

## NOTAS CLINICAS

---

### *CONSIDERACIONES SOBRE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO AL MARGEN DE UN CASO OPERADO POR FIBROMAS Y EMBARAZO \**

DR. MANUEL MATEOS FOURNIER  
Academia Nacional de Medicina

---

**A** PESAR DE QUE ESTE PROBLEMA es tan antiguo como la Obstetricia y que sobre él se han escrito innumerables artículos y de que no hay tratado de la especialidad que no destine un capítulo especial a este asunto, insisto sobre él, para abordar sólo unos aspectos que se refieren al diagnóstico y al tratamiento, pues el estado actual de la ciencia y de la Ginecología permite modificar substancialmente los conceptos.

Al margen de un caso que tendré el honor de presentar dentro de unos minutos, a esta H. Academia en un film documental a colores, he deseado hacer variadas consideraciones de todas las posibilidades terapéuticas, basándome en la experiencia adquirida y juzgando sobre las ideas clásicas al respecto.

Se trata de una mujer de 39 años de edad, sana en apariencia, casada desde 14 años antes, y estéril, cuya causa recuerda haberla relacionado algún médico a pseudoinfantilismo del útero. Esposo de edad semejante y sano, fuerte normal, sin antecedentes patológicos de importancia y con facultades procreativas normales. En otra época utilizaron varios tratamientos para la cura de la esterilidad, sin haberse obtenido resultado. Después de varios años, abandonaron la idea de tener hijos,

---

\* Leído el 18 de abril de 1956.

derivando el objetivo de la vida de ambos, a problemas intelectuales y culturales en colaboración mutua, que absorbían todo su tiempo, desistiendo también de la idea obsesionante de otra época, de adoptar un niño. Después de muchos años y de repente, a la enferma le sorprende amenorrea, sin trastornos y que al llegar a dos meses, la obliga a ver a un médico en Estados Unidos de Norteamérica, quien le diagnosticó embarazo. La ausencia de síntomas y sus antecedentes de esterilidad y fracaso en los tratamientos respectivos, no le convencen y al llegar a México, consulta a un ginecólogo, quien le diagnostica tumores y menopausia precoz. Al mismo tiempo se inician pérdidas de sangre irregulares y atípicas. Le propone el médico, histerectomía. Al tercer mes de amenorrea el sangrado se acentúa, coincidiendo con molestias pelvianas y abdominales que van en aumento hasta llegar a ser intolerables. Es vista entonces por mí, considerando razonables los dos juicios anteriores por tener fundamentos ambos, por lo que diagnosticamos *fibromas* y *embarazo*. Los datos recogidos en nuestra exploración fueron los siguientes: mujer perfectamente normal, con antecedentes de regularidad y normalidad en sus menstruaciones, sin amenorreas en toda su vida anterior, que llevaba vida sexual normal, con individuo de facultades procreativas normales, a quien se le suspendió intempestivamente la regla, sin estar en la edad en la que habitualmente se manifiesta la menopausia. El cuello uterino estaba blando y cianótico; asomaba por el orificio externo, moco blanco transparente y manifestando la enferma haber notado recientemente mayor humedad en sus órganos genitales, sin carácter patológico de la secreción. Al tacto, se apreciaron tumoraciones duras y grandes en la parte posterior del cuello, que hacían prominencia en el fondo de saco posterior y que llenaban casi la pelvis. Por el vientre, la palpación combinada con el tacto, nos reveló varias tumoraciones duras con las características de fibromas, de los cuales, uno era como de 8 cms. situado al nivel de la fosa ilíaca izquierda. La enferma mencionó la aparición reciente de estos tumores que ella misma se palpaba y que antes le eran imperceptibles. No es gruesa y es dócil, por lo que la exploración fué posible hacerla con todo cuidado y detenimiento. La porción mayor de la tumoración era como del tamaño de un melón grande, siendo blanda en su parte superior. Además refirió haber notado crecimiento franco y ostensible de los senos, tensión, adolorimiento de los mismos y pigmentación de las areolas y pezones así como sensibilidad de los mismos al contacto con la ropa. Estos síntomas y signos a pesar de no ser patognomónicos, junto con todos los anteriores, nos hicieron presumir con grandes probabilidades de exactitud, que se trataba de un embarazo en una matriz con fibromas múltiples. Se envía a Rayos X para radio-

grafía simple de vientre recomendando "rayos blandos" para posible despiste de huesecillos fetales, no recibiendo ninguna información positiva, de este examen. Se envía al laboratorio para reacción biológica confirmando el embarazo por prueba de Galli-Mainini Positiva. La necesidad de un diagnóstico de precisión era especialmente imperiosa en este caso para plantear la conducta terapéutica más conveniente. Antes de entrar en consideraciones especiales sobre el tratamiento, me permito hacer algunos comentarios sobre el problema del diagnóstico.

¿Por qué no se hizo el diagnóstico correcto desde el principio? Esto es asunto relacionado con el momento de la consulta y de la exploración. Al presentarse la amenorrea, el médico debe haber apreciado un manifiesto aumento de volumen del útero con las características especiales de reblandecimiento en el cuello y en el istmo. Esto fué suficiente para que inmediatamente se diagnosticara embarazo. Como es sabido, los fibromas fuera del embarazo, son tumores que se desarrollan lentamente de tal manera que al descubrirse una gestación en el útero fibromatoso, esta degeneración necesariamente precedió al embarazo, pero los tumores pueden haber sido pequeños al principio y no claramente perceptibles, o no haber sido cuidadosamente hecha la exploración.

¿Por qué una mujer estéril después de 14 años de vida matrimonial se embaraza sin tratamiento y sin haber variado el ritmo de su vida física y sexual y precisamente cuando se está acercando a la edad crítica, que es cuando normalmente van disminuyendo las facultades procreativas de la mujer?

Aquí debemos pensar que tal vez la causa apuntada por uno de los médicos que la examinó recién casada y que le diagnosticó pseudoinfantilismo, haya sido verdadera. Y también se puede pensar que posteriormente se hayan desarrollado fibromas de lenta evolución.

Ambas alteraciones son causa de esterilidad: la hipoplasia presupone falta de madurez física y funcional que hace al útero inapto para responder a los impulsos hormonales y permitir la nidación del huevo. Hay un concepto vulgar basado en la observación y cuya comprobación no es suficientemente clara, pues se dice que la mujer que no hace hijos, hace fibromas, relacionando esto a la frecuencia con la que se presentan en las mujeres solteras o en las casadas estériles, sin negar que también se desarrollan sobre todo en aquellas de actividad sexual interrumpida o insatisfecha, aunque con menos frecuencia en la mujer con hijos.

Así es que esta mujer por razón de su esterilidad aún con el útero hipoplástico, tenía esa causa predisponente para los fibromas. Ahora bien,

los fibromas se desarrollan preferentemente en mujeres añasas de los 40 a los 50 años cuya máxima frecuencia está en esta época.

Estos tumores a su vez, hacen crecer el útero, favoreciendo el embarazo según opina Hofmeier, pues la hipoplesía no es curable espontáneamente. Doderlein no acepta esta posibilidad. Es de tomarse en consideración, en el caso particular de esta enferma, que se haya embarazado cuando los tumores también sufrieron un desarrollo especial.

Es un hecho que los fibromas están ligados con la actividad genital, pues comúnmente se observa su regresión con la menopausia, así como con el tratamiento roentgenterápico que nulifica la función ovárica. Esta decrece también con los años.

A consecuencia del embarazo, los fibromas sufren un *crecimiento rápido*, tanto que desde el punto de vista clínico, se dice que conociendo las dimensiones de un fibroma, la apreciación de un aumento súbito de volumen del mismo, en una mujer dentro de los límites de la actividad genital debe hacer sospechar antes que todo un embarazo coexistente.

En la enferma que tratamos, el crecimiento fué en tal forma rápido, que al tercer mes y medio, el útero con su fibromas ocupaba totalmente la pelvis, enclavándose fuertemente en su cavidad, además de su desarrollo hacia el abdomen que desbordaba en cuatro dedos sobre el borde superior del pubis.

Hay que hacer notar que para este tiempo la enferma tenía una permanente amenaza de aborto, caracterizada por contracciones dolorosas irreductibles y pérdida de sangre, que primero intermitente, se hizo en los últimos días casi constante. El reposo, antiespasmódicos y opiáceos, no modificaron esta condición y la tentativa de desenclavar el útero fué del todo infructuosa por la fuerza misma del enclavamiento y por temor de ejecutar presiones peligrosas sobre el útero, cuyo contenido desde luego se pensó en conservar.

¿Qué es lo que revela la experiencia, respecto a la evolución del embarazo, parto y puerperio en úteros con fibromas? Los abortos son muy frecuentes y los partos prematuros también. En el parto se presentan problemas serios, y la distocia es común. Forceps, versiones y cesáreas son recursos casi obligados. La histerectomía es frecuente sobre todo por hemorragias incontrolables que pueden suceder aún en el puerperio.

Las estadísticas de mortalidad varían según las épocas. El avance de la cirugía, con mejores técnicas y todos los recursos actuales que incluyen sueros, transfusiones y antibióticos, han modificado notablemente la mortalidad materna. La fetal, es casi la misma, pues está condicionada con el momento en que se produce el aborto que siendo tal, es incompatible con

la vida del feto y con la prematuridad de la interrupción del embarazo con producto posiblemente viable, en donde los avances de la ciencia sí han podido influir mejorando la estadística, por el uso de incubadoras más perfeccionadas y ciertos cuidados especiales al prematuro como son el uso de sueros, oxígeno, transfusiones, alimentación artificial por sonda, etc.

La estadística antigua, más desconsoladora, evaluó la mortalidad materna en 41% y 88% la fetal. Esto llevó a considerar peligrosísima la conservación del embarazo y a plantear como indicación el aborto terapéutico, desde que una mujer con fibromas lograba un embarazo. Esta conducta nunca fué bien aceptada, pues entre tantas cosas, otras estadísticas fueron diferentes, además de que se pudieron observar dificultades extremas en las maniobras de provocación del aborto y de vaciamiento del útero. Aún en las manos más hábiles hubo complicaciones muy serias de hemorragias incontrolables y de infección, que superaron en gravedad a las cifras de mortalidad apuntadas antes.

A esta conducta siguió la idea de extirpar siempre el tumor por enucleación, a fin de suprimir la causa del daño, calculándose según varias estadísticas, en un 23% de abortos, no respondiendo por consecuencia el resultado, al objetivo de la operación que era el conservar el embarazo. Además, con mucha frecuencia la enucleación terminó en histerectomía por hemorragia incontrolable y por haberse abierto accidentalmente el huevo. De Lee calcula por su propia experiencia 17% de abortos en caso de enucleación.

Atendiendo al temor de futuras complicaciones en el embarazo y en el parto y teniendo en cuenta la magnífica estadística de las histerectomías, hubo una tendencia a histerectomizar a toda mujer embarazada con fibromas desde que se planteaba el diagnóstico. Esto, desde hace algún tiempo y sobre todo en los momentos actuales, no se hace y no encuentra justificación. Suprimir el producto de la concepción y mutilar a la mujer restándole toda posibilidad futura de reproducirse, no debe ser más que una conducta de emergencia, como en casos de procesos necróticos o gangrenosos por torción, que amenazan la vida de la mujer.

La mejor conducta en los momentos actuales es el tratamiento expectante. Teniendo en cuenta que son mujeres expuestas al aborto, se tomarán medidas necesarias de reposo tan precozmente como sea posible, haciendo tratamientos antiespasmódico y sintomático permanentes, tratando de disminuir las múltiples molestias y el dolor que implican las compresiones por crecimiento rápido y atípico de las tumoraciones.

La tendencia al enclavamiento de los fibromas, se prevendrá por *ejercicios genupectorales* precoces que se recomendará ejecutar 2 ó 3 veces

al día, durante 5 ó 10 minutos. En algunas circunstancias será necesario intentar la reducción por tacto vaginal o rectal con la enferma en esa posición, procurando maniobras de rechazamiento suaves para no ser causa de aborto.

Al llegar el parto, no se hará necesariamente operación, pues si los tumores no obstruyen la vía, puede esperarse un proceso natural al cual se le darán las atenciones acostumbradas. Sin embargo hay que estar prevenidos para combatir hemorragias y tener listo material para taponamiento, suero y sangre suficientes.

No es posible determinar aún antes del parto si un tumor bajo va a ser causa de obstrucción, pues en el parto los fibromas frecuentemente se desalojan y dejan libre la vía, aún sin ayuda por parte del médico. Los intentos de reposición deberán ejecutarse con cuidado pues a veces es posible ocasionar rupturas vasculares causa de hemorragias considerables. De todas maneras la variación es grande y múltiples complicaciones son posibles, por lo que el tratamiento es muy diverso. Se nota la frecuente *atonía* del útero, que muchos no la atribuyen a los fibromas sino a la edad. También es posible el *descenso de un tumor* a la pelvis, aun cuando durante el embarazo haya permanecido arriba del estrecho superior. La *ruptura precoz de la bolsa y la infección* de la cavidad amniótica son posibles y constituyen serios contratiempos que agravan el pronóstico.

La idea común y corriente es conseguir que el embarazo llegue al término o que cuando menos pase de la viabilidad el producto, para practicar laparotomía seguida de cesárea. En algunas ocasiones será posible extirpar fibromas accesibles o pediculados sin mayor riesgo, sin pérdida importante de sangre por la retracción que sigue al vaciamiento del útero y con buenos puntos hemostáticos en el lecho de la enucleación. Pero en otros casos como en los fibromas grandes incluídos en el ligamento ancho en íntimo contacto con los grandes vasos la *miomectomía* tiene sus riesgos. Es preferible en esos casos, dejarla para otra ocasión cuando haya involucionado con el útero más allá del puerperio. Por eso antes de decidir, hay que balancear las posibilidades, pues frecuentemente, la loable idea de resolver de una vez el problema sin abocar a la enferma a una segunda intervención, puede costarle la vida o ser responsable de histerectomía de necesidad por hemorragia incontrolable.

La *histerectomía* también será necesaria en las enfermas con infección intrapartum, sobre todo con feto muerto, casos en los cuales se amputará el útero sin abrirlo. La antigua idea de abocar el muñón vaginal a la pared abdominal canalizando para que granulara por segunda intención, que era la operación de Porro en la era preaséptica, ha sido desde

muchos años abandonada pero en su tiempo mejoró notablemente la estadística. Actualmente con los antibióticos, el procedimiento no tiene justificación. Sólo en algunos casos, la supresión de un órgano infectado y con tumores en mujer añosa y que da riesgos potenciales y efectivos, no es conducta desacertada. Da seguridad y mejora el pronóstico.

Si se siguió conducta conservadora durante el parto también se seguirá en el puerperio y al decidir la operación de los fibromas, se ejecutará cuando se hayan reducido, al término de su involución y haciendo miomectomía tantas veces como sea posible a fin de respetar las funciones reproductivas y endócrinas. La posibilidad de degeneración maligna por fibromas que es lo que se podría argüir, es mínima, como lo demuestran las estadísticas de todos los tiempos y de todos los autores.

En el caso que presentamos, se puede objetar a primera vista, después de estas consideraciones, el por qué le fué practicada la operación, teniendo en cuenta que aceptamos que lo mejor es la conducta expectante.

Desde luego podemos decir:

- 1º Que el útero estaba enclavado e irreductible incapaz de proseguir su crecimiento.
- 2º Que la mujer enferma tenía amenaza de aborto incontrolable manifestada por contracciones y pérdida continua de sangre.
- 3º Que la capacidad de la pelvis llegó a su límite y aunque cierta porción del útero era abdominal, el enclavamiento y los síntomas nos hicieron considerar, mínimas o nulas esperanzas de que prosiguiera el embarazo.
- 4º Que se trataba de una mujer añosa con 14 años de vida matrimonial y de esterilidad. Quizá su última oportunidad de tener un hijo.

Entonces la idea podía haber sido hacer lo mínimo, es decir, laparotomizar para desenclavar el útero sin hacer miomectomía, dejando para el término del embarazo, la cesárea, miomectomía o histerectomía según el caso. Pero al abrir el vientre, nos dimos cuenta de la imposibilidad de desenclavar el útero por dos grandes fibromas, colocados en la parte posterior e inferior del órgano y que fueron los últimos en extirparse. Comenzamos por los de arriba a pesar de no ser éstos el obstáculo real porque eso nos permitió abordar los responsables del enclavamiento una vez que se redujo la masa tumoral. Llegamos a pensar en un principio que nuestra operación iba a terminar en histerectomía.

Extirpamos en total 13 fibromas y fué posible hacer una hemostasis segura y completa, transitoriamente con pinzas, ligando uno que otro vaso grande. La sutura del lecho de los fibromas por puntos separados de

catgut atraumático del N° 1 fué suficiente, no sufriendo en ningún momento angustia por hemorragia grave. La peritonización la hicimos con atraumático del 0 y por puntos separados. Se hizo una transfusión de 500 c.c. durante la operación y las venoclisis de suero acostumbradas.

La evolución fué perfecta, hasta el 5º día en que abortó sin incidentes. A pesar de que llegamos hasta descubrir el hueco en algunas enucleaciones como se ve claramente en la película, habíamos ya abrigado la esperanza de que el embarazo continuara su curso. Prescindimos del levantamiento precoz y sujetamos a la enferma a reposo en cama y sólo le hicimos ejecutar movimientos pasivos de las extremidades inferiores como medida profiláctica de la flebotrombosis. Le dimos antiespasmódicos, opiáceos y 50 miligramos 2 veces al día de progesterona por vía intramuscular, sobre todo por el hecho de haber extirpado también un quiste ovárico luteínico, a pesar de que ya es bien sabido que del tercer mes en adelante el cuerpo amarillo del embarazo hipertrofiado e hiperplasiado en sus elementos para las necesidades de la nidación, sufre proceso de regresión substituyéndose la progesterona ovárica por los esteroides placentarios.

De todos modos en nuestro afán de conservar el embarazo de esta enferma, no llegamos a tener necesidad de mutilarla. La dejamos apta para una nueva gestación y aunque hasta la fecha no hemos tenido noticias por ser reciente el caso, esperamos suceda ya sin obstáculos y sólo con el apuntamiento de una cesárea, como profilaxis de ruptura uterina en futuro trabajo de parto.

*Todos los caminos que conducen al más allá son iguales; y acaso sea más corto aquel por el que te envíe un tirano.* EPICTETO.

*Ningún mal puede ser grande cuando es último.* CORNELIO.

*Los dioses esconden a los hombres la felicidad de la muerte para que puedan gozar de la vida.* LUCANO.