

LINFEDEMA DE MIEMBRO INFERIOR COMO DEBUT CLÍNICO DE MIOMA UTERINO GIGANTE

Dra. Marta Colechá Morales¹ / Dra. Teresa Bernal Arahall¹ / Dra. Carla Graciela Iannuzzelli Barroso²

¹ FEA del Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Obispo Polanco. Teruel.

² FEA del Servicio de Urgencias. Hospital Obispo Polanco. Teruel.

RESUMEN

Los miomas uterinos son la primera causa de tumores benignos ginecológicos en mujeres en edad fértil. La sintomatología va a depender del tipo del mioma frente al que nos encontremos, ocasionando en el caso de los miomas subserosos problemas derivados de la compresión, debido al efecto masa que ejercen sobre estructuras vecinas abdominopélvicas. En estos casos, el tratamiento más extendido es el quirúrgico, indicándose miomectomía aislada en casos de deseo gestacional o la histerectomía total en pacientes sin deseo de fertilidad futura.

Se presenta el caso clínico de una paciente de 47 años que debuta con una trombosis venosa profunda (TVP) iliofemoral izquierda con afectación de la unión safenofemoral, secundaria a la existencia de un leiomioma uterino gigante. El manejo multidisciplinar ante esta situación es imperativo y supone un reto para los diferentes especialistas involucrados.

PALABRAS CLAVE

mioma uterino, trombosis venosa profunda, linfedema

LOWER LIMB LYMPHEDEMA AS A CLINICAL DEBUT OF A GIANT UTERINE MYOMA

ABSTRACT

Uterine fibroids are the leading cause of gynecologic benign tumors in women of childbearing age. Symptoms will depend on the type of fibroid that we are dealing with, resulting in compression problems arising to mass effect exerted on abdominalopelvic neighboring structures when subserosal myomas. In these cases, the surgical treatment is extended, indicating isolated myomectomy in cases of gestational desire or total hysterectomy in patients without the desire of future fertility.

It is presented the case of a 47 years old patient who makes a left iliofemoral deep vein thrombosis (DVT) with the involvement of the saphenafemoral junction (SFJ) due to the presence of a giant uterine leiomyoma. The multidisciplinary management of this situation it is a must and a challenge for the different specialists involved.

KEY WORDS

uterine myoma, deep vein thrombosis, lymphedema

INTRODUCCIÓN

El mioma, conocido también como leiomioma o fibroma, es un tumor benigno constituido por cantidades variables de músculo liso y tejido conectivo. Aparece en el 40-60% de las mujeres, considerándose el tumor ginecológico benigno más frecuente¹. Los miomas suponen un importante problema sanitario, no tanto por su gravedad sino por los gastos que conlleva para el sistema de salud público en vigilancia y tratamiento².

El riesgo de presentar un mioma uterino aumenta con la edad durante la vida fértil de la mujer, disminuyendo marcadamente su incidencia a partir de la menopausia. Se ha observado también, que el riesgo es muy superior en la mujer de raza negra respecto a la blanca.

Aunque son múltiples los factores que determinan la aparición y crecimiento de los miomas, parece clara la relación con los estrógenos. En algunos estudios se ha demostrado un aumento de la concentración de receptores estrogénicos respecto al miometrio normal así como un aumento de la expresión de la aromatasa p450, enzima encargada de la transformación de los andrógenos en estrógenos¹. De esta forma, raro es el caso en que los miomas aparecen antes de la menarquia y tras la menopausia, es más, es durante las etapas en que predomina un hipoes-tronismo, cuando los miomas tienden incluso a involucionar. Así pues, la paridad se relaciona de forma inversa con el riesgo, debido precisamente al aumento de períodos de bajo estímulo estrogénico como son los embarazos.

Los miomas, de forma característica, se presentan como nódulos sólidos y duros, redondeados y bien delimitados, constituidos por células de músculo liso. Se clasifican según su situación en la pared uterina en submucosos (crecen hacia la cavidad uterina produciendo un resalte en el endometrio), intramurales (crecen en el espesor del miometrio) y subserosos (crecen bajo la serosa produciendo un resalte en la superficie uterina).

La clínica producida por los miomas es muy variada y depende de su localización y tamaño. Así, los miomas submucosos se caracterizan por producir hemorragias anormales que en ocasiones suelen derivar en una acusada anemia³. En cambio, los subserosos ocasionan efecto masa

causando dolor pélvico y problemas compresivos sobre órganos vecinos como vejiga, recto y uréteres^{1,2}. Los síntomas más frecuentes son los urológicos, aunque de forma excepcional se puede asociar a trombosis venosa profunda e incluso a enfermedad tromboembólica^{4,5,6}.

A la exploración es posible evidenciar un aumento del tamaño uterino. Pero es la ecografía pélvica la prueba complementaria de elección para su diagnóstico, alcanzando un sensibilidad del 90-100% y una especificidad de 87-98%¹. Con el modo doppler color se confirma la presencia de vascularización periférica de los miomas con un centro avascular. La Tomografía Computerizada (TC) y la Resonancia Nuclear Magnética (RMN) se consideran técnicas de imagen útiles para su diagnóstico, aunque de segunda línea debido a su elevado coste económico y su complejidad técnica, reservándose así para casos de diagnóstico ecográfico incierto^{7,8}.

La indicación de iniciar tratamiento en una paciente con útero miomatoso viene determinada por la aparición de síntomas derivados de su existencia. El objetivo del tratamiento médico es disminuir a corto plazo la sintomatología ocasionada por los miomas y reducir el tamaño de los mismos. En cambio, ante la presencia de miomas grandes y subserosos que produzcan problemas de compresión, se llevará a término un procedimiento quirúrgico, bien miomectomía aislada o histerectomía, según el caso⁷.

CASO CLÍNICO

Mujer de 47 años con antecedentes de oclusión intestinal, apendicectomía y rotura folicular derecha, con reglas regulares y dos partos anteriores, que acude a urgencias por edema de extremidad inferior izquierda hasta la raíz del muslo, de 5 días de evolución, sin presentar dolor ni fiebre. A la exploración física, destaca un aumento de volumen del miembro inferior izquierdo con importante edema desde la raíz de los dedos hasta la raíz de muslo sin fóvea, sin aumento de calor local ni palpación de cordón fibroso. Se evidencia discreto eritema en pantorrilla con es-coriación superficial, con pulsos distales conservados y buen llenado capilar. Analítica normal salvo el Dímero D en 1249 ng/ml (0-500ng/ml) y la PCR en 16.5 mg/dl (5-12 mg/dl).

En la eco-doppler de extremidad inferior izquierda solicitada para descartar una TVP, se evidencia un sistema venoso profundo permeable sin signos directos ni indirectos de trombosis venosa, con un marcado aumento de la ecogenicidad del tejido celular subcutáneo de toda la extremidad.

La paciente es valorada por el Servicio de Cirugía General quien indica ante el cuadro clínico de linfedema la colocación de vendaje compresivo acompañado de toma de furosemida cada 12h y revisión tras dos semanas de tratamiento para valorar evolución.

Al cabo de 2 días la paciente consulta nuevamente por empeoramiento del edema en miembro inferior izquierdo y aumento de perímetro abdominal. A la palpación abdominal se delimita una masa dura en hipo-mesogastrio, inmóvil e indolora.

Se solicita ecografía abdomino-pélvica en la que se describe la presencia de una masa pelviabdominal de localización medial por delante del raquis lumbosacro, de 17 x 10,5 cm, en aparente contacto por su polo inferior con el fondo uterino. Por su localización impresiona comprimir la vena cava inferior distal y ambos ejes vasculares iliacos.

Se interconsulta con el Servicio de Ginecología, quienes realizan ecografía transvaginal, impresionando de mioma uterino gigante (Fig. 1), por lo que es ingresada en su servicio para completar estudio. La TC abdominopélvica informa de tumoración sólida pelviabdominal medial y paramedial derecha de 17x10x16,5 cm con aparente dependencia uterina, que produce por efecto masa desplazamiento de asas intestinales, compresión del uréter derecho en su porción lumbopélvica con ectasia pielocalicial grado I-II y sobretodo marcada compresión venosa de ambas iliacas comunes y vena cava inferior (Fig. 2).

Durante el ingreso, presenta dolor intenso de pierna izquierda con aumento de calor local y signo de Homans positivo. Ante la sospecha de trombosis venosa profunda, se extrae analítica sanguínea destacando una elevación de la PCR 35.8 mg/dl y el Dímero D de 2200 ng/ml. Se indica entonces la realización de un eco-doppler venoso de extremidades inferiores, en la que se confirma la existencia de TVP iliofemoral izquierda con afectación de la unión safenofemoral,

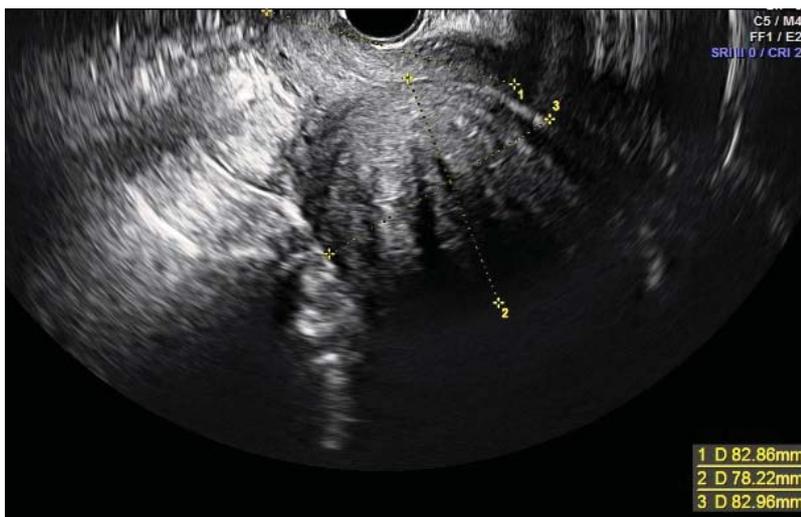


Fig. 1. ECO Transvaginal: mioma uterino intramural subseroso posterior, de 8 cm de diámetro.



Fig. 2. TC abdomino-pélvico: masa pelviabdominal medial y paramedial derecha que desplaza asas intestinales.

iniciándose de forma inmediata tratamiento con heparina de bajo peso molecular (HBPM).

Ante el cuadro clínico de TVP secundario a compresión vascular por mioma gigante, se decide en sesión multidisciplinaria la realización de histerectomía total con salpinguectomía bilateral por laparotomía, previa colocación de filtro en vena cava inferior y cateterización ureteral bilateral (Fig. 3).

La paciente evoluciona favorablemente, con postoperatorio sin complicaciones. Tras dos intentos de retirada del filtro de vena cava inferior, se desestima dicha opción debido al hallazgo de dos voluminosos trombos localizados en el interior del filtro y por debajo de éste, respectivamente; por lo que se mantiene el tratamiento con HBPM y seguimiento sucesivos por el Servicio de Cirugía General para control evolutivo de su patología trombótica.

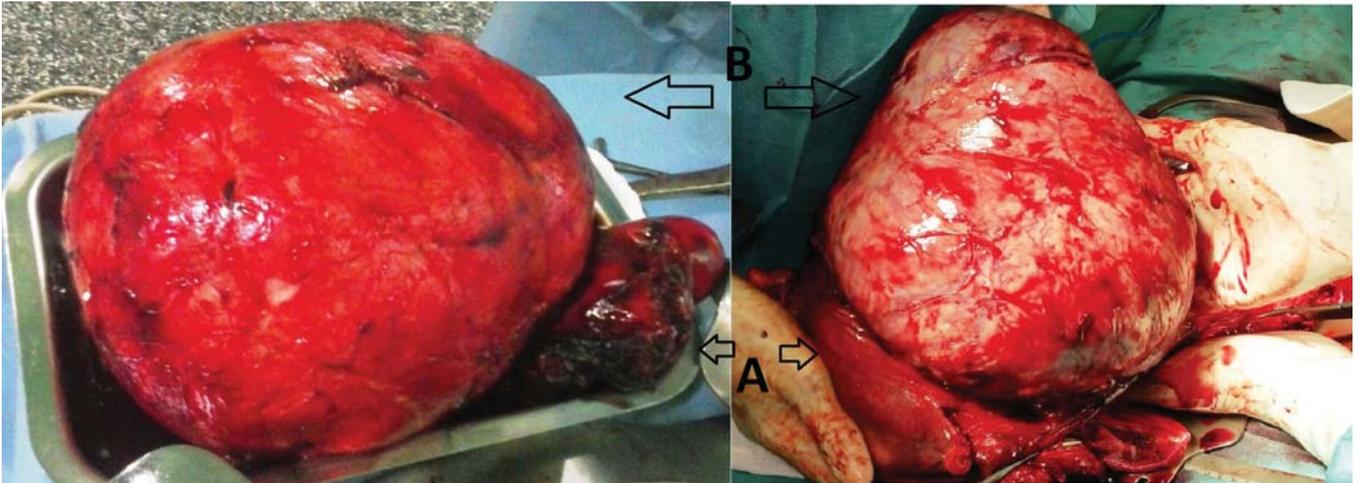


Fig. 3. A: cuerpo uterino. B: mioma

DISCUSIÓN

A pesar de que los leiomiomas uterinos son una patología muy frecuente, el debut o la asociación con la trombosis venosa profunda es excepcional, pero no imposible⁸.

Ante una TVP o TEP en una paciente sin factores de riesgo, además de pensar en una trombofilia no filiada o neoplasia de origen desconocido, no debemos perder de vista en nuestro diagnóstico diferencial el factor mecánico.

Ante una paciente con una masa pélvica causante de una trombosis activa, debemos manejar el caso de forma multidisciplinar, valorando en todo momento los riesgos y beneficios de nuestras actuaciones. En este caso, tratar la trombosis y diferir la cirugía no era una opción plausible, pues era la causa de la patología aguda y no se podía descartar malignidad hasta no tener un resultado anatomopatológico. Sin embargo, realizar una intervención quirúrgica en una paciente con una trombosis activa no está exenta

de riesgos, y más teniendo en cuenta la descompresión pélvica que la paciente sufriría al extirpar la masa y el efecto vacío que causaría, pudiendo diseminar los trombos a órganos vitales.

La colocación del balón en cava por parte del servicio de cirugía vascular, permitió realizar la intervención con mayor margen de seguridad y sin eventos agudos durante la cirugía y en el postoperatorio inmediato. Lamentablemente, también asumimos otro tipo de riesgos al colocar este tipo de dispositivos^{6,9}. En nuestra paciente ha sido imposible retirar el balón, y requerirá anticoagulación permanente.

En resumen, el manejo multidisciplinar y la sospecha de patología compresiva fueron fundamentales para poder resolver de forma rápida y efectiva el problema de nuestra paciente⁷. A pesar de ello, debemos tener en cuenta que las técnicas invasivas no son inocuas, pero sí reducen riesgos mayores que podrían haber costado la vida a la enferma en este caso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Iglesias E, García Espantaleón M; Miomas Uterinos. En: Cabero L (ed.). Tratado de Ginecología y Obstetricia. Tomo I. 2ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2012. p 719-729.
2. Pérez E, Martín A, Kazlauskas S; Patología tumoral benigna del cuerpo uterino: mioma y patología endometrial. En: Bajo JM, Laila JM, Xercavins J (eds.). Fundamentos de Ginecología. 1ª ed. Madrid: SEGO; 2009. p 391-402.
3. Ramanan, S., Chapman-Wardy, J., Watson, R. Bleeding versus Clotting: A Complex Case of a Large Fibroid Uterus Causing Menorrhagia and a DVT. Case Reports in Obstetrics and Gynecology, 2016.
4. Tanaka, H., Umekawa, T., Kikukawa, T., Nakamura, M., Toyoda, N. (2002). Venous thromboembolic diseases associated with uterine myomas diagnosed before hysterectomy: a report of two cases. Journal of obstetrics and gynaecology research, 28(6), 300-303.
5. Fernandes FLA, Dinardo CL, Terra-Filho M. Uterine myoma as a cause of iliac vein thrombosis and pulmonary embolism: common disease, rare complication. Respirology Case Reports. 2014;2(4):132-134.
6. Shiota M., Kotani Y., Umemoto M., Tobiume T., Tsuritani M., Shimaoka M, et al. .Deep-vein thrombosis is associated with large uterine fibroids. Tohoku J. Exp. Med., 2011. 224 (2), 87-89.
7. Khademvatani, K., Rezaei, Y., Kerachian, A., Seyyed-Mohammadzad, M. H., Eskandari, R., Rostamzadeh, A. Acute pulmonary embolism caused by enlarged uterine leiomyoma: a rare presentation. The American journal of case reports 2014; 15, 300-303.
8. Kuwano, T., Miura, S. I., Nishikawa, H., Shirai, K., Saku, K. Venous thrombosis associated with a large uterine myoma. Internal Medicine 2008; 47(8), 809-809.
9. Norbis, G., Martín Pedrosa, M., Gutiérrez Alonso, V., San Norberto, E. M., Vaquero Puerta, C. Tratamiento endovascular de trombosis venosa ilíaca secundaria a compresión por mioma gigante. Angiología 2014; 66(4), 203-205.