

Hernia umbilical incarcerationada con contenido de leiomioma subseroso durante el segundo trimestre del embarazo

Incarcerated umbilical hernia containing a subserosal uterine leiomyoma during the second trimester of pregnancy.

Ignacio Pintado Paz,¹ Francisco Olivares Hernández,² Edith Gómez Villanueva,² Jimmy Wilbeth Pino Wilchis,² Erick Leonardo González Guzmán,³ Mariela Castro Guadarrama⁴

¹ Residente del tercer año de Ginecología y Obstetricia.

² Médico adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia.

³ Residente del tercer año de Ginecología y Obstetricia.

⁴ Médico residente del cuarto año de Ginecología y Obstetricia.
Hospital Regional de PEMEX, Villahermosa, Tabasco.

Resumen

ANTECEDENTES: Los leiomiomas uterinos son los tumores benignos más frecuentes del aparato reproductor femenino y aparecen hasta en el 10% de los embarazos. Su incarceration dentro de un defecto herniario umbilical es excepcional, con escasos reportes mundiales.

CASO CLÍNICO: Paciente de 36 años, con antecedente de dos embarazos, una cesárea 1 y 20.3 semanas de gestación del embarazo actual. Acudió por dolor periumbilical agudo severo (EVA 7/10) y una tumoración indurada no reductible de 4 × 4 cm. El ultrasonido sugirió hernia umbilical incarcerationada y documentó miomatosis uterina. La resonancia magnética confirmó un saco herniario umbilical con epiplón y un leiomioma subseroso. Después de la evaluación multidisciplinaria, se redujeron el epiplón y el leiomioma. El tumor se dejó *in situ* por alto riesgo hemorrágico y se reparó el anillo herniario con técnica anatómica primaria. El embarazo evolucionó hasta el término y concluyó mediante cesárea a las 38.1 semanas. Se obtuvo un recién nacido sano de 3250 gramos, con Apgar 8/9.

CONCLUSIÓN: En pacientes embarazadas con miomatosis y dolor abdominal focalizado, las afecciones de la pared abdominal deben considerarse en el diagnóstico diferencial. La resonancia magnética permitió delimitar con mayor precisión la relación anatómica entre el saco herniario y el leiomioma cuando el ultrasonido fue inconcluso. En esta paciente, ante un defecto herniario con un leiomioma de base amplia, la reducción simple y el cierre primario evitaron la miomectomía y constituyeron una alternativa conservadora adecuada para preservar el bienestar materno-fetal.

PALABRAS CLAVE: Hernia umbilical; embarazo; leiomioma uterino; dolor abdominal; ultrasonido; imagen por resonancia magnética.

Correspondencia

ignacio.pintado10@gmail.com
francisco.olivaresh@pemex.com

ORCID

<https://orcid.org/0009-0003-3359-5768>

Recibido: mayo 2026

Aceptado: agosto 2026

Este artículo debe citarse como: Pintado-Paz I, Olivares-Hernández F, Gómez-Villanueva E, Pino-Wilchis JW, González-Guzmán EL, Castro-Guadarrama M. Hernia umbilical incarcerationada con contenido de leiomioma subseroso durante el segundo trimestre del embarazo. Casos Clínicos de GOM 2026; 3: e11175.

www.casosclnicosdegom.org.mx

Abstract

BACKGROUND: Uterine leiomyomas are the most common benign tumors of the female reproductive system and may occur in up to 10% of pregnancies. Their incarceration within an umbilical hernia defect is exceptionally rare, with very few cases reported worldwide. This case describes multimodal diagnostic evaluation and a conservative surgical strategy during the second trimester.

CLINICAL CASE: A 36-year-old woman, gravida 2 with one previous cesarean section, was at 20.3 weeks of gestation. She sought care for severe acute periumbilical pain (VAS 7/10) and a 4 × 4 cm indurated, non-reducible mass. Initial ultrasound suggested an incarcerated umbilical hernia and documented uterine myomatosis. Magnetic resonance imaging confirmed an umbilical hernia sac containing omentum and a subserosal uterine leiomyoma. After multidisciplinary assessment, emergency surgery was performed. The omentum and leiomyoma were reduced into the abdominal cavity. The tumor was left *in situ* because of the hemorrhagic risk associated with

its broad base, and the hernia defect was repaired with primary closure. The pregnancy progressed to term and was delivered by cesarean section at 38.1 weeks. A healthy male newborn weighing 3250 grams was delivered, with Apgar scores of 8/9.

CONCLUSION: In pregnant patients with myomatosis and localized abdominal pain, abdominal wall disease should be included in the differential diagnosis. Magnetic resonance imaging provides superior anatomical delineation when ultrasound is inconclusive. In hernia defects containing broad-based leiomyomas, simple reduction and primary closure, avoiding myomectomy, represented an appropriate conservative alternative to preserve maternal-fetal well-being in this patient.

KEYWORDS: Umbilical hernia; Pregnancy; Uterine leiomyoma; Abdominal pain; Ultrasonography; magnetic resonance imaging.

ANTECEDENTES

Los leiomiomas uterinos son los tumores benignos más frecuentes del aparato reproductor femenino y se observan en aproximadamente el 20% al 40% de las mujeres en edad reproductiva.¹ Durante el embarazo, su prevalencia se estima entre el 2% y el 10%, según el uso de ultrasonido diagnóstico rutinario.² Si bien la mayoría permanece asintomática, entre el 10% y el 30% de los casos puede asociarse con complicaciones de dolor abdominal agudo, degeneración roja, torsión de tumores pediculados, restricción del crecimiento fetal o compresión de estructuras vecinas.^{2,3}

El dolor abdominal agudo en embarazadas con miomatosis suele atribuirse a cambios isquémicos o degenerativos del tumor.^{3,4} No obstante, el diagnóstico diferencial debe descartar complicaciones mecánicas vinculadas con la pared abdominal anterior.⁵ Las hernias de la pared abdominal durante el embarazo son poco comunes (incidencia menor al 0.08%) y se relacionan con el aumento progresivo de la presión intraabdominal y la distensión fisiológica de los rectos abdominales.^{5,6} La hernia umbilical es una de las más frecuentes en este grupo, con mayor riesgo en pacientes multíparas, obesas o con diástasis previa.^{6,7}

Durante el embarazo, el contenido de un saco herniario umbilical suele corresponder a epiplón o asas de intestino delgado.^{5,7} La protrusión de un leiomioma uterino subseroso hacia un defecto fascial anterior es excepcional, con escasos precedentes descritos en la bibliografía nacional e internacional.^{8,9,10} Con base en esta rareza, este trabajo describe el caso de una paciente en el segundo trimestre del embarazo con abdomen agudo por hernia umbilical incarcerada. El saco contenía epiplón y un leiomioma subseroso sésil. Se detalla la evaluación diagnóstica multimodal y el tratamiento quirúrgico conservador.

CASO CLÍNICO

Paciente de 36 años, residente de Villahermosa, Tabasco. A su ingreso al hospital mostró signos vitales dentro de rangos fisiológicos: tensión arterial de 115/70 mmHg, frecuencia cardíaca de 76 lpm, frecuencia respiratoria de 18 rpm y temperatura de 36.6 °C. Medía 1.60 m y pesaba 66.5 kg, con índice de masa corporal de 25.9 kg/m².

Entre sus antecedentes ginecoobstétricos refirió dos embarazos, ningún parto ni aborto y una cesárea. En 2021 se le practicó una cesárea debido a sospecha de desproporción cefalopélvica. El recién nacido fue masculino, de término, sano y de 3603 g. No hubo complicaciones posquirúrgicas. Por grupo sanguíneo A Rh negativo recibió inmunoglobulina anti-D en el posparto.

El embarazo actual cursaba con 20.3 semanas por fecha de la última menstruación. Por incompatibilidad Rh, se clasificó inicialmente como embarazo de alto riesgo. La prueba de Coombs indirecta, tomada dos semanas antes del internamiento, fue negativa. No reportó alergias, toxicománias o cirugías abdominales adicionales.

El padecimiento inició el 6 de febrero de 2026 con dolor cólico e insidioso en el hipogastrio. En menos de 24 horas se asoció con una tumoración periumbilical redondeada, indurada y progresivamente dolorosa a la palpación. La paciente no había consultado ni se había automedicado antes de acudir a la unidad. Por exacerbación del dolor, con intensidad de 7/10 en la Escala Visual Análoga (EVA), acudió al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Pemex Villahermosa. Aseguró no haber tenido contracciones, sangrado, salida de líquido amniótico y síntomas urinarios o gastrointestinales.

Hallazgos clínicos

A la exploración obstétrica se comprobó el abdomen globoso por útero grávido, con altura uterina de 17 cm, acorde con 20.3 semanas de embarazo. En la región paraumbilical izquierda, adyacente al anillo umbilical, se palpó una tumoración de aproximadamente 4 × 4 cm, indurada, dolorosa y no reductible. No se identificaron cambios cutáneos, eritema ni necrosis en la piel suprayacente. La exploración ginecológica descartó modificaciones cervicales y sangrado transvaginal activo.

Evaluación y razonamiento diagnóstico

Ante un abdomen agudo focalizado con tumoración dolorosa no reductible en una paciente embarazada, el equipo multidisciplinario guió el razonamiento clínico con base en recomendaciones para el tratamiento de la afección no obstétrica en el embarazo.¹¹ Se plantearon los siguientes diagnósticos diferenciales:

- 1) Degeneración roja o necrobiosis de un leiomioma uterino subseroso: considerada la primera posibilidad diagnóstica por la alta prevalencia de miomatosis en este trimestre y porque el dolor focalizado puede simular este proceso isquémico.¹² Sin embargo, la fijeza extracavitaria de la tumoración periumbilical generaba dudas razonables.²
- 2) Hernia de la pared abdominal anterior incarcerada (epiplocele o hernia intestinal): sustentada por la nula reductibilidad del defecto y las características clínicas de atrapamiento de la fascia anterior, exacerbada por el aumento de la presión intraabdominal gravídica.⁵

- 3) Torsión de un leiomioma subseroso pediculado: complicación mecánica viable que puede dar lugar a un cuadro de abdomen agudo por isquemia del pedículo tumoral.^{1,3}
- 4) Apendicitis aguda o diverticulitis de Meckel: aunque factibles, tenían una probabilidad estadística significativamente menor debido a la localización estrictamente paraumbilical izquierda de la tumoración y a la ausencia de respuesta inflamatoria o leucocitosis en los estudios de laboratorio.

Evaluación diagnóstica por imagen

Se decidió su ingreso al hospital el 7 de febrero de 2026 para completar la evaluación clínica. Los exámenes de laboratorio generales (biometría hemática completa, tiempos de protrombina y tromboplastina, y química clínica de tres elementos) se reportaron en parámetros normales, sin datos de proceso infeccioso ni leucocitosis sistémica aguda. La monitorización cardiotocográfica y el rastreo Doppler inicial confirmaron la frecuencia cardíaca fetal basal de 134 lpm, variabilidad conservada y ausencia de dinámica uterina. Con estos datos se procedió a la evaluación por imagen.

Se practicó un ultrasonido abdominal en el sitio del dolor con transductor convexo de 3.5 MHz. El estudio reveló un defecto de 2.0 cm en la aponeurosis anterior y una tumoración sólida hipoecoica de 5 × 4 cm, no reductible, compatible con hernia umbilical incarcerada. El desplazamiento por el útero grávido limitó la valoración de la dependencia miometrial de la tumoración (**Figura 1**). El ultrasonido obstétrico confirmó la existencia de un feto único vivo, placenta posterior alta e índice de líquido amniótico normal para 20.3 semanas. También identificó múltiples leiomiomas intramurales pequeños y un leiomioma subseroso de 2.5 cm relacionado con la zona fascial dolorosa. La tumoración

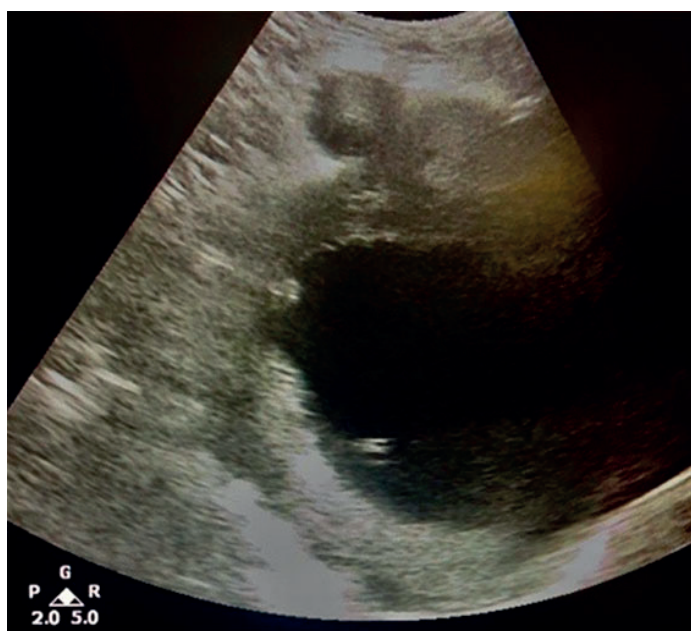


Figura 1. Ultrasonido obstétrico. Se observa una masa sólida, bien delimitada y de ecogenidad heterogénea.

era palpable, de 4 × 4 cm y la protrusión ecográfica de 5 × 4 cm correspondían al conjunto herniario completo. El leiomioma midió 2.5 cm. El defecto aponeurótico estimado por ultrasonido fue menor que el hallazgo transoperatorio de 3 cm. Esta diferencia se atribuyó a la ventana acústica limitada y a la distensión del anillo umbilical.

Como los hallazgos del ultrasonido fueron parciales y era necesario definir la decisión quirúrgica sin recurrir a radiación ionizante, se solicitó una resonancia magnética abdominal y pélvica simple en equipo de 1.5 Tesla. La resonancia mostró una hernia umbilical asociada con diástasis marcada de los rectos abdominales. El saco contenía tejido epiploico y el leiomioma subseroso previamente identificado, hallazgo compatible con desplazamiento del tumor hacia el defecto fascial por el crecimiento uterino.

Intervención terapéutica

El caso fue evaluado de forma multidisciplinaria por ginecoobstetras, cirujano general y anestesiólogo. Por incarceration persistente y riesgo de estrangulación, necrosis o isquemia del contenido herniario, se indicó la cirugía de urgencia a las 20.3 semanas de embarazo.

Luego de la valoración anestésica, se eligió anestesia general balanceada por su relación riesgo-beneficio materno-fetal. Esta opción permitió la relajación muscular requerida y la posibilidad de ampliar el procedimiento si era necesario. Se mantuvo la monitorización hemodinámica de la madre y vigilancia del feto. Mediante incisión paraumbilical izquierda, se disecó el saco herniario. Se identificó un defecto aponeurótico circular de aproximadamente 3 cm, por el que protruía un leiomioma subseroso sésil y de base amplia, firmemente adherido al epiplón mayor. **Figuras 2 y 3**

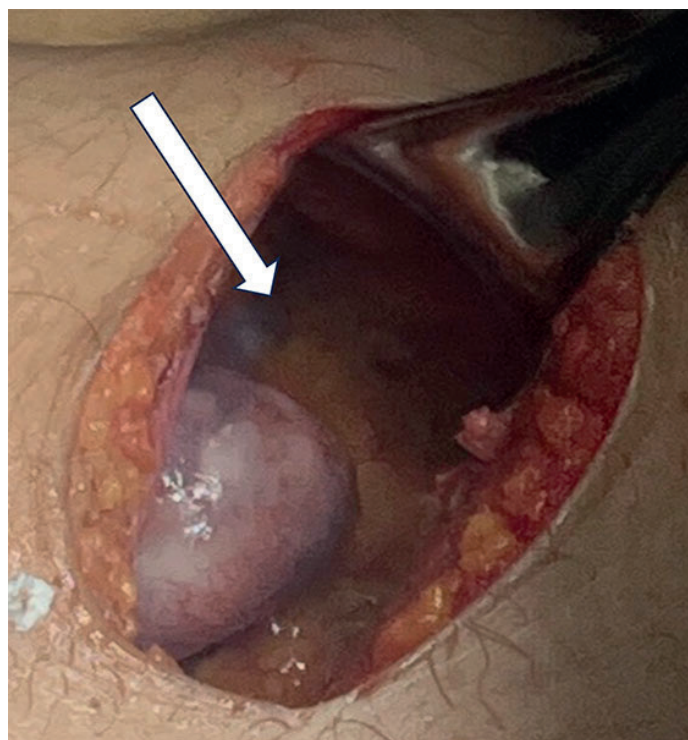


Figura 2. Hallazgo transoperatorio mediante acceso paraumbilical. Se observa una tumoración violácea, de superficie lisa y bordes definidos, correspondiente a un leiomioma uterino subseroso (flecha), que protruye a través del defecto herniario umbilical.

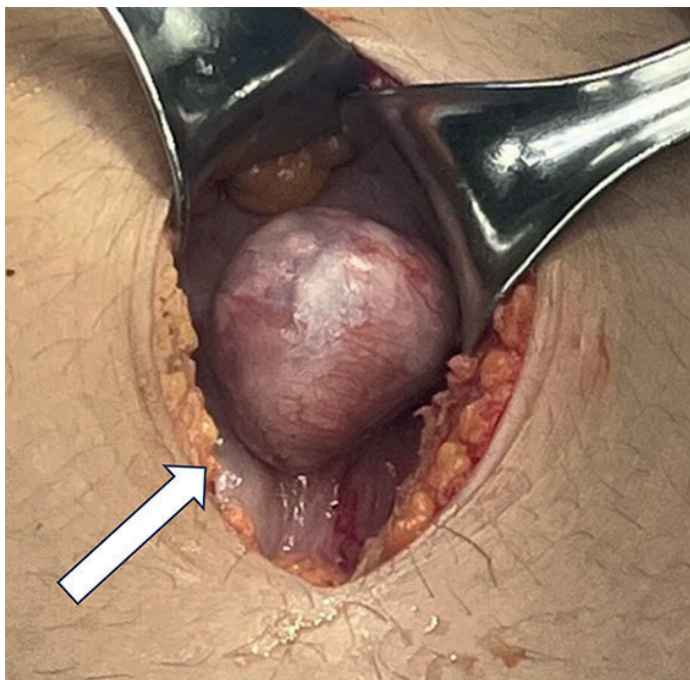


Figura 3. Vista transoperatoria complementaria. Saco de la hernia umbilical incarcerada con tejido epiploico laxo y leiomioma subseroso (flecha) antes de su reducción manual hacia la cavidad abdominal.

Las adherencias epiploicas se liberaron mediante disección roma. Después se redujeron el epiplón y el leiomioma hacia la cavidad abdominal. No se practicó miomectomía por la base miometrial amplia y el riesgo de hemorragia masiva, desprendimiento de membranas, pérdida del bienestar fetal y eventual histerectomía obstétrica. Al dejar el leiomioma *in situ*, no se obtuvo confirmación histopatológica. El diagnóstico se sustentó en la imagen y en la apariencia macroscópica transoperatoria. El defecto umbilical se reparó con técnica anatómica primaria mediante puntos simples de sutura no absorbible, sin malla. Al final del procedimiento, la frecuencia cardíaca fetal fue de 132 lpm, sin datos de daño.

Seguimiento y desenlace

La evolución posoperatoria inmediata fue favorable. Recibió paracetamol intravenoso durante las primeras 24 horas, con adecuado control del dolor y sin dinámica uterina. Posteriormente inició la deambulación y la vía oral. Al tercer día posquirúrgico fue dada de alta del hospital sin sangrado transvaginal, actividad uterina, afectación del feto ni otras complicaciones materno-fetales.

El control prenatal continuó en el servicio de Medicina materno-fetal. El embarazo evolucionó sin recidiva herniaria ni alteraciones en la pared abdominal reparada. El 7 de junio de 2026, a las 38.1 semanas, se practicó la cesárea segmentaria tipo Kerr por antecedente de cesárea previa y preferencia informada de la paciente. La reparación fascial umbilical y la miomatosis persistente se consideraron factores adicionales, pero no indicaciones absolutas.

Se obtuvo un recién nacido masculino de término, de 3250 gramos y 51 cm, con Apgar 8/9 y Silverman-Andersen 0. No requirió reanimación ni ingreso a terapia intensiva neonatal. La madre no tuvo complicaciones hemorrágicas ni infeccio-

sas en el puerperio inmediato. La madre y su recién nacido se dieron de alta a las 48 horas posparto. En la revisión de los primeros 15 días del puerperio se documentó: pared abdominal íntegra, cicatrización adecuada y ausencia de recidiva herniaria. No se solicitó imagen adicional por valoración clínica concluyente.

DISCUSIÓN

Los leiomiomas uterinos son los tumores benignos más comunes del aparato genital femenino y su prevalencia durante el embarazo varía entre el 2% y el 10% según las series ecográficas.^{2,4} Si bien el dolor abdominal por leiomiomas suele atribuirse a degeneración roja u otros procesos isquémicos, este caso ejemplifica una complicación mecánica y anatómica infrecuente.^{2,3}

La bibliografía al respecto es limitada.^{6,7} En hernias umbilicales asintomáticas durante el embarazo, Oma y colaboradores y Haskins y su grupo recomiendan una conducta conservadora y diferir la reparación al posparto porque la distensión uterina puede poner en riesgo la reparación fascial.^{5,6} En cambio, la incarceración persistente o la sospecha de estrangulación constituyen indicaciones de cirugía urgente, independientemente de las semanas de gestación.^{5,6}

La protrusión de elementos del aparato genital femenino hacia defectos herniarios de la pared anterior se ha reportado de forma aislada. Atri y coautores describieron un leiomioma que simuló una hernia epigástrica incarcerada en una paciente no embarazada; los casos en embarazadas suelen presentarse tardíamente, durante el tercer trimestre.⁸ En esta paciente, la incarceración ocurrió en el segundo trimestre, lo que exigió diferenciarla de una degeneración roja y tratar quirúrgicamente el cuadro sin demora, en una etapa asociada con menores tasas de pérdida fetal o parto pretérmino que fases más tempranas.¹¹

La patogenia se explica por factores mecánicos.⁵ El aumento de la presión intraabdominal y la diástasis de los rectos debilitan el anillo umbilical.^{5,7} Hacia la semana 20, el fondo uterino alcanza el nivel del ombligo. En este contexto, el crecimiento uterino desplazó el leiomioma subseroso anterior hacia el defecto fascial, favoreciendo su atrapamiento junto con el epiplón mayor y desencadenando la isquemia localizada.¹²

El ultrasonido fue el estudio inicial por su seguridad y disponibilidad. Sin embargo, resultó limitado por el desplazamiento de estructuras y la ventana acústica reducida. Por ello, se indicó la resonancia magnética luego de individualizar el riesgo-beneficio. Este estudio permitió definir el origen subseroso del leiomioma, su relación con la aponeurosis y la ausencia de asas intestinales afectadas. Esa información fue decisiva para planificar una cirugía limitada.¹¹

El tratamiento quirúrgico debe individualizarse según la anatomía del leiomioma, el grado de incarceración y el riesgo materno-fetal.^{9,10,13} Ehigiegba y Selo-Ojeme reportaron un leiomioma incarcerado en una hernia umbilical

durante el embarazo, con pedículo estrecho que permitió la miomectomía.⁹ En este caso, el leiomioma era sésil y de base amplia, por lo que la miomectomía habría implicado alto riesgo de hemorragia, desprendimiento placentario y pérdida del bienestar fetal.¹³ La reducción simple y la reparación primaria, dejando el leiomioma *in situ*, fueron una alternativa conservadora adecuada y favorecieron la continuidad del embarazo.

CONCLUSIONES

Si bien los leiomiomas uterinos son frecuentes en el embarazo, su incarceration dentro de una hernia umbilical es excepcional. Por ello, esta posibilidad debe incluirse en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal agudo focalizado. El ultrasonido es útil como estudio inicial. Cuando sus hallazgos son inconclusos, la resonancia magnética aporta una caracterización anatómica superior para orientar la planificación terapéutica.

La hernia umbilical incarcerada en el segundo trimestre requiere tratamiento quirúrgico oportuno para aminorar el riesgo de necrosis tisular. En un leiomioma subseroso de base amplia, la reducción a la cavidad abdominal y la reparación primaria de la pared fascial, evita la miomectomía y fue una alternativa conservadora adecuada en este caso. Esta estrategia permitió preservar la integridad uterina y el bienestar materno-fetal. Además, la coordinación entre anestesiólogo, ginecoobstetra y cirujano general fue decisiva para optimizar el tratamiento y favorecer un desenlace perinatal favorable.

DECLARACIONES

Agradecimientos: al personal del Hospital Regional Pemex Villahermosa por su valiosa colaboración en la atención y protocolo diagnóstico de la paciente.

Conflicto de interés: no se declara ninguno relacionado de forma directa o indirecta con la elaboración o contenido de este manuscrito.

Financiamiento: No se recibió financiamiento público, privado ni comercial.

Uso de IA: se recurrió a este método para verificar la congruencia entre lo afirmado y lo sustentado en la bibliografía.

Contribución de los autores: Ignacio Pintado Paz: Concepción del reporte de caso, adquisición de los datos clínicos, análisis e interpretación de la información, y redacción preliminar del artículo. Francisco Olivares Hernández: Planeación del artículo, revisión crítica del contenido intelectual, adquisición de imágenes transoperatorias e interpretación de datos. Edith Gómez Villanueva: Adquisición de datos y seguimiento de la paciente en la consulta externa de alta especialidad. Jimmy Wilbeth Pino Wilchis: Revisión y diseño de la estructura del caso clínico, análisis de la bibliografía médica pertinente. Erick Leonardo González Guzmán: Búsqueda bibliográfica y transcripción de datos del expediente clínico. Mariela Castro Guadarrama: Análisis e interpretación de datos, diseño de los pies de figura.

Declaración de derechos humanos y de los animales: este reporte de caso se elaboró conforme a los principios éticos para la investigación médica en seres humanos establecidos en la Declaración de Helsinki. Se obtuvo el consentimiento informado de la paciente para la publicación;

de acuerdo con la política institucional y de la revista, un caso clínico único con consentimiento informado no requirió aprobación adicional por el comité de ética o de investigación. No se incluyeron estudios con animales.

Consentimiento informado: se obtuvo el consentimiento informado de la paciente para publicar este artículo.

Referencias clave

- Stout MJ, Odibo AO, Graseck AS, Macones GA, Crane JP, Cahill AG. Leiomyomas at routine second-trimester ultrasound examination and adverse obstetric outcomes. *Obstet Gynecol* 2010; 116 : 1056-63.
- Haskins IN, Prabhu AS, Jensen KK, Tastaldi L, Krpata DM, Perez AJ, et al. Umbilical hernia repair in pregnancy: a systematic review. *Hernia* 2017; 21 : 689-695.
- Oma E, Bay-Nielsen M, Jensen KK, Jorgensen LN, Pinborg A, Bisgaard T. Primary ventral or groin hernia in pregnancy: a cohort study of 20,714 women. *Hernia* 2017; 21: 335-339. doi:10.1007/s10029-017-1618-7.
- LeBlanc KA. Umbilical hernia repair. *Surg Clin North Am* 2018; 98 : 561-576.

Permisos: todas las figuras y cuadros son originales, elaborados por los autores y derivados directamente de la atención médica de la paciente.

REFERENCIAS

1. Laughlin SK, Stewart EA. Uterine leiomyomas: individualizing the approach to a heterogeneous condition. *Obstet Gynecol* 2011; 117 : 396-403.
2. Stout MJ, Odibo AO, Graseck AS, Macones GA, Crane JP, Cahill AG. Leiomyomas at routine second-trimester ultrasound examination and adverse obstetric outcomes. *Obstet Gynecol* 2010; 116 : 1056-63.
3. Katz VL, Dotters DJ, Droegemueller W. Complications of uterine leiomyomas in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1989; 73 (4): 593-6.
4. Qidwai GI, Caughey AB, Jacoby AF. Obstetric outcomes in women with sonographically identified uterine leiomyomata. *Obstet Gynecol* 2006; 107 (2): 376-82.
5. Haskins IN, Prabhu AS, Jensen KK, Tastaldi L, Krpata DM, Perez AJ, et al. Umbilical hernia repair in pregnancy: a systematic review. *Hernia* 2017; 21 : 689-695.
6. Oma E, Bay-Nielsen M, Jensen KK, Jorgensen LN, Pinborg A, Bisgaard T. Primary ventral or groin hernia in pregnancy: a cohort study of 20,714 women. *Hernia* 2017; 21: 335-339. doi:10.1007/s10029-017-1618-7.
7. LeBlanc KA. Umbilical hernia repair. *Surg Clin North Am* 2018; 98 : 561-576.
8. Atri S, Hammami M, Ben Brahim M, Maghrebi H, Kacem M. A uterine fibroid presenting as an incarcerated epigastric hernia: a case report and review of the literature. *J Med Case Rep* 2023; 17: 370. doi:10.1186/s13256-023-04032-7.
9. Ehigiegba AE, Selo-Ojeme DO. Myomectomy in pregnancy: incarcerated pedunculated fibroid in an umbilical hernia sac. *Int J Clin Pract* 1999; 53: 80-82.
10. Wong C. A uterine fibroid presenting as an incarcerated umbilical hernia during pregnancy. *Hernia* 2005; 9: 298-300. doi:10.1007/s10029-005-0005-4.
11. American College of Obstetricians and Gynecologists. Nonobstetric surgery during pregnancy. *Obstet Gynecol* 2019; 133 : e285-e286.
12. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, Spong CY. *Williams Obstetrics*. 26th ed. New York: McGraw-Hill, 2022; 110-125.
13. Kilpatrick CC, Orejuela FJ. Management of uterine fibroids in pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2010; 37 : 245-255.