



## Opciones terapéuticas para una joven nulípara con mioma uterino intramural gigante

Therapeutic options for a nulliparous young woman with a giant intramural uterine myoma

Rogelio González Sánchez<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0003-0499-130X>

Yanet Romero Reinaldo<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0001-9349-6831>

Antonio Belaunde Clausell<sup>3\*</sup> <https://orcid.org/0000-0002-5602-0188>

<sup>1</sup>Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. Hospital Ginecobstétrico "Ramón González Coro". La Habana, Cuba.

<sup>2</sup>Universidad de Ciencias Médicas de las Fuerzas Armadas Revolucionarias. Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto". La Habana, Cuba.

<sup>3</sup>Universidad de Ciencias Médicas de las Fuerzas Armadas Revolucionarias. Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". La Habana, Cuba.

\*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: [hfinlay32@infomed.sld.cu](mailto:hfinlay32@infomed.sld.cu)

### RESUMEN

**Introducción:** Los leiomiomas uterinos son los tumores ginecológicos benignos más comunes; son causa de anemia, infertilidad, alteración en la implantación embrionaria, pérdida gestacional recurrente, parto prematuro e incontinencia urinaria. Su transformación maligna es excepcional. La afectación a la fertilidad, se asocia con miomas entre el 3 % y el 31 % y depende de su ubicación y tamaño, sobre todo en los que distorsionan la cavidad uterina.



**Objetivo:** Describir las opciones terapéuticas para una joven nulípara con un mioma uterino intramural gigante.

**Caso Clínico:** Paciente de 30 años de edad, con antecedentes de mioma uterino intramural, de 5 años de evolución, además anemia ferripriva. Aqueja menstruaciones abundantes y dolorosas, incontinencia urinaria y constipación. El tratamiento fue escalonado, mediante el uso de acetato de goserelina, embolización selectiva de las arterias uterinas y posterior miomectomía.

**Conclusiones:** El tratamiento del mioma uterino en la mujer joven, nulípara, depende del tamaño, localización, sintomatología asociada, edad de la paciente y deseo de engendrar descendencia.

**Palabras clave:** mioma; fibroma; goserelina; embolización terapéutica; miomectomía uterina.

## ABSTRACT

**Introduction:** Uterine leiomyomas are the most common benign gynecological tumors; they are a cause of anemia, infertility, altered embryo implantation, recurrent gestational loss, premature delivery and urinary incontinence. Their malignant transformation is exceptional. Fertility impairment is associated with myomas in between 3 % and 31 % and depends on their location and size, especially in those that distort the uterine cavity.

**Objective:** To describe the therapeutic options for a nulliparous girl with a giant intramural uterine fibroid.

**Clinical Case:** A 30-year-old patient with a 5-year history of intramural uterine fibroid, in addition to iron deficiency anemia. She complains of heavy and painful periods, urinary incontinence and constipation. Treatment was staggered, using goserelin acetate, selective embolization of the uterine arteries, and subsequent myomectomy.

**Conclusions:** The treatment of uterine fibroid in young, nulliparous women depends on the size, location, associated symptoms, age of the patient and desire to have offspring.

**Keywords:** myoma; fibroid; goserelin; therapeutic embolization; uterine myomectomy.



Recibido: 02/10/2021

Aprobado: 22/02/2022

## INTRODUCCIÓN

Los fibromas uterinos, también conocidos como leiomiomas o miomas, son los tumores ginecológicos benignos más comunes.<sup>(1)</sup> Se estima que 1 de cada 4 a 5 mujeres de más de 35 años de edad padecen de esta entidad.<sup>(2)</sup> Los factores de riesgo para desarrollar un mioma uterino son no modificables: edad premenopáusica, ascendencia africana e historia de partos anteriores.<sup>(3)</sup>

Los miomas también son causa de anemia, infertilidad, alteración en la implantación embrionaria, pérdida gestacional recurrente, parto pretérmino e incontinencia urinaria. Su transformación maligna es excepcional.<sup>(4)</sup>

La afectación a la fertilidad, se asocia con miomas en 3 a 31 %; depende de su ubicación y dimensiones. Es más acentuada en aquellos miomas que distorsionan la cavidad.<sup>(5)</sup>

Los métodos diagnósticos decisivos en la evaluación de la paciente infértil con mioma uterino son: ecografía, histerosalpingografía y resonancia magnética.<sup>(6)</sup>

El tratamiento de los miomas uterinos intramurales abarca el tratamiento quirúrgico por vía convencional, la cirugía mínimamente invasiva, la embolización selectiva de arterias uterinas y el tratamiento farmacológico. Este último tiene sus bases en el uso de anticonceptivos orales combinados, moduladores selectivos de los receptores de progesterona y análogos agonistas de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH).<sup>(7,8)</sup>

El aporte de esta presentación se centra en el tratamiento impuesto a una mujer joven nulípara con un mioma intrauterino gigante, de forma escalonada, mediante el uso de acetato de goserelina, embolización selectiva de las arterias uterinas y posterior miomectomía. Para ello se había previamente discutido un protocolo de actuación que se desarrolló a lo largo de 3 años y que concluyó exitosamente al lograr preservar las capacidades reproductivas de la paciente.



Se realiza el presente reporte de caso con el objetivo de describir las opciones terapéuticas para una joven nulípara con mioma uterino intramural gigante.

## CASO CLÍNICO

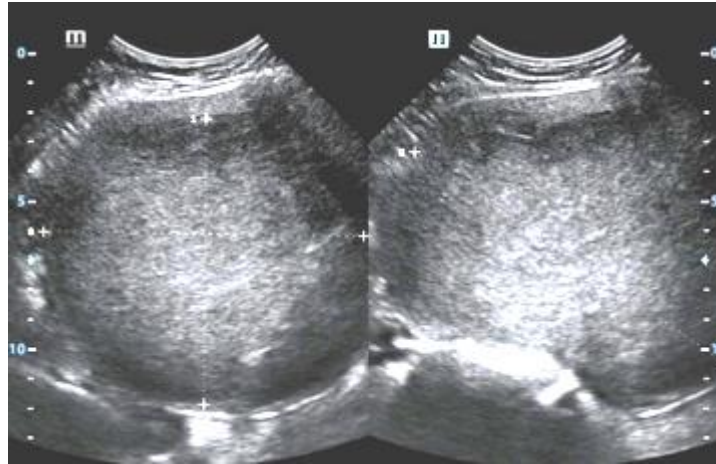
Paciente femenina de 30 años de edad, con antecedentes de mioma uterino intramural, desde hace 5 años y anemia ferripriva. Acude a la consulta de infertilidad del Hospital Ginecobstétrico "Ramón González Coro", remitida desde su área de salud. Durante el interrogatorio aqueja menstruaciones abundantes y dolorosas, que duran aproximadamente 15 días; así como incontinencia urinaria y constipación. Refiere nunca haber quedado embarazada.

Se constata al examen físico, mucosas hipocoloreadas; en el abdomen se observa y palpa tumoración no dolorosa, de bordes bien definidos, que abarca desde las sínfisis del pubis hasta 1 través de dedo por encima del ombligo.

La exploración ginecológica evidenció un útero aumentado de tamaño, de aproximadamente 12 cm, de consistencia fibrosa.

Complementarios: hemoglobina 8,5 g/L; volumen corpuscular medio 69,8 fl. Lámina periférica: hipocromía XXX, leucocitos y plaquetas normales. Coagulograma normal. Estudio hormonal: T3 2,1 nmol/L; T4 75 mmol/L; TSH 0,40 uUL/ml; FSH 8,2 m UI/ml; prolactina 238,6 uUL/mol.

Ecografía abdominal y ginecológica: hígado de tamaño normal. Vesícula de paredes finas, sin litiasis en su interior. Bazo y ambos riñones de tamaño normal. Riñones con buena delimitación seno-parénquima. Vejiga de paredes finas. Útero aumentado de tamaño y aspecto fibromatoso, heterogéneo, que mide 12,86 x 13,65 x 17,66 cm. Anejos sin alteraciones. Fondo de saco libre (Fig. 1).



**Fig. 1** – Ecografía abdominal que evidencia presencia de gran mioma uterino.

Se comenzó tratamiento con Zoladex (acetato de goserelina), se administró 3,6 mg por vía s.c. cada 28 días por 6 meses. Adicionalmente se impuso tratamiento con sales de hierro y ácido fólico. Al finalizar el plazo de tratamiento se comprobó la normalización de las cifras de hemoglobina; sin embargo el tamaño del fibroma se mantuvo sin variaciones.

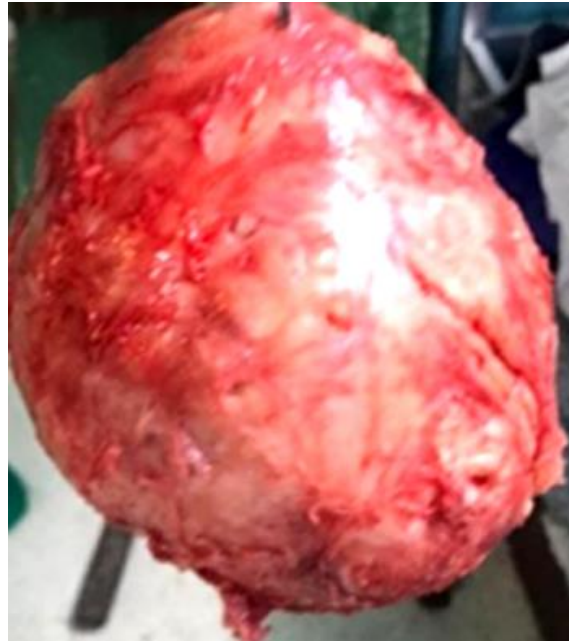
En la discusión con el colectivo médico se decidió preparar a la paciente para realizar embolización selectiva de las arterias uterinas. Previo al procedimiento se realizó resonancia magnética contrastada, en secuencias T1, T2 y técnica de supresión grasa, a fin de determinar la viabilidad del proceder (Fig. 2).



**Fig. 2** – Se evidencia mediante resonancia magnética la vascularización del mioma uterino.

Se practicó embolización selectiva de las arterias uterinas, mediante inyección de microesferas de polivinil alcohol de calibre entre 500-1000 micrones, a través de un microcatéter. El procedimiento transcurrió sin complicaciones. Al año de la intervención se constató disminución del tamaño del fibroma. Según la ecografía abdominal, las medidas fueron 10,8 x 8,9 x 11,6 cm.

Al comprobar la disminución del tamaño del fibroma se realizó una miomectomía por vía abdominal. Se logró extraer exitosamente la totalidad del fibroma, sin comprometer la integridad del útero (Fig. 3). La recuperación posquirúrgica transcurrió con normalidad.



**Fig. 3** – Mioma uterino resecado.

El informe de anatomía patológica corroboró el diagnóstico de leiomioma abdominal, con cambios de degeneración quística.

## COMENTARIOS

La elección del tratamiento en una paciente con mioma uterino depende de la edad, los partos, su estado de salud, síntomas secundarios, así como las dimensiones y la distorsión que provoque el fibroma a la cavidad uterina.<sup>(9)</sup>

Dentro del tratamiento farmacológico, el uso de análogos agonistas de la GnRh es una de las opciones más utilizadas. Los análogos agonistas de GnRh son usados en la estimulación de la hipófisis; su supresión causa hipogonadismo transitorio. En la actualidad son utilizados en la pubertad precoz, cáncer de próstata, miomatosis uterina y endometriosis. Actualmente, los medicamentos que se utilizan con este fin son: acetato de leuprolide, buserelina y el acetato de goserelina.<sup>(10,11)</sup>



La utilización de los análogos agonistas de GnRh producen hipoestrogenismo, por lo que no pueden ser administrados durante mucho tiempo. Este tipo de tratamiento se administra previo a la intervención quirúrgica, pues disminuye el tamaño de los miomas además de su vascularización, lo cual facilita el acto quirúrgico y tiene relación directa con la disminución de la morbilidad.<sup>(12)</sup>

Otra modalidad de tratamiento consiste en la embolización selectiva de las arterias uterinas. La emboloterapia de los miomas se desarrolló en Francia. La primera mención sobre el tema aparece en 1995 en la revista *Lancet*, realizada por *Ravina* y otros.<sup>(13)</sup>

La embolización de las arterias uterinas consiste en administrar un material embolizante en la luz, lo que produce una disminución del flujo sanguíneo al fibroma y produce así una disminución del tamaño.<sup>(14,15)</sup>

En aquellas mujeres en que se contempla la conservación del útero, esta técnica tiene múltiples beneficios: es un proceder mínimamente invasivo, pocas complicaciones y convalecencia más rápida.<sup>(15)</sup>

En este punto, los médicos pudieron decidir entre volver a embolizar el mioma o practicar resección quirúrgica. La decisión tomada fue llevar a cabo la miomectomía, teniendo en cuenta que el mioma había disminuido de tamaño lo suficiente, como para llevar a cabo una cirugía exitosa. En opinión de los autores, la embolización practicada tuvo resultados exitosos. Hacer desaparecer el mioma mediante esta técnica hubiese sido demasiado esperanzador, teniendo en cuenta el tamaño inicial.

La literatura médica revela que la histerectomía no es la “regla de oro” para el tratamiento del mioma uterino, como se hacía en décadas atrás.

Los miomas uterinos constituyen problemas de salud para la mujer joven nulípara. La modalidad de tratamiento estará basada en dependencia del tamaño y localización del mioma, tipo de sintomatología asociada, edad de la paciente y deseo de engendrar descendencia. El uso combinado de varias técnicas, en el momento preciso, puede tener resultados favorables.





## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hernández Valencia M, Valerio Castro E, TerceroValdez Zúñiga CL, Barrón Vallejo J, Luna Rojas RM. Miomatosis uterina: implicaciones en salud reproductiva. Ginecol Obstet Mex. 2017 [acceso: 20/07/2021]; 85(9):611-633. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2017/gom179h.pdf>
2. Sepúlveda AJ, Alarcón NMA. Manejo médico de la miomatosis uterina. Revisión de la literatura. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2016 [acceso: 20/07/2021]; 81(1):48-55. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262016000100009&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000100009&lng=es)
3. Wise LA, Laughlin Tommaso SK. Epidemiology of Uterine Fibroids: From Menarche to Menopause. Clin Obstetrics and Gynecology. 2016 [acceso: 20/07/2021]; 59(1):2-24. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4733579/>
4. Ortiz Ruiz ME, Matute Labrador A, Martínez Consuegra N. Miomatosis uterina. An Med (Mex). 2009 [acceso: 20/07/2021]; 54 (4): 222-233. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2009/bc094h.pdf>
5. Pier BD, Bates GW. Potential causes of subfertility in patients with intramural fibroids. Fertility Research and Practice. 2015 [acceso: 20/07/2021]; 1:12. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5424315/>
6. Causa Andrieu PI, Couture JM, Benítez Mendes AC, Napoli N, Chacón CRB, Ulla M. Infertilidad en la mujer: importancia del análisis combinado de los métodos por imágenes. Reporte de casos. Ginecol Obstet Mex. 2017 [acceso: 20/07/2021]; 85(12):846-852. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2017/gom1712i.pdf>
7. Fábregues F, Peñarrubia J. Mioma uterino. Manifestaciones clínicas y posibilidades actuales de tratamiento conservador. Med Integral. 2002 [acceso: 20/07/2021]; 40(5):190-195. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-mioma-uterino-manifestaciones-clinicas-posibilidades-13036877>



8. Sequeiro Rojas LA, Montero Alfaro A. Miomatosis uterina en una mujer joven, nulípara. (Reporte de caso y revisión bibliográfica). *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*. 2007 [acceso: 20/07/2021]; 64(579):71-75. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/579/art3.pdf>
9. Elkafas H, Al Helou M, Yang Q, Al-Hendy A. Medical options for uterine fibroids in the context of reproduction. En: Botros RMBR, Yakoub Khalaf, Mostafa AB/Editor del libro. *Fibroids an reproduction*. First Edition. Boca Raton: CRC Press; 2021.p. 55-70.
10. De Falco M, Staibano S, Mascolo M, Mignogna C, Improda L, Ciociola, F, et al. Leiomyoma pseudocapsule after presurgical treatment with gonadotropin releasing hormone agonists: relationship between clinical features and immunohistochemical changes. *Eur J Obstet Gynecol Reprod boil*. 2019 [acceso: 20/07/2021]; 144(1):44-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19297072/>
11. Mateo León C. Microesferas poliméricas para tratamiento local. [Tesis de Especialidad]. Santa Cruz de Tenerife, España: Universidad de la Laguna; 2019. [acceso: 20/07/2021]. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/20008/Microesferas%20polimericas%20para%20tratamiento%20local.pdf?sequence=1>
12. Salazar Herrera CP. Riesgos y beneficios de los análogos de GNRH y resultado postquirúrgico en miomatosis uterina. [Tesis de Especialidad]. Guayaquil, Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2019[acceso: 20/07/2021]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/46618>
13. Ravina JH, Herbreteau D, Ciraru Vigneron N, Bouret JM, Houdart E, Aymard A, et al. Arterial embolization to treat uterine myomata. *Lancet*. 1995 [acceso: 20/07/2021]; 346(8976):671-2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7544859/>
14. de la Cruz de Oña A, Vázquez Luna F, Roque González R. Embolización de arterias uterinas para el tratamiento de fibromas uterinos sintomáticos. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2020 [acceso: 20/07/2021]; 46(1):e537. Disponible en: <http://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/537>
15. Czuczwar P, Stepniak A, Milart P, Paszkowski T, Wozniak S. Comparison of the influence of three fibroid treatment options: supracervical hysterectomy, ulipristal acetate and uterine artery embolization on ovarian reserve – an observational study. *J Ovarian Res*. 2018 [acceso: 20/07/2021]; 11(1):45. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29859107/>

---

<http://scielo.sld.cu>

<http://www.revmedmilitar.sld.cu>



### **Conflicto de intereses**

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.