos como la progesterona, sin embargo, actualmente mediante estudios y evidencia científica actualizada se involucra a citoquinas y factores de crecimiento (3); teniendo así miomas uterinos desde milímetros hasta grandes neoplasias que ocupan toda la cavidad abdominal llamados miomatosis uterina gigante, el gran tamaño de dichos tumores que sufrieron un crecimiento descomunal ha sido descrito con asombro a través del tiempo, es por ello que este tipo de miomatosis uterina son neoplasias muy raras y son un reto tanto para el diagnóstico como para la terapéutica; además es un caso excepcional ya que se presentó en una paciente postmenopáusica, sabiendo que los miomas sufren una regresión durante la menopausia, razón por la cual se presenta un caso real y actual; considerando miomatosis uterina gigante a un útero miomatoso que excede de un tamaño de 9 cm o un peso de 800 gr, según revista publicada en 2016 (1), considerado en el 2005 según Revista de Ginecología y Obstetricia de México a un diámetro mayor de 20 cm (4). Su prevalencia es muy difícil de definir por ser una neoplasia rara, sin embargo se estima alrededor de 4 a 25% de los casos, por lo que se destaca el registro en

la literatura ya que en la actualidad, debido a los avances en los diferentes métodos diagnósticos, las neoplasias ginecológicas son diagnosticadas en estadios iniciales, por ello es poco frecuente la presentación de pacientes con tumores de grandes dimensiones. En cuanto a las manifestaciones clínicas son a menudo asintomáticos, pero el 30% de las pacientes afectadas presentan sangrado menstrual, dolor abdominopélvico agudo y otras alteraciones en dependencia del tamaño del útero miomatoso por la presión pélvica (1) (3) (5). El diagnóstico se basa en el examen físico, al realizar el tacto bimanual detectando un útero aumentado de tamaño, contorno irregular o escasa movilidad del útero, corroborado mediante ecografía transvaginal o Resonancia Magnética, Histerosonografía o Histeroscopia diagnóstica, permitiendo determinar la localización, tamaño e invasión de cavidad (1). El principal objetivo del tratamiento es aliviar los síntomas; el tipo y el momento de intervención se deben individualizar en base a la edad, tipo, gravedad de los síntomas, tamaño y localización del mioma (1). Durante el desarrollo del presente caso clínico especificaremos detalladamente el cuadro clínico, métodos diagnósticos, tratamiento y posterior evolución que tuvo la paciente durante su estancia hospitalaria.

PALABRAS CLAVES: MIOMATOSIS_GIGANTE, NEOPLASIA_UTERINA, MENOPAUSIA, PROGESTERONA_ ESTRÓGENOS, CITOQUINAS _ DIAGNOSTICO.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
MEDICAL CAREER
" GIANT UTERINE FIBROID"

Author: Lizano Ortiz Giovanna Elizabeth

Tutor: Dr. Mena Villarroel, Luis Byron

Date: Ambato, May of 2016

SUMMARY

Uterine fibroids are the most common form of benign uterine tumors of the female reproductive tract, also known from the pathologically as leiomyomas or fibroids, according to the predominance of smooth muscle fibers or the amount of fibrous tissue (1) (2); growth and development of uterine fibroids are involved both estrogen and progesterone, however, currently through studies and scientific evidence it updated cytokines and growth factors (3) engages; thus having uterine fibroids from millimeters to large tumors occupying the entire abdominal cavity called giant uterine fibroids, the large size of such tumors who experienced a huge growth has been described in amazement over time, that is why this type of uterine fibroids they are very rare tumors and are a challenge for both diagnosis and for therapeutic; it is also an exceptional case as it was presented in a postmenopausal patient, knowing that fibroids regress during menopause, why a real and current case is presented; considering giant uterine fibroids a fibroid uterus that exceeds a size of 9 cm and a weight of 800 grams, according to magazine published in 2016 (1), formerly considered a diameter greater than 20 cm according to Journal of Gynecology and Obstetrics of Mexico in 2005 (4). Its prevalence is very difficult to define because it is a rare neoplasm, however it is estimated around 4-25% of cases, so the record in the literature stands as today, due to advances in the different diagnostic methods, gynecological cancers are diagnosed in early stages, so it is rare presentation of patients with large tumors. As for the clinical manifestations they

are often asymptomatic, but 30% of affected patients have menstrual bleeding, acute abdominopelvic pain and other conditions depending on the size of the fibroid uterus pelvic pressure (1) (3) (5). The diagnosis is based on physical examination, performing the two-hand touch detecting an enlarged uterus, irregular contour or low mobility of the uterus, confirmed by transvaginal ultrasound or hysteroscopy MRI, Sonohysterography or allowing to determine the location, size and invasion cavity (1). The main goal of treatment is to relieve symptoms; the type and timing of intervention must be individualized based on age, type, severity of symptoms, size and location of the fibroid (1). During the development of this clinical case we specify in detail the clinical, diagnostic methods, treatment and evolution that had the patient during their hospital stay.

KEYWORDS: MYOMATOSIS_GIANT, NEOPLASIA_UTERINE, MENOPAUSE, PROGESTERONE_ ESTRÓGEN, CYTOKINES _ DIAGNOSIS

1. INTRODUCCIÓN

La miomatosis uterina es la forma más común de los tumores uterinos benignos del tracto reproductor femenino, también conocidos desde el punto de vista anatomopatológico como leiomiomas o fibromiomas, de acuerdo al predominio de las fibras musculares lisas o la cantidad de tejido fibroso (1) (2), derivan del miometrio y presentan una abundante matriz extracelular rodeados de una fina pseudocápsula de tejido conectivo y fibras musculares comprimidas (6).

El crecimiento y el desarrollo de la miomatosis uterina está relacionado tanto con los estrógenos como la progesterona, sin embargo, actualmente mediante estudios y evidencia científica se involucra a citoquinas (Factor Transforming – Growth) y factores de crecimiento (Factor de crecimiento epidermoide, factor de crecimiento insulínico) (3); teniendo así miomas uterinos desde milímetros hasta grandes neoplasias que ocupan toda la cavidad abdominal llamados miomatosis uterina gigante, considerando a un útero miomatoso que excede a un tamaño de 9 cm o un peso de 800 gr, según revista publicada en el año 2016 (1), según la Revista de Ginecología y Obstetricia de México en el 2005 es considerado a un diámetro mayor de 20 cm (4).

Su prevalencia es muy difícil de definir por ser una neoplasia rara, sin embargo se estima alrededor de 4 a 25% de los casos (1), por lo que se destaca el registro en la literatura ya que en la actualidad, debido a los avances en los diferentes métodos diagnósticos, las neoplasias ginecológicas son diagnosticadas en estadios iniciales, por ello es poco frecuente la presentación de pacientes con tumores de grandes dimensiones; sin embargo es menester mencionar el caso de mayor tamaño, descrito por Hunt en 1888 como hallazgo en una necropsia, con el "asombroso" peso de 63,5 kg seguido del reporte de Behrend en 1930 con un fibroma uterino de 60,7 kg (7). Al ser una neoplasia rara es un reto tanto para el diagnóstico como para la terapéutica; además es un caso excepcional ya que se presentó en una paciente postmenopáusica, sabiendo que los miomas sufren una regresión durante la menopausia (8), razón por la cual se presenta un caso real y actual.

Con respecto a las manifestaciones clínicas de la miomatosis uterina gigante son a menudo asintomáticos, pero el 30% de las pacientes afectadas presentan sangrado menstrual (menorragia y la hipermenorrea), dolor abdominopélvico agudo y otras alteraciones en dependencia del tamaño del útero miomatoso por la presión pélvica produciendo alteración del tracto urinario (frecuencia urinaria, obstrucción de salida y obstrucción ureteral con hidronefrosis) y rectosigmoideas (constipación o tenesmo). (1)
(5)

El diagnóstico se basa en el examen físico completo, al realizar el tacto bimanual detectando un útero aumentado de tamaño, contorno irregular o escasa movilidad del útero, corroborado mediante ecografía transvaginal o Resonancia Magnética, Histerosonografía o Histeroscopia diagnóstica, permitiendo determinar la localización, tamaño e invasión de cavidad (1). El principal objetivo del tratamiento es aliviar los síntomas; el tipo y el momento de intervención se debe individualizar en base a la edad, tipo, gravedad de los síntomas, tamaño y localización del mioma. (1)

Además, la problemática radica en que al ser diagnosticada y tratada a tiempo, evitaría dicho crecimiento descomunal y con ello todas las manifestaciones clínicas y complicaciones que abarca, por esta razón el presente caso clínico a parte del registro en la literatura, tiene el objetivo de orientar a que todas las mujeres se realicen un chequeo ginecológico continuo en las diferentes unidades de salud, más aun en aquellas mujeres diagnosticadas de miomas uterinos y sobre todo en aquellas mujeres con varios factores de riesgo tanto para el crecimiento de un mioma como sociales como analfabeta, nivel socioeconómico bajo, sin chequeos médicos continuos, que habitan en lugares con difícil acceso a una unidad de salud entre otros como lo presenta nuestra paciente; para que se dé un diagnóstico y tratamiento oportuno y eficaz. A parte de profundizar en conocimientos sobre esta patología ya que los beneficiarios del análisis somos los médicos en formación, los médicos de atención primaria, los médicos especialistas, el paciente y la familia, así como todo el personal de salud.

TEMA DE INVESTIGACIÓN:

“MIOMATOSIS UTERINA GIGANTE”

2. OBJETIVOS:

2.1 OBJETIVO GENERAL

- 2.1.1 Describir la evolución clínica y el manejo terapéutico del paciente durante la estancia hospitalaria y domiciliaria.

2.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 2.2.1 Determinar el tipo de clínica atribuible al mioma uterino gigante.
- 2.2.2 Analizar los métodos diagnósticos que se realizó a la paciente y comparar con protocolos establecidos en guías de práctica clínica.
- 2.2.3 Comparar el tratamiento que se dio a la paciente con protocolos establecidos en guías de práctica clínica.
- 2.2.4 Establecer el diagnostico histopatológico de la masa pélvica en mención.

3. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES

3.1. CAMPO:

Médico – Hospital Regional Docente Ambato

3.2.- FUENTES DE RECOLECCIÓN:

- Entrevista personal (directa), la misma que fue muy colaboradora al momento del interrogatorio.
- Entrevista con un familiar de la paciente (hija) muy útil en la recopilación completa de los datos y consentimiento para el seguimiento y presentación del presente caso.
- Entrevista con el médico especialista y médicos residentes quienes realizaron el seguimiento y tratamiento de la paciente.
- Historia clínica de la paciente del Hospital Regional Docente Ambato No. 110864 de la cual se obtuvieron la mayor parte de datos del presente caso clínico, desde su atención en la consulta externa, condición clínica de ingreso y evolución subsecuente de la paciente, así como tratamiento administrado, interconsultas realizadas, resultados de exámenes de laboratorio solicitados y seguimiento por consulta externa.
- Historia clínica de la unidad de Salud más cercano a su vivienda, es decir, Subcentro de Salud San Miguelito ubicado en Píllaro, en conjunto con Hospital Básico de Píllaro, para un adecuado seguimiento.
- En cambio para el respectivo análisis del caso clínico se acudió a la revisión de artículos médicos de evidencia científica, Guías de práctica clínica actualizadas, en conjunto con Base de Datos (Revisiones Bibliográficas) de la Universidad Técnica de Ambato a través de la cual se obtuvieron

definiciones, protocolos estandarizados, y medidas terapéuticas para la actualización teórica de la patología presentada.

3.3.- DOCUMENTOS A REVISAR:

Hoja 008 de Emergencia, anamnesis, nota de ingreso, reporte de exámenes de laboratorio e imagen, parte operatorio, reporte de histopatología, Epicrisis de alta y Contrareferencia al Hospital Básico de Píllaro.

3.4.- PERSONAS CLAVE A CONTACTAR:

Expertos en el tema (Médicos tratantes del área de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente Ambato).

3.5.- INSTRUMENTOS:

Entrevista directa a la paciente (historia clínica), computador, Internet, bolígrafo, papel, dinero, cámara fotográfica.

En cuanto a los factores de riesgo relacionados con la paciente se encuentran:

- Nivel de instrucción: analfabeta
- Lugar de residencia con difícil acceso a una unidad de Salud
- Falta de controles periódicos de salud, ya sea por la dificultad en el acceso a los establecimientos de salud o por el tiempo prolongado en el que se agenda turnos para una consulta médica en Centros de Salud cercanos a su residencia.
- Falta de interés y preocupación por parte de la paciente para realizarse chequeos médicos ginecológicos periódicos a tiempo.

4. DESARROLLO

4.1. PRESENTACIÓN DEL CASO

Datos de filiación:

El presente caso clínico trata de paciente femenina de 65 años de edad, nacida y residente en Píllaro, casada, mestiza, analfabeta, agricultora, católica, grupo sanguíneo desconoce.

Antecedentes patológicos:

- Antecedentes patológicos personales: Tumor maligno de ovario diagnosticada hace +-1 mes en Hospital Básico de Píllaro, siendo referida con dicho diagnóstico a Hospital Provincial Docente Ambato por consulta externa donde se encontraba en valoración con resultados de exámenes pendientes (Eco Transvaginal, marcadores oncológicos)
- Antecedentes patológicos familiares: no refiere
- Antecedentes quirúrgicos: no refiere
- Alergias: no refiere

Hábitos:

- Alimenticio: 5 veces /día
- Miccional: 8-9 veces /días desde hace 10 meses, antes 4-5 veces/día
- Defecatorio: 1 vez/semana desde hace 10 meses, antes 4 veces/semana
- Alcohol: 4 ocasiones en toda su vida sin llegar a estado de embriaguez
- Cigarrillo: no refiere
- Drogas: no refiere
- Sueño: 5-7 h/día

Antecedentes gineco- obstétricos:

- Gestas: 13 Partos: 13 Abortos: 0 Cesáreas: 0 HV: 6 HM: 7

G1 hace 47 años por parto eutócico, a término, sexo masculino, domiciliario, sin posterior control en centro de Salud, fallece a los 3 años por Neumonía.

G2 hace 46 años por parto eutócico, a término, sexo masculino, hospitalario, sin posterior control en centro de Salud, fallece a los 11 años por patología abdominal que no especifica.

G3 gemelar hace 45 años por parto eutócico, pretérminos, sexo femenino, hospitalario, fallecen inmediatamente al no contar con recursos para cuidados especiales de Neonatología según refiere paciente.

G4 hace 43 años por parto eutócico, a término, sexo femenino, hospitalario sin ninguna complicación.

G5 hace 41 años por parto eutócico, a término, sexo masculino, hospitalario, sin ninguna complicación, fallece a los 26 años en accidente de tránsito.

G6 hace 39 años por parto eutócico, a término, sexo femenino, hospitalario, sin ninguna complicación, fallece a los 24 años en accidente de tránsito.

G7 hace 37 años por parto eutócico, a término, sexo masculino, hospitalario, sin ninguna complicación

G8 hace 35 años por parto eutócico, a término, sexo femenino, domiciliario, sin ninguna complicación

G9 hace 33 años por parto eutócico, a término, sexo masculino, hospitalario, sin ninguna complicación

G10 hace 29 años por parto eutócico, a término, sexo masculino, hospitalario, sin ninguna complicación

G11 hace 27 años por parto eutócico, a término, sexo femenino, hospitalario, sin ninguna complicación, fallece a los 3 años por accidente domiciliario (ahogamiento en tanque de agua).

G12 hace 24 años por parto eutócico, a término, sexo masculino, hospitalario, sin ninguna complicación

- Telarquia: 13 años; Pubarquia: 12 años; Menarquia: 14 años; Menopausia: 50 años
- Periodos menstruales: ciclos regulares cada 30 días que duraban 5-7 días con flujo moderado.
- Dismenorrea: no
- Inicio de la vida sexual activa: 16 años
- Número de parejas sexuales: 1
- Enfermedades de transmisión sexual: no refiere
- Planificación Familiar: Ninguna
- Pap test: por 1 ocasión hace 10 años, no refiere reporte
- Colposcopia: No refiere
- Mamografía: No refiere

Condiciones socioeconómicas

Paciente habita en casa propia en zona rural del cantón Píllaro, casa de ladrillo con 2 habitaciones, cocina y un baño, cuenta con todos los servicios básicos (luz, agua, alcantarillado), vive con esposo y 2 hijos, presenta animales intradomiciliarios (cuyes y 2 perros); tiene a su cuidado animales (cerdos y ovejas), se dedican a la agricultura. Paciente de escasos recursos económicos, sin un ingreso estable.

Motivo de consulta:

Dolor abdominal

Enfermedad actual:

Paciente refiere que hace aproximadamente 2 años presenta dolor abdominal difuso tipo continuo de leve intensidad, el mismo que se intensifica hace aproximadamente 10h (9/10 según la escala de EVA), sin relación con posición, micción o defecación, teniendo como causa aparente la presencia de masa localizado en hemiabdomen inferior

desde hace aproximadamente 5 años, el mismo que ha ido aumentando de tamaño con el tiempo llegando a ocupar casi toda la región abdominal; además el cuadro se acompaña de anorexia, razón por lo cual acude al servicio de Emergencia de HPDA, donde se le valora y se decide ingreso.

Revisión de aparatos y sistemas:

- Dificultad para orinar, estreñimiento y náuseas que no llegan al vómito desde hace aproximadamente 2 meses
- Astenia, anorexia y fuerza muscular disminuida desde hace aproximadamente 5 meses.
- Sangrado vaginal hace más o menos 10 años, color rojo oscuro de moderada a gran cantidad, no mal olor, episódica, 2- 3 veces por mes con una duración de 3- 4 días por 3-4 meses; posteriormente no ha vuelto a presentar sangrado vaginal hasta el día de la entrevista.

Examen Físico:

TA 90/60

FC 65lpm

FR 19rpm

Sat O₂ 90% AA

Peso: 46kg

Talla: 1.35 m

IMC: 25.27 kg/m²

Paciente conciente, orientada, afebril, hidratada, álgica.

- **Cabeza:** normocefálico, cabello de implantación normal, color cenizo.
- **Ojos:** pupilas isocóricas, normoreactivas a luz y acomodación, con arco senil y pterigión bilateral.
- **Fosas nasales:** permeables, mucosa nasal ligeramente eritematosa.
- **Oídos:** CAE permeable con hipoacusia derecha.

- **Cuello:** movilidad conservada, no adenopatías, no ingurgitación yugular, tiroides no palpable.
- **Tórax:** expansibilidad conservada.
- **Corazón:** ruidos cardiacos rítmicos, normofonéticos, no soplos.
- **Pulmones:** MV conservado no se ausculta ruidos sobreañadidos.
- **Abdomen:** distendido, doloroso a palpación superficial y profunda en mesogastrio y flanco izquierdo, se palpa masa de +- 30cm de diámetro, ocupando abdomen en su totalidad, masa dura, fija, de bordes regulares y dolorosa a la palpación. (Anexo n. 1)
- **Región inguino-genital:** genitales de multípara, no se evidencia sangrado vaginal. Examen especular: cérvix atrófico. Tacto Vaginal: vagina elástica, cérvix atrófico lateralizado a la derecha difícil palpar útero, parametrios libres, masa que ocupa abdomen.
- **Extremidades:** tono y fuerza muscular conservada, no edemas.
- **Neurológico:** vigil, conciente, orientada en tiempo, lugar y persona, Glasgow 15/15.

Al analizar todo el cuadro clínico de la paciente se decide ingreso al servicio de Ginecología y Obstetricia el 18 de Agosto del 2015 con una impresión diagnóstica de Miomatosis Uterina Gigante, con el objetivo de diagnóstico y tratamiento específico; para lo cual se realiza exámenes complementarios, anteriormente descritos.

Indicaciones de Emergencia:

1. Solución salina 0.9% 1000 ml en 24h
2. Ketorolaco 60mg IV STAT
3. Tramadol 100mg en 100cc de Solución Salina al 0.9% pasar IV cada 12h.
4. Ingreso a Ginecología y Obstetricia

Indicaciones en piso de Ginecología y Obstetricia:

1. Dieta general

2. Control de signos vitales
3. Exámenes complementarios: biometría hemática, química sanguínea, TP, TTP, Tipificación, VIH, VDRL
4. Marcadores tumorales
5. Paptest
6. TAC simple y contrastada de Abdomen y Pelvis
7. Interconsulta a Cirugía
8. Novedades

Exámenes complementarios realizados:

Tabla 1: Biometría hemática (18/08/2015)

	RESULTADO
Glóbulos blancos	5.95 x 10 ³
Neutrófilos	71%
Linfocitos	25.5%
Monocitos	2.7%
Hemoglobina	15 g/dl
Hematocrito	44.5%
MCV	87.6 fL
MCH	29.5 pg
MCHC	33.7 g/dL
Plaquetas	362000/uL

Fuente: Laboratorio HPDA. Elaborado por: Giovanna Lizano

Tabla 2: Química Sanguínea (18/08/2015)

	RESULTADO
Glucosa	108 mg/dl

Urea	19 mg/dl
Creatinina	0.7 mg/dl
Ácido Úrico	3.9 mg/dl
Amilasa	49 U/L
Lipasa	30.6 U/L
Fosfatasa alcalina	55 U/L
GGT	9 U/L

Fuente: Laboratorio HPDA. Elaborado por: Giovanna Lizano

Tabla 3: Marcadores Virales (18/08/2015)

	RESULTADO
VDRL	No reactivo
VIH	No reactivo

Fuente: Laboratorio HPDA. Elaborado por: Giovanna Lizano

Tabla 4: Marcadores Oncológicos (18/07/2015)

	RESULTADO	VN
ANTIGENO CARCINO EMBRIONARIO (CEA)	2.47 ng/ml	No fumadores: < 3.4 ng/ml Fumadores: 4.3 ng/ml
ALFA FETO PROTEÍNA	2.15 ng/ml	< 7.0 ng/ml
CA 125 (CARCINOMA OVÁRICO)	79.53 U/ml	Hasta 35 U/ml

Fuente: Laboratorio de Especialidades Médicas, Dr Ochoa Marcelo. Elaborado por: Giovanna Lizano

Tabla 5: Electrocardiograma (18/07/2015)

Electrocardiograma	Normal
--------------------	--------

Fuente: Imagenología HPDA. Elaborado por: Giovanna Lizano

Tabla 6: TC S/C de abdomen y pelvis (20/08/2015)

TC S/C de abdomen y pelvis	<p>Reporta masa de consistencia sólida bien definida, encapsulada, ovalada, heterogénea de aspecto marmoleado localizada en cavidad abdomino pélvica que impresiona depender del fondo uterino, sin embargo no se descarta que se origine en los ovarios o los involucre o incluso del mesenterio; mide en su eje longitudinal 27.51cm x 26.55cm en su eje transversal x 25.36 cm en su eje AP; localizada de T11 a S1, provocando desplazamiento de asas intestinales, órganos sólidos y estructuras vasculares, principalmente de la aorta abdominal, la misma que se lateraliza a la izquierda, los planos de clivaje se encuentran conservados con todas las estructuras circundantes, no se observa invasión ni adenopatías asociadas. En condiciones basales presenta densidad de tejidos blandos que oscilan entre 48 a 78 UH. Posterior al medio de contraste se observa un realce heterogéneo, con densidad de 60 a 82 UH, observándose escasos vasos periféricos que bordean a la masa. Existe una mínima cantidad de líquido libre que circunscribe a la lesión descrita.</p> <p>Riñones: ectasia bilateral de predominio derecho</p> <p>No se demuestran adenomegalias intra ni retroperitoneales.</p> <p>Líquido libre en fondo de saco de Douglas</p> <p>Resto de órganos normal.</p>
----------------------------	---

Fuente: Imagenología HPDA. Elaborado por: Giovanna Lizano

Tabla 7: Eco de abdomen y pelvis (20/08/2015)

Eco de abdomen y pelvis	Masa de consistencia sólida, heterogénea con zonas
-------------------------	--

	<p>hiperecogénicas, hipovascular, impresiona desprenderse del fondo uterino. Por vía suprapúbica y tacto vaginal no es posible visualizar anexos.</p> <p>Vesícula con litos en su interior sin proceso inflamatorio asociado</p> <p>Ectasia renal bilateral</p> <p>Líquido libre en fondo de saco de Douglas (Anexo n. 2)</p>
--	---

Fuente: Imagenología HPDA. Elaborado por: Giovanna Lizano

Interconsulta a Cirugía 27/08/2015: paciente valorada por Cirugía con cuadro clínico anteriormente mencionado, presenta masa abdomino-pélvica con manifestaciones clínicas de compresión de órganos abdominales acompañado de colelitiasis; por lo que propone cirugía el 28/08/2015 para resolver masa abdomino-pélvica y en otro tiempo colelitiasis.

Evolución

Paciente desde el momento del ingreso hasta el día de cirugía, presenta dolor abdominal localizado en hipogastrio, de leve intensidad, tipo continuo, sin relación con micción ni defecación, acompañado de imposibilidad para defecar y sensación de llenura, por esta razón a las indicaciones de ingreso se suma Magaldrato con Simeticona 1 cucharada /12h; paciente hemodinámicamente estable con signos vitales dentro de lo normal.

Al analizar en conjunto toda la clínica, examen físico y exámenes complementarios realizados, se decide realizar Laparotomía e Histerectomía Abdominal el 28/08/2015 a las 10:15 am con participación de servicio de G/O y cirugía, por las posibles complicaciones que puedan ocurrir en el transoperatorio. Se realiza una diéresis supra e

infraumbilical mediana, con exposición manual e instrumental, teniendo como hallazgos quirúrgicos Útero Miomatoso Gigante de +- **32cm** de diámetro, ovarios hipotróficos, líquido peritoneal 50cc, plastrón adherido a vejiga, anexos uterinos y no adenopatías; acto operatorio que tuvo una duración de 2 horas 45 minutos, sin ninguna complicación; finalmente se envían histopatológico de útero y anexos. (Anexo n. 3) (Anexo n. 4)

Posteriormente paciente hemodinámicamente estable con TA 100/60, FC 73lpm, FR 20rpm, Sat O2 87-89% AA, despierta, afebril, hidratada, abdomen suave, depresible, doloroso a palpación en sitio quirúrgico, herida quirúrgica de aproximadamente 12 cm, cubierta con apósitos manchados de líquido hemático poca cantidad; RIG con sangrado escaso.

Tratamiento postquirúrgico:

1. NPO
2. CSV y sangrado vaginal /4h
3. Control de I/E
4. Oxígeno a 2 lt/min
5. Lactato Ringer 1000cc + 50mg de tramal IV / 8h
6. Ketorolaco 30 mg IV /8h
7. Cefazolina 1g IV /12h
8. Metoclopramida 10 mg IV / 8h
9. Sonda vesical permanente

Al tercer día postquirúrgico se evidencia herida quirúrgica con leve eritema y hematoma de aproximadamente 2 cm en borde inferior, el mismo que se drena y se realiza curaciones constantes, lo que permite una adecuada cicatrización sin infección de herida quirúrgica, manteniendo signos vitales dentro de lo normal, asintomática, buena tolerancia oral, paciente con evolución favorable al tratamiento (hidratación,

antibioticoterapia, analgesia y curación de herida quirúrgica), se realiza biometría hemática de control encontrando hemoglobina de 10.7 g/dl y hematocrito de 31.1%, justificado por sangrado durante el acto quirúrgico.

Paciente hospitalizada por 16 días con evolución favorable al tratamiento, es dada de alta al sexto día postquirúrgico con un diagnóstico de MIOMATOSIS UTERINO GIGANTE; paciente hemodinámicamente estable, asintomática con herida quirúrgica en proceso de cicatrización, sin signos de infección, cubierta con apósitos secos y limpios; decidiendo alta el 03/09/2015 para seguimiento y control por consulta externa en 2 meses con cefalexina 500mg VO /8h por 4 días para completar esquema antibiótico de 10 días, paracetamol 500 mg VO /8h por 3 días y pendiente el resultado del Histopatológico de útero y anexos.

Seguimiento:

Paciente posteriormente acude a consulta externa de Hospital Provincial Docente Ambato el 20/10/2015, asintomática, no sangrado vaginal, signos vitales dentro de lo normal, teniendo resultado de histopatología de útero y anexos:

Descripción macroscópica: se recibe útero acompañado de un anejo. El útero mide 33 x 18 x 18 cm. Muy aumentado de volumen a expensas del cuerpo. Cuello elongado de 8 cm de longitud y 2 cm de diámetro. Exocervix y endocervix sin alteraciones. Cuerpo deformado por una enorme tumoración de 25 x 18 x 18 cm. Nodular, cubierta por capsula uterina gruesa y muy congestiva. La tumoración de consistencia firme con áreas reblandecidas, unas necróticas y otras de aspecto quístico de contenido mucoide. Las áreas firmes de color blanquecino y de aspecto arremolinado. Cuello cerrado en su

fondo. El ovario alargado, aplanado de 3 x 1.2 x 0.5cm de aspecto atrófico. La trompa de 10 x 0.4 cm, sin alteraciones.

Descripción microscópica: los cortes histológicos muestran a nivel del cuello uterino el exocervix y endocervix de características histológicas normales. En el estroma un ligero infiltrado inflamatorio crónico linfoplasmocitario y varias formaciones quísticas de contenido mucoso revestida por epitelio cilíndrico mucosecretor. El miometrio muestra tumoración constituida por células fusiformes de extremos redondeados con núcleos de iguales características dispuestas en haces paralelos y entrecruzados. El endometrio con histología normal. Trompa y ovario de aspecto atróficos. Con un diagnóstico de:

- Leiomioma gigante del útero
- Cervicitis crónica ligera. Huevos de Naboth
- Trompa uterina y ovario comprimido y atróficos.

Con este resultado del histopatológico se confirma el diagnóstico de nuestra paciente, al encontrarse asintomática sin ninguna novedad se agenda un nuevo turno para control por consulta externa de Ginecología y Obstetricia en un mes.

El 23/11/2015 nuestra paciente acude a control, encontrándose asintomática, sin referir sangrado genital; al examen físico paciente conciente, orientada, afebril, hidratada, signos vitales normales, Glasgow 15/15, abdomen suave, depresible, no doloroso a palpación, RHA presentes, se evidencia cicatriz de herida quirúrgica de aproximadamente 12 cm de longitud supra e infraumbilical, sin signos de infección, RIG no se evidencia sangrado vaginal, muño vaginal de características normales; razón por la cual se decide alta por parte de Ginecología y Obstetricia del Hospital Provincial Docente Ambato con control en 1 año.

Se realiza seguimiento estrecho de paciente, encontrándose actualmente sin ninguna sintomatología, estable, dedicándose a sus labores de ama de casa, cuidados de animales y agricultura por lo que no acude a ninguna unidad de salud (Subcentro de Salud San Miguelito ni Hospital Básico de Píllaro)

4.2.DESCRIPCIÓN DE FACTORES DE RIESGO

En cuanto a los factores de riesgo relacionados con la paciente se encuentran:

- **Analfabeta:** nuestra paciente al ser analfabeta, no tenía conocimiento primero del sistema de salud disponible cercano a su vivienda, lo que conlleva a que no se realice controles adecuados pudiéndose así haber diagnosticado a tiempo una miomatosis uterina de menor tamaño, evitando el crecimiento descomunal, a esto se suma el poco interés de la paciente por su salud, al sentir una masa en su pelvis debía acudir inmediatamente a una unidad de Salud más cercano, sin embargo fue indiferente a la situación mencionada. Es por ello que al tener desconocimiento de la enfermedad y sus posibles complicaciones no se interesó en su salud.
- **Nivel socioeconómico bajo:** ya que no cuenta con una fuente fija de ingresos económicos y la paciente se dedica a la agricultura, cuidados de animales y quehaceres domésticos. Esto determina que la paciente no tenga interés en controlar su estado de salud, debido a que si necesita realizarse exámenes o alguna medicación, no cuenta con los recursos económicos necesarios.
- **Lugar de residencia:** al encontrarse en una zona rural presenta un acceso difícil a una unidad de Salud, motivo por el cual no se ha realizado chequeos ginecológicos periódicos, por lo que no es posible realizar un diagnóstico rápido y oportuno de sus patologías para un tratamiento precoz, pese a que cuenta con un Subcentro de Salud el cual según la paciente; no brinda asistencia inmediata a los usuarios.

4.3. ANÁLISIS DEL CASO CLÍNICO

La miomatosis uterina como lo hemos explicado anteriormente es la forma más común de los tumores uterinos benignos del tracto reproductor femenino, también conocidos desde el punto de vista anatomopatológico como leiomiomas o fibromiomas, de acuerdo al predominio de las fibras musculares lisas o la cantidad de tejido fibroso (1) (2); sin embargo dentro de una clasificación de la miomatosis uterina encontramos a la miomatosis uterina gigante denominado a un útero miomatoso que excede a un tamaño de 9 cm o un peso de 800 gr, según revista publicada en el año 2016 (1), definido antiguamente a un diámetro mayor de 20 cm según Revista de Ginecología y Obstetricia de México en el 2005 (4). Basándonos en esta definición el presente caso clínico cumple con estos criterios ya que al realizar la Laparotomía e Histerectomía se describe en hallazgos quirúrgicos a un Útero Miomatoso Gigante de +- 32cm de diámetro, comprobado posteriormente con el Histopatológico en donde mencionan a un cuerpo uterino deformado por una enorme tumoración de 25 x 18 x 18 cm; no se cuenta con datos del peso exacto de la neoplasia, sin embargo se puede dar cuenta la pérdida de peso de la paciente, ya que el peso antes de la intervención quirúrgica fue de 46 kg y posteriormente a dicho proceso, el peso de la paciente fue de 43 kg, es decir perdió un total de 3 kg, cumpliendo así con todos los criterios para catalogar una miomatosis uterina gigante, sin embargo no únicamente se basa en la dimensión y el peso, sino también en las características tanto macroscópicas como microscópicas.

En la literatura se describe a un útero miomatoso gigante desde el punto de vista macroscópico como masas sólidas bien delimitadas de color que varía desde ligeramente más pálida que el miometrio circundante hasta blanco grisáceo, que al corte presenta un aspecto arremolinado, conformado por fibras de patrón en espiral y son de consistencia de firme a ahulada. El aspecto macroscópico puede variar, si éste presenta cambios degenerativos que son un fenómeno frecuente en los miomas, especialmente entre mayor tamaño tenga éste (5). Mientras que microscópicamente, los miomas se disponen de fascículos entrelazados de células musculares lisas. Las células musculares son alargadas, con citoplasma eosinófilo y núcleos uniformes en forma de puro y las

figuras mitóticas son prácticamente inexistentes. Las células se encuentran dispuestas de forma más cercana entre sí que en el miometrio normal, dándole un aspecto hiper celular al tumor (5) (Anexo n. 5); así tenemos, en el resultado del histopatológico del útero y anexos del presente caso clínico presentado, se realiza una descripción macroscópica de: enorme tumoración de 25 x 18 x 18 cm; nodular, cubierta por capsula uterina gruesa y muy congestiva; la tumoración de consistencia firme con áreas reblandecidas, unas necróticas y otras de aspecto quístico de contenido mucoide; las áreas firmes de color blanquecino y de aspecto arremolinado.

Y en cuanto a la descripción microscópica tenemos que el miometrio muestra tumoración constituida por células fusiformes de extremos redondeados con núcleos de iguales características dispuestas en haces paralelos y entrecruzados. Analizando el resultado del histopatológico de nuestra paciente y comparando con la literatura nos podemos dar cuenta que tanto macro como microscópicamente se trata de una miomatosis uterina gigante ya que cumple con todas las características mencionadas.

Comprobando con el histopatológico, que la masa abdomino-pélvica se trataba de una Miomatosis Uterina Gigante y no de un Cáncer Ovárico como fue enviada la referencia del Hospital Básico de Píllaro hacia el Hospital Regional Docente Ambato; puesto que al tener una paciente femenina de 65 años de edad, con su periodo de Menopausia a sus 50 años, con masa abdomino-pélvica y CA 125 elevado su valor al doble de lo normal, la primera impresión diagnóstica es un Cáncer ovárico, por lo que dificulto el diagnóstico; sin embargo al realizar varios exámenes complementarios se descarta malignidad y se llega al diagnóstico de Miomatosis Uterina Gigante, comprobado posteriormente con el Histopatológico.

Además los miomas pueden ser clasificados tanto por su tamaño como por su localización. (Anexo n. 6) (Anexo n. 7)

En cuanto a lo que se refiere los factores de riesgo tanto para el desarrollo de miomas uterinos como para el crecimiento de los mismos hasta llegar inclusive a una miomatosis uterina gigante como es el caso presentado actualmente, tenemos:

Edad: el rango de edad más frecuente en el que se presenta los miomas uterinos es desde los 20 a 70 años, con una mayor incidencia entre los 35 a 45 años (4). En las mujeres postmenopáusicas el riesgo disminuye 70 a 90% (5). El porcentaje de mioma varía de 11 al 18% en mujeres de 30 a 40 años de edad hasta 33% en mujeres de 40 a 60 años. (2) (18)

Etnicidad: Son más comunes en mujeres de raza negra en las que se encuentra entre 3-9 veces más frecuentemente que en las de raza blanca (5); sin embargo, las mujeres más afectadas son las negras americanas, en ellas además, los miomas tienen un crecimiento más acelerado, más sintomáticos y aparecen a una edad más temprana. En cambio las negras africanas tienen un riesgo muy bajo. La raza asiática tiene un riesgo muy similar al de las mujeres blancas. (9) (18)

Historia familiar. Los familiares de primer grado de pacientes con miomatosis tienen 2.5 veces más riesgo de presentar miomatosis uterina que aquellos que no tienen historia familiar (5). Y aumenta el riesgo relativo a 5,7 si el familiar desarrollo miomas antes de los 45 años. (6) (18)

Paridad: En las primíparas el riesgo disminuye hasta 20 a 50%, y entre más hijos hayan tenido el riesgo de presentar miomas uterinos disminuye (5). En cambio la infertilidad está asociada al doble de riesgo de padecer miomas. (10)

Obesidad y sobrepeso: incrementan el riesgo de desarrollar miomas por el efecto estrogénico sostenido (6). Incrementa la conversión de los andrógenos adrenales a

estrona y disminuye la globulina fijadora de hormonas sexuales, por lo que en mujeres con índice de masa corporal mayor a 30 este riesgo es mayor (5); además esto puede deberse al aumento de estrógenos circulantes en las mujeres ya que en el tejido graso se produce la transformación de andrógenos a estrógenos gracias a la aromatasa, además en estas mujeres hay una disminución de la proteína transportadora de hormonas sexuales por lo que aumentan los niveles de estrógeno libre (9) (18)

Dieta: el consumo de carne roja aumenta el riesgo de presentar miomatosis uterino (RR 1,7), mientras que el consumo de fruta y verduras actúa como factor protector (RR 0,5). (11)

Factores hormonales: como menarquia temprana, menopausia tardía, tumores ováricos productores de estrógenos, aumentan la exposición a estrógenos durante la edad reproductiva y por ende favorecen el desarrollo de miomas uterinos. La menarca temprana (< 10 años) se ha visto que incrementa en 1.24 el riesgo relativo de desarrollar miomas (5). En cuanto a los anticonceptivos orales no está muy claro. Las conclusiones de los estudios realizados al respecto son muy dispares encontrándose algunos estudios que relacionan el uso de anticonceptivos orales por tiempos prolongados y a dosis altas con la presencia o crecimiento de los miomas. En cambio estudios posteriores no encuentra esta relación o relacionan el uso de anticoncepción hormonal con una disminución del riesgo de miomas. A pesar de todo esto, en las mujeres con miomas se tiende a emplear con precaución la anticoncepción hormonal. (9)

Menstruación: La hipoxia de las células miometriales durante la menstruación puede promover la transformación de los miocitos normales y la subsecuente formación de los miomas. (5)

Ejercicio. Las atletas tienen 40% menos de riesgo comparado con las mujeres sedentarias. No está claro el porqué de esta diferencia, si es por los efectos del ejercicio

o las bajas tasas de conversión de andrógenos a estrógenos debido al Índice de masa corporal. (5)

Tabaquismo. El tabaquismo (más de 10 cigarrillos al día) disminuye el riesgo de desarrollar miomas uterinos debido a la disminución de la conversión de andrógenos a estrona, secundaria a la inhibición de la aromatasas por la nicotina, así como el incremento de 2-hidroxilación del estradiol, o la estimulación de los altos niveles de la globulina fijadoras de hormonas sexuales. (5) (6) (9)

Embarazo. Se ha sugerido que los altos niveles de esteroides sexuales asociados al embarazo comúnmente causan crecimiento de los miomas uterinos, así como su sintomatología. De hecho los miomas comparten ciertas características del miometrio normal durante el embarazo, como el incremento en la producción de matriz extracelular y la expresión aumentada de los receptores para péptidos y hormonas esteroideas. Éstos se presentan en 1.4 a 8.6% de los embarazos (5). Sin embargo, estudios prospectivos de miomas durante el embarazo demostraron que el 80% de los miomas no cambian de tamaño o disminuyen. Cuando crecen durante el embarazo raramente, lo hacen en más del 25% del tamaño original. (9)

Otros: el síndrome de ovario poliquístico, la diabetes y la hipertensión. (18)

Al tener conocimiento de todos los factores de riesgo para el desarrollo y crecimiento de una miomatosis uterina, se compara con los factores de riesgo de nuestra paciente, pudiendo determinar que es un caso extraordinario ya que no cumple con ningún factor de riesgo ya que no es de raza negra, no tiene ningún antecedente familiar, no es obesa ni con sobrepeso, no ha usado ningún método de planificación familiar hormonal y no menstrua; inclusive presenta varios factores protectores según menciona la evidencia científica como es el realizar ejercicio y la paridad ya que entre más hijos hayan tenido es mucho menor el riesgo de presentar miomas uterinos, nuestra paciente tuvo 13 hijos y

aun así presento una miomatosis uterina gigante, con este antecedente inclusive se puede tener una pauta para realizar nuevos estudios en cuanto a la paridad ya que en este caso nos orienta a que entre más hijos se haya tenido, aumenta el riesgo tanto para presentar miomas uterinos como para favorecer su crecimiento.

Un punto clave a destacar del presente caso clínico es la presentación de la Miomatosis Uterina Gigante en una paciente postmenopáusica, ya que los miomas sufren una regresión durante la menopausia, dado el descenso de los estrógenos o de vascularización, por lo que contienen menos miomas y de menor tamaño, sin desaparecer (8) (12). Excepcionalmente se han visto crecer en postmenopausia y cuando esto ha sucedido, en la gran mayoría de los casos, el aumento se ha relacionado con terapia hormonal sustitutiva o degeneración sarcomatosa (12). La terapia de reemplazo hormonal para la mayoría de las mujeres con miomatosis uterina, no estimula el crecimiento uterino, sin embargo si el mioma crece, se relaciona más bien con la dosis de progesterona por lo que las mujeres con miomas preexistentes no presentan regresión de los miomas como se esperaría en la menopausia, y ocasionalmente estos miomas pueden crecer (5). Con respecto a la degeneración sarcomatosa definida como situación anatomopatológico en la que un tejido se transforma en un sarcoma. Los sarcomas uterinos son un grupo raro de neoplasias con una incidencia mundial anual de 0.5 y 3,3 casos por 100000 mujeres; comprendido por un grupo heterogéneo con muchos subtipos patológicos que se presenta con una historia natural variable, desde un curso benigno a una enfermedad agresiva (13). Al analizar todo lo mencionado, el presente caso clínico es excepcional, ya que a la paciente tuvo el periodo de la menopausia a sus 50 años, notando el crecimiento de masa a nivel de hipogastrio a los 60 años, alcanzando a ocupar dicho mioma toda la región abdominal a los 65 años; he aquí la importancia del reporte de caso ya que tuvo un crecimiento en la postmenopausia donde se esperaría lo contrario la regresión del mioma preexistente; sin embargo no se administraba ninguna terapia hormonal sustitutiva ni tampoco en el histopatológico posterior se menciona que se trate de una degeneración sarcomatosa.

Con respecto a los factores que estarían incidiendo en el crecimiento de dichos tumores uterinos, se ven implicados los estrógenos y progesterona, sin embargo actualmente, mediante estudios y evidencia científica se involucra a otros elementos como las citoquinas y factores de crecimiento. Así tenemos:

Papel de los esteroides ováricos: parecen intervenir en el aumento de tamaño del leiomioma al mismo tiempo que preservan su actividad benigna manteniendo su diferenciación, tanto los estrógenos como la progesterona intervienen activamente en el aumento de tamaño de los leiomiomas estimulando de forma anormal la expresión de factores de crecimiento autócrinos y parácrinos. En el miometrio durante el ciclo menstrual, los receptores de estrógenos aumentan progresivamente hasta la mitad de la fase lútea para después disminuir probablemente debido a los altos niveles de progesterona. En los miomas, la síntesis de receptores de estrógenos ocurre durante la primera fase del ciclo en la cual el estrógeno está elevado sin la oposición de la progesterona. El estrógeno, por otra parte, interviene activamente en el aumento de tamaño de los miomas. La inducción de un estado hipoestrogénico se asocia a una disminución del volumen del tumor de aproximadamente un 50%. El tratamiento con agonistas de la Gn-RH reduce sensiblemente el volumen del miometrio lo que demuestra cómo los leiomiomas responden de igual manera que el tejido normal cuando los niveles de esteroides están alterados. El aumento del número de mitosis en los leiomiomas durante la fase lútea es un claro indicativo del papel mitógeno de la progesterona. Tanto in vivo como in vitro se comprueba un aumento significativo de la actividad mitótica que es mayor en mujeres tratadas con progesterona que en aquellas tratadas con estrógeno-gestágenos o en mujeres no tratadas con esteroides. Parece que la progesterona y no el estrógeno es la hormona mitógena por naturaleza en los leiomiomas y en el miometrio. El tratamiento con un antagonista de la progesterona como el RU 486 ha demostrado ser tan efectivo como el tratamiento con análogos de la Gn-RH. Así pues, parece que la progesterona actuaría elevando la expresión o alterando la función de los factores de crecimiento y de sus receptores específicos. En un momento dado, la

elevación de estos factores-receptores o la alteración de su función sería más patente durante la fase lútea cuando la actividad mitótica de los leiomiomas es más elevada. (3)

Con respecto a la expresión de los factores de crecimiento, hormonas y sus receptores en los leiomiomas: los sistemas autócrinos y parácrinos regulan la proliferación celular y el desarrollo de los órganos a través de la producción local de factores de crecimiento y hormonas. Sin el receptor apropiado, ninguna célula reacciona a un factor de crecimiento ni hormona determinada independientemente de su nivel en sangre. El factor de crecimiento epidérmico (EGF) tiene una actividad mitógena tanto sobre el ovario como sobre el endometrio. La producción de EGF parece ser uno de los mecanismos a través del cual la progesterona estimula la actividad mitótica en los leiomiomas durante la fase lútea. (3)

Hay información que postula que el Factor de crecimiento insulínico (IGF-I), tendría un efecto complementario en el desarrollo tumoral, ya que se demostraron gran cantidad de receptores para dicha hormona, en el estroma tumoral y en el miometrio circundante. Sin embargo, la importancia del IGF-I en el crecimiento del leiomioma se ve oscurecido por el hecho de la sobreexpresión de dicho factor y su receptor durante la fase folicular cuando los leiomiomas presentan la menor actividad mitótica. El ritmo de elevación del IGF-I durante la fase folicular tardía hace pensar en la posibilidad de que actúe primando las células tumorales para ulteriormente incrementar la actividad mitótica en la fase lútea. (3)

La prolactina (PRL) es otro potencial mitógeno de papel controvertido en el desarrollo de los leiomiomas. Tanto el miometrio como los leiomiomas producen PRL en respuesta a la gonadotrofina coriónica humana (HCG). No obstante, el significado de la producción en el leiomioma no está clara a pesar de la reciente identificación de la expresión de su receptor. La inhibición de la producción de PRL en el leiomioma por la

progesterona, sugiere que esa hormona está inhibida durante la fase lútea cuando los leiomiomas son mitóticamente activos. (3)

Los leiomiomas contienen también receptores específicos para polipéptidos diferentes producidos por otros tejidos tales como la hormona del crecimiento y la insulina. Los efectos de la hormona de crecimiento (GH) son varios y están mediados por el incremento de los receptores de estrógenos en el útero. La existencia de receptores para la GH en el leiomioma y en el miometrio circundante, abre la posibilidad al papel de la GH en el desarrollo de los leiomiomas actuando directamente o sinérgicamente con la progesterona. La insulina, que estimula la síntesis de DNA en el miometrio y en las células de los leiomiomas, actuaría favoreciendo el efecto del EGF sobre el crecimiento de los leiomiomas en la fase lútea. (3)

En cuanto al papel de algunas citoquinas, como el Factor transforming – growth, son polipéptidos multifuncionales que ejercen un profundo efecto sobre la diferenciación celular; estimula la formación de la matriz extracelular acelerando la incorporación de fibronectina y colágeno e induciendo la producción del péptido relacionado con la Hormona Paratiroidea, dicho péptido regula el flujo de calcio en la célula y se ha demostrado elevado en los leiomiomas y en el ciclo menstrual durante la fase folicular. Además el contenido extracelular de los leiomiomas hace pensar que la citoquina juega un papel activo en el desarrollo de los mismos estimulando la expresión de los componentes de la matriz extracelular durante la fase folicular sin embargo el papel del factor transforming – growth aún sigue en estudio. (3)

Con toda esta información podemos darnos cuenta que su patogenia está estrechamente relacionado con las hormonas sexuales, especialmente los estrógenos, la predisposición genética, citocinas y factores de crecimiento que aun en la actualidad es motivo de investigaciones.

Con respecto a las manifestaciones clínicas de la miomatosis uterina gigante son a menudo asintomáticos, pero alrededor del 25 al 30% de las pacientes afectadas presentan sangrado menstrual (menorragia y la hipermenorrea), dolor abdominopélvico agudo y otras alteraciones en dependencia del tamaño del útero miomatoso por la presión pélvica produciendo alteración del tracto urinario (frecuencia urinaria, obstrucción de salida y obstrucción ureteral con hidronefrosis), rectosigmoides (constipación o tenesmo) e infertilidad. (1) (5) (19) (Anexo n. 8)

En este caso nuestra paciente cumple con todas las manifestaciones clínicas, ya que refiere presentar un dolor abdominal desde hace aproximadamente 2 años, dolor difuso tipo continuo de leve intensidad, el mismo que se intensifica hace aproximadamente 10h (9/10 según la escala de EVA), sin relación con posición, micción o defecación, teniendo como causa aparente la presencia de masa localizado en hemiabdomen inferior desde hace aproximadamente 5 años, el mismo que ha ido aumentando de tamaño con el tiempo llegando a ocupar casi toda la región abdominal, causante del resto de manifestaciones presentadas como es constipación, dificultad para orinar, aumento de la frecuencia urinaria, anorexia y náuseas; a todo esto se suma el antecedente de sangrado vaginal que refiere la paciente hace más o menos 10 años, color rojo oscuro de moderada a gran cantidad, no mal olor, episódica, 2- 3 veces por mes con una duración de 3-4 días por 3-4 meses; debido a la falta de interés y chequeos ginecológicos previos, se desconoce el tiempo exacto en que empezó a manifestarse un mioma uterino, ya que al encontrarse en el periodo de menopausia y presentar sin causa aparente sangrado vaginal o el palpar una masa en la pelvis, debía haber acudido a un chequeo ginecológico inmediato, sin embargo nuestra paciente no tomo en cuenta, supuestamente porque falta de tiempo, el difícil acceso a la unidad de salud y la demora en la atención; todos estos problemas conlleva a que presente hoy en día el caso clínico presentado.

Sin embargo, al sentir el dolor abdominal y las manifestaciones de la presión pélvica a causa de la masa abdomino-pélvica hija de paciente obliga acudir al Subcentro de Salud

más cercano, en donde se le valora y deciden referencia al Hospital Básico de Píllaro, donde diagnostican Tumor maligno de ovario, enviando con dicho diagnostico a consulta externa de Ginecología y Obstetricia en un periodo de un mes del Hospital Regional Docente Ambato (HPDA). El 27/07/2015 acude por primera vez a consulta externa del HPDA en donde es valorada por Médico Tratante y se envía varios exámenes complementarios como son TAC simple y contrastada de Abdomen y pelvis, radiografía de tórax, eco transvaginal, marcadores oncológicos y control en 1 mes con resultados de exámenes; sin embargo al presentar agudización del dolor abdominal acude por emergencia del HPDA donde es valorada y se decide el ingreso.

Con respecto al diagnóstico de la miomatosis uterina gigante, se basa tanto en la clínica, en el examen físico como en los exámenes complementarios. Dentro del examen ginecológico se lo realiza mediante el tacto bimanual ya que podemos detectar un útero aumentado de tamaño, contorno regular o escasa movilidad del útero, como se lo realizo en nuestro caso presentado: a la palpación de abdomen se presenta masa de +- 30cm de diámetro, ocupando abdomen en su totalidad, masa dura, fija, de bordes regulares y dolorosa a la palpación, región inguino-genital con genitales de múltipara, no se evidencia sangrado vaginal, al examen especular se encuentra cérvix atrófico y el tacto vaginal bimanual vagina elástica, cérvix atrófico lateralizado a la derecha difícil palpar útero y ovarios, parametrios libres, masa que ocupa abdomen. Las técnicas complementarias más utilizadas para el diagnóstico de miomas uterinos incluyen:

- Ultrasonidos dentro de la cual la ecografía transvaginal tiene una alta sensibilidad (95-100%) para detectar miomas en úteros menores de 10 semanas. Los miomas se observan en la ultrasonografía como defectos ecodensos dentro del miometrio, típicamente tan densos que provocan una sombra distal. Dado que la ecografía transvaginal solamente puede penetrar 5 cm. más allá del transductor, los miomas superiores a esta distancia se detectarán mejor por ultrasonografía abdominal, por lo que se incluye en el protocolo. (2) (5)
- La Histerosonografía implica la inyección uterina de solución salina durante una ecografía transvaginal con duración de máximo 15 minutos. Muy útil para

determinar el grado en el que el mioma invade la cavidad y diagnosticar miomas submucosos y pólipos. Para diagnosticar miomas tiene una excelente sensibilidad; se estima que el 29 al 47% de mujeres podrían evitar la Histeroscopia de diagnóstico como resultado de una ecografía transvaginal negativo. (4) (5)

- La Histeroscopia se realiza si los estudios previos no son concluyentes; implica la inserción de un endoscopio (generalmente 2.7-4 milímetros) en la cavidad endometrial; 2 métodos de distensión uterina usados son bióxido – de carbono e instilación solución salina normal; las complicaciones son raras y la infección tubárica después del procedimiento es infrecuente (1/770 de los casos). Ayuda en el diagnóstico (y tratamiento) de los miomas submucosos, valorando su componente intracavitario y resecabilidad por esta vía; la Histeroscopia es superior a la ecografía transvaginal en la detección de miomas submucosos. A toda paciente mayor de 35 años se recomienda la toma de biopsia endometrial para descartar patología maligna (2))(5) (6)
- La Tomografía computarizada tiene poca utilidad para delimitar la posición de los miomas en relación con el miometrio o el endometrio, no permite el diagnóstico diferencial de forma segura con otras masas uterinas o cervicales. El hallazgo más frecuente es el aumento en el tamaño del útero o deformidad de sus contornos. La calcificación es el signo más específico, sino que se encuentra en menos del 10% de los casos. (2)(18)
- Resonancia Magnética que es la mejor técnica para visualizar todos los miomas y la localización de los mismos, permitiendo diferenciar entre leiomiomas, adenomiosis y sarcomas (6). Sin embargo debe reservarse solo para el estudio prequirúrgico o casos complicados (con dificultad diagnóstica o de investigación) por su elevado coste. (15)

En el caso presentado se realizó en orden todas las técnicas complementarias útiles puesto que la ecografía transvaginal no permitía la visualización por tratarse de un útero mayor de 10 semanas; por tal motivo se continuó el protocolo realizando una ecografía

de abdomen y pelvis. Posteriormente se realiza una TAC S/C de abdomen y pelvis puesto que se cuenta con dicho examen de manera rápida, sabiendo que no permite el diagnóstico diferencial de forma segura con otras masas uterinas o cervicales, sin embargo en este caso al no contar con una Resonancia Magnética fue útil; no se realiza ni la Histerosonografía e Histeroscopia, por el tamaño del mioma, por no tratarse de un mioma endometrial y por las posibles complicaciones.

Con respecto a un comentario imagenológico de la paciente tenemos masa solida jaspeada con realce heterogéneo localizada a nivel abdomino-pélvico, que puede originarse del útero, ovario sin descartarse la posibilidad del mesenterio, teniendo como impresión radiológica leiomioma, fibromatosis uterina, tumor de Brenner, tumor de células germinales en relación con tumor desmoide/teratoma. Colelitiasis y ectasia renal de predominio derecho a causa de la presión pélvica de masa tumoral. Por esta razón era indispensable la realización de una Resonancia Magnética, sin embargo no se realizó por no contar en el Hospital Provincial Docente Ambato de manera inmediata, ya que se debe realizar tramite por Trabajo Social por ser de escasos recursos económicos, lo que retrasaría en el diagnóstico y tratamiento.

Además dentro de los marcadores oncológicos realizados a nuestra paciente tenemos positivo el CA 125; sin embargo su utilización en la práctica médica es de utilidad limitada, por problemas de sensibilidad o falsos positivos y de especificidad o falsos negativos ya que es una glicoproteína de elevado peso molecular que puede ser producida por diferentes estructuras como los mesotelios (pleura, peritoneo y pericardio), trompa de Falopio, endocervix o fondo vaginal; inclusive el número de embarazos y de hijos puede elevar el CA 125, por lo que el CA-125 no es un marcador específico tumoral sino que puede ser sintetizado tanto por células normales como malignas de los epitelios donde se origina. (16) (17) en este caso se podría pensar que su elevación se justifica por la presencia del mioma.

En cuanto al tratamiento de los miomas uterinos el tipo y el momento de intervención debe individualizarse en base a: tipo y gravedad de los síntomas, tamaño del mioma,

localización del mioma, edad de la paciente, deseos genésicos e historia obstétrica. (15) Se debe tomar una conducta expectante en: miomas pequeños, siempre y cuando el diagnóstico sea seguro, permanezcan asintomático, y además se verifiquen controles periódicos a la mujer (cada 6-12 meses), solo si el mioma crece o se hace sintomático se debe intervenir. Los objetivos del tratamiento médico son: alivio de los síntomas (menorragias y dolor) y reducción del tamaño del tumor; para lo cual se han utilizados diversos medicamentos como: anticonceptivos orales, análogos de la GNRH, AINES, antifibrinolíticos, estrógenos / gestágenos, inhibidores de la aromataasa, acetato ulipristal (disminuye tamaño mioma, inhibe sangrado, mejora el dolor), DIU liberador levonorgestrel o acetato de medroxiprogesterona. (4) (17) (19) (Anexo n. 9)

Dentro de las indicaciones de Manejo quirúrgico, tenemos:

1. Alto nivel de sospecha de malignidad.
2. Crecimiento posterior a la menopausia.
3. Presión y dolor pélvico que interfieran con la calidad de vida.
4. Síntomas del tracto urinario, como frecuencia y/o obstrucción.
5. Sangrado uterino anormal que no responde a tratamiento conservador.
6. Infertilidad cuando existe distorsión de la cavidad endometrial u obstrucción de la trompa uterina.
7. Pérdida gestacional recurrente por distorsión de la cavidad endometrial.
8. Deficiencia de hierro y anemia secundaria a pérdida sanguínea crónica. (5)

La miomectomía (vaginal, laparoscópica, histeroscópica) es un procedimiento que se realiza en las pacientes que desean conservar el útero o con paridad insatisfecha; se indica sobre todo en miomas de medianos y grandes elementos, reservamos la vía laparoscópica para miomas subserosos de pequeños elementos, la miomectomía vaginal para miomas cervicales pediculados y la histeroscópica para miomas intracavitarios

sintomáticos. La embolización de la arteria uterina es una alternativa de tratamiento que debiera realizarse en casos seleccionados. (2) (3)

La ablación de endometrio es una opción terapéutica de bajo riesgo quirúrgico en pacientes con miomatosis uterina de pequeños elementos que presentan hemorragia uterina anormal. (4)

Además dentro del tratamiento de los miomas uterino de menor tamaño, una técnica que sigue siendo estudiada actualmente es la eficacia de los ultrasonidos guiada por ultrasonido focalizado de alta intensidad para la ablación del útero miomatoso que produzca sintomatología, debido a que los métodos quirúrgicos cuentan con un largo período de recuperación, anestesia, hemorragias e infecciones; la ablación es un tratamiento mínimamente invasivo; la resonancia magnética sigue siendo la técnica de elección para la detección de focos viable y ablación; sin embargo, es relativamente costoso y no puede ser utilizado en pacientes con implantes metálicos; dichos estudios ha demostrado que la ablación guiada por ultrasonido focalizado de alta intensidad podría ayudar a una importante reducción de los fibromas de pequeños tamaños y alivio sostenido de los síntomas. (20)

La histerectomía es el tratamiento de elección en mujeres con paridad satisfecha, miomatosis uterina sintomática, mioma de gran tamaño (>280g) y cuando hay sospecha de otras patologías asociadas (21) (22); pudiéndose realizar histerectomía abdominal (laparoscópica o laparotómica) y vaginal. (Anexo n. 10)

Al ser analizado conjuntamente las indicaciones para un tratamiento eficaz, se decide realizar a la paciente una Histerectomía por Laparotomía con un diagnóstico de Miomatosis Uterina Gigante. Ya que cumple con las indicaciones para un manejo quirúrgico: alto nivel de sospecha de malignidad, crecimiento posterior a la menopausia, presión y dolor pélvico que interfieran con la calidad de vida y síntomas del tracto urinario, como frecuencia y/o obstrucción. Una vez con criterios para manejo quirúrgico

dentro de las opciones se encuentra a la histerectomía como tratamiento de elección en mujeres con paridad satisfecha, miomatosis uterina sintomática, mioma de gran tamaño (>280g) y cuando hay sospecha de otras patologías asociadas, decidiendo un abordaje laparotómico por el tamaño del mioma en el presente caso clínico. Además es posible administrar un tratamiento preoperatorio con el fin de reducir el volumen del mioma, con tratamiento farmacológico sin embargo en este caso no habría ningún objetivo, por el tamaño, la edad, por presentarse en el periodo postmenopáusico, evolución, ausencia de sangrado, manifestaciones clínicas por presión pélvica, entre otros. Al comparar los protocolos de tratamiento establecidos en Guías de práctica clínica con el tratamiento que se dio en el presente caso clínico nos damos cuenta que se manejó con el tratamiento de elección, razón por la cual actualmente la paciente se encuentra asintomática y sin ninguna complicación.

Los miomas uterinos son de evolución lenta y experimentan regresión después de la menopausia según la literatura, pero siempre existen casos excepcionales como se comentó anteriormente. Sin embargo, algunos pueden originar complicaciones como: anemia, dolor intenso debido a una mala vascularización que puede conducir a necrosis, complicaciones mecánicas como torsión o compresiones que pueden provocar trastornos urinarios o estreñimiento al afectar órganos y finalmente malignización del mioma o leiomiomasarcoma, casos muy infrecuentes (2). Razones por las que obligó a nuestra paciente a acudir a un chequeo médico; por lo que se debe concientizar a todas las mujeres a realizarse un chequeo ginecológico periódico, porque no quiere decir que el encontrarse asintomática sea sinónimo de salud, en algún momento de la vida nos podemos encontrar con alguna patología que en el momento del diagnóstico sea tarde para dar un tratamiento oportuno y evitar complicaciones futuras.

4.4. ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD

- Acceso: es un factor de riesgo importante ya que nuestra paciente habita en una zona rural, en donde el único Subcentro de Salud más cercano se encuentra a 20-25 minutos de caminata desde su vivienda, sin tener disponibilidad de medios de transporte; es por ello que nuestra paciente refiere que al tener la edad de 64 años y tener que caminar 20-25 minutos para tener una atención de salud es muy dificultoso, por esta razón no se realiza chequeos periódicos, dejando avanzar su enfermedad.
- Características de la atención: Refiere que la atención en el Subcentro de Salud del lugar de donde habita es muy deficiente, ya que la forma de brindar turnos a los pobladores de la zona no es la más adecuada. Además, existe un tiempo muy prolongado desde el momento que se acude a solicitar un turno hasta la fecha de la cita médica por lo cual existe desconfianza de la población en el sistema de salud y por ende en los establecimientos.
- El aumento de la demanda de pacientes a Hospitales de segundo nivel saturan los servicios a consulta externa separando citas en fechas no prudentes

4.5.IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS

- Falta de controles periódicos de salud, ya sea por la dificultad en el acceso a los establecimientos de salud o la desconfianza de la población en los mismos.
- Tiempo de espera prolongado desde el momento en el que se solicita un turno para valoración del paciente por consulta externa y el momento de acudir a la respectiva cita médica en Centros de Salud cercanos a su residencia
- Falta de interés y preocupación por parte de la paciente para realizarse chequeos médicos ginecológicos periódicos a tiempo.
- Falta de recursos económicos que dificultaron la realización de varios exámenes complementarios como es la Resonancia Magnética.

- Déficit de implementos hospitalarios como reactivos de laboratorio y Resonancia Magnética ya que de cierta manera retrasa el diagnóstico paraclínico,

4.6. CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

OPORTUNIDADES DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORA	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE	FORMA DE ACOMPAÑAMIENTO
Concientizar al personal de salud sobre la importancia de realizar una historia clínica completa y detallada	Charlas de actualización	Mediano plazo	Docencia intrahospitalaria	Personal de salud
Detección oportuna de Miomas uterinos en la zona rural.	Capacitación sobre signos y síntomas de alarma que ameriten referencia. Insistir más en el cumplimiento de las tareas del personal de salud en la zona rural (fichas	A corto plazo	MSP	TAPS, Médicos rurales, Médicos ocupacionales en zona rural.

	familiares, visitas domiciliarias, mapas parlantes, etc).			
Manejo integral de una adulta mayor con masa abdominal en estudio.	Agilizar los trámites de referencia a segundo y tercer nivel	A corto plazo	MSP	Profesionales de primer nivel de atención de salud
Intervención Quirúrgica a tiempo	Permitir a los tratantes capacitarse sobre las mejores opciones de diagnóstico, tratamiento y toma de decisiones en pacientes con Miomatosis Uterina Gigante con complicaciones	A corto plazo	MSP	Médicos tratantes ginecólogos, postgradistas o Médicos residente de Ginecología.
Diagnóstico y tratamiento oportuno de la Miomatosis Uterina Gigante	Identificación de factores de riesgo, cuadro clínico, diagnóstico, tratamiento	Mediano plazo	Personal médico de experiencia: Médicos tratantes.	Evaluación posterior al personal que recibió la capacitación

	mediante charlas			
Fortalecer la guías clínicas con evidencias recientes y realizadas de maneras interdisciplinarias Seis meses	Realizar juntas medicas de opinión interdisciplinarias para el fortalecimiento de las guías clínicas	Corto y mediano plazo	Director de HPDA, Jefe médico de servicio de Ginecología y Obstetricia	Guías clínicas acompañados de algoritmos de atención
Garantizar seguimiento	Facilitar turno	A corto plazo	MSP	Profesionales de segundo o tercer nivel de atención
Alta Médica oportuna	Descentralizar los servicios de Salud	A largo plazo	MSP	Todos los niveles de atención de Salud

5. CONCLUSIONES

- Paciente femenina de 65 años que acude por dolor abdominal intenso a causa de masa pélvica, la misma que ha ido creciendo en los últimos 5 años, ocupando toda la región abdominal, lo que provoca alteraciones de presión pélvica; diagnosticándole de Miomatosis Uterina Gigante, por lo que se realiza Laparotomía e Histerectomía encontrando enorme tumoración de 25 x 18 x 18 cm, comparado posteriormente en el Histopatológico.
- En el caso clínico, la paciente presentó dolor abdominal agudo, atribuible a la presión de la masa abdomino-pélvica (masa de +- 30cm de diámetro, ocupando abdomen en su totalidad, masa dura, fija, de bordes regulares y dolorosa a la palpación) y otras alteraciones en dependencia del tamaño del útero miomatoso como es aumento en la frecuencia urinaria, dificultad para orinar, constipación, náuseas y anorexia; además refiere haber presentado sangrado vaginal hace más o menos 10 años (5 años postmenopausia); clínica manifestada en las revisiones científicas atribuibles a una Miomatosis Uterina Gigante.

- En el caso presentado se realizó en orden todas las técnicas complementarias útiles puesto que la ecografía transvaginal no permitía la visualización por tratarse de un útero mayor de 10 semanas; por tal motivo se continuó el protocolo realizando una ecografía de abdomen y pelvis. Posteriormente se realiza una TAC S/C de abdomen y pelvis puesto que se cuenta con dicho examen de manera rápida, sabiendo que no permite el diagnóstico diferencial de forma segura con otras masas uterinas o cervicales, sin embargo en este caso al no contar con una Resonancia Magnética fue útil; no se realiza ni la Histerosonografía e Histeroscopia, por el tamaño del mioma, por no tratarse de un mioma endometrial y por las posibles complicaciones.
- Se realizó una Histerectomía por Laparotomía ya que cumple con las indicaciones para un manejo quirúrgico: alto nivel de sospecha de malignidad, crecimiento posterior a la menopausia, presión y dolor pélvico que interfieran con la calidad de vida y síntomas del tracto urinario, como frecuencia y/o obstrucción. Una vez con criterios para manejo quirúrgico dentro de las opciones se encuentra a la histerectomía como tratamiento de elección en mujeres con paridad satisfecha, miomatosis uterina sintomática, mioma de gran tamaño (>280g) y cuando hay sospecha de otras patologías asociadas, decidiendo un abordaje laparotómico por el tamaño del mioma en el presente caso clínico; siguiendo así el protocolo establecido en las guías de prácticas clínicas.
- Finalmente se comprueba con el histopatológico, que la masa abdomino-pélvica se trataba de una Miomatosis Uterina Gigante y no de un Cáncer Ovárico como fue enviada la referencia del Hospital Básico de Píllaro hacia el Hospital Regional Docente Ambato; puesto que al tener una paciente femenina de 65 años de edad, con su periodo de Menopausia a sus 50 años, con masa abdomino-pélvica y CA 125 elevado su valor al doble de lo normal, la primera impresión diagnóstica es un Cáncer ovárico, por lo que dificultó el diagnóstico; sin embargo al realizar varios exámenes complementarios se descarta malignidad y se llega al diagnóstico de Miomatosis Uterina Gigante, comprobado posteriormente con el Histopatológico.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

1. Abud E, Caballero L, García B, et al. Diagnóstico y Tratamiento de Miomatosis uterina: Evidencias y Recomendaciones. Ginecol Obstet Méx. 2009; 082 (08): 1-38. (4)
2. Bonilla O, Díaz J, Restrepo A. Degeneración Sarcomatosa rápida de un Leiomioma Simplástico Pleomórfico de útero, reposte de caso y revisión de la Literatura. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología; 59 (3): 243-247. (13)
3. Gennaro D, Navarro B, Rodríguez M, Valer E, Plaza J. Uterine Reconstruction Due to a Giant Myoma: A Case Report and Literature Review. OJOG. 2016; 6: 64-72. (1)

4. Gisella C. Miomas Uterinos. OSECAC Guía de Práctica Clínica. 2014; 1-15. (10)
5. Guerra J, Pérez C, Herraiz M, Villero J, Lizarraga S, Fernández J, Menéndez P. Miomatosis Uterina. SEGO; Madrid. (3)
6. Jeréz A, Chils J, Arceo S, Guerra J, Arceo M, Fernández R. Mioma Uterino: un trastorno frecuente en mujeres en edad fértil. OCE Cien Med. 2015; 54(257): 59-70. (2)
7. Lethaby A, Vollenhoven B. Fibroids (uterine myomatosis, leiomyomas): Revisión Sistemática. BMJ clinical evidence. 2015; 01 (2): 2- 31. (8)
8. Moroni RM, Martins WP, Ferriani RA, Vieira CS, Nastri CO. Add-back therapy with GnRH analogues for uterine fibroids. The Cochrane database of systematic reviews; 21 (2): 230-234. (15)
9. Ortiz M, Matute A, Martínez N. Miomatosis uterina. Medigraphic. 2009; 54 (4): 222-233. (5)
10. Perez C, Arias M, Kazlauskas S. Patología Tumoral Benigna del Cuerpo Uterino: Mioma y Patología Endometrial. SEGO; 32(4): 391-402. (9)

LINKOGRAFÍA

11. Colombiana de Salud S.A. Miomatosis [sede web]. Colombia: Guía de manejo consulta Especializada de Gineco-Obstetricia; 2012 [actualizada en Junio 2012; acceso el 19 Abril del 2016]. Disponible en: http://www.colombianadesalud.org.co/GUIAS_MEDICINA_ESPECIALIZADA/GUIAS%20CONSULTA%20ESPECIALIZADA/GINECOOBSTETRICIA/10%20MIOMATOSIS%20adaptada_.pdf (14)
12. Pinto A. Actualización en el tratamiento de los miomas [sede web]. España: Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada; 2015 [actualizada el 12 de Noviembre del 2015; acceso el 21 Marzo del 2016]. Disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/acti

vidad_docente_e_investigadora/clases_residentes/2015/clase2015_actualizacion_tto_miommas.pdf. (11)

13. Protocolos SEGO. Miomas uterinos [sede web]. España: ELSEVIER; 2014 [actualizada el febrero del 2013; acceso el 11 Diciembre del 2015]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-miommas-uterinos-actualizado-febrero-del-90346670> (6)
14. Ramírez J. Mioma Uterino [sede web]. Disponible en: [http://www.uv.es/~jvramire/apuntes/passats/ginecologia/TEMA%20G-07%20\(2004\).pdf](http://www.uv.es/~jvramire/apuntes/passats/ginecologia/TEMA%20G-07%20(2004).pdf) (12)
15. Sarduy M, Vasallo P, Collera S, et al. Miomatosis uterina gigante: Presentación de caso [sede web]. Cuba: Centro de Investigaciones Médico Quirúrgica; 2014 [actualizada el 24 de abril del 2009; acceso el 11 Diciembre del 2015]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol35_3_09/gin11309.htm (7)

CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASES DE DATOS UTA

1. **PROQUEST:** Donnez J, Vázquez F, Tomaszewski J, et al. Long-term treatment of uterine fibroids with ulipristal acetate. *Fertility and Sterility*. 2014; 101 (6): 15-282. (19)
2. **PROQUEST:** Hadisaputra W, Aldila A. How to manage multiple fibroids in reproductive laparoscopic surgery. *Gynecology and Minimally Invasive Therapy*. 2013; 2: 110-113. (16)
3. **PROQUEST:** Ramzy A. Myomectomy before IVF: Which fibroids need to be removed?. *Middle East Fertility Society Journal*. 2011; 16: 38–44. (18)

4. **PROQUEST:** Shun F, Eung D. Factors influencing the choice of hysterectomy approach for the management of fibroid uterus. *Gynecology and Minimally Invasive Therapy*. 2013; 2: 61-64. (17)
5. **PROQUEST:** Wang Y, Wang W, Ye H. Contrast-enhanced Ultrasonography Assessment of Therapeutic Efficacy for Ultrasound-guided High-intensity Focused Ultrasound Ablation of Uterine Fibroids: Comparison with Contrast-enhanced Magnetic Resonance. *Journal of Medical Ultrasound*. 2014; 22: 22-28. (20)

7. ANEXOS:

Anexo N. 1 - Fotografía original en donde se evidencia Masa abdomino-pélvica



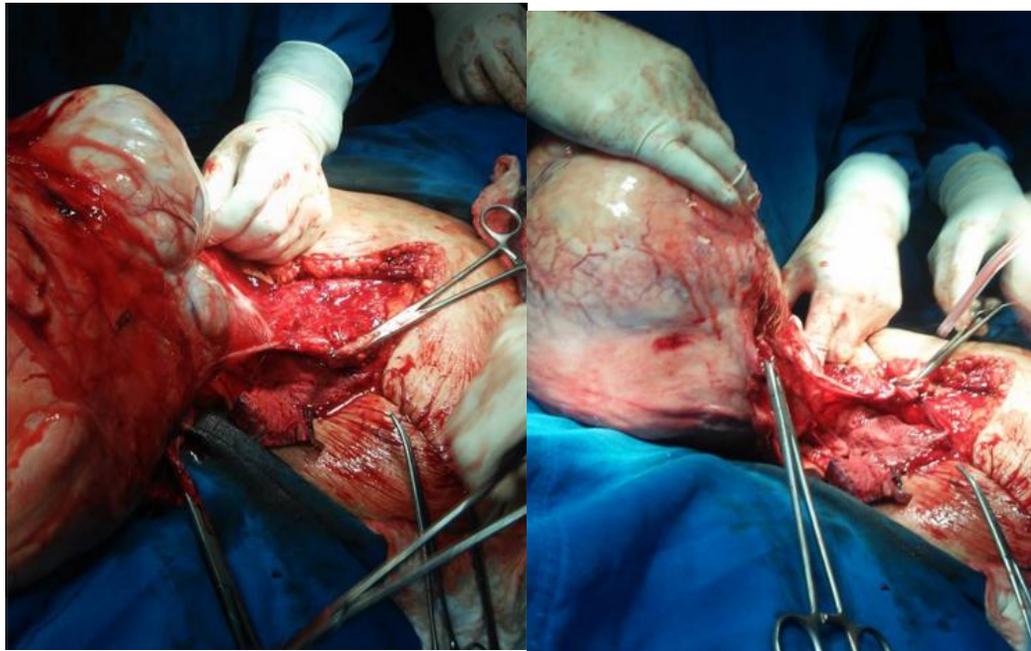
Fuente: Dr. Mena B. Hospital Provincial Docente Ambato. Servicio de Ginecología y Obstetricia. 2015

Anexo N. 2 - Ecografía de abdomen y pelvis



Fuente: Lizano G. Hospital Provincial Docente Ambato. Servicio de Imagenología. 2015

Anexo N. 3 - Laparotomía e Histerectomía (fotos originales)



Fuente: Dr. Mena B. Hospital Provincial Docente Ambato. Servicio de Ginecología y Obstetricia. 2015.

Anexo N. 4 - Mioma Uterino Gigante- Macroscópicamente (foto original)



Fuente: Dr. Mena B. Hospital Provincial Docente Ambato. Servicio de Ginecología y Obstetricia. 2015.

Anexo N. 5 - Mioma Uterino Gigante- Microscópicamente.

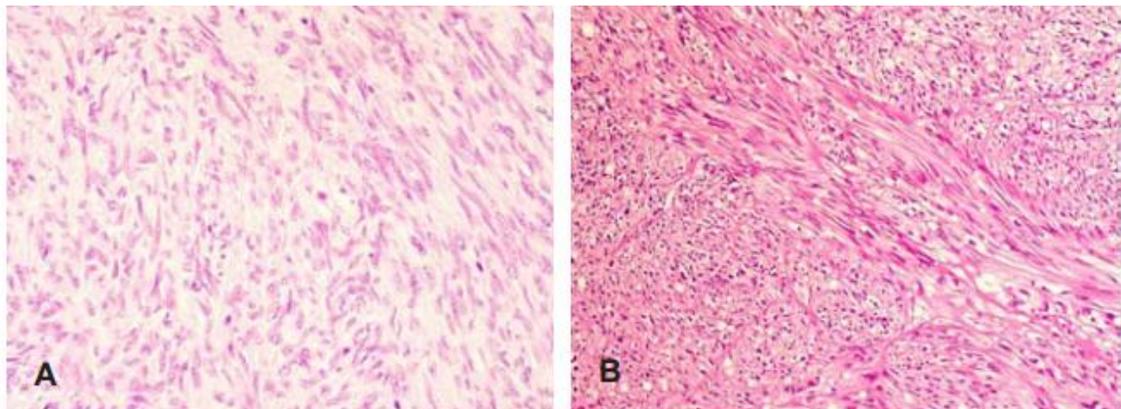


Figura A y B: Las células se encuentran dispuestas de forma cercana entre sí, dando un aspecto hipercelular al mioma.

Fuente: Ortiz M, Matute A, Martínez N. Miomatosis uterina. Medigraphic. 2009; 54 (4): 225.

Anexo N. 6 - Clasificación radiológica de los Miomas

Mioma de pequeños elementos	Diámetro igual o menor de 2 cm.
Mioma de medianos elementos	Diámetro entre 2 y 6 cm.
Mioma de grandes elementos	Diámetro mayor a 6cm hasta 20 cm.
Miomatosis gigante	Diámetro mayor a 20 cm.

Fuente: Abud E, Caballero L, García B, et al. Diagnóstico y Tratamiento de Miomatosis uterina: Evidencias y Recomendaciones. Ginecol Obstet Méx. 2009; 082 (08): 1-38.

Anexo N. 7 - Clasificación Anatómica de la Miomatosis

CLASIFICACION	LOCALIZACION ANATÓMICA
• Submucoso	Por debajo de la capa mucosa
• Intramurales	En el espesor de la capa muscular del útero
• Subserosos	Por debajo de la capa serosa
• Otros: <ul style="list-style-type: none">○ Cervical○ Cornual○ Intraligamentoso corporal	

Fuente: Abud E, Caballero L, García B, et al. Diagnóstico y Tratamiento de Miomatosis uterina: Evidencias y Recomendaciones. Ginecol Obstet Méx. 2009; 082 (08): 1-38.

Anexo N. 8 - Manifestaciones clínicas de los miomas uterinos

Manifestaciones clínicas de los miomas uterinos				
Sangrado uterino anormal	Presión pélvica	Dolor pelviano	Efectos reproducción	Síntomas infrecuentes
Menorragia/ hipermenorrea Anemia ferropénica	Molestia hipogástrica Dificultad vaciamiento vesical	Dismenorrea Dispareunia	Dificultad para la concepción Aumento tasa abortos	Secreción hormonal ectópica Síndrome Meigs/ seudo-síndrome Meigs
Vergüenza social	Retención urinaria aguda	Dolor abdominal pélvico agudo	Efectos adversos en gestación (amenaza de aborto, RPM, presentaciones anómalas, APP, parto pretérmino, CIR, parto prolongado, aumento tasa cesáreas, DPPNI, aumento miomas)	Localizaciones inusuales
Pérdida productividad laboral	Incontinencia urinaria Obstrucción urinaria/ hidronefrosis Estreñimiento Tenesmo rectal Trombosis pélvica	Lumbociática		Leiomioma benigno metastatizante Leiomiomatosis hereditaria con carcinoma de células renales Leiomiomatosis intravenosa

Fuente: Protocolos SEGO. Miomas uterinos [sede web]. España: ELSEVIER; 2014.

Anexo N. 9 - Tratamiento Farmacológico de la Miomatosis Uterina

Tratamiento médico	
AINE	Si síntoma principal dismenorrea
Antifibrinolíticos	Si síntoma principal menorragia
Estrógenos / Gestágenos	Si síntoma principal menorragia
Análogos GnRH	Disminuye tamaño mioma. Inhibe sangrado. Importantes efectos secundarios
Antagonistas GnRH	Requieren más estudios para su uso clínico
SERM	Requieren más estudios para su uso clínico
Inhibidores de la aromataasa	Disminuye tamaño mioma. Inhibe sangrado. Requieren más estudios para su uso clínico
SPRM (acetato ulipristal)	Disminuye tamaño mioma. Inhibe sangrado. Mejora el dolor. Pocos efectos secundarios
Fármacos androgénicos	Los estudios actuales no recomiendan su uso clínico en el tratamiento de los miomas
DIU liberador levonorgestrel	Si síntoma principal menorragia
Tratamientos no hormonales	En estudio

Fuente: Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO). Protocolo Asistenciales en Ginecología. Miomas Uterinos. 2015

Anexo N. 10 - Tratamiento quirúrgico de la Miomatosis Uterina

Tratamiento quirúrgico	
Histerectomía abdominal	Cuando no da resultado el tratamiento médico Control definitivo de los síntomas de los miomas. Deseos genésicos cumplidos
Miomectomía	Como control de síntomas en mujeres con deseo genésico inconcluso o si se prevé mejorar la capacidad reproductiva con la extirpación del mioma
Histeroscopia	En miomas submucosos tipo 0/I sintomáticos
Miólisis	Se requieren más estudios para establecer claramente sus indicaciones
Oclusión de arterias uterinas	Actualmente estudios limitados
Ablación endometrial	Si síntoma principal menorragia
Embolización de arterias uterinas	Control del dolor, sangrado o presión hipogastrio Disminución del tamaño del mioma Mujeres con deseo genésico cumplido
MRgFUS	Control de síntomas asociados a miomas Mujeres con deseo genésico cumplido

Fuente: Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO). Protocolo Asistenciales en Ginecología. Miomas Uterinos. 2015