Descargado el: 7-11-2026 ISSN 1727-897X

PRESENTACIÓN DE CASO

Degeneración quística de un fibroma uterino como causa de hemoperitoneo ginecológico. Presentación de un caso

Uterine fibroid cystic degeneration as a gynecologic hemoperitoneum . A case report

Indira Noa Lores[1] Rodny Arcia Fiffe[1] Eglis Jesús Rodiles Harriette[1] Ernesto Rodríguez Gill[1] Franklin Laborí Blanco[1] Wanda Martínez Acosta[1]

[1] Hospital General Docente Octavio de la Concepción y de la Pedraja, Baracoa, Guantánamo, Cuba

Cómo citar este artículo:
Noa-Lores I, Arcia-Fiffe R, Rodiles-Harriette E, Rodríguez-Gill E, Laborí-Blanco F, Martínez-Acosta W. Degeneración quística de un fibroma uterino como causa de hemoperitoneo ginecológico. Presentación de un caso. **Medisur** [revista en Internet]. 2025 [citado 2026 Nov 7]; 23(0):[aprox. 0 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/45345

Resumen

El fibroma es el tumor más frecuente del útero. Sus manifestaciones clínicas dependen de su localización y volumen. Pueden sufrir transformaciones asépticas, sépticas y hasta malignas. Se presenta el caso de una paciente con antecedentes patológicos personales de cirrosis hepática, cesareada con menos de tres meses de evolución, aquejada de dolor abdominal difuso con sensación de pesantez, además de aumento persistente de tamaño del abdomen después de la cesárea, así como síntomas y signos de hipovolemia. Determinados hallazgos en el examen físico condujeron a tomar la decisión de realizar cirugía de urgencia, que incluyó epipoplastia y omentectomía, pero tuvo una evolución satisfactoria. Según su escaza aparición en la literatura consultada, la degeneración quística como causa de hemoperitoneo es una entidad rara, incluso en la propia práctica diaria, lo cual motivó la presentación de este caso.

Palabras clave: leiomioma, hemoperitoneo, neoplasias quísticas, mucinosas y serosas

Abstract

Fibroids are the most common tumor of the uterus. Their clinical manifestations depend on their location and volume. They can undergo aseptic, septic, and even malignant transformations. A patient with a liver cirrhosis personal history, who underwent cesarean section less than three months after delivery, complaining of diffuse abdominal pain with a feeling of heaviness, as well as persistent abdominal enlargement after cesarean section, as well as symptoms and hypovolemic signs, is presented. Certain findings in the physical examination led to the decision to perform emergency surgery, which included epipoplasty and omentectomy, but the patient's progress was satisfactory. According to the few articles in the consulted literature, cystic degeneration as a cause of hemoperitoneum is a rare entity, even in daily practice, which motivated this case presentation.

Key words: leiomyoma, hemoperitoneum, neoplasms, cystic mucinous and serous

Aprobado: 2025-01-21 08:51:35

Correspondencia: Indira Noa Lores. Hospital General Docente Octavio de la Concepción y de la Pedraja. Baracoa, Guantánamo noaloresindira@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El fibroma o mioma uterino es un tumor benigno desarrollado a expensas de fibras musculares lisas, y que contiene además tejido conjuntivo en cantidad variable como elemento de sostén. Se le denomina también leiomioma, fibromioma y fibroide. Su tamaño varía, y ocupa en ocasiones casi la totalidad de la cavidad abdominal. Su localización más frecuente es el cuerpo uterino, pues esta región contiene un elevado porcentaje de fibras musculares. La localización cervical solo se presenta en 8 % de los miomas uterinos. Se pueden extender también hacia el ligamento ancho del útero.[1]

Prevalece entre 12-25 % de mujeres en edad reproductiva.[2] La incidencia varía entre 2 y 12,8 por 1000 personas cada año,[3] parece aumentar en la edad reproductiva y descender en la menopausia.[1] Es más frecuente entre los 30 y 50 años de edad, así como en mujeres negras, mestizas y nulíparas. Actualmente se diagnostica en etapas tempranas gracias al uso de la ecografía.[4]

Entre sus complicaciones, se señalan la rotura, la torsión del pedículo, necrosis, parto, hemorragias, infección y abscedación, hialinización, degeneración quística y hasta transformaciones malignas.[4] La degeneración quística fue una complicación que sufrió una de las pacientes ingresadas en el hospital de Baracoa, por la rareza de su presentación en la literatura consultada, y en la propia práctica diaria, se expone el siguiente caso cínico, con el objetivo describir el curso de la degeneración quística de los fibromas uterinos con hemoperitneo, algo poco frecuente en la práctica diaria.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de una paciente femenina, de 37 años de edad, procedencia urbana, ama de casa, con antecedentes patológicos personales de una cirrosis hepática diagnosticada desde hacía tres años aproximadamente, antecedentes obstétricos de G_2 P_2 A_0 (ambos partos distócicos a una edad gestacional cercana a las 40 semanas) y última cesárea con menos de tres meses de evolución. Acudió al Servicio de Urgencias del Hospital General Docente Octavio de la Concepción y la Pedraja, de Baracoa, con dolor abdominal difuso con sensación de pesantez; refirió, además, que después de la cesárea, el abdomen no había disminuido mucho de tamaño, así como síntomas y signos de hipovolemia.

Examen físico: Paciente pálida, afebril, con elementos clínicos de shock ligero. Mucosas pálidas, algo secas. TA: 90/60mmHg, FR: 25 rpm, FC: 110 lpm. Abdomen globuloso, cicatriz quirúrgica media infraumbilical de 8cm, aséptica, con bordes bien afrontados. Se palpó en hemiabdomen inferior, lado derecho, una tumoración blanda, de superficie irregular, ante lo cual se precisaron maniobras de Tarral y signo de Pitres positivos; dolor a la palpación profunda en todo el abdomen y defensa abdominal.

Tacto vaginal: vagina de superficie y temperatura de características normales, cuello corto y no doloroso, útero de tamaño normal, tumor con superficie irregular hacia el anejo derecho, movible, doloroso a la palpación, fondo de saco del Douglas abombado y doloroso.

Por la maniobra de Tarral positiva, se decidió hacer paracentesis, con la expectativa de encontrar ascitis, por los antecedentes de cirrosis hepática de la paciente, sin embargo, se extrajo líquido serohemático; se determinó entonces intervenir quirúrgicamente.

Se realizaron estudios hemoquímicos de laboratorio con las siguientes alteraciones: hemograma completo: Hb 9,0g/L, leucocitos 10x109/L, polimorfonucleares: 0,58 %, linfocitos: 0,40 %, eosinófilos: 0,02 %; coagulograma mínimo: Ts 2’; Tc: 8’; Conteo de plaqueta: 150x109/L.

Se realizó laparotomía exploradora de urgencia, en la cual se encontró abundante líquido serohemático (cerca de 1000cc), así como una tumoración recubierta por todo el epiplón, rota hacia uno de sus extremos, de paredes finas, contenido gelatinoso y sanguinolento, de menos de 20cm de diámetro y que ocupaba hipogastrio y parte del mesogastrio, con pedículo naciente cerca de cuerno uterino izquierdo. (Fig. 1, Fig. 2).

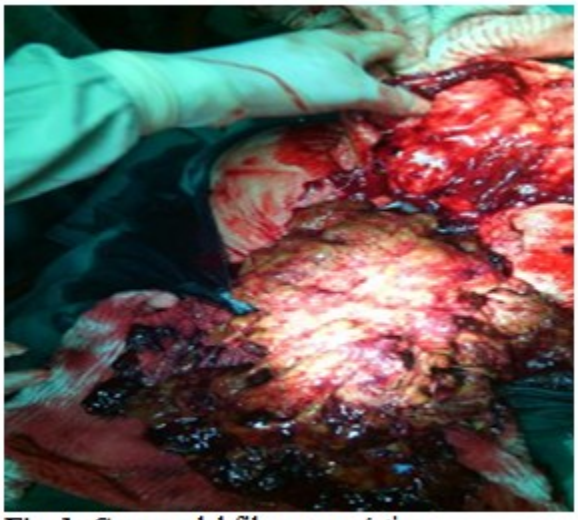


Fig. 1- Cuerpo del fibroma quístico.



Fig. 2- Unión del fibroma quístico al útero por un pedículo fino.

Se realizó resección cuneiforme del pedículo con epipoplastia y omentectomía, por encontrarse el epiplón firmemente englobado al fibroma quístico. (Fig. 3).



Fig. 3- Sección del pedículo del fibroma quístico.

El resultado de anatomía patológica informó: Macroscópicamente, fragmento de tejido de 35x22cm, color pardo grisáceo; el fragmento más pequeño, constituído por cápsula quística de 15 x 11cm, con la cara interna de aspecto hemorrágico. El fragmento mayor, constiuido por varias masas de tejido de consistencia firme, donde no se identificó ninguna estructura anatómica. Microscópicamente, extensas áreas de tejido fibroso hialinizado casi totalmente con compromiso vascular severo.

La evolución del acto quirúrgico y de la paciente fueron satisfactorias, sin complicaciones asociadas.

DISCUSIÓN

El fibroma es el tumor más frecuente no solo del útero, sino de todo el tracto genital.[1] Su etiología no se conoce con exactitud, pero se piensa en el estímulo estrogénico mantenido o aumentado que activa los genitoblastos mesodérmicos y células embrionarias que responden a este.[4] Las hormonas ováricas regulan el crecimiento de las células musculares uterinas; el conjunto que forman dichas hormonas y sus receptores aparece alterado en el leiomioma.[5]

Entre los factores de riesgo se mencionan la raza,[3,6] la historia menstrual (la menarquia precoz se asocia con mayor riesgo de padecer miomas, mientras la posmenopausia lo disminuye hasta en un 70-90 %), la paridad,[7] la obesidad,[8] los factores dietéticos, el consumo de alcohol, en especial la cerveza,[9] así como cualquier factor que ocasione una noxa en el útero puede ser favorecedor de la aparición de miomas (infecciones, cirugías).[10]

A nivel macroscópico, el leiomioma tiene forma redonda o esférica, y consistencia dura, la cual puede modoficarse debido a procesos degenerativos. Es posible que aparezca como tumor único, pero frecuentemente existen varios nódulos. Microscópicamente está compuesto por fibras musculares lisas y tejido fibroso. Las fibras musculares lisas se agrupan y forman haces que se disponen en múltiples direcciones, formando remolinos.[1]

El 30 % de los miomas son asintomáticos, las manifestaciones clínicas no se relacionan de forma directa con el tamaño sino con la ubicación, así las podemos dividir en tres grupos: sangrado uterino irregular, síntomas de compresión y síntomas de complicación.[1]

El sangrado uterino irregular es el síntoma más frecuente. Cuanto más próximo está el tumor a la cavidad endometrial, más frecuentes e intensas son las alteraciones menstruales, la menorragia y la hipermenorrea entre las más comunes.[8] Con el sangramiento es frecuente la anemia y todo el cuadro sintomático que la acompaña.[1]

Los tumores localizados en la pared anterior del útero pueden producir síntomas urinarios (polaquiuria, disuria y tenesmo) por compresión vesical.[11] Los fenómenos compresivos sobre el

recto producen estreñimiento, así como la compresión sobre gruesas venas de la pelvis o linfáticos puede producir edemas o várices de las piernas.[12]

El leiomioma solo ocasiona dolor cuando aparece alguna complicación. El dolor acompañado de fiebre y alteración del hemograma con aumento de la velocidad de sedimentación, sugiere la necrosis o infección del tumor. El dolor se acompaña de un cuadro agudo de irritación peritonal (naúseas, vómitos, parálisis intestinal, contractura), hace pensar en una torsión de leiomioma pediculado; también puede aparecer durante la expulsión del útero a la vagina (parto del mioma), en fenómenos degenerativos y compresiones de nervios (plexos nerviosos sacros y nervio obturador).[1]

Los exámenes complementarios incluyen: la ecografía, la histerosalpingografía, la histeroscopia, la resonancia magnética y la tomografía axial computarizada.[13]

Existen varias opciones de tratamiento: conservador, medicamentoso (hormonal) y quirúrgico; este último el principal. Son aplicables las siguientes técnicas: miomectomía abdominal, histerectomía abdominal o vaginal y miomectomía histeroscópica o por laparoscopia.[1]

Pueden sufrir transformaciones asépticas (la degeneración fibrosa, degeneración calcárea, degeneración edematosa, degeneración grasosa y amiloidea y transformación quística), sépticas y malignas. La degeneración quística ocurre cuando las zonas hianilizadas tienden a acumular líquidos, por ello no solo son blandas, sino que si este fenómeno se exagera es posible que aparezcan cavidades llenas de líquidos. Estas pueden ser pequeñas, pero a veces son voluminosas y ocupan todo el tumor. Los fibroquistes pueden adquirir considerable volumen; se han extirpado fibromas quísticos desde 11 hasta 50 kilogramos. Según el número de cavidades quísticas, se dividen estos tumores en fibromas monoquísticos y fibromas poliquísticos. La pared de las cavidades quísticas ofrece un espesor variable; la cara interna es unas veces lisa y otras, las más, irregular, tomentosa, mamelonada, semejante a la de las cavidades del corazón. El contenido está, de forma general, constituido por un suero sanguinolento más o menos oscuro; su composición química tiene las mayores analogías con la del suero sanguíneo; el microscopio permite descubrir en él glóbulos rojos, y en ocasiones elementos musculares o fibrosos degenerados.[14]

A propósito del caso, la presentación fue inusual, debido a que el diagnóstico preoperatorio resultó un hemoperitoneo con signos clínicos de hipoperfusión, con el hallazgo quirúrgico de un fibroma subseroso pediculado con degeneración quística, lao cual es poco común, pues en este tipo de tumoración es más habitual la degeneración roja o carnosa, así como la necrosis. El tratamiento en estos casos siempre va a ser quirúrgico, conservador (como en este caso) o radical (histerectomía), en dependencia de la edad de la paciente, las condiciones locales, el deseo genésico y la concomitancia con otras patologías internas.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Contribución de los autores:

Conceptualización: Indira Noa Lores

Curación de datos: Indira Noa Lores, Rodny Arcia Fiffe, Eglis Jesús Rodiles Harriette, Ernesto Rodriguez Gill, Franklin Laborí Blanco, Wanda Martínez Acosta

Análisis formal: Indira Noa Lores, Rodny Arcia Fiffe, Eglis Jesús Rodiles Harriette, Ernesto Rodriguez Gill

Adquisición de fondos: Indira Noa Lores, Rodny Arcia Fiffe

Investigación: Indira Noa Lores, Rodny Arcia Fiffe, Eglis Jesús Rodiles Harriette, Ernesto Rodríguez Gill

Metodología: Indira Noa Lores, Rodny Arcia Fiffe, Eglis Jesús Rodiles Harriette, Ernesto Rodríguez Gill, Franklin Laborí Blanco, Wanda Martínez Acosta

Supervisión: Indira Noa Lores, Rodny Arcia Fiffe, Eglis Jesús Rodiles Harriette, Ernesto Rodriguez Gill

Validación: Indira Noa Lores, Rodny Arcia Fiffe, Eglis Jesús Rodiles Harriette, Ernesto Rodriguez Gill, Franklin Laborí Blanco, Wanda Martínez Acosta

Visualización: Indira Noa Lores, Rodny Arcia Fiffe, Eglis Jesús Rodiles Harriette, Ernesto Rodriguez Gill, Franklin Laborí Blanco, Wanda Martínez Acosta

Redacción- borrador original: Indira Noa Lores

Redacción- revisión y edición: Indira Noa Lores

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González J, González E. Ginecología. 10a ed. La Habana: Ciencias Medicas; 2020.

2. Behairy MS, Goldsmith D, Schultz C, Morrison JJ, Jahangiri Y. Uterine fibroids: a narrative review of epidemiology and management, with a focus on uterine artery embolization. Gynecol Pelvic Med[Internet]. 2024[citado 28/10/2024];7:[aprox. 21p]. Disponible en: https://gpm.amegroups.org/article/view/10206/html

3. Bo Li, Fangfang Wang, Lingying Chen, Haofei Tong. Global epidemiological characteristics of uterine fibroids. Arch Med Sc. 2023;19(6):1802-10.

4. Rigol RO, Santisteban S. Obstetricia y ginecología. 3ra ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2014. https://bibliotecadegenero.redsemlac-cuba.net/wp-content/uploads/2019/09/14_BMN_RRO_OG2.pdf

5. Viva W, Juhi D, Kristin A, Micaela M, Marcus B, Ibrahim A, Dirk B. Massive uterine fibroid: a diagnostic dilemma: a case report and review of the literature. J Med Case Rep. 2021;15(1):344.

6. López N, Ferrufino G, Guardia R, Arce LA. Leiomioma celular gigante con degeneración roja, hidrópica y quística: reporte de un caso. Gac Med Bol[Internet]. 2020[citado 30/20/2024];43(2):[aprox. 5p]. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662020000200015&lng=es

7. Song S, Park S, Song BM, Lee JE, Cha C, Park HY. Risk of uterine leiomyomata with menstrual and reproductive factors in premenopausal women: Korea nurses' health study. BMC Womens Health. 2023;23(1):305.

8. 11. Mutch DG, Biest SW. Miomas uterinos[Internet]. Rahway, NJ: Manual MSD; 2023[citado 31/102024]. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/miomas-uterinos/miomas-uterinos

9. Tinelli A, Vinciguerra M, Malvasi A, Andjić M, Babović I, Sparić R. Uterine Fibroids and Diet. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(3):1066.

10. Díaz R, Pérez J del C, Castellanos JR, Aguilar E, Martínez CM. Tratamiento laparoscópico de una paciente con un leiomioma uterino gigante cavitado, con cambio degenerativo mucomixoide. Ginecol Obstet Méx[Internet]. 2022[citado 31/10/2024];90(9):[aprox. 18p]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412022000900786

11. Thanasa E, Thanasa A, Grapsidi V, Xydias E, Kamaretsos E, Ziogas A, et al. Bilateral obstructive uropathy and severe renal dysfunction associated with large prolapsed pedunculated submucosal leiomyoma of the uterus misdiagnosed as an intracervical fibroid: Report of a very rare case and a mini-review of the literature. Med Int (Lond). 2024;4(3):26.

12. Chernukha L, Vlasenko O, Rodionova I, Markovets Y, Vlasenko D, Vlaikov H. Uterine fibroids and the problem of deep vein thrombosis of the lower extremities. View of a vascular specialist and hematologist. Reprod Endocrinol[Internet]. 2022[citado 30/10/2024];(66):[aprox. 17p]. Disponible en: https://reproduct-endo.com/article/view/268958/264419

13. Reap L, McDonald K, Balakrishnan A, Vakhariya C. Kasabach-Merritt-like phenomenon in a massive uterine leiomyoma presenting with chronic disseminated intravascular coagulation: A case report. Case Rep Womens Health. 2020;28:e00262.

14. Bano A, Wei CR, Qadir AA, Osama M, Shaikh S, Shah Q, et al. [citado 30/10/2024];https://jptcp.com/index.php/jptcp/article/view/3385/3313

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS