Caso clínico
Ginecol Obstet Mex. 2019 marzo;87(3):202-207.

Hemorragia obstétrica secundaria a placenta previa y leiomioma retroplacentario gigante cervical. Reporte de un caso

Obstetric hemorrhage secondary to placenta previa and giant retroplacental leiomyoma cervical. Case report.

Edgar Allan Villagómez-Mendoza,[1] Jaime Edgar Martínez Niño,[1] Aldo Toriz Prado[2]

Resumen

ANTECEDENTES: Los leiomiomas y el embarazo se relacionan con complicaciones impredecibles; incluso su incidencia se ha incrementado, debido al retraso de la primera gestación y conforme avanza la edad de la madre, su asociación con hemorragia posparto y alto riesgo de histerectomía obstétrica aumentan la morbilidad y mortalidad.

CASO CLÍNICO: Paciente de 30 años, sin control prenatal y embarazo clínicamente de término, que acudió a urgencias por dolor obstétrico y sangrado transvaginal. En la exploración física reveló el primer periodo de trabajo de parto, 9 cm de dilatación, altura de presentación -4 según los planos De Lee; se palpó el borde placentario a nivel cervical, acompañado de sangrado transvaginal moderado, rojo rutilante. Se activó el código mater y se preparó para cesárea, por placenta previa sangrante. Durante la intervención quirúrgica se comprobó el diagnóstico y la tumoración, que inició en la cara posterior, en el segmento uterino inferior, y finalizó en la zona cervical, con múltiples vasos de neoformación sangrantes y atonía uterina secundaria, circunstancias que condicionaron hemorragia importante. Se efectuó la histerectomía obstétrica y nació una niña de 3145 g, talla 51 cm, Capurro de 41 semanas de gestación y Apgar 7/9. La pérdida hemática total fue de 2000 cc; permaneció cuatro días en estancia hospitalaria y la madre y su hijo se dieron de alta del hospital sin complicaciones.

CONCLUSIÓN: La relación entre miomatosis uterina y embarazo incrementa el riesgo de complicaciones maternas. El seguimiento ecográfico y el control prenatal determinan su repercusión durante la evolución del embarazo y el parto. En estos casos es importante considerar el tratamiento conservador.

PALABRAS CLAVE: Miomatosis uterina; hemorragia obstétrica; complicaciones durante el trabajo de parto.

Abstract

BACKGROUND: Leiomyomas and gestation are an association with unpredictable complications, in which their incidence is increased by the delay of the first gestation and as maternal age advances, its relationship with postpartum hemorrhage and high risk of obstetric hysterectomy increases maternal morbidity and mortality proportionally.

CLINICAL CASE: A 30-year-old patient without prenatal care and a clinically terminal pregnancy, who attended the emergency department due to obstetric pain and transvaginal bleeding. Physical examination revealed first labor, 9cm of dilation, height of presentation -4 according to plans From Lee, placental edge was palpated at the cervical level, accompanied by moderate transvaginal bleeding, bright red, mater code is activated and prepared for cesarean section, for bleeding placenta, during the surgical event, corroborates diagnosis and tumor that starts on the face posterior, lower uterine segment and ends at the cervical level, with multiple vessels of bleeding neoformation and secondary uterine atony, causing significant hemorrhage, obstetric hysterectomy was performed, a new born with sex female woman with a weight of 3145 g, size 51cm, Capurro 41 weeks of gestation was obtained, Apgar 7/9, the total blood loss was 2000 cc, 4 days of inpatient hospital stay, the binomial without complications was graduated.

[1] Residente de segundo año de Ginecología y Obstetricia.
[2] Ginecoobstetra y Medicina materno-fetal.
Hospital General de Ecatepec Dr. José María Rodríguez, Estado de México.

Recibido: enero 2019
Aceptado: enero 2019

Correspondencia
Edgar Allan Villagómez Mendoza
allan.villagomez.m@gmail.com

Este artículo debe citarse como
Villagómez-Mendoza EA, Martínez-Niño JE, Toriz-Prado A. Hemorragia obstétrica secundaria a placenta previa y leiomioma retroplacentario gigante cervical. Reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex. 2019 marzo;87(3):202-207.
https://doi.org/10.24245/gom.v87i3.2819

CONCLUSION: The association of uterine myomatosis and pregnancy increase the risk of maternal complications, adequate ultrasound monitoring and prenatal control, determine the repercussion during the evolution of pregnancy and childbirth, conservative management should always be considered.

KEYWORDS: Uterine myomatosis; Obstetric hemorrhage; Complications during labor.

ANTECEDENTES

Los leiomiomas son tumores benignos, formados por fibras musculares lisas y tejido conectivo. Los miomas representan los tumores benignos más frecuentes asociados con la gestación e influyen en el desarrollo y finalización del embarazo.

Su incidencia se ha incrementado con el retraso del inicio de la primera gestación, de 0.09 a 3.9% de los embarazos, mientras que la prevalencia de miomatosis varía de 1-10%, principalmente en el grupo de 35 a 50 años. Se ha reportado que 88% de las pacientes embarazadas con miomatosis expresa un mioma único y 12% miomas múltiples.[1]

El crecimiento de los miomas se debe a la elevada concentración de estrógenos en la circulación sanguínea, como sucede en el embarazo; los síntomas generalmente dependen de la cantidad, localización, tipo y tamaño de leiomiomas, reportándose sintomáticos 40% y asintomáticos 15-20% de los casos. El principal síntoma incluye dolor, que con frecuencia se relaciona con el tamaño de los leiomiomas (mayor de 5 cm de diámetro); la mayoría de las pacientes padece solo dolor, aunque se han reportado: náuseas, vómito, fiebre y leucocitosis, que representan datos sugerentes de degeneración, pues el dolor durante el primer e inicio del segundo trimestre corresponden al mayor crecimiento del leiomioma y son propensos a degeneración. El dolor resulta de la oclusión del aporte sanguíneo al leiomioma y el crecimiento uterino lo desplaza ocasionando torsión. Otros síntomas reportados en la bibliografía son: dispareunia, sangrado intermenstrual, síntomas urinarios y alteraciones asociadas con la fertilidad. No obstante, esta asociación tiene repercusión obstétrica, pues aumenta la frecuencia de complicaciones como: presentación fetal anómala (5.3%), placenta previa (1.4%), cesárea (33.1%), desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (1.4%), parto obstruido (riesgo relativo [RR]de 1.85), ruptura prematura de membranas (10.4%), parto pretérmino, muerte fetal intrauterina y Apgar bajo a los 5 minutos (RR 6.0), además de síntomas y evidencia radiológica de cambios degenerativos (5%). Por lo tanto, los miomas de gran tamaño se asocian con anomalías de la inserción placentaria; la cantidad de embarazos y la edad de la madre también representan factores de riesgo importantes, especialmente en mujeres de 35 años (30%) y mayores de 45 años (60%).[1-3] Aún se discute si durante el embarazo crecen o reducen los miomas; existe evidencia que respalda que los miomas uterinos mayores de 6 cm pueden reducirse por la retroalimentación negativa estrogénica, demostrando que durante el primer trimestre se mantienen sin cambios y hasta el tercer trimestre disminuyen su tamaño; sin embargo, otros estudios señalan que entre 20 y 30% de los miomas aumenta de tamaño

durante el embarazo, pero el crecimiento es, incluso, 25% de su tamaño original. Por tanto, 50-60% de los miomas permanecen estables, sin crecimiento, 22-32% incrementa su tamaño y en 8-27% se reduce; no obstante, la incidencia de complicaciones aumenta en pacientes con múltiples leiomiomas, incluso si alguno es mayor de 5 cm de diámetro, por lo que el tamaño detectado en el primer trimestre es de gran importancia. La ecografía temprana es el estudio de elección para el establecer el diagnóstico y continuar con el seguimiento.[4-6]

En las pacientes embarazadas con miomas debe seguirse una conducta conservadora, pues se ha observado que la extracción o miomectomía durante la cesárea se asocia con elevado riesgo de hemorragia, además de suponer un procedimiento agresivo y cruento; sin embargo, algunos autores reportan desenlaces exitosos, teniendo como indicaciones precisas: degeneración roja, cuadros compresivos, torsión de algún mioma pediculado subseroso o cuadros de abdomen agudo. El tratamiento debe ser conservador, planteándose la miomectomía anteparto solo en casos extremos.[7-9]

CASO CLÍNICO

Paciente de 30 años, con embarazo de término y antecedentes ginecoobstétricos de tres partos, sin complicaciones aparentes, ni control prenatal. Acudió al servicio de urgencias por salida de líquido transvaginal y sangrado. La exploración física reveló frecuencia cardiaca fetal de 143 lpm, primer periodo de trabajo de parto, 9 cm de dilatación, altura de presentación -4 según los planos De Lee. Se palpó el borde placentario a nivel cervical, acompañado de sangrado transvaginal moderado, rojo rutilante. Se estableció el diagnóstico de placenta previa sangrante; posteriormente se activó el código mater y se indicó preparación quirúrgica. Se comprobó el diagnóstico y durante el procedimiento quirúrgico se observó una tumoración que iniciaba en la cara posterior, en el segmento uterino inferior, y terminaba en la zona cervical de aproximadamente 16 cm, con múltiples vasos de neoformación sangrantes **(Figura 1)**, que provocaron, a su vez, atonía uterina y no pudo revertirse con la aplicación de fármacos. Se llevó a cabo el pinzamiento de las arterias uterinas por vía abdominal y, posteriormente, se realizó la ligadura; sin embargo, continuó con pérdida hemática importante, procedente de la tumoración. Finalmente se efectuó la histerectomía obstétrica



Figura 1. Segmento uterino inferior en el que se identificó el leiomioma.

https://doi.org/10.24245/gom.v87i3.2819

(Figura 2), que trascurrió sin complicaciones **(Figura 3)**. La pérdida hemática total se cuantificó en 2000 cc, por lo que se ingresó a la unidad de cuidados intensivos del adulto (UCIA) para tratamiento de choque hipovolémico, donde permaneció 1 día y posteriormente egresó al piso de ginecología y obstetricia. En total se trasfundieron cuatro paquetes globulares; los estudios de control de biometría hemática reportaron 7.7 *vs* 13.7 g/dL al ingreso. Nació una niña de 3145 g, talla 51 cm, Capurro de 41 semanas, Apgar 7/9, sin complicaciones, quien permaneció cuatro días en estancia hospitalaria. La madre y su hija se dieron de alta sin complicaciones posteriores.

El reporte histopatológico fue: leiomioma abortado al cuello uterino y en el miometrio de 16 y 1 cm, respectivamente, en sus ejes mayores.



Figura 2. Histerectomía obstétrica.



Figura 3. Pieza quirúrgica.

DISCUSIÓN

En la actualidad se ha incrementado la frecuencia de pacientes embarazadas con miomatosis; sin embargo, al establecer el diagnóstico es importante el seguimiento ecográfico, con la intención de evaluar el crecimiento y detectar oportunamente las posibles complicaciones, además de conocer la situación a la que puede enfrentarse el ginecoobstetra. Diversos estudios reportan un incremento en la tasa de cesáreas de 85.2 *vs* 53% de pacientes con y sin leiomiomas, además de complicaciones como: degeneración roja, por disminución de la perfusión, con subsiguiente isquemia, necrosis e incremento de la liberación de prostaglandinas. Las pacientes con leiomiomas pediculados tienen mayor riesgo de torsión y necrosis, y aborto

espontáneo, que se relaciona con leiomioma submucoso y, a su vez, provoca alteración en la implantación e interfiere con la circulación uteroplacentaria. El riesgo de pérdida gestacional se relaciona con la cantidad de leiomiomas; por su parte, el parto pretérmino en pacientes con leiomiomas tiene un riesgo relativo (RR) de 1.5, pues se ha descrito el aumento de la actividad oxitocinasa, con subsiguiente aumento de oxitocina sérica y, con ello, el inicio de la contractilidad uterina. Así mismo, la relación entre la localización del mioma con la placenta es un factor de riesgo de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (RR de 3.2). Los leiomiomas submucosos, retroplacentarios y con volumen mayor de 200 cc, que corresponden a 7-8 cm de diámetro, tienen alto riesgo de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, provocado por la alteración en la perfusión del leiomioma adyacente a la placenta, ocasionando isquemia placentaria, decidual y necrosis. La distocia relacionada con la presentación pélvica fetal se asocia con pérdida de la anatomía uterina (RR de 1.5); durante el trabajo de parto los leiomiomas disminuyen su capacidad de contractilidad uterina o existe interrupción entre el triple gradiente descendente, ocasionando distocia dinámica. Con base en esto, la alteración en la contractilidad tiene alto riesgo de hemorragia posparto, lo que provoca atonía uterina, especialmente en pacientes con leiomiomas mayores de 3 cm de diámetro y que se encuentran localizados detrás de la placenta o cuando el nacimiento acontece por vía abdominal.[10] En este caso la atonía uterina ocurre por deficiencia de contractilidad coordinada, porque al interferir con la distensibilidad uterina provoca una obstrucción mecánica y altera el patrón de contractibilidad; sin embargo, en pacientes con placenta previa se altera la morfología endometrial al momento de la implantación y disminuye el área de superficie de adhesión placentaria. En cuanto a la vía de finalización del embarazo respecta, diversos autores prefieren el parto (la cesárea se reserva para indicaciones obstétricas); incluso en pacientes con leiomiomas ubicados en el segmento uterino inferior o cervical, el acceso quirúrgico incluye: incisión media infraumbilical o histerotomía corporal clásica para mayor exposición; sin embargo, cuando el leiomioma se encuentra en el segmento uterino inferior debe evitarse la histerotomía por encima de la masa, porque puede imposibilitar la histerorrafia. Por eso está indicada la ecografía, para determinar su localización y evitarla durante la cirugía; se recomienda la ligadura de vasos uterinos posterior a la histerorrafia, con la finalidad de prevenir la hemorragia posparto y disminuir el requerimiento de reintervención quirúrgica.[11,12] La paciente de este caso tenía indicación para finalizar el embarazo por cesárea, pero la identificación del leiomioma complicó esta labor y prefirió efectuarse la histerectomía obstétrica. La bibliografía señala beneficios solo en pacientes con leiomiomas pequeños, es decir, menores de 5 cm de diámetro. Existe un consenso que contraindica la miomectomía durante la cesárea, pues el riesgo de hemorragia es alto y la mayoría de las pacientes requiere trasfusión de hemoderivados, incluso histerectomía obstétrica.[13,14]

CONCLUSIÓN

Los leiomiomas son los tumores benignos más frecuentes asociados con el embarazo; la mayor parte permanecen intactos, es decir, sin cambios en cuanto al crecimiento; sin embargo, el control ecográfico de seguimiento es importante para determinar complicaciones futuras. Su localización y tamaño representa un factor de riesgo de hemorragia posparto e incrementa la posibilidad de histerectomía obstétrica; por tanto, el control prenatal adecuado y la asesoría en salud se reflejan en grandes ventajas.

https://doi.org/10.24245/gom.v87i3.2819

REFERENCIAS

1. Morgan-Ortiz F, et al. Miomas uterinos durante el embarazo y su repercusión en el resultado obstétrico, Ginecol Obstet Mex 2011;79(8):467-473. https://ginecologiayobstetricia.org.mx/secciones/articulos-originales-numero83/miomas-uterinos-durante-el-embarazo-y-su-repercusion-en-el-resultado-obstetrico-2/
2. Raja K, et al. Effects of uterine leiomyoma o the course of pregnancy and labour. September 2008. https://www.ejmanager.com/mnstemps/27/27-1303037899.pdf?t=1551282750
3. Navid S, et al. Impact of leiomyoma in pregnancy. J Ayub Med Coll Abbottabad 2012;24(1):90-2 www.ayubmed.edu.pk/JAMC/24-1/Sarwat.pdf
4. Lev-Toaff A, et al. Leiomyomas in pregnancy: sonographic study. Radiology 1987;164(2):375-80. http//doi.org/10.1148/radiology.164.2.3299488.
5. Egbe TO, et al. Uterine fibroids in pregnancy: prevalence, clinical presentation, associated factors and outcomes at the Limble and Buea Regional Hospitals, Cameroon: a cross-sectional study. BMC Res Notes 2018;11(1):889. https://doi.org/10.1186/s13104-018-4007-0
6. Zhao R, et al. Adverse obstetric outcomes in pregnant women with uterine fibroids in China: A multicenter survey involving 112,403 deliveries. PLOS One 2017;12(11):e0187821. http//doi.org/10.1371/journal.pone.0187821.
7. Ciavattini A, et al. Number and size of uterine fibroids and obstetric outcomes. J Matern Fetal Neonatal Med 2015;28(4):484-488. http//doi.org/10.3109/14767058.2014.921675.
8. Shavell V, et al. Adverse obstetric outcomes associated with sonographically identified large uterine fibroids. Fertil Steril 2012;97(1):107-10. http//doi.org/10.1016/j.fertnstert.2011.10.009.
9. Pardo-Ramírez PI, et al. Miomectomia durante el embarazo. Rev Cient Cienc Med 2006;12(1):14-17. http://www.scielo.org.bo/pdf/rccm/v12n1/v12n1_a06.pdf
10. Ouyang D, et al. Pregnancy in women with uterine leiomyomas (fibroids). UpToDate 2017. http://enjoypregnancyclub.com/wp-content/uploads/2017/06/Pregnancy%20in%20women%20with%20uterine%20leiomyomas%20(fibroids).pdf
11. Ezzedine D, et al. Are women with uterine fibroids at increased risk for adverse pregnancy outcome? Clin Obstet Gynecol 2016;59(1):119-27. http//doi.org/10.1097/GRF.0000000000000169.
12. Liu WM, et al. Uterine artery ligation for treatment of pregnant women with uterine leiomyomas who are undergoing cesarean section. Fertil Steril 2006;86(2):423-8. http//doi.org/10.1016/j.fertnstert.2006.01.027
13. Lin JY, et al. Uterine artery occlusion and myomectomy for treatment of pregnant women with uterine leiomyomas who are undergoing cesarean section. J. Obstet Gynaecol Res 2010;36(2):284-290. http//doi.org/10.1111/j.1447-0756.2009.01158.x
14. Song D, et al. Myomectomy during cesarean delivery. Int J Gynecol Obstet 2013;121(3):208-213. http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2013.01.021

Puntaje para mantener la vigencia

El Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia otorga puntos para la vigencia de la certificación a los ginecoobstetras que envíen, a la página web del Consejo, un comentario crítico de un artículo publicado en la revista Ginecología y Obstetricia de México. El comentario deberá tener mínimo 150 y máximo 500 palabras.