

# Perforación uterina por mioma necrosado en el puerperio

O. Armijo, A. Loayza, E. Martín Boado, E. Cabrillo, A. González, I. Esteban, D. Hardisson.

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital "La Paz". Madrid.

## RESUMEN

*Se presenta el caso de una puérpera, que acude a urgencias trece días después del parto por dolor abdominal y vómitos. Ante la presencia de un abdomen agudo, se realizó una laparotomía, evidenciándose dos miomas necrosados, uno de los cuáles había perforado el útero.*

**Palabras clave:** Mioma-complicaciones. Puerperio.

## SUMMARY

*We present a case of a puerperium women who went to the hospital thirteen days after the labor with abdominal pain and vomits. In the presence of an acute abdomen we made a laparotomy where we found two infarction myomas, one of those had perforated the uterus.*

**Key words:** Myoma-complications. Puerperium.

## INTRODUCCIÓN

El mioma o leiomioma, es el tumor benigno más frecuente del aparato genital femenino y puede diagnosticarse por primera vez durante el embarazo durante la exploración física, o en el control rutinario ecográfico.

Esta patología uterina aparece en el 0,3-4% de los embarazos (3, 9) y suelen transcurrir sin complicaciones en la mayoría de los casos.

Rice y col. (9) estudiaron 6.700 embarazos y los miomas complicaron éste en el 1,4% de los casos.

De forma general, las complicaciones que pueden ocasionar los miomas durante la gestación son :

1. Degeneración tumoral (roja), focal o difusa, por infarto hemorrágico.
2. Torsión.

3. Obstrucción mecánica al actuar como tumor previo.

4. Nefropatía obstructiva y fracaso renal agudo.

5. Infección: en el contexto de aborto séptico o endometritis puerperal.

6. Otras complicaciones: Amenaza de parto prematuro, desprendimiento prematuro de placenta, retención placentaria, presentaciones fetales anómalas...

Por todos estos cuadros, ante un abdomen agudo durante el embarazo, parto o puerperio, debemos pensar en esta patología como posible causa etiológica.

## CASO CLÍNICO

Se trata de una puérpera de 23 años, primípara, sin antecedentes personales ginecológicos ni quirúrgicos de interés, cuya gestación no se controló hasta la 36 semanas, que acude a urgencias trece días después de un parto eutócico, con un cuadro de dolor abdominal y vómitos de 6 días de evolución.

En la exploración se evidenció una marcada palidez de piel y mucosas, un buen aspecto de la cicatriz de la episiotomía y loquios serohemáticos no malolientes.

---

**Correspondencia:** Dra. Onica Armijo Suárez.  
Pº Duque de Pastrana 3-1º F  
28036 Madrid  
e-mail: oarmijos@sego.es

El cérvix estaba entreabierto con movilización muy dolorosa y el útero subinvolucionado.

La palpación abdominal era muy dolorosa en fosa ilíaca e hipocondrio izquierdos con signos de irritación peritoneal.

Ecográficamente se visualizó un útero de 115 x 53 x 90 mm, con la cavidad entreabierta y dos miomas en canto izquierdo y fondo de 77 y 55 mm respectivamente, con signos de necrosis en ambos y moderada cantidad de líquido libre en el fondo de saco de Douglas.

En la analítica se detectó leucocitosis con neutrofilia.

Se le pautó antibioterapia y analgesia intravenosa (clindamicina 600mg/6 h, gentamicina 80mg/8h y paracetamol 500mg/8h), pero ante el empeoramiento clínico de la paciente y con el diagnóstico de abdomen agudo, se decidió realizar una laparotomía donde se confirmó el diagnóstico ecográfico previo, observándose dos miomas necrosados con un plastrón intestinal adherido, que al despegarlo puso de manifiesto una perforación uterina en uno de los miomas necrosados, con un orificio de unos 3 x 4 mm y 450 cc de líquido sero-hemorrágico peritoneal.

Se realizó una miomectomía de ambos nódulos.

La evolución postoperatoria fue satisfactoria.

El estudio anatómico-patológico posterior confirmó la existencia de áreas de necrosis y hemorragia en el seno del leiomioma.



**Figura 1:** Ultrasonografía abdominal: Miomas necrosados.

## DISCUSIÓN

Sabemos que la mayoría de las gestaciones en las que existen miomas uterinos, transcurren sin complicación alguna (3).

Varios trabajos han analizado la posible influencia del número, localización y tamaño de los miomas durante la gestación.

Sí que se ha observado que existe una relación estadísticamente significativa, entre el volumen del

mioma y el número de complicaciones que puedan surgir durante la gestación o puerperio (4, 6).

Con respecto al tamaño, los miomas mayores de 3 cm de diámetro muestran tasas significativamente aumentadas de dolor pélvico, cesáreas, amenaza de parto prematuro y desprendimiento prematuro de placenta, mientras que los miomas de menor tamaño no lo demostraban (8).

Lev-Toaff y cols. (10), encontraron que tanto el tamaño como el número de miomas aumentaban significativamente la incidencia de amenaza de parto prematuro, de presentaciones fetales anómalas y de retención placentaria postparto. Otros autores, en cambio, no han encontrado relación alguna, salvo cuando ya superaban los 6 cm, que es cuando podían actuar como tumor previo y obstruir el canal del parto (8).

También existen estudios sobre los cambios que pueden sufrir en cuanto a volumen los miomas durante la gestación. Así, Lev-Toaff y cols. (10) encontraron, mediante control ecográfico, que sólo la mitad de los miomas cambiaron de tamaño durante la gestación. Durante el primer trimestre aumentaron de tamaño o siguieron igual. Durante el segundo, los más pequeños aumentaron o siguieron igual, pero los grandes disminuyeron de tamaño (debido a la regulación sustractiva de los receptores estrogénicos (8, 10) En el tercer trimestre permanecieron igual o se redujeron de tamaño.

Si el mioma asienta sobre la placenta aumenta la incidencia de aborto, parto prematuro, desprendimiento prematuro de placenta y hemorragia postparto (8).

La conducta ante un mioma y embarazo debe ser expectante, haciendo tratamiento conservador (analgesia) ya que la miomectomía tiene un gran riesgo de hemorragia si se realiza durante la gestación, y podría terminar la intervención en una histerectomía, (1, 7) por eso sólo se debería realizarse en caso de torsión de un mioma pediculado o de que la necrosis del mismo ocasione un cuadro de abdomen agudo.

Sin embargo algunos autores preconizan realizar la miomectomía entre las semanas 10 y 26 sin complicaciones (5).

Se debe tener en cuenta desde el punto de vista anatómico-patológico, que los miomas extirpados durante la gestación presentan alteraciones nucleares atípicas, que pueden confundirse con un sarcoma (8).

Ante un cuadro de abdomen agudo durante el embarazo o puerperio de posible origen ginecológico y ante la existencia de mioma/s, se debe considerar la posibilidad de que se haya producido la torsión de un leiomioma pediculado (3), el infarto hemorrágico del mismo y descartar que no se haya perforado el útero como ocurrió en nuestro caso, aunque esta complicación es la menos frecuente.

Kats y cols.(2), basándose en hallazgos ecográficos estimaron que el 2% de los embarazos cursan en

mujeres con miomas. Pero dado el bajo número de complicaciones que ocasionan durante el mismo podemos tranquilizar a las gestantes en esta situación, sin descuidar nuestra vigilancia ante la posibilidad de desarrollar algún tipo de patología que pudiera atribuirse a la presencia del mioma.

## BIBLIOGRAFÍA

1. **Burton CA, Grimes DA, March CM:** Surgical management of leiomyoma during pregnancy. *Obstet Gynecol* 1989; 74: 707-709.
2. **Katz VI, Dotters DJ, DRoegemueller W:** Complications of uterine leiomyomas during pregnancy. *Obstet Gynecol* 1989; 73: 593-596.
3. **Doring Gk, Larm S:** Conservative procedures in 64 pregnant patients with myoma: the course of pregnancy, labor, and the puerperium. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 1987; 47 : 26-9.
4. **Roxati P, Exacoustos C, Mancuso S:** Longitudinal evaluation of uterine myoma growth during pregnancy. A sonographic study. *J Ultrasound Med* 1992; 11: 511-5.
5. **Acién P, Quereda F:** Abdominal myomectomy: results of a simple operative technic. *Fértil Steril* 1996; 65: 41-51.
6. **Aydeniz B, Wallwiener D, Kocer C y cols:** Significance of myoma induced complications in pregnancy. A comparative analysis of pregnancy course with and without myoma involvement. *Z Geburtshilfe Neonatol* 1998; 202: 154-8.
7. **Febo G y cols:** Surgical management of leiomyoma in pregnancy. *Clin Exp Obstet Gynecol* 1997; 24: 76-78.
8. **Pellicer A, Simón C:** Cuadernos de Medicina Reproductiva. Madrid: *Panamericana*; 1999. p. 68-73.
9. **Rice JP, Kay HH, Mahony BS:** The clinical significance of uterine leiomyomas in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 160: 1212-1216.
10. **Lev-Toaff AS y cols:** Leiomyomas in pregnancy: sonographic study. *Radiology* 1987; 164: 375-380.
11. **Madueño F y cols:** Miomectomía durante la gestación. *Prog Obst Gin* 1995; 38: 618-620.