

# **ABDOMEN AGUDO A CAUSA DE UN MIOMA INFARTADO**

**Carbonell-Tatay.A, Carbonell Aznar.C**

**Valencias**

## **INTRODUCCIÓN**

Se trata de un caso clínico, en el que una paciente es intervenida de urgencia al presentar sintomatología de abdomen agudo, acompañado de leucocitosis, sin anemia, y con ecografías previas, que no mostraban patología ginecológica.

Los miomas de útero son la patología más frecuente del aparato genital femenino, y aunque sus causas aún no se conocen con exactitud, debemos entender que el conocimiento de esta patología nos indicará la forma de tratarla.

## **PATOLOGÍA**

Se trata de un tumor benigno, un leiomioma de origen mesodérmico, que suele situarse en el cuerpo uterino, que puede ser múltiple y que suele ser de consistencia firme, cuando no coexisten otras patologías.

## **FRECUENCIA**

Dentro de las patologías tumorales uterinas, es la más frecuente, aproximadamente el 95% de las tumoraciones uterinas, y dentro de estas las más frecuentes se presentan en mujeres entre 35 y 45 años.

## **ETIOLOGÍA**

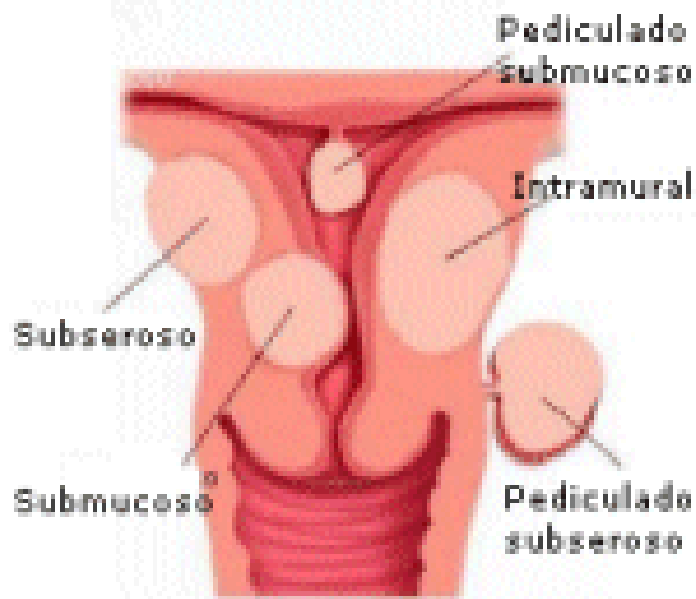
Aunque no se conoce con certeza, hay indicios claros de una dependencia hormonal.

Suele aparecer en edad fértil y su involución es más frecuente con la menopausia.

Se considera la obesidad un factor de riesgo en la aparición de los miomas.

Si el uso de anticonceptivos está en relación con la menor aparición de los miomas, se supone que los estrógenos deben estar relacionados con la patogenia de la miomatosis.

En la imagen inferior, se aprecia la forma del útero y la distinta posición y situaciones que pueden presentar los miomas, submucosos, intramurales, subserosos, pediculados...



## CASO CLÍNICO

Mujer de 32 años de edad, sin embarazos previos, que acude al servicio de urgencias de nuestro Hospital, por presentar dolor abdominal de horas de evolución y que no se acompaña de sintomatología digestiva.

Vista por los Médicos de urgencias, aprecian un hirsutismo bastante pronunciado, en mujer obesa. La exploración abdominal les alarma, pero acusando más el dolor a la presión en puntos ováricos e hipogastrio.

La analítica muestra ligera leucocitosis sin desviación izquierda. El test de embarazo es negativo.

La rx de abdomen no muestra alteraciones significativas.

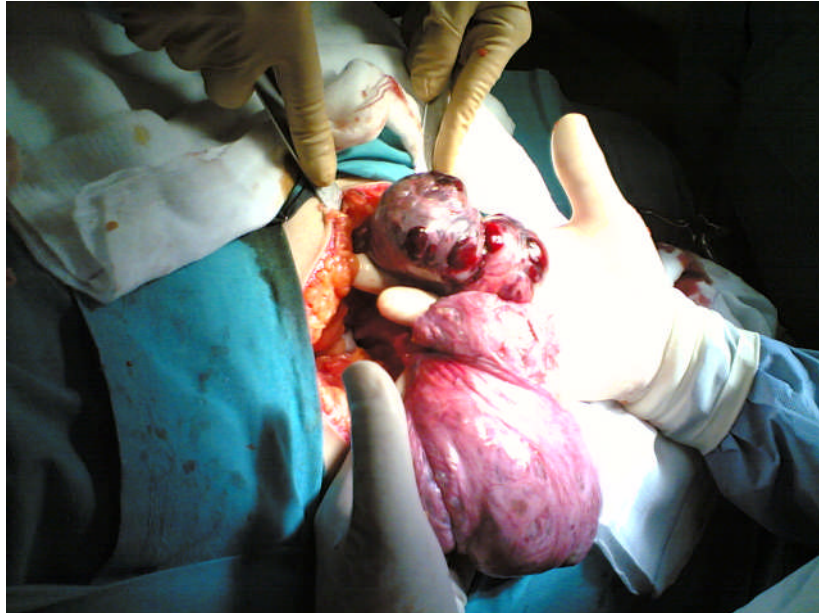
Se ponen en contacto con el servicio de ginecología, donde se le practica ecografía abdominal, no encontrando patología que justifique el cuadro abdominal, ni líquido libre ni otras imágenes que pudieran hacer sospechar una patología ginecológica.

Se avisa al cirujano de guardia, que al explorar el abdomen lo etiqueta de abdomen quirúrgico y decide practicar laparotomía, dudando entre una apendicitis aguda o un problema de origen ginecológico, como así lo hace constar en la historia clínica.

Se practica pequeña laparotomía, apreciándose dos tumoraciones pediculadas, con el pedículo torsionado, que correspondían a útero.

El tacto era más blando que el de los miomas habituales, aunque no impresionaban de malignidad.

Se decidió su extirpación, si practicar histerectomía, dada la edad de la paciente, dependiendo del resultado anatomopatológico, para obrar en consecuencia.

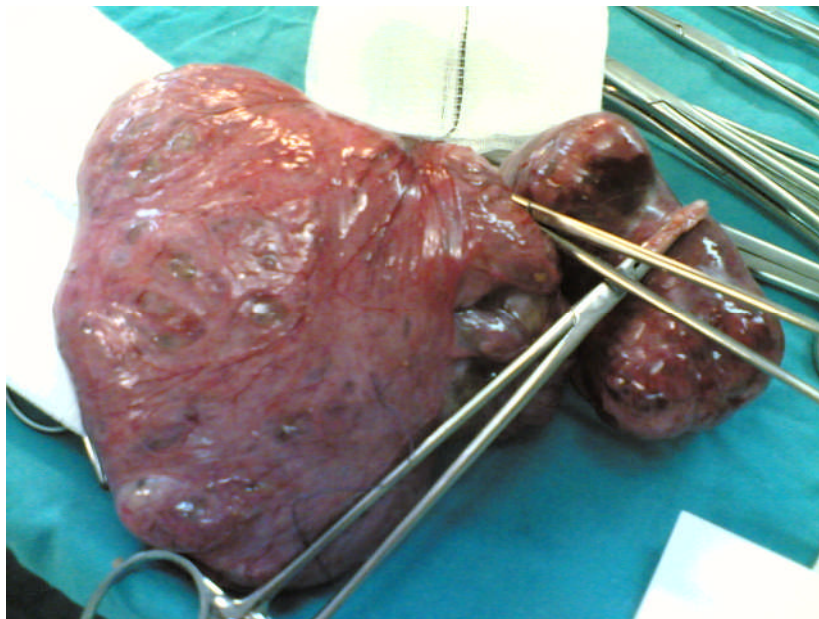


Comose aprecia en la fotografía la primera impresión y el tacto, no nos hacían pensar en que fueran miomas.

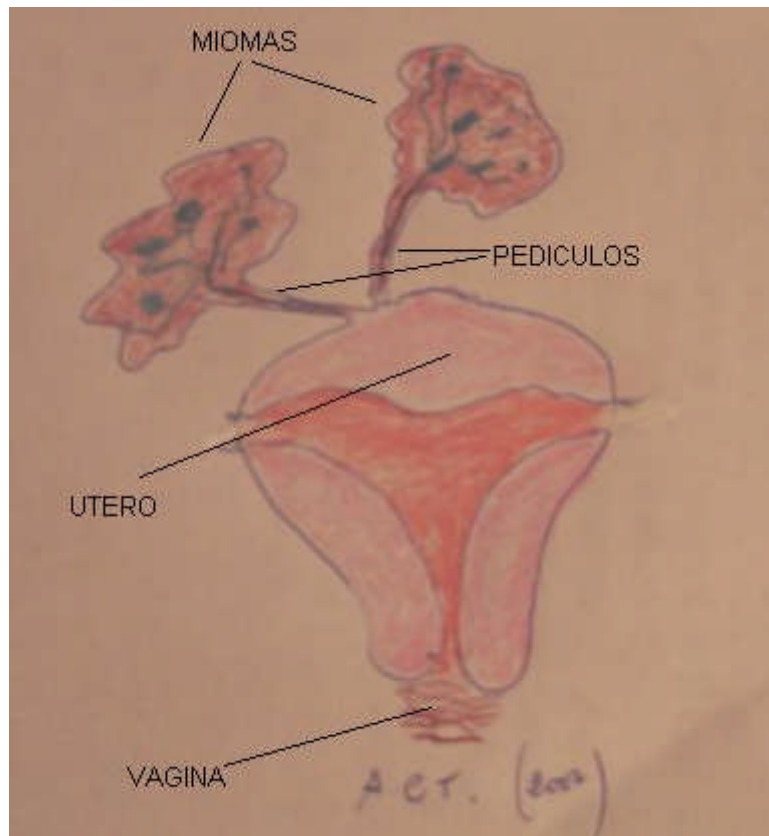
Sí que estaban pediculados y la primera impresión, no era de malignidad.



Se observan claramente los pedículos que emergen del cuerpo del útero.



La extirpación fue técnicamente muy sencilla, remitiéndose al servicio de anatomía patológica para su análisis y diagnóstico.



En este tosco pero didáctico dibujo, se intenta plasmar , tal como estarían situados los miomas y de esta forma entender mejor la sencillez del tratamiento quirúrgico, así como la facilidad que presentaban para que pudiese torsionarse cada pedículo y producir el cuadro de dolor abdominal antes explicado.

El resultado anatómico patológico fue de miomas infartados, con ausencia de malignidad en todos los cortes estudiados.

El postoperatorio cursó sin incidencias, remitiendo a la paciente al servicio de ginecología para un estudio más específico.

## CONSULTAS

1. GONZÁLEZ-MERLO J. Patología benigna del cuerpo uterino. En González-Merlo J. (Ed). Ginecología. Masson Salvat, Barcelona 1993: 403-470.
2. BUTTRAM VC, REITER RC. Uterine leiomyomata: etiology, symptomatology and management. Fertil Steril 1981; 36: 433.

3. HALL D, YODER I. Ultrasound evaluation of the uterus. En: Callen P. (Ed.) Ultrasonography in Obstetrics and Gynaecology. W.B. Saunders Co. 1994: 603-605.
4. PERROT N, BOUDGHENE F. Pathologie uterine. En Perrot
5. GOLDZIEHER JW, MAQUEO M, RICAUD L, ET AL. Induction of degenerative changes in uterine myomas by highdose progestin therapy. Am J Obstet Gynecol 1996; 96: 1078-
6. MIOMA GIGANTE Ferrer Ripollés V, Morales Roselló J. Umivale. Valencia
7. Mioma gigante calcificado en paciente con TM vesical D. Pascual Regueiro, E. Mallén Mateo, P. Serrano Frago, M. Blas Marín, LA Rioja Sanz *Servicio de Urología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza*