

# Resección de miomatosis gigante en paciente embarazada de 24 semanas. Reporte de un caso

AUTORES: Dra. Cannizzaro Constanza, Dra. Arguello Lucila Cristina. Hospital J. A Fernandez, Buenos Aires, Argentina. Poster número: 2098

## INTRODUCCIÓN

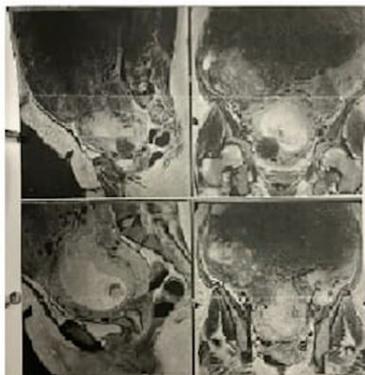
Miomatosis uterina: crecimiento de un tumor benigno en la pared del útero. Pueden distorsionar la forma y agrandar el útero. Los niveles hormonales elevados estimulan su crecimiento. Riesgo de sangrado o aborto si se resecan en el embarazo. Indicación de resección por sintomatología. La autonomía de los pacientes tiene un rol protagónico en la toma de decisiones terapéuticas.

## CASO CLÍNICO

Paciente de 29 años primigesta, semana 13,5. Sintomatología respiratoria (disnea) debido a miomatosis uterina múltiple. No refiere otros antecedentes, estudios cardiológicos normales. Se decide esperar a las 24 semanas para realizar una cesárea y resecar el mioma. Medidas del mioma dominante, según Resonancia Magnética: 26,5 x 30,3 cm (corte coronal), sin compromiso fetal.



G1 FUM:10/11 EG:13,5 semanas



## PLAN ANESTESICO

### EMBOLIZACION

- 2 vías periféricas (16G y 14G), sulfato de magnesio, Ácido Tranexámico, profilaxis antibiótica.
- Anestesia peridural: catéter peridural T12- L1 previo al procedimiento.

### RESECCIÓN DE MIOMA Y CESÁREA

- Inyección por catéter peridural: 12 ml de lidocaína al 2% + 75 gamas de fentanilo.
- Mantenimiento de TA con infusión de noradrenalina: 0.04 a 0.2 mcg/kg/hr.
- Ampliación de abordaje quirúrgico (a mediana supra - infraumbilical).
- Frente a "molestias" y sangrado abundante, se decide IOT (secuencia rápida)
- Nacimiento: sexo femenino, no reactiva, apgar 3. RCP y traslado de paciente intubada en servocuna
- Requerimientos crecientes de noradrenalina (madre).
- Transfusión de 3 unidades de Glóbulos Rojos + 200 ml de recuperador, logrando compensación hemodinámica.
- Cambio de equipo quirúrgico para control de hemostasia y cierre quirúrgico.
- Analgesia con remifentanilo (0.4 mcg/kg/hr) por el resto de la cirugía.
- Descenso titulado de noradrenalina.
- Extubación con estabilidad hemodinámica (sin inotrópicos)
- Inyección por catéter peridural de 8 ml de ropivacaína al 3% y analgesia ev
- Traslado a UCI



## DISCUSIÓN

La decisión de cuándo finalizar el embarazo (paciente primigesta) basada en la agravante sintomatología de la paciente y la edad gestacional (viabilidad fetal) constituyó un conflicto ético. La coordinación de decisiones debe basarse en las conductas de especialistas multidisciplinarios y en la opinión de la paciente respecto a su salud.

## CONCLUSIÓN

Autonomía del paciente: pilar de la medicina, respetando el aporte de información sobre su situación clínica, y alternativas terapéuticas. Los equipos multidisciplinarios permiten la coordinación de decisiones en busca de las mejores opciones terapéuticas.

## BIBLIOGRAFÍA

- Schwartz Ricardo, Fescina Ricardo. "Obstetricia", Editorial El Ateneo, 6ta Edición. 2014, Buenos Aires, Argentina.
- Chestnut David, Wong Cynthia, Tsen Lawrence, et al. "Anestesia Obstétrica: principios y práctica" Editorial Elsevier, 6ta Edición, 2020, Barcelona, España.
- Bastera, Marcela I, "La autonomía como derecho fundamental de los pacientes". Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria Argentina (DELS). 2012, Buenos Aires, Argentina. [Internet] Sitio web: <https://salud.gov.ar/dels/entradas/la-autonomia-como-derecho-fundamental-de-los-pacientes>