

GUÍAS CLÍNICAS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA

5.- LEIOMIOMA UTERINO O FIBROMIOMA UTERINO.

Lesión tumoral generalmente benigna más frecuente en la mujer durante la etapa reproductiva. Su origen histológico muscular tiende a ser múltiples, de localización y tamaño variable.

EPIDEMIOLOGIA.

Refiere la literatura que entre el 4 al 30% de las pacientes entre la 3ª y 5ª década de la Vida presentan leiomiomatosis uterina, siendo de mayor frecuencia en la raza negra.

FISIOPATOLOGÍA

De tipo multifactorial, se han sugerido factores hormonales, por ser mas frecuente en la etapa reproductiva. Así como el uso de anticonceptivos orales como factor causal; la infección por virus de papiloma humano, por la inducción de tumores conjuntos en animales. Se ha cuestionado a la miomatosis con la hormona del crecimiento.

La estimulación estrogénica sostenida que provoca la inducción de células semejantes a los fibroblastos a partir de células totipotenciales con estimulación progestacional se diferencian en células musculares lisas.

CLASIFICACION.

Miomatosis subserosa: situada por debajo del peritoneo visceral del útero.

Miomatosis intramural : a partir de la pared muscular uterina.

Miomatosis submucosas: se proyecta hacia la cavidad endometrial.; los cuales pueden protuir por el cérvix y son conocidos como miomas abortivos pediculados.

CUADRO CLINICO.

En su mayoría son asintomáticos, el dolor se presenta generalmente por degeneración o torsión del mioma. El dolor tipo cólico puede presentarse de leve a moderado tiende aumentar durante el periodo menstrual. En ocasiones se presenta como pesantez en bajo vientre de predominio vespertino que aumenta con el coito.

La hemorragia uterina anormal es de tipo hiperproiopolimenorrea en más de la mitad de los casos, manifestaciones de un síndrome anémico que se corrobora con exámenes de laboratorio. Sí se presenta aumento de volumen abdominal debe descartarse embarazo.

GUÍAS CLÍNICAS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA

Sí el aumento de volumen es importante, mioma subseroso, compresión de vejiga ocasionando disuria.

En el recto trastornos en la evacuación como estreñimiento, etc.

En el caso de la reproducción se ha esgrimido factores mecánicos que interfieren con la fecundación o en la implantación.

ESTUDIOS DE GABINETE

Ultrasonografía pélvico y endovaginal imágenes miometriales heterogéneas y permite determinar su localización y dimensiones. El uso TAC y RMN son hallazgos similares al USG.

Placa simple de abdomen solo es útil en presencia de calcificaciones de un mioma.

Histerosalpingografía permite observar deformidades secundarias de la cavidad uterina y el compromiso a nivel de las salpinges.

Histeroscopia nos presenta una visualización directa del contorno endometrial y establece el diagnóstico más preciso en caso de menorragia

Urografía excretora de utilidad en miomas de grandes elementos para valorar el trayecto de los uréteres.

Laparoscopia útil para el diagnóstico de mioma subseroso o tumor ovárico.

TRATAMIENTO

El tamaño del útero, la edad de la paciente y deseo de embarazo son factores a considerar.

El tratamiento puede ser médico, conservador o quirúrgico.

El uso de medicamentos hormonales regula el ciclo menstrual, evitar metrorragias limitando el crecimiento endometrial pero no modifican el tamaño ni el crecimiento del mioma, se recomienda:

El uso de anticonceptivos orales, de preferencia trifásicos por sus bajas dosis de estrógenos.

El uso de progestágenos, se indican en miomas menores de 3 cm., no sintomáticos o hemorragias perimenopáusicas.

Para disminuir el volumen y la vascularización y mejorar el abordaje quirúrgico:

Análogos de GNRH por su efecto hipoestrogénico, su indicación principal es disminuir el sangrado transoperatorio para miomectomías, (conservador).

Danazol pero a dosis altas con efectos secundarios como la androgenización, por lo que su uso es limitado.

GUÍAS CLÍNICAS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA

Sí el tamaño equivalente alcanzado a las trece semanas de gestación son indicados para un tratamiento quirúrgico independientemente de la sintomatología.

La miomectomía consiste en la extirpación de la tumoración, en pacientes jóvenes o con Deseo de embarazo.

La histerectomía, cirugía electiva, en la cual generalmente se conservan anexos.

PRONOSTICO

Siendo la histerectomía la más ampliamente utilizada la rehabilitación al conservar anexos no es requerida. Pero debe brindarse apoyo psicológico en caso de presentar dudas en relación a su sexualidad, seguridad con su pareja y evitar sensación de mutilación.

COMPLICACIONES.

Por ser las hemorragias la manifestación clínica mas frecuente se deriva de ellas la anemia y el choque. En caso de torsión del mioma se presenta un cuadro de abdomen agudo. Y en menos del 0.1% hay degeneración sarcomatosa, sobre todo en casos de crecimiento rápido o etapa de la menopausia.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Benson. Manual de obstetricia y Ginecología. 7ª edición, Mc Graw Hill.
2. Botella Llusia J. Tratado de Ginecología. 14ª Edición, ed. Diaz de Santos.
3. Danforth, " Tratado de Obstetricia y Ginecología", 7ª edición, ed. Mc Graw Hill
4. Enciclopedia Medico Quirúrgica, Ginecología Obstetricia. tomo 5. Editorial Scientifiques et Medicales Elsevier 1999.
5. INPER. " Normas y procedimientos de obstetricia y ginecología", 1998.
6. Llaca y Fernández Alba. Obstetricia Clínica. Editorial Mc Graw Hill.
7. Novak " Ginecología ", 10ª Edición, Ed. Mc Graw Hill.

**GUÍAS CLÍNICAS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA**

LEIOMIOMATOSIS UTERINA

