



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA**



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA**

**Dimensión Práctica del Examen Complexivo previo a la obtención del grado
académico de Obstetriz**

**TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO
ANEMIA CRÓNICA POR MIOMATOSIS UTERINA.**

AUTORA

Joselin Daniela Henríquez Osorio

TUTOR

Babahoyo- Los ríos- Ecuador

Santa Elena - Santa Elena – Ecuador 2019



I. TEMA	4
RESUMEN.....	5
ABSTRACT	6
I. INTRODUCCION	8
1. MARCO TEORICO	10
1.1 . DEFINICION	10
1.2. CAUSAS DE MIOMAS UTERINOS	11
1.3. ETIOLOGIA DE LOS MIOMAS UTERINOS ASOCIADOS ANEMIA CRONICA....	11
1.4. FISIOPATOLOGIA DE LOS MIOMAS UTERINOS	12
1.5. SIGNOS Y SINTOMAS DE LOS MIOMAS UTERINOS.....	13
1.6. DIAGNOSTICO DE LOS MIOMAS UTERINOS	15
1.7. TRATAMIENTO.....	16
1.9. JUSTIFICACION	18
1.10. OBJETIVO GENERAL.....	19
1.10.1. OBJETIVO ESPECIFICO	19
2. METODOLOGIA DE DIAGNOSTICO	20
2.1. ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA.....	20
2.2. HISTORIAL CLINICA DE LA PACIENTE.	21
2.3. ANAMNESIS	22
2.4. EXPLORACION CLINICA.....	22
2.5. INFORMACION DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS	24
2.6. FORMULACION DEL DIAGNOSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.	26
2.7. ANALISIS Y DESCRIPCION DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.....	27
2.8. INDICACION DE LAS RAZONES CIENTIFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....	28
2.9. SEGUIMIENTO.....	29
2.10. OBSERVACIONES.....	30
CONCLUSIONES	31



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA



BIBLIOGRAFIA	32
ANEXOS	35



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA**



I. TEMA

“ANEMIA CRÓNICA POR MIOMATOSIS UTERINA”



RESUMEN

El mioma usualmente no causa síntomas en edades tempranas de la vida reproductiva. La incidencia exacta de los miomas es difícil de determinar.

Se presenta caso de paciente femenina de 48 años de edad con diagnóstico de miomatosis uterina debido a historial de sangrado transvaginal, con el fin de conocer el estado hemodinámico a través de la biometría hemática y posteriormente el estudio histopatológico del útero de dicha paciente.

La Metodología del diagnóstico, se basó en un estudio retrospectivo que involucró a paciente mediante pruebas hemáticas, ecografía y examen físico.

El Leiomioma más frecuente es el Leiomioma Intramural que corresponde al 60.6 %, así como la Anemia asintomática con tratamiento a base de hierro oral (Hb: $> 10 < 13.9$ g/dl) es la más prevalente presente en 53.1 % de los casos.

En cuanto a los índices hematimétricos, la Anemia Normocítica Normocromica es la más frecuente con 33.3 % casos, seguida de la Anemia Microcítica Hipocromica con 30.98 % casos. Además, el aumento del tamaño de los leiomiomas se relaciona con el incremento de la anemia con resultados estadísticamente significativos, hallazgo que no está en relación con el número de leiomiomas.

La prevalencia de miomatosis uterina es mayor en pacientes pre menopáusicas que en postmenopáusicas al igual que la prevalencia de anemia con respecto al rango de edad. Además, el tamaño, número y ubicación topográfica de los leiomiomas si influye para la aparición de anemia en las pacientes con miomatosis uterina. Existe una diferencia significativa entre los porcentajes de anemia calculados en base a la hemoglobina y hematocrito debido a que solo la hemoglobina tiene el ajuste actualizado para la altura de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud mientras que para valores del hematocrito existe el estudio realizado por la Cruz Roja en 1984 – 1985 en poblaciones de Costa y Sierra Ecuatorianas.

PALABRAS CLAVES: MIOMATOSIS UTERINA, ANEMIA NORMOCITICA NORMOCROMICA.



ABSTRACT

Fibroids usually do not cause symptoms early in reproductive life. The exact incidence of fibroids is difficult to determine.

A case of a 48-year-old female patient with a diagnosis of uterine myomatosis due to a history of transvaginal bleeding is presented, in order to know the hemodynamic status through hematic biometry and subsequently the histopathological study of the uterus of said patient.

The diagnostic methodology was based on a retrospective study that involved a patient through blood tests, ultrasound and physical examination.

The most frequent Leiomyoma is Intramural Leiomyoma, which corresponds to 60.6%, as well as Asymptomatic anemia with oral iron-based treatment ($Hb > 10 < 13.9$ g / dl) is the most prevalent present in 53.1% of cases. Regarding hematimetric indices, Normochromic Normocytic Anemia is the most frequent with 33.3% cases, followed by Hypochromic Microcytic Anemia with 30.98% cases. In addition, the increase in the size of the leiomyomas is related to the increase in anemia with statistically significant results, a finding that is not related to the number of leiomyomas.

The prevalence of uterine myomatosis is higher in premenopausal patients than in postmenopausal women, as is the prevalence of anemia with respect to age range. In addition, the size, number and topographic location of leiomyomas does influence the appearance of anemia in patients with uterine myomatosis. There is a significant difference between the percentages of anemia calculated based on hemoglobin and hematocrit because only hemoglobin has the updated adjustment



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA**



for height according to the World Health Organization, while for hematocrit values there is a study carried out by the Red Cross in 1984 - 1985 in populations of the Ecuadorian Coast and Sierra.

KEY WORDS: UTERINE MYOMATOSIS, NORMOCHROMIC NORMOCYTIC ANEMIA.



I. INTRODUCCION

La hemorragia uterina anormal es uno de los problemas más frecuentes en ginecología siendo de las alteraciones más comunes en las mujeres en la edad reproductiva y una de las causas más frecuentes de anemia y motivo de ausentismo laboral en los países occidentales.

La incidencia de miomatosis uterina en el Ecuador se estima que se encuentra entre el 30 % a 50% de las mujeres y este porcentaje aumenta hasta un 70% en mujeres de edad fértil. El 30% de las mujeres que tienen miomas no presentan ningún tipo de síntomas, lo cual en la mayoría de los casos afecta la fertilidad. En muchos de los diagnósticos de las mujeres que acuden al ginecólogo por el motivo de no lograr el embarazo, se les descubre que tiene un mioma. (Gutierrez, 2014)

Una de las complicaciones de los miomas uterino es la anemia, recordando que no es una enfermedad, sino un signo que puede estar originado por múltiples causas, una de las más frecuentes es la deficiencia de hierro, bien por ingesta insuficiente de este mineral en la alimentación, o por pérdidas excesivas debido a hemorragias. (Esteban, 2019)

El presente caso clínico se trata del estudio de una paciente de 48 años de edad la cual presenta anemia crónica por presentar historial de sangrado transvaginal, debido a miomatosis uterina, que, a pesar de recibir tratamiento, continúa con el mismo problema, se ingresa paciente se realizó estudios correspondientes y se diagnosticó con anemia crónica debido a miomatosis uterina.

Si bien la miomatosis está ampliamente descrita como causa de anemia logrando poseer una validación científica sustentada, es imperioso determinar a la anemia como una de las principales consecuencias de la sintomatología producida por los



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA**



leiomiomas, por lo que se hace necesario la obtención de resultados de exámenes de laboratorio para brindar una mejor cobertura a pacientes que presenta esta problemática.



1. MARCO TEORICO

1.1. DEFINICION

Los miomas uterinos son neoplasias benignas de músculo liso que por lo general se originan en el miometrio, que se desarrolla a expensas de fibras musculares lisas además de tejido conjuntivo de sostén en cantidades variables. Se considera como denominación correcta leiomioma, pero se designa también bajo nombres como mioma, fibroma, fibromioma y fibroide.

Están constituidos de matriz extracelular, colágeno, fibronectina y proteoglicanos. Aparecen en 60% de las mujeres antes de los 40 años de edad, y en 80% de las mujeres antes de los 50 años de edad, y pueden ocasionar infertilidad en 2-3%. En 30% de los casos causan hemorragia uterina anormal, dolor pélvico y otros síntomas que pueden afectar la calidad de vida de las pacientes. Los miomas también son causa de anemia, infertilidad, subfertilidad, alteración en la implantación embrionaria, pérdida gestacional recurrente, parto pretérmino e incontinencia urinaria.. (Hernández-Valencia M, 2017)

La mayoría de los fibromas en el útero son

- Subseroso (más común)
- Intramural
- Submucosa (menos común)

A veces, los miomas aparecen en el ligamento ancho (intraligamentarios), en las trompas uterinas o en el cuello.

ANEMIA POR PÉRDIDAS

Se trata de una anemia que es causada por una pérdida de sangre moderada y prolongada, como sucede en las lesiones del tracto gastrointestinal que cursan con una hemorragia crónica, o raramente, de localización urológica o ginecológica. La anemia es uno de los principales problemas de salud pública en Latinoamérica y particularmente en Ecuador, con prevalencias mostradas en varios estudios puntuales que pueden alcanzar hasta el 50% en mujeres y el 38% en hombres⁴⁵, una de las provincias con mayor prevalencia de anemia en Ecuador es la de Esmeraldas, con cifras que pueden alcanzar hasta el 80%; siendo la octava causa de mortalidad en menores de un año y la sexta en el grupo de 1 a 4 años,⁴⁶ en Ecuador el último estudio realizado sobre valores de referencia hematológicos en



población alto-andina mostró diferencias significativas frente a los reportados en otras publicaciones a diferentes altitudes, la variación en los criterios de normalidad de la concentración de

hemoglobina e indicadores hematimétricos afectan directamente al diagnóstico clínico de anemia ferropénica, enfermedad altamente prevalente en el mundo y especialmente en la región andina, estimándose en el Ecuador una prevalencia general de anemia de 58% en zona urbana y 46.5% en zona rural. (PÉREZ, 2015)

1.2. CAUSAS DE MIOMAS UTERINOS

1) Edad: hay un incremento de riesgo en la edad reproductiva para desarrollar esta enfermedad, en Estados Unidos alcanza un pico entre los 45 a 49 años; mientras declina posterior a la menopausia, entre los 50 a 54 años.

2) Raza: las mujeres de raza negra tienen 3 veces mayor probabilidad de desarrollar miomas uterinos que las mujeres de raza blanca.

3) Menarquia y menopausia: la menarquia temprana y la menopausia tardía incrementan la posibilidad de desarrollar miomas uterinos, especialmente en la raza blanca.

4) Obesidad: existe mayor riesgo en mujeres con índice de masa corporal mayor 25 kg/m², debido a un aumento de la producción de estrógenos por parte del tejido adiposo que favorece el crecimiento de los miomas uterinos.

5) Tabaquismo: la nicotina inhibe la aromatasa, disminuyendo los niveles de estrógeno, además impide la conversión de andrógenos a estrógenos; reduciendo el riesgo de formación de miomas uterinos.

6) Cafeína: el consumo mayor de 500 ug de cafeína por día está asociado a incremento de riesgo en desarrollar miomas uterinos.

7) Genética: 40% de los miomas presentan alteraciones citogenéticas, incluyendo translocaciones: cromosomas 12 y 14, y cromosomas 6 y 10; trisomía 12, y deleción en cromosomas 3 y 7. Se encuentran asociados al síndrome hereditario de leiomiomatosis y cáncer de células renales (HLRCC). Los defectos en los genes COL4A5 y COL4A6 se asocian al desarrollo de miomas en el síndrome de Alport.

1.3. ETIOLOGIA DE LOS MIOMAS UTERINOS ASOCIADOS ANEMIA CRONICA.



La etiología de los miomas aún se desconoce. Claramente está asociado con la ex-posición de estrógeno y progesterona circulante y otros de origen cromosómico siendo aproximadamente el 60 % normales con cariotipos 46xx y el 40% restante por anomalías cromosómicas. Pueden crecer en cualquier posición dentro del miometrio, siendo la presentación más común el mioma confinado a la pared miometrial, a los cuales se de-nomina miomas intramurales se presentan de forma múltiple y puede haber distorsión considerable de la arquitectura y tamaño del útero. (José Manuel Espinal Rodríguez¹, 2015)

Los miomas están claramente asociados con la exposición de estrógenos y progesterona circulante. De hecho, se observan raramente durante la pubertad, y son más prevalentes durante los años re-productivos, con regresión después de la menopausia. Existe mayor concentración de receptores estrogénicos en los miomas uterinos que en el miometrio adyacente; de esta manera, se unen un 20% más al estradiol por miligramo de proteína. El mayor número de divisiones mitóticas se realiza durante la fase secretora en el pico de la producción de progesterona, y figuras mitóticas son mayores en mujeres tratadas con acetato de medroxi-progesterona que en las no tratadas. (María Eréndira Ortiz Ruiz, 2009)

1.4. FISIOPATOLOGIA DE LOS MIOMAS UTERINOS

En la fisiopatología de los fibromas uterinos se han identificado factores genéticos, epigenéticos, de crecimiento, citocinas y componentes de la membrana extracelular que participan en la patogénesis de los leiomioma. En el desarrollo de éstos se han identificado muchos factores de crecimiento, como la activina y miostatina y, por supuesto, los estrógenos y progesterona con sus respectivos receptores que juegan un papel decisivo en su crecimiento y desarrollo. Hace poco se demostró que la testosterona participa en el crecimiento de los fibromas uterinos. Éstos son tumores monoclonales que surgen de las capas musculares



del útero (miometrio) de un solo miocito; desde el punto de vista histológico los fibromas son neoplasias benignas compuestas de tejido muscular, mezcladas con abundante cantidad de matriz extracelular. Por lo tanto, se ha establecido que los fibromas son casi siempre benignos. (Hernández-Valencia¹, 2017)

Algunos estudios sugieren que cada leiomioma proviene de una única célula muscular lisa, que tendría origen en el musculo liso vascular en la mayoría de los casos.

El sangrado es el síntoma más frecuente, se ha descrito clásicamente para los miomas submucosos y podría deberse a:

- Alteración de la contracción normal del miometrio en las pequeñas arterias que irrigan el endometrio subyacente.
- Incapacidad del endometrio adyacente al mioma de responder adecuadamente a estímulos hormonales.
- Necrosis por presión del endometrio en relación a un mioma, que expone superficie vascular.
- Los intramurales podrían contribuir al alterar la anatomía normal de la cavidad uterina. (A., 2015)

1.5. SIGNOS Y SINTOMAS DE LOS MIOMAS UTERINOS

Las mujeres con síntomas atribuidos a los miomas uterinos pueden tener manifestaciones clínicas que abarcan tres aspectos importantes:

1. **Sangrado uterino en 60%**, que en muchos casos no tiene relación con el tamaño o número de miomas. Puede ser muy abundante y afectar la calidad de vida como consecuencia de la necesidad de cambios frecuentes de toallas, incluso puede llevar a la anemia severa que amerite hospitalización para transfusión sanguínea.



2. **Dolor pélvico** puede ser por efecto de compresión en 25% de los casos; la masa del mioma puede ejercer presión sobre los órganos adyacentes, y el crecimiento acelerado hace que no reaccionen a medidas habituales y analgésicos, por esto en muchas ocasiones la mujer ve limitadas sus actividades diarias y laborales. Los estudios de seguimiento mediante resonancia magnética han demostrado un crecimiento de 9% en relación con su tamaño inicial por cada seis meses de evolución, sobre todo en pacientes alrededor de los 35 años de edad *versus* las mujeres de 45 años en quienes el crecimiento es menor.

3. **Dificultades para la concepción en 15%**, con incremento en la tasa de abortos por la distorsión que causan a la cavidad uterina. Cuando se consigue el embarazo, la miomatosis uterina se asocia con efectos adversos, como: sangrados en el primer trimestre de la gestación, rotura prematura de membranas, presentación anormal, desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa, restricción del crecimiento fetal, parto pretérmino y mayor índice de cesáreas. En 30% de los casos el crecimiento de los miomas en el primer trimestre también es concurrente con lo descrito. (Hernández-Valencia, 2017)

La miomatosis uterina se asocia a infertilidad en 5 a 10% de los casos. Los miomas intramurales y subserosos tienden a producir mayor disfunción reproductiva. Los mecanismos sugeridos mediante los cuales disminuyen la fertilidad incluyen:

- Alteración del contorno endometrial que interfiere con la implantación.
- Agrandamiento y deformidad de la cavidad uterina que interfiere con el transporte espermático.
- Distorsión anatómica que reduce el acceso al cérvix del esperma.
- Contractilidad uterina alterada.
- La persistencia de sangrado intrauterino o coágulos interfieren con la implantación.
- Miomas posteriores pueden interferir con la relación anatómica tubo-ovárica, y el ostium tubario puede estar distorsionado u obstruido. (María Eréndira Ortiz Ruiz *. Á.-C., 2009)



1.6. DIAGNOSTICO DE LOS MIOMAS UTERINOS .

El diagnóstico se establece con base en el hallazgo del aumento de tamaño del útero, movilidad, contornos irregulares a la exploración bimanual o como un hallazgo en el ultrasonido. Si se sospechan miomas en una paciente con menstruaciones abundantes, la evaluación de la hemoglobina sérica permitirá la identificación de la deficiencia de hierro.

Ultrasonografía. El ultrasonido abdominal o transvaginal es el patrón de referencia para despejar la sospecha de miomatosis uterina. Es de fácil acceso y permite la confirmación con una sensibilidad incluso de 85% en miomas de 3 cm o más. Sin embargo, la utilidad para determinar la localización precisa de miomas en úteros de mayor tamaño y múltiples es limitada.

Histerosonografía. Permite identificar miomas submucosos y la proximidad de los intramurales a la cavidad endometrial. El advenimiento de las técnicas de imagen tridimensional ha permitido que el ultrasonido tridimensional sea una herramienta de utilidad para la investigación de la patología miometrial debido a la posibilidad de efectuar cortes del útero en un plano coronal.

Histerosalpingografía. Sirve para estudiar la cavidad uterina y la integridad de las trompas en pacientes con infertilidad, pero no para diagnosticar miomatosis uterina. Si la localización del mioma no es clara en pacientes con sangrado uterino anormal o en quienes están buscando el embarazo, el ultrasonido con contraste (sonohisterograma) es el procedimiento de elección.

Histeroscopia. Es un método auxiliar que permite diagnosticar y diferenciar un mioma submucoso de un pólipo endometrial. Se realiza en una unidad ambulatoria y no requiere de anestesia.⁷ En casos de sangrado irregular o en pacientes con factores de riesgo de hiperplasia endometrial (obesidad, anovulación crónica), la histeroscopia puede estar combinada con una biopsia endometrial. La histeroscopia se recomienda si los estudios previos no son concluyentes para miomatosis uterina con persistencia de síntomas.



Resonancia magnética nuclear. Es la mejor técnica para visualizar la totalidad de los miomas y obtener información de su cantidad, tamaño y localización. Tiene la mayor sensibilidad y especificidad que el resto de los exámenes de imagenología, pero su limitante es el costo. Esta técnica permite identificar la vascularidad del mioma y su relación con la cavidad endometrial, la superficie serosa y los límites con el endometrio sano. Está indicada en casos justificados (dificultad diagnóstica o de investigación).

Al igual que con el ultrasonido, la resonancia magnética no permite diagnosticar con certeza la malignidad de los miomas. Esta opción sugiere el diagnóstico de sarcoma porque no existe algún tipo de prueba preoperatoria que permita descartarlo por completo. Quizás en el futuro, las nuevas modalidades de imagenología permitirán mejorar la precisión para detectar sarcomas, que permanecen como una tumoración de baja incidencia de 1 caso por cada 1500 en mujeres menores de 40 años y de 1 caso por cada 1,100 en mujeres de 40-44 años.

Tomografía axial computada. Tiene poca utilidad para delimitar la posición de los miomas en relación con el miometrio o endometrio. (Hernández-Valencia¹, 2016)

1.7. TRATAMIENTO

El tratamiento de los miomas depende de cuál es el abordaje terapéutico por el que opta el especialista dependiendo de la evolución de los miomas uterinos.

- Anticonceptivos que ayudan a controlar los periodos menstruales abundantes.
- Dispositivos uterinos que secretan hormonas denominadas progestágenos y que contribuyen en algunos casos a reducir el sangrado abundante.
- Los suplementos de hierro resultan importantes en el caso de que la paciente pueda sufrir o ya padezca anemia por el sangrado excesivo.



- SPRMS (moduladores selectivos del receptor de la progesterona): es una forma de tratamiento reciente que bloquea los receptores de la progesterona a nivel del mioma. Reduce el volumen de los miomas y también el sangrado excesivo. Recientemente se ha aprobado su uso intermitente.
- Análogos de la GnRH: Actúan bloqueando la síntesis de hormonas femeninas (estradiol y progesterona). Controlan el sangrado y reducen el volumen del mioma, aunque su uso esté limitado en el tiempo a causa de los efectos secundarios que presentan.

Es necesario que la paciente se someta a revisiones periódicas a criterio del especialista, que incluyan ecografías o exámenes pélvicos para constatar el estado de los miomas y aplicar otros tratamientos en el caso de que estos se hayan agravado. (patologicas, 2020)



1.9. JUSTIFICACION

Debido a la alta incidencia a nivel mundial del 20-30% en la población femenina en el nivel mundial; en la raza negra un 50% y en la blanca 25% de miomas uterinos y estimando que en nuestro país no existen datos suficientes que permitan establecer cuál es la causa exacta de esta enfermedad, mi trabajo se basa en brindar pautas claras acerca de los miomas uterinos ya que son una patología frecuente y que pueden afectar en la calidad de vida de las pacientes por las diferentes manifestaciones clínicas y complicaciones que puede presentar.

Por lo tanto, tomando en cuenta que es uno de los diagnósticos más comunes en la consulta ginecológica. Esta investigación puede servir de guía para evaluar los gastos que acarrea el diagnóstico y tratamiento de esta patología en nuestro medio.

Al mismo tiempo la prevención y un diagnóstico temprano para evitar complicaciones a largo plazo.



1.10. OBJETIVO GENERAL

Identificar la frecuencia de anemia crónica por miomatosis uterina en paciente de edad fértil.

1.10.1. OBJETIVO ESPECIFICO

Determinar las causas y diagnóstico precoz de los miomas uterinos.

Identificar los signos y síntomas más frecuentes de los miomas uterinos.



1.11. DATOS GENERALES

NOMBRES COMPLETOS: 0004	SEXO: Femenino
	EDAD: 48 años
FECHA DE NACIMIENTO: 20/04/1970	ESTADO CIVIL: Casada
NACIONALIDAD: Ecuatoriana	OCUPACION: Ama de casa
DIRECCION: SANTA ELENA	RAZA: Mestiza
NIVEL SOCIOCULTURAL/ECONOMICO:	RELIGION: Ninguna
NIVEL DE ESTUDIO: PRIMARIA	HOSPITAL: Hospital Rafael Serrano " La Libertad"
FECHA DE INGRESO:08/04/2019	FUM:15/04/2019

Elaborado por: Elaborado por estudiante egresada Daniela Henríquez

2. METODOLOGIA DE DIAGNOSTICO

2.1. ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de sexo femenino de 48 años de edad acudió con historial de sangrado transvaginal de abundante cantidad rojo rutilante, provocando síndrome anémico secundario, manejada con tratamiento de complejo b progesterona 100 mg vía oral, sin mejoría, se indica su ingreso para su estudio.



2.2. HISTORIAL CLINICA DE LA PACIENTE.

Antecedentes patológicos personales	HTA CONTROLADA
Antecedentes patológicos familiares	HIPERTENSION (PADRES)
Antecedentes quirúrgicos	CUP 2, APENDICEPTOMIA, SALPINGECTOMIA BILATERAL, EXCERESIS DE OVARIO DERECHO.
Alergias	SALBUTAMOL
Hábitos	Ninguno
Antecedentes Gineco-obstetricos	
Menarquía	11 años
Ciclos Menstruales:	REGULAR 15 días
Inicio de vida sexual:	14 años
Planificación Familiar:	Ninguna
Parejas sexuales:	3
Gestas: 11	abortos: 6
Partos 3	cesáreas 2
Fecha de la última menstruación:	20/10/2019
Ecografías:	1



Papanicolaou:	SI

Elaborado por: Elaborado por estudiante egresada Daniela Henríquez.

2.3. ANAMNESIS

Paciente de sexo femenino de 48 años de edad antecedentes Ginecobstetricos g:11 a:6 c:2 p:3, antecedentes patológicos familiares hipertensión padres, antecedente patológico personales: hipertensión controlada (enalapril 20 mg/1 cada día), acudió con historial de sangrado transvaginal de abundante cantidad rojo rutilante, provocando síndrome anémico secundario, manejada con tratamiento de Complejo b más progesterona 100 mg vía oral, sin mejoría, se indica su ingreso para su estudio.

2.4. EXPLORACION CLINICA

Se detalla exploración de la paciente:

GENERAL: Consciente, Orientada.

CABEZA: normo cefálica, conjuntivas normales, vías aéreas permeables, pabellón auditivo sin patología, mucosas orales húmedas.

CUELLO: sin adenopatías.

TÓRAX: simétrico expansible, cardiopulmonar normal.

MAMAS: simétricas, no dolorosas al palpar, no masas ni tumoraciones.

ABDOMEN: Blando, depresible, levemente doloroso, a la palpación

GENITALES: a la especuloscopia se evidencia sangrado vaginal rojo rutilantes de abundante cantidad, con presencia de coágulos.

EXTREMIDADES: sin patología aparente, no edemas.

Elaborado por: Elaborado por estudiante egresada Daniela Henriquez.



Fuente: Valores de referencia

CLASIFICACION DEL SCORE MAMA	PARAMETROS DE LA PACIENTE
Sístole	100
Diástole	70
Frecuencia cardiaca	72
Frecuencia respiratoria	16
Temperatura	37
Saturación de oxígeno	99
Estado de conciencia	Alerta

Fuente: Elaborado por estudiante egresada Daniela Henriquez



2.5. INFORMACION DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

ECOGRAFIA TRANSVAGINAL REALIZADA AL INGRESO

ECOGRAFIA TRANSVAGINAL: Útero en retroversión de aspecto heterogéneo mide 82x44 mm. Se observa núcleos miomatosos intramurales a nivel de cara anterior de aproximadamente 15x15 mm y otro a nivel de fondo de aproximadamente 13x8 mm.

Endometrio lineal, cérvix con presencia de quiste de naboth

Ovario derecho mide 20x19mm

Ovario izquierdo mide 22x14 mm

DX: MIOMA UTERINO.

Se realiza exámenes de laboratorio al ingreso:

Leucocitos	#6.80
Neutrófilos	#64.9
Hemoglobina	#10.0
Hematocrito	#30.0
Plaquetas	#373.0

QUIMICA SANGUINEA

Glucosa

99



Urea
#13
Ácido úrico
#3.9
Tgp
#9.03
Tgo
#33.97

UROANALISIS

EXAMEN FISICO ORINA

COLOR	AMARILLA CLARA
ASPECTO	LIGERO TURBIO
DENSIDAD	1.020
PH	6.5

EXAMEN QUIMICO ORINA

LEUCOCITOS	NEGATIVO
SANGRE	NEGATIVO
NITRITOS	NEGATIVO
CETONAS	NEGATIVO
GLUCOSA	



NEGATIVO
BILIRRUBINA
NEGATIVO
PROTEINAS
NEGATIVO
UROBILINOGENOS
NEGATIVO
ACIDO ASCORBICO
NEGATIVO

SEDIMENTO DE ORINA

CELULAS EPITELIALES	0.16
LEUCOCITOS	1-2 POR CAMPO
PIOCITOS	NEGATIVO
HEMATIES	2.1 POR CAMPO
CRISTALES	NEGATIVO
CILINDROS	NEGATIVOS
BACTERIAS	NO
HONGOS	NEGATIVO
FILAMENTOS MUCOSOS	NO
FOSFATOS AMORFOS	NEGATIVO
LEVADURAS	NEGATIVO
ESPERMATOZOIDE	NEGATIVO

2.6. FORMULACION DEL DIAGNOSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.

En presencia de las manifestaciones clínicas que presento la paciente y la exploración física, exámenes de laboratorio donde se evidencio presencia de



anemia crónica. La ecografía realizada se pudo llegar a un diagnóstico definitivo: anemia por deficiencia de hierro secundaria a pérdida de sangre (Crónica) asociada a MIOMA UTERINO.

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

Paciente fue ingresada por el área de emergencia, luego de la respectiva valoración y toma de signos vitales los cuales se encontraron en valores normales, en la valoración, se pudo evidenciar el sangrado rojo rutilante de moderada cantidad, por lo que se decide ingreso y se realiza respectivo seguimiento.

Dentro de ellos exámenes de laboratorio, ecografía transvaginal.

Resultados de exámenes

Leucocitos	#6.80
Neutrófilos	#64.9
Hemoglobina	#10.0
Hematocrito	#30.0
Plaquetas	#373.0

Ecografía

ECOGRAFIA TRANSVAGINAL: Útero en retroversión de aspecto heterogéneo mide 82x44 mm. Se observa núcleos miomatosos intramurales a nivel de cara anterior de aproximadamente 15x15 mm y otro a nivel de fondo de aproximadamente 13x8 mm.

Endometrio lineal, cérvix con presencia de quiste de naboth

Ovario derecho mide 20x19mm

Ovario izquierdo mide 22x14 mm



DX: MIOMA UTERINO.

Por la presencia de anemia y sangrado y la recurrencia de la misma se inicia tratamiento correspondiente:

Cloruro de sodio 0.9% 1000ml 30 gotas por minutos más hierro sacaritado 100mg

Ácido tranexámico 10 mg cada 12 horas.

Se logra corregir sangrado y anemia, por lo que se indica a paciente tratamiento ambulatorio más consultas ginecológicas, por la presencia de la recurrencia se decide cirugía previa a una adecuada valoración.

2.8. INDICACION DE LAS RAZONES CIENTIFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.

Se obtuvo el diagnóstico definitivo de la paciente, conociendo que se encontró en condiciones favorables, se decidió un manejo y seguimiento correspondiente en el cual se realizó diferentes consultas ginecológicas en donde se realizó la valoración y programación de cirugía, mediante el consentimiento de la paciente.

Se indica las complicaciones que puede producir una anemia crónica por miomatosis uterina, se explica beneficios de la cirugía y paciente aprueba.



Teniendo en cuenta que los síntomas se presentaban con recurrencia, por lo que se corrigió la anemia y el sangrado.

Mediante el siguiente tratamiento:

Complejo b 1000 mg 1 cada día por 40 días

Progesterona 100 mg cada día por 20 días

Ibuprofeno 400mg cada día por 7 días.

2.9. SEGUIMIENTO

Paciente de sexo femenino de 48 años de edad acudió para resolución quirúrgica por diagnóstico de anemia crónica asociada a miomatosis uterina, donde se encontró hemodinámicamente estable aprobada para cirugía.

Signos vitales dentro de parámetros normales, se ingresó por histerectomía abdominal completa.

Donde se realizó histerectomía total con doble anexectomía que pesa 138 gramos y mide 9x7x4.5 cm de los cuales 3x3.5x3 cm pertenecen al cuello del útero, orificio exocervical y canal endocervical permeables, al corte se observan numerosos quistes de naboth en el cérvix, al corte canal endometrial permeable, se observa formación arremolinada de localización intramural y subserosa.

DIAGNOSTICO MACROSCOPICO: Histerectomía total con doble anexectomía, útero y anexos negativos para malignidad, cuello cervicitis crónica, numerosos quistes de naboth, cuerpo: endometrio proliferativo fibroleiomimomas uterinos subserosos e intramural, ambos anexos sin alteración histológica relevante.



Paciente es llevada a sala de recuperación hemodinámicamente estable.

2.10. OBSERVACIONES

Este caso se realizó la búsqueda de diferentes bibliografías con la finalidad de realizar un diagnóstico y seguimiento oportuno para pacientes que presenten casos por miomas uterinos.

En este caso se puede destacar el manejo correspondiente que se realizó a la paciente ya que se evitó complicaciones futuras, y el trabajo de los profesionales al indicar y aclarar todas las dudas de la paciente.



Debido a lo antes mencionado se realizó seguimiento postcirugía y se determinó que una de las causas de la pérdida de sangre no se debe a miomatosis uterina, sino a diferentes factores.

CONCLUSIONES

Los miomas uterinos son tumores benignos del miometrio, con alta incidencia en la mujer en edad reproductiva. Su etiología no es completamente entendida. La sospecha clínica puede ser confirmada por ultrasonido, agregando la imagen por resonancia magnética para una mayor precisión de la localización del tumor dentro del miometrio antes de la intervención.

La confirmación histológica a partir del diagnóstico clínico no es necesaria debido a que su mayor parte son asintomáticas y usualmente se les puede dar seguimiento sin ninguna intervención. La terapia profiláctica para prevenir las complicaciones potenciales futuras de los miomas no es recomendada. Las posibles excepciones incluyen mujeres con miomas submucosos que distorsionan la cavidad endometrial asociado a problemas de infertilidad y que contemplan el embarazo y mujeres con compresión ureteral que favorece una hidronefrosis moderada a severa. En estos casos, la miomectomía profiláctica podría prevenir el aborto recurrente o la obstrucción del tracto urinario.



En la literatura actual sobre manejo de miomas, no se ha realizado un metaanálisis o determinado en forma clara, bajo medicina basada en evidencias, las respuestas clínicas actuales debido a que los estudios se han realizado con múltiples diseños y respuestas controversiales. Por lo que las recomendaciones actuales para el manejo de la miomatosis son principalmente basadas en estudios con resultados no concluyentes. La modalidad de tratamiento de elección está basado en: tamaño y localización del mioma, tipo de sintomatología asociada, edad de la paciente, paridad, preferencia de la paciente con base en el costo, conveniencia, deseo de conservación del útero y efectos adversos.

BIBLIOGRAFIA

Nevárez Pérez, A. L., & Ruiz Rosero, P. A. (2015). Prevalencia de anemia en pacientes femeninas entre 30 y 55 años de edad con diagnóstico de miomatosis uterina en el Hospital San Francisco de Quito de junio 2013 a junio 2014 (Bachelor's thesis, PUCE).

Rivera Saltos, G. A., & Zambrano Santos, A. S. (2019). Anemia en casos de metrorragia en mujeres de 35 a 65 años con mioma uterino en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo enero 2015 a diciembre 2018.



Epifanio, R., & Campos, J. Manejo médico. Medicina Reproductiva, 42. Sosa Martín, G., Gutiérrez Gaytán, L. R., & Crespo Galán, A. (2011). Mioma uterino gigante. Revista Cubana de Cirugía, 50(4), 555-559.

Corrales, A. C. J., Vargas, J. K. C., de Quesada Arceo, S., Guerra, J. M., Espinosa, M. A., & Leiva, R. F. (2015). Mioma uterino: Un trastorno frecuente en mujeres en edad fértil. 16 de Abril, 54(257), 59-70.

Chonga Balla, C. (2015). Miomas uterinos y complicaciones en mujeres de 25 a 45 años en el Hospital Abel Gilbert Pontón de enero a diciembre del 2013 (Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina).

Marañón, G. DE LA FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA (FLASOG).

ZAMBRANO BURGOS, J. L. (2018). MIOMA UTERINO (Doctoral dissertation).

Espinoza Gutierrez, A. G., & Guishca Cunuhay, E. V. (2013). Factores de riesgo que influyen en la incidencia de fibromiomas uterinos en mujeres en edad fértil atendidas en el hospital Luis Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán período junio a diciembre del 2012 (Bachelor's thesis, Quito: UCE).

Hernández-Valencia, M., Valerio-Castro, E., Tercero-Valdez-Zúñiga, C. L., Barrón-Vallejo, J., & Luna-Rojas, R. M. (2017). Miomatosis uterina: implicaciones en salud reproductiva. Ginecología y obstetricia de México, 85(9), 611-633.

Ruiz, M. E. O., Labrador, Á. M., & Martínez-Consuegra, N. (2009). Miomatosis uterina. Anales Médicos de la Asociación Médica del Centro Médico ABC, 54(4), 222-233.



Ramírez Fajardo, K., Torres Alfes, G., & Frutos Ramírez, Y. K. (2012). Diagnóstico ecográfico de mioma uterino en mujeres con síntomas ginecológicos. *Medisan*, 16(9), 1350-1357.

García, V. M., de Bernabé Sala, M. Á. G., Diana, K. N., Pericas, B. C., & Nebot, A. G. (2013). La anemia como factor de riesgo quirúrgico. *Medicina Clínica*, 141, 47-54.

Lazo Avalle, E. A. (2019). Anemia ferropénica en pacientes con mioma uterino en el Policlínico Metropolitano Huancayo-Essalud 2019.

Rivera Saltos, G. A., & Zambrano Santos, A. S. (2019). Anemia en casos de metrorragia en mujeres de 35 a 65 años con mioma uterino en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo enero 2015 a diciembre 2018.

Mitma, A. A., & Frisancho, O. E. (2012). Síndrome de plummer-vinson: reporte de caso y revisión de la literatura. *Revista de Gastroenterología del Perú*, 32(2), 197-203.

Ortiz, F. M., Romero, B. P., Romero, E. P., García, E. E., Barraza, J. B., Castro, E. Q., & Garay, F. D. J. P. (2011). Miomas uterinos durante el embarazo y su repercusión en el resultado obstétrico. *Ginecol Obstet Mex*, 79(8), 467-473.

Mex, G. (2015). Tratamiento de los miomas uterinos con medroxiprogesterona en pacientes perimenopáusicas. *Ginecol Obstet Mex*, 83, 41-47.

Sepúlveda, J., & Alarcón, M. Á. (2016). Manejo médico de la miomatosis uterina: Revisión de la literatura. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 81(1), 48-55.



ANEXOS

==> Servicio: Imagenología
 ULTRASONIDO
 ECOGRAFIA TRANSVAGINAL
 CD 01 D Inicia: 2018/08/16-10:30
 Muestra No. 01 Asignada a: 2019/01/30 16:00 VALOR REFERENCIAL
 Tratante: LEON ALVARADO ROSSANNA VIRGINIA Cédula: 1202058952
 Fecha de Atención: 2018/09/03 LUNES Hora: 13:37
 Comentarios:
 3/9/18
 UTERO EN RV DE ASPECTO HETEROGENEO MIDE 82*44 MM
 SE OBSERVA NUCLEOS MIOMATOSOS INTRAMURALES
 A NIVEL DE CARA ANTERIOR DE APROX 15*15 MM
 Y OTRO A NIVEL DE FONDO DE APROX 13*8 MM
 ENDOMETRIO LINEAL
 CERVIX CON PRESENCIA DE QUISTE DE NABOTH
 OVARIO DERECHO MIDE 20*19 MM
 OVARIO IZQUIERDO MIDE 22*14 MM
 ID MIOMAS UTERINOS
 DRA LEON

DESCRIPCION MACROSCOPICA:
 ROTULADO: UTERO Y ANEXOS
 SE RECIBE HISTERECTOMIA TOTAL CON DOBLE ANEXECTOMIA QUE PESA 138 GR Y
 MIDE 9*7*4.5 CM, DE LOS CUALES 3*3.5*3 CM PERTENECEN AL CUELLO, ORIFI-
 CIO EXOCERVICAL Y CANAL ENDOCERVICAL PERMEABLES, AL CORTE SE OBSERVAN
 NUMEROSOS QUISTES DE NABOTH EN EL CERVIX, AL CORTE CANAL ENDOMETRIAL
 PERMEABLE, SE OBSERVA FORMACION ARREMOLINADA DE LOCALIZACION INTRAMU-
 RAL Y SUBSerosa, LA TROMPA IZQUIERDA MIDE 4.5*0.5 CM Y EL OVARIO MIDE
 2*2*1 CM LA TROMPA DERECHA MIDE 5*0.5 CM Y EL OVARIO MIDE 2.5*1.8*1

2 ANEMIAS POR DEFICIENCIA DE HIERRO: ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIER
 RO SECUNDARIA A PERDIDA DE SANGRE (CRONICA)
 3 ROS TOS
 ==> Servicio: Farmacia
 Número de Orden: 4355515
 Estado: DESPACHADA
 INDICACIONES GENERALES :
 ITEM ORDENADO
 CÓDIGO CANT. DOSIS VIA ADMINIST. PRESENTACIÓN INICIA DESDE
 FRECUENCIA DURACIÓN FECHA HORA
 =====
 INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL IHC070 Pág: 15
 DIRECCIÓN NACIONAL MÉDICO SOCIAL 20/07/23-11:06:32
 REGISTRO MÉDICO Pág RM: 2
 Unidad Médica: H.GENERAL BABAHOYO Historia Clínica: 400556
 Afiliado: LOPEZ RODRIGUEZ INES MARIA Edad: 50 Años 3 Meses
 Identificación: C1202448468 Sexo: FEMENINO Fecha Nacimiento: 1970/04/20
 =====
 HIERRO SACARATADO LIQUIDO PARENTERAL Lq. Par. 100 mg amp x 5 ml
 F 3303007 6 1,000 ML PIV CD 06 D 2018/09/22 8:20
 CLORURO DE SODIO LIQUIDO PARENTERAL Lq. Par. 0,9% funda x 500 ml
 F 3305026 3 1,000 ML