



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE OBSTETRICIA

CARRERA DE OBSTETRICIA

Componente práctico del examen complejo previo a la obtención de grado académico de
obstetriz

TEMA PROPUESTO DEL CASO

MIOMATOSIS UTERINA EN EMBARAZO DE 37 SEMANAS

AUTOR

ESTEFANIA LIZETH MENDEZ ANTAMBA

TUTOR

DR TAPIA MESTANZA GEORGETOWN OLMEDO

BABAHOYO- LOS RIOS – ECUADOR

2019

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL.....	ii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMEINTOS	v
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCCION	ix
PROYECTO MARCO TEORICO.....	1
1. MIOMATOSIS UTERINA EN EMBARAZO	1
1.1. DEFINICION	1
1.1.1. INCIDENCIA	1
1.1.2. ETIOLOGIA	1
1.1.3. FACTORES DE RIESGO	2
1.1.4. EVOLUCION DE LOS MIOMAS UTERINOS	4
1.1.5. MANIFESTACIONES CLINICAS	5
1.2. OBJETIVOS	11
1.2.1. OBEJTIVO GENERAL.....	11
1.2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	11
1.3. DATOS GENERALES	11
2. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO	12
2.1. Análisis del motivo de Consulta y Antecedentes.....	12
2.2. Principales datos clínicos que refiere la paciente sobre la enfermedad actual (Anamnesis).	13
2.3. EXAMEN FISICO	13
2.4. Exámenes complementarios realizados	15

2.5.	FORMULACION DEL DIAGNOSTICO PRESUNTIVO Y DIFERENCIAL.	17
2.6.	ANALISIS Y DESCRIPCION DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.....	18
2.7.	INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.	19
	CONCLUSIONES	22
	RECOMENDACIONES	23
	REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS	24
	Anexos	1

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo de investigación de caso clínico en primer lugar a mi Dios Todo Poderoso y a la Virgen María por haberme permitido llegar a esta etapa de mi vida, guiando mi camino desde el primer momento que tome la decisión de seguir mi carrera de Obstetricia dándome la salud necesaria y el apoyo incondicional de mi Familia.

Del mismo modo a mi Familia quien me ha alentado a luchar por mis sueños con valores y principios ante cualquier circunstancia que se me presente en el camino, dándome los consejos, apoyo y el amor necesario a lo largo de todos estos años, inculcando en mí a ser una mejor persona cada día, sin olvidar la humildad con la que me criaron para salir adelante con esfuerzo y dedicación.

A mi novio por su apoyo moral, dándome el aliento necesario para dar lo mejor de mí en cada etapa que eh ido cursando, teniendo el anhelo de superarme para llegar a culminar todo lo que me proponga y a mi suegra haciendo que este arduo trabajo sea más fácil para llegar a mi meta.

A todos mis maestros que han aportado un granito de arena, brindándome sus conocimientos y experiencias profesionales así como también a mis amigos quienes formaron parte de este camino y me ayudaron desde que comenzó, como un sueño y hoy es una meta cumplida.

AGRADECIMEINTOS

Agradezco a mi Dios y mis padres quienes me enseñaron desde pequeña a no rendirme por mis sueños, proponerme las metas necesarias para salir adelante como una buena profesional y un excelente ser humano, dándome como ejemplo la dedicación y esfuerzo arduo para alcanzar lo que se desea sin perder los valores y respeto hacia los demás y si en el transcurso del camino alguien necesite de mí, brindar una mano amiga con humildad y sencillez.

Agradezco a mis maestros que guiaron mi camino compartiendo conmigo sus altos y bajos para que aprendiera de ellos, sin olvidar que en algún momento de mi carrera en mis manos estarán vidas humanas, las cuales dependerán de mis conocimientos, dedicación y entrega, para ayudarlas como un buen profesional de la Salud, sin olvidar que ellos como pacientes también necesitan nuestro respeto y cariño ante cualquier circunstancia por la cual atraviesen.



TITULO DEL CASO CLINICO

“MIOMATOSIS UTERINA EN EMBARAZO DE 37 SEMANAS “

AUTOR

ESTEFANIA LIZETH MENDEZ ANTAMBA

TUTOR

DR TAPIA MESTANZA GEORGETOWN OLMEDO

BABAHOYO- LOS RIOS – ECUADOR

2019

RESUMEN

Los miomas uterinos, denominados tumores benignos, se ocasionan por una excesiva estimulación de receptores de estrógenos, los cuales son un tipo de hormona producida por diferentes partes del cuerpo, actuando sobre una o múltiples células de las fibras musculares lisas del útero, por lo que este tipo de estimulación da lugar a una proliferación excesiva y a la formación de dichos tumores, representando hasta el 95% de los tumores benignos del aparato reproductor femenino, afectando a una de cada cuatro mujeres en edad reproductiva. El 1% a 4% de los embarazos están expuestos a la aparición de miomas uterinos de los cuales el 80% de los casos conservan su mismo tamaño. Entre los factores de riesgo que comprometen a la formación de miomas uterinos tenemos, obesidad, paridad, historia familiar, edad entre otros. Para el diagnóstico de esta patología el examen físico, el ultrasonido son métodos imprescindibles para confirmar apropiadamente los miomas ayudándonos a determinar su localización, tamaño y número. El diagnóstico temprano de miomas uterinos es de gran importancia sobre todo en gestantes ya que algunos embarazos pueden cursar sin mayor

dificultad pero un porcentaje de estos pueden llegar a tener ciertas anomalías tales como hemorragias, amenaza de aborto, parto pretérmino, restricción del crecimiento fetal intrauterino y otras anomalías fetales. Comúnmente en el embarazo la conducta debe ser expectante, dependerá del tipo de mioma y los síntomas que presente la paciente, se deberá mantener en observación, más control ginecológico para tomar las medidas adecuadas.

Palabras clave: Embarazo- miomas-uterinos-parto

ABSTRACT

Uterine fibroids, called benign tumors, are caused by excessive stimulation of estrogen receptors, which are a type of hormone produced by different parts of the body, acting on one or multiple cells of the uterine smooth muscle fibers, so This type of stimulation leads to excessive proliferation and the formation of these tumors, representing up to 95% of benign tumors of the female reproductive system, affecting one in four women of reproductive age. 1% to 4% of pregnancies are exposed to the appearance of uterine fibroids of which 80% of cases remain the same size. Among the risk factors that compromise the formation of uterine fibroids we have obesity, parity, family history, age among others. For the diagnosis of this pathology the physical examination, ultrasound are essential methods to properly confirm the fibroids helping us to determine their location, size and number. The early diagnosis of uterine fibroids is of great importance especially in pregnant women since some pregnancies may occur without major difficulty but a percentage of these may have certain abnormalities such as hemorrhages, threat of abortion, preterm birth, intrauterine fetal growth restriction and other

fetal abnormalities. Commonly in pregnancy the behavior must be expectant, it will depend on the type of myoma and the symptoms that the patient presents, it should be kept under observation, more gynecological control to take appropriate measures.

INTRODUCCION

La miomatosis uterina es una patología que se caracteriza por la presencia de fibromas o leiomiomas que histológicamente son de estructura monoclonal y aparecen de la proliferación del musculo liso formados por una matriz extracelular la cual se encuentra rodeada por una delgada capa de tejido conectivo y fibras musculares las cuales se encuentran compactadas de proteoglicanos y fibronectinas, son tumores benignos que pueden cursar sin problema durante el embarazo, siendo de crecimiento lento, pueden ser únicos o múltiples, su degeneración maligna es del 0.1% - 0.2% sin embargo en algunas circunstancias se pueden encontrar ciertas alteraciones o complicaciones durante el embarazo, trabajo de parto, parto o causar cuadros agudos.

Aunque la causa de los miomas uterinos es desconocida, existe evidencia de que estrógenos y progestágenos favorecen su crecimiento, ya que rara vez se desarrollan antes de la menarca y remiten después de la menopausia, considerándose hormonodependientes; son un problema de salud pública. Son los tumores más comunes

en la mujer; no se conoce la incidencia real porque suelen ser asintomáticos; se calcula que afectan a 1, 5 mujeres en edad reproductiva; en necropsias se han detectado en 50% de los úteros. (Adriana C. O., 2018)

La prevalencia mundial de miomas uterinos varía de 5 a 21%; incrementa con la edad: 1.8% en mujeres de 20-29 años de edad y 14.1% en mayores de 40 años; 60% se desarrollan en mujeres en edad fértil y 80% durante toda su vida con predominio en la raza negra; en mujeres de 35 y 49 años de edad. (Adriana C. O., 2018)

En el Ecuador se estima entre el 30% al 50% el cual aumenta en féminas en edades fértiles, en un estudio realizado en el Hospital General Liborio Panchana en el año 2018 se encontró 70 casos de Miomatosis tratados quirúrgicamente.

La etiología de los miomas uterinos no es totalmente clara. Aparecen por lo general después de la menarquia y tienden a crecer durante el periodo reproductivo o en el embarazo y pueden reaparecer en el climaterio. Se ha podido observar que casi del 1 % al 4% de los embarazos se hallan vinculados con miomas y que del 80 % de estos durante la gestación conservan el mismo tamaño, o tienden a hacerse más pequeños en este periodo debido a la influencia de los estrógenos que son la hormona predominante durante el embarazo. (Adriana P. C., 2018)

En gestantes con miomas se pueden presentar riesgos tales como presentaciones anómalas del producto (5.3 vs 3.1%), placenta previa (1.4 vs 0.05%), cesárea (33.1 vs 24.2%), desprendimiento de placenta (1.4 vs 0.7%), obstrucción del canal del parto, rotura prematura de membranas pretérmino, nacimiento pretérmino y muerte fetal intrauterina. Existen estudios prospectivos utilizando ultrasonografía para realizar el seguimiento sobre el tamaño del útero miomatoso en el periodo de gestación los cuales

han demostrado que un 60-78 de los fibromas no realizan ningún cambio significativo en su tamaño durante la etapa de gestación (Adriana P. C., 2018)

Se ha podido observar en varios estudios que hay diferentes tipos de patrones de crecimiento de los miomas en el periodo de gestación, donde se ha reportado que los miomas pequeños aumentan su volumen durante el segundo trimestre mientras que los leiomiomas de mayor tamaño permanecen sin cambios o disminución del mismo, pero durante el tercer trimestre todos presentan disminución de su volumen. Los leiomiomas pueden originar diferentes complicaciones durante la gestación. (Adriana P. C., 2018)

El siguiente análisis de caso se presentó en una gestante de 40 años de edad con antecedentes gineco-obstetricos un parto hace 18 años, abortos 0, cesáreas 0, con antecedentes de un mioma uterino no precisa localización, cursa con embarazo de 37 semanas por fecha de última menstruación 28/01/2018 acude a emergencias refiriendo dolor pélvico de tipo contráctil de moderada intensidad que se irradia hacia la región lumbar de 6 horas de evolución más sangrado vaginal escaso, tras la respectiva valoración a la paciente se decide su ingreso hospitalario confirmando su trabajo de parto.

PROYECTO MARCO TEORICO

1. MIOMATOSIS UTERINA EN EMBARAZO

1.1. DEFINICION

Los miomas uterinos, también conocidos como leiomiomas o fibromiomas, estos son tumores sólidos, benignos más frecuentes de la pelvis de la mujer. Los leiomiomas derivan del miometrio y presentan una abundante matriz extracelular rodeados de una fina pseudocápsula de tejido conectivo y fibras musculares comprimidas. (Adriana C. O., 2018, pág. 9)

Durante el periodo de gestación de una mujer y los miomas uterinos existe una gran controversia de las posibles complicaciones que puedan suscitarse durante el embarazo, trabajo de parto o parto ya que ellos tienen a incrementar su tamaño dada su naturaleza semejante a la del músculo uterino, es decir padecen de hiperplasia e hipertrofia con efecto de alteraciones hormonales, pero también se dice que los miomas y el embarazo pueden coexistir sin incomodarse.

1.1.1. INCIDENCIA

La incidencia de miomas uterinos en el embarazo es de 1% a 3%, según un estudio realizado mediante ecografías obstétricas del primer trimestre demuestra que la prevalencia de miomas uterinos en mujeres hispanas es de un 10%, en mujeres caucásicas es de un 8% y en mujeres de raza negra de un 18%.

1.1.2. ETIOLOGIA

La etiología de los miomas aún se desconoce. Los miomas son tumores benignos ricos en matriz extracelular y que derivan de los miocitos presentes en el miometrio. Desde finales

de los años sesenta se admite el origen clonal de los miomas, es decir que proceden de un único miocito. (Adriana C. O., 2018, págs. 9-10)

En lo que se refiere a las alteraciones de receptores de esteroides, existen evidencias epidemiológicas (más frecuentes en la edad fértil; infrecuentes antes de la menarquia y que disminuyen en la menopausia) que sugieren una relación directa de los miomas con los estrógenos. Por tanto, se puede afirmar que el tejido miomatoso es hiperestrogénico e hipersensible a los estrógenos. Aunque no se han encontrado evidencias de mayor concentración de receptores para la progesterona en el tejido miomatoso, sí se ha descrito una sobreexpresión de receptor de progesterona en células del mioma capaz de inducir mitosis e inhibir la apoptosis en miocitos de miomas. (Adriana C. O., 2018, págs. 9-10)

1.1.3. FACTORES DE RIESGO

EDAD Y PARIDAD: Mientras más hijos tenga una mujer en su etapa reproductiva o más embarazos haya presenciado a lo largo de su vida el riesgo de miomatosis uterina disminuye significativamente, un estudio indica que las mujeres posmenopáusicas el riesgo disminuye un 70% a 90%, en las primíparas disminuye un 20% a 50%, a lo contrario de las mujeres que no han presenciado ningún embarazo y no han logrado procrear manteniendo su útero en reposo

ETNIA: La miomatosis uterina es común en mujeres de raza negra ya que ellas tienen un ritmo de crecimiento aumentado, y este tipo de aceleración hormonal se debe por la cantidad de tejido adiposo que poseen almacenado a nivel de todo su organismo, es decir que los miomas uterinos son más frecuente en la raza negra que en las de la raza blanca.

USO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES: “Parecen no tener una relación definitiva, pero en algunos estudios hay una relación inversa entre los anticonceptivos orales y el riesgo de desarrollar miomatosis uterina”. (Adriana C. O., 2018, pág. 13)

Ya que la utilización exagerada de los mismos conlleva al crecimiento de los miomas uterinos debido a la gran cantidad de receptores estrogénicos que poseen los miomas

FACTORES HORMONALES ENDOGENOS: Se considera un factor predisponente a tener en consideración ya que se han encontrado estudios que relacionan el incremento de un 20% el riesgo de miomas uterinos en mujeres que inician sus ciclos menstruales antes de los 10 años.

EDAD: Se han encontrado estudios que la incidencia aumenta conforme va avanzando la edad, de los 25 a 29 años en un 4 % y de los 40 a 44 años un 22%

EJERCICIO: En relación a las mujeres que tienen su vida sedentaria las mujeres que practican deporte de una forma profesional disminuyen el riesgo de miomas uterinos en un 40%.

PESO: “La obesidad incrementa la conversión de los andrógenos adrenales a estroma y disminuye la globulina fijadora de hormonas sexuales, por lo que en mujeres con índice de masa corporal (IMC) mayor a 30 este riesgo es mayor”. (Adriana C. O., 2018, pág. 14)

DIETA: “Existe poca evidencia de la asociación con la dieta, pero se ha reportado en la literatura que las carnes rojas y el jamón incrementan la incidencia, mientras que los vegetales verdes la disminuyen”. (Adriana C. O., 2018, pág. 14)

HISTORIA FAMILIAR: “Los familiares de primer grado de pacientes con miomatosis tienen 2.5 veces más riesgo de presentar miomatosis uterina que aquellos que no tienen historia familiar”. (Adriana C. O., 2018, pág. 14)

EMBARAZO: Se ha sugerido que los altos niveles de esteroides sexuales asociados al embarazo comúnmente causan crecimiento de los miomas uterinos, así como su sintomatología. De hecho los miomas comparten ciertas características del miometrio normal durante el

embarazo, como el incremento en la producción de matriz extracelular y la expresión aumentada de los receptores para péptidos y hormonas esteroideas. Éstos se presentan en 1.4 a 8.6% de los embarazos. (Adriana C. O., 2018, pág. 14)

TIPOS:

MIOMA SUBSeroso: Constituido por nódulos, que crecen hacia la cavidad abdominal libre, encontrando poca resistencia, creciendo apenas sin síntomas, logrando a veces gran independencia, por quedar unidos al útero solo por un pedículo. (Rodríguez)

MIOMA SUBMucoso: Este crece hacia la cavidad uterina, tapizado en mayor o menor extensión por la mucosa uterina. Es difícil de diagnosticar y se explora con dificultad, apreciándose solo un útero aumentado de tamaño (Rodríguez)

MIOMA INTRAMURAL: Situados en el espesor de la pared uterina y dando, por lo tanto, en el examen físico manifestaciones de carácter tumoral o de úteros aumentados de tamaño y consistencia firme y superficie regular. (Rodríguez)

1.1.4. EVOLUCION DE LOS MIOMAS UTERINOS

DURANTE LA GESTACION: Como efecto de las alteraciones hormonales, generalmente los miomas uterinos aumentan su tamaño durante la gestación ya que dada su naturaleza la cual es semejante a la del musculo liso padecen igual que este de hiperplasia e hipertrofia, por lo regular los miomas uterinos coexisten con la gestación de forma usual pero a veces pueden llegar a provocar dificultades o complicaciones que obligan a la consulta profesional.

DURANTE EL TRABAJO DE PARTO: Es inusual que el mioma uterino se encuentre ubicado en el cérvix por lo general es muy raro encontrarnos con un caso parecido, si la localización del mioma uterino no interfiere con el canal del parto progresara normalmente, también se han encontrado estudios donde se han demostrado que los miomas asentados en la

excavación pelviana ascienden al final del embarazo o en el trabajo de parto debido a que el segmento inferior se agranda por lo que no ocluye el pasaje fetal

DURANTE EL ALUMBRAMIENTO: Se pueden generar deficiencias en su mecanismo, ya que los miomas uterinos interfieren en cierto porcentaje a la dinámica de las contracciones uterinas.

DURANTE EL PUERPERIO: los miomas uterinos sobre todos los intramurales o subserosos pueden ser apreciados de modo más claro al ser más fácil individualizarse en el útero retraído.

1.1.5. MANIFESTACIONES CLINICAS

Durante la gestación se han descrito ciertas manifestaciones clínicas que pueden aparecer tales como:

- Masa tumoral palpable
- Dolor
- Leucorrea
- Síntomas de compresión
- Anemia
- Estreñimiento
- Disuria
- Polaquiuria
- Dolor abdominal difuso
- Retención de orina

COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO

Se ha identificado que dependiendo de la localización de los miomas uterinos se pueden manifestar ciertas alteraciones o complicaciones durante la gestación, se han encontrado estudios que durante el primer y segundo trimestre de gestación los miomas uterinos pueden llegar a tener un aumento de tamaño significativo debido a edema, cambios degenerativos, hemorragias provocando dolor e hipersensibilidad, además se pueden originar otro tipo de manifestaciones como:

- Dolor
- Aborto espontaneo
- Restricción del crecimiento fetal intrauterino y otras anomalías fetales
- Parto pretérmino
- Hemorragia anteparto
- Hemorragia postparto
- Amenaza de aborto
- Distocias de presentación: transversal, podálico y oblicuo.
- Desprendimiento de placenta normoincierta
- Placenta previa
- Trabajo de parto prolongado
- Ruptura prematura de membranas

También se debe considerar que durante el trabajo de parto se puede llegar a presenciar inercia uterina, distocias, o bloqueo del canal de parto por lo que es una indicación para cesárea, los miomas uterinos también pueden llegar a provocar el bloqueo de las contracciones uterinas eficaces después del parto y ante esta complicación hay que estar alerta ante la posibilidad de una hemorragia puerperal.

DIAGNOSTICO

Para el diagnostico se basa fundamentalmente en el examen físico, la sintomatología y exámenes complementarios.

DIAGNOSTICO CLINICO

- Anamnesis
- Palpación abdominal
- Tacto vaginal bimanual

Mediante la palpación con un toque manual o bimanual podemos encontrar el agrandamiento del útero, presenseando masas de forma irregular o movilidad de las mismas.

Exámenes complementarios:

ULTRASONIDO: Este tipo de diagnóstico es un método imagenológico imprescindible para confirmar apropiadamente los miomas uterinos puede ser abdominal o transvaginal, ayudándonos a determinar el número, tamaño y localización de los mismos, este tipo de método es de gran ayuda hasta para aquellos miomas de 3 centímetros o más de diámetro, teniendo una sensibilidad hasta del 87%

EL DOPPLER COLOR: Nos ayuda a diferenciar de manera más asertiva los miomas uterinos de un engrosamiento miometrial.

RESONANCIA MAGNETICA: Posee una mejor sensibilidad en el momento del diagnóstico de miomas uterinos y es un método inofensivo para el feto.

TRATAMIENTO

En gestantes el tratamiento para los miomas uterinos es expectante y va a depender de la sintomatología y el tipo de mioma que presente la paciente, si se diagnostica la presencia de

miomas uterinos y la gestante se encuentra asintomática se deberá mantener en observación, con seguimiento ginecológico y ultrasonográfico, pero si existe sintomatología se deberá optar por tratamiento médico como analgesia u otros fármacos según la sintomatología que presente la paciente.

Si nos encontramos ante la presencia de miomas subserosos se puede dar paso a su extracción quirúrgica durante el primer trimestre de embarazo, ya que estos pueden acarrear complicaciones a la gestación, cabe recalcar que durante el primer trimestre de gestación el acto quirúrgico no produce riesgos para el embarazo.

En el caso de que los miomas uterinos mantengan un comportamiento de tumor que impida el trabajo de parto se procederá hacer cesárea, dependiendo de la localización del mioma uterino será segmentaria o corporal.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINAS (GnRh)

Actúa como reductor del tamaño de los miomas hasta un 35 a 60% teniendo como efecto secundarios un hipoestrogenismo. (Moran, 2018)

▪ MEDROXIPROGESTERONA

Utilizado en el manejo de la hemorragia anormal de la paciente a causa de miomatosis uterina. (Moran, 2018)

▪ AINES

Inhibe el dolor y disminuyen la hemorragia. (Moran, 2018)

- **DANAZOL**

Actúa atrofiando el endometrio y posteriormente reduce los miomas uterinos, dando como resultado que los riesgos disminuyan. (Moran, 2018)

- **SUPLEMENTOS DE HIERRO**

Previene o trata la anemia debido a los períodos menstruales en cantidad abundante. (Moran, 2018)

JUSTIFICACION

Toda mujer en alguna instancia de su vida tendrá el deseo de ser madre y que más hermoso podría ser llevar dentro de su vientre un ser vivo, al cual lo parirán con dolor y esfuerzo para traerlo al mundo y llamarlo suyo, un amor a primera vista, cada embarazo tiene el derecho de culminar con aquella felicidad de encontrarse por primera vez una madre con su hijo.

La mayoría de embarazos evolucionan normalmente y algunos a pesar de desarrollarse en el interior de un útero miomatoso, incluso si se llegan a presentarse de gran tamaño pueden culminar favorablemente pero si sucede lo contrario y nos encontramos ante alguna complicación.

Como personal médico existe la necesidad de implementar medidas preventivas para que esta patología no llegue a tener mayores complicaciones, bajar el índice de morbilidad materno-fetal, el cuidado que se debe tener si nos encontramos con miomas uterinos llegando a apreciarse durante el embarazo, trabajo de parto o parto, e incluso prevenir la incidencia de su aparición.

En el presente caso clínico se describe la importancia de incentivar al personal médico, enriquecer el conocimiento acerca de esta patología así como también la investigación de toda información actualizada para tener una visión más amplia acerca de esta patología.

Teniendo normas o medidas de actuación en el servicio de Ginecología- Obstetricia para la detección precoz de miomas uterinos minimizando el impacto de esta enfermedad, teniendo el conocimiento adecuado para que no pase por desapercibido bajo ninguna circunstancia.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. OBEJTIVO GENERAL

Determinar la miomatosis uterina presente en gestante de 40 semanas.

1.2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Evaluar la evolución de la miomatosis uterina durante todo el proceso de gestación, trabajo de parto y parto.
- Evidenciar las posibles complicaciones que se puedan presentar en la gestacion

1.3. DATOS GENERALES

Nombres: G.V.V.T

Fecha de nacimiento: 20/04/1978

Edad: 40 años

Sexo: femenina

Lugar de nacimiento: Guayas

Grupo Cultural: Meztiza

Nacionalidad: Ecuatoriana

Estado civil: Unión Libre

Hijos: 1

Grado de Instrucción: Primaria

Ocupación: Ama de casa

Dirección: Barrio Francisco Pizarro, atrás del Hotel Caracol

2. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1. Análisis del motivo de Consulta y Antecedentes

Gestante de 40 años de edad multípara, con antecedentes patológicos personales de gastritis no controlada, antecedentes gineco-obstetricos de un parto normal hace 19 años, cesáreas 0, abortos 0, más presencia de mioma localizado en parte lateral del útero de gran tamaño, acude autoreferida a emergencia de ginecología con abdomen compatible de 37 semanas de gestación por la fecha de ultima menstruación 01/02/2018, más dolor tipo contráctil de gran intensidad que se irradia hacia la región lumbar de más o menos 5 horas de evolución.

Antecedentes patológicos personales	Gastritis no tratada ni controlada
Antecedentes patológicos familiares	Madre Hipertensa
Antecedentes Obstétricos	Gestas 1 Partos 1 Cesáreas 0 Abortos 0 Útero miomatoso grande

Antecedentes	Ginecológicos
Menarquia	13 años
Ciclos menstruales	28/05
Inicio de relaciones sexuales	17 años
Parejas sexuales	1
Periodo Intergénésico	19 años
Controles Prenatales	8
Vacunación	Completa

Operaciones Previas	Niega
Alergias	Niega
Consolidación de medicamentos	Hierros, ácido fólico

2.2. Principales datos clínicos que refiere la paciente sobre la enfermedad actual

(Anamnesis).

Presenta signos y síntomas de un embarazo de 37 semanas de gestación por Fecha de Última Menstruación en trabajo de parto a término fase activa, refiere la presencia de mioma uterino sin mayor novedad aparentemente.

2.3. EXAMEN FISICO

CONTROL DE	SIGNOS VITALES
TEMPERATURA	36°
PULSO	75 x mm.
TENSION ARTERIAL	90/60 mmHg.
FRECUENCIA RESPIRATORIA	20 min
SATURACION DE OXIGENO	99
PROTEINURIA	Negativo

SCORE MAMA: 0

Cabeza: Normocefalica

Cuello: sin adenopatías

Tórax: simétrico, campos pulmonares ventilados, ritmo cardiaco normal

Abdomen: Globuloso compatible con 37 semanas de gestación por fecha de última menstruación 01/02/2018, altura uterina de 35 cm, feto único vivo dorso izquierdo, frecuencia cardíaca fetal de 140 latidos por minuto, posición cefálica, movimientos fetales presente, dinámica uterina palpable de 3 contracciones en 10 minutos

Pelvis: Genitales externos normales.

A LA ESPECULOSCOPIA: vagina con pliegues presentes, sin signos de infección, cérvix central, con presencia de moco sanguinolento

AL TACTO VAGINAL: Cérvix central con una dilatación de 7 centímetros de dilatación, borramiento de 80 %, segundo plano, presentación cefálica occipitoiliaca izquierdo, membranas integra, sin edema.

Extremidades: Simétricas, no presenta edema

2.4. Exámenes complementarios realizados

EXAMENES DE LABORATORIO

GLÓBULOS BLANCOS (WBC)	11.94 UL
GLÓBULOS ROJOS (RBC)	3.66 UL
HEMOGLOBINA (HGB)	11.1 g/dL
HEMATOCRITO (HCT)	31.9 %
PLAQUETAS	270 UL
NEUTROFILO	75.6 %
LINFOCITO	17.2 %
MONOCITO	6.2 %
EOSINOFILO	0.2 %
BASOFILO	0.1 %
GRUPO SANGUINEO	A
TIEMPO DE PROTROMBINA (TP)	11 seg
GLUCOSA EN AYUNAS	97 mg/dL
UREA	11.4 mg/dL
CREATININA	0.80 mg/dL
ACIDO URICO	2.9 mg/dL
PRUEBA CUALITATIVA PARA SIFILIS	No reactivo
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (TTP)	34 seg
FACTOR RH	Positivo
HIV	No reactivo

INFORME DE ECOSONOGRAFIA OBSTETRICA

UTERO

Gestante, con producto único fetal

MOVIMIENTOS FETALES

Presentes

FRECUENCIA CARDIACA

140 latidos por minutos.

PRESENTACION

Cefálica dorso a la izquierda

MEDIDAS BIOMETRICAS FETALES:

DBP: 89 mm.

FL: 71 mm.

HC: 327 mm.

RAQUIS

Normal

CORAZON

4 cámaras

RIÑONES

PRESENTES

EDAD GESTACIONAL

36 semanas 4 días+/- 2 semanas

PLACENTA

Anterior izquierda grado II/III de maduración

LIQUIDO AMNIOTICO

ILA. Índice del volumen normal. Parámetro dentro de la escala normal 10 cc.

FECHA PROBABLE DE PARTO: 26 de Octubre de 2018

PESO: 2949G.

OBSERVACION: Presencia de mioma que mide 52 mm x 39 mm en pared corporal derecha.

IDG.

- EMBARAZO DE 36 SEMANAS 4 DIAS +/- 2 SEMANAS.
- MIOMA EN PARED CORPORAL UTERINA EN PROYECCION ANTERIOR.

2.5. FORMULACION DEL DIAGNOSTICO PRESUNTIVO Y DIFERENCIAL.

En presencia de las manifestaciones clínicas que presenta la paciente se puede llegar a tener diferentes diagnósticos, la sintomatología nos lleva a la conclusión en primera instancia a pensar un trabajo de parto normal, más mioma uterino en pared corporal derecha por hallazgo ecográfico.

Diagnóstico diferencial:

- Apendicitis
- Calculo Uretral
- Pielonefritis

Diagnóstico presuntivo

- Mioma uterino
- Trabajo de Parto Fase Activa

Diagnósticos definitivos

- Trabajo de Parto fase activa más mioma uterino.

DIAGNOSTICOS	CIE
Leiomioma del útero, sin otra especificación	D259
Parto único espontaneo, presentación cefálica de vértice	O800
Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción	Z300
Otras atenciones específicas para la anticoncepción	Z308

2.6. ANALISIS Y DESCRIPCION DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.

Paciente es ingresada a sala de parto, donde es valorada por ginecólogo de turno quien indica que la paciente está en un inicio de trabajo de parto en fase activa, presentando un cuello de multípara, con dilatación de 8 cm borramiento un 80%, membranas integra.

Al momento paciente presenta dolor en hipogastrio de gran intensidad que se irradia a región lumbosacra, se realiza monitoreo fetal electrónico a gestante donde se evidencia monitoreo fetal reactivo con 150 latidos por minuto, se evidencia dinámica uterina. Los resultados ecográficos reporta un embarazo de 37 sg, DB 89mm, Peso 3100 g, grado de madurez III, ILA 12ml, movimientos fetales activos, Frecuencia Cardiaca Fetal 136 lpm. Por lo pronto se decide evolución espontánea y observar el estado de la paciente, se realiza monitoreo fetal electrónico cada horas y toma de actividad uterina.

2.7. INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.

Obteniendo el diagnóstico definitivo de la paciente, conociendo que se encuentran en condiciones favorables tanto la madre como el feto, por parte del médico de guardia se toma la decisión de llevar un seguimiento apropiado y evolución espontanea de la paciente verificando el estado actual de los mismos, también se informa al personal médico, paciente, familiares bajo un consentimiento informado que si existe el riesgo de alguna anomalía o complicación que comprometan la vida de la gestante o del feto se llevara a cabo el procedimiento quirúrgico respectivo (cesárea de emergencia) para salvaguardar la vida la gestante y feto, actuando de forma profesional considerando siempre los derechos de la paciente. Por el momento no se evidencias complicaciones ni signos de sufrimiento fetal por lo que se procede a un seguimiento apropiado de la paciente teniendo en cuenta su evolución, constantes vitales, actividad uterina, bienestar materno-fetal, valorando monitoreo fetal cada 4 horas y toma de actividad uterina.

SEGUIMIENTO

Se realiza seguimiento a la paciente desde su ingreso a la unidad hospitalaria, tomando sus signos vitales, monitoreo fetal, anamnesis adecuada, conjunto con ecografía obstétrica valorando las condiciones en las que se encuentra la gestante y feto, los cuales nos demuestran que a pesar del mioma uterino la paciente presenta bienestar materno y fetal con una evolución satisfactoria hacia el trabajo de parto, por lo que médico de guardia decide el ingreso a la unidad de emergencia ginecológica, para el seguimiento de evolución espontánea de su trabajo de parto y parto, al cabo de unas horas con dilatación completa, donde finaliza su embarazo con un parto eutócico simple sin mayor complicación y se obtiene recién nacido de sexo masculino más un adecuado manejo activo del tercer periodo del parto pasa a sala de recuperación .

Es valorada por, médico de guardia a las 12 horas postparto indicando puérpera fisiológica inmediata por parto eutócico simple por embarazo de 37 semanas con trabajo de parto fase activa, obteniendo recién nacido vivo sexo masculino, Apgar 8/9, parto por presencia de mioma uterino de gran tamaño, visible a través de pared abdominal con contracción uterina, revisión de canal blando del parto, no desgarros, no laceraciones sangrantes, se evacua vejiga, útero contraído.

Se pasa a sala de recuperación con signos vitales normales, Score mama 0 puntos, acompañada por su pareja no desean llevarse la placenta, no desea esterilización quirúrgica, se solicitan nuevos exámenes de control al igual que ecografía de control.

OBSERVACIONES

La paciente finalizó con parto eutócico simple, donde se realiza antisepsia de región vulvo perineal, se colocan campos estériles, se realiza ruptura artificial de membranas, líquido amniótico claro se obtiene producto único vivo cefálico sexo masculino con un Apgar: 8/9, pinzamiento oportuno de cordón umbilical, Peso 3210 gramos, talla 48 cm, circunferencia cefálica 33 cm, manejo activo del tercer periodo, se administra 10 unidades internacionales de oxitocina intramuscular alumbramiento activo, placenta y membranas ovulares íntegras.

Se administra uterotónico para prevención de hemorragia post parto por presencia de mioma uterino de gran tamaño, visible a través de pared abdominal con la contracción uterina, revisión del canal blando del parto, no desgarros no laceraciones sangrantes, se evacua vejiga, sangrado escaso, útero contraído se pasa a sala de recuperación con signos vitales normales, score mama 0 puntos, acompañada de su pareja, la paciente fue tratada con analgésicos y antibióticos, como cefalexina una capsula cada 6 horas vía oral para combatir infecciones, ketorolaco 30 mg una ampolla endovenosa cada 8 horas, se oferta realizar esterilización quirúrgica la paciente no acepta, se realiza asesoramiento a la sobre los signos de alarma maternos y neonatales, recomendaciones sobre la lactancia materna, se pasa a sala de hospitalización de Ginecología.

Cumpliendo con un puerperio fisiológico de 24 horas de evolución satisfactoria, que al momento se encuentra tranquila, orientada en tiempo y espacio, no se reporta mayor novedad, paciente refiere sentirse bien por lo que se valora exámenes de laboratorio, ecografía de control los cuales demuestran valores normales, signos vitales dentro de los parámetros normales, score mama 0 por lo que se decide Alta Médica con seguimiento por consulta externa de ginecología.

CONCLUSIONES

- Una de las principales patologías en la consulta ginecológica son los miomas uterinos, de los cuales podemos llegar a presenciarlos durante la gestación, siendo su etiología desconocida y las complicaciones que pueden ser muy variables, es necesario que el personal médico mantenga medidas adecuadas para la prevención de dichas complicaciones que atenten con la vida de la gestante y feto.
- Así como también la valoración de un diagnóstico precoz para el manejo adecuado de los miomas uterinos durante la gestación ya que durante el embarazo pueden como no pueden presentarse dichas riesgoso complicaciones.
- Los miomas crecen, se mantienen o pueden disminuir su tamaño por el cambio hormonal que se da durante la gestación por el efecto estrogénico que surge por eso es necesario que se tomen las medidas de emergencia adecuadas ante cualquier problemática que pueda presentarse ya sea en el momento de la gestación, trabajo de parto y parto.

RECOMENDACIONES

- Incentivar al personal médico a realizar buenas historias clínicas desde el primer control prenatal para no pasar por alto un diagnóstico como la miomatosis uterina teniendo en cuenta la clínica de la paciente ya que los síntomas pueden pasar desapercibidos y son causas de complicaciones más adelante.
- Dar a conocer a la paciente la importancia del seguimiento ecográfico una vez diagnosticado el mioma uterino, para mantener un adecuado seguimiento a su evolución, localización y disminuir el posible riesgo de complicaciones.
- Mantener capacitado al personal de salud ante cualquier emergencia que pueda suscitar frente alguna complicación durante la gestación, trabajo de parto y parto, teniendo los insumos y material adecuados para brindar un servicio de calidad.
- Manifestar una mejor organización en la programación de cesáreas a pacientes ya seleccionadas y no esperar a su complicación.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS

Adriana, C. O. (2018). Universidad de Guayaquil . *FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES DE MIOMAS UTERINOS*, 1. Obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/31963/1/CD%201571-%20CARDONA%20OBANDO%20ADRIANA.pdf>

Adriana, P. C. (2018). DETECCIÓN DE COMPLICACIÓN EN GESTANTES CON MIOMAS. 1. Obtenido de Universidad de Guayaquil: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/36325/1/CD%202761-%20PULECIO%20CLAVIJO%20ADRIANA%20AMELINA%2C%20MARURI%20MORAN%20GIANELLA%20ISABEL.pdf>

Moran, S. (2018). *Universidad de Babahoyo*. Obtenido de <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/4515>

Obando, C. (2018). *Universidad de Guayaquil* . Obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/36325/1/CD%202761-%20PULECIO%20CLAVIJO%20ADRIANA%20AMELINA%2C%20MARURI%20MORAN%20GIANELLA%20ISABEL.pdf>

Rodriguez, J. O. (s.f.). Mioma Uterino . *Temas de ginecología y Obstetricia*, 2. Obtenido de https://gravepa.com/grainaino/biblioteca/publicacionesmedicas/Medicina%20de%20Familia/mioma_uterino.pdf

Diez, A. (1950). Afecciones y operaciones ginecológicas que preceden a las histerectomías. *Rev Obstet Ginecol Venez.*

Fábreguesa, F., & Peñarrubia, J. (2002). Mioma uterino. Manifestaciones clínicas y posibilidades actuales de tratamiento conservador. Elsevier, 191

Ligia C, González M. Mioma uterino gigante y embarazo. Servicio

7, Maternidad “Concepción Palacios”, Caracas.2014

Ligia C, González M. Mioma uterino gigante y embarazo. Servicio

7, Maternidad “Concepción Palacios”, Caracas.2014

Noor S et al. Pregnancy with fibroids and its obstetric complications. J Ayub Med Coll Abbottabad 2015;21(4)

Ortiz F et al. Miomas uterinos durante el embarazo y su repercusión en el resultado obstétrico.

Ginecol Obstet Mex 2015; 79(8):467473. SEGO, S. E. (2013). Miomas uterinos. España: Elsevier.

Pardo Ramirez, P. I. (2009). Miomectomía durante el embarazo. Scielo.

Schwarcz H. Obstetricia. Tumores y embarazo- tumores benignos Uteroanexiales-fibromiomas uterinos. Ed. El Ateneo. 6ta edición. 2015.

Sabria E, Ponce J, Gine L, Pla MJ, Dib Al Tamr Al Barazi. Miomas fertilidad y gestación.

Ginecol obstet Clin 2015: 10(1):21-26

Tserotas, K. (s.f.). FIBROMAS UTERINOS: CONCEPTOS ACTUALES. Revista

Médico Científica , 77

Anexos



