

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"MIOMATOSIS UTERINA, PREVALENCIA,
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO"



GLORIA JEANETTE SANTIZO CARRILLO

MEDICA Y CIRUJANA

INDICE DE CONTENIDOS

	Páginas
Indice de Contenidos	1
Título	2
Subtítulo	2
I Introducción	3
II Definición del Problema	4
III Justificación	6
IV Objetivos	7
V Revisión Bibliográfica	8
VI Metodología	31
VII Presentación de Resultados	34
VIII Análisis y Discusión de Resultados	40
IX Conclusiones	43
X Recomendaciones	44
XI Resumen	45
XII Bibliografía	46
XIII Anexo	49

I. INTRODUCCION

El mioma uterino es un tumor benigno de la serie mesenquimatosa de muy frecuente observación en la práctica ginecológica 20 a 25%, las mujeres en edad reproductiva tienen la más alta incidencia.

Casi todos los leiomiomas son asintomáticos.

El síntoma inicial más frecuente es la hemorragia uterina anormal, que puede causar anemia significativa. También puede haber síntomas de compresión pélvica y dolor por degeneración. (1).

También representa la indicación más frecuente de histerectomía, siendo éste el tratamiento definitivo clásico en mujeres que hayan concluido su procreación.

La eficacia ultrasonográfica y el advenimiento de nuevos métodos diagnósticos y de tratamiento médico han sido beneficiosos en pacientes con aumento del tamaño uterino, pero asintomáticas.

Durante el desarrollo de esta investigación se describen características como edad, motivo de consulta, antecedentes ginecoobstétricos que incluyen enfermedades y operaciones ginecológicas previas, presencia de masa pélvica, diagnóstico, tratamiento y evolución, se realizó en el Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa, durante el periodo de Enero 1993 a Diciembre 1997, la tercera y cuarta décadas de la vida siguen siendo afectadas por la presencia de miomatosis uterina, encontrándose una prevalencia del 7% en la población estudiada.

II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

El mioma uterino, es un tumor benigno, bien circunscrito y no encapsulado, formado por fibras musculares lisas (lisomioma o leiomioma) y por un estroma conjuntivo, es de muy frecuente observación en la práctica ginecológica, en 20 a 25% de las mujeres en edad fértil una de cada 4-5 mujeres de más de 35 años tiene un mioma uterino y tal frecuencia es aún mayor en la raza negra (50%). (4, 3, 1).

Sin embargo se desconocen las cifras reales de prevalencia ya que la mayor parte de ellos, son asintomáticos (50%).

También se calcula que 67% de las histerectomías realizadas en mujeres mayores de 35 años fueron motivadas por la presencia de miomas uterinos. (3).

Pueden ser solitarios, únicos o lo que es mucho más frecuente múltiples; su volumen oscila dentro de límites muy amplios desde el microscópico hasta el que ocupa gran parte del abdomen (4).

Se calcula que a los 60 años una de cada 3 mujeres han sido objeto de histerectomía (82%) por miomatosis en edad de 35-54 años. (1)

Estimándose que la transformación maligna se produce en menos de 0.5% de las miomatosis uterinas.

Con el advenimiento de nuevos métodos diagnósticos y opciones de tratamiento, así como la mayor eficacia de la ultrasonografía para diferenciar los leiomiomas de otras enfermedades pélvicas ha eliminado casi del todo la indicación de histerectomía basada tan sólo en el tamaño uterino en pacientes asintomáticas, puesto que han surgido tratamientos médicos que resultan útiles como medidas paliativas previas a la intervención quirúrgica. (13)

Como causa de histerectomía en premenopáusicas los miomas uterinos son un problema primordial de salud pública y tomando en cuenta los costos crecientes de la atención en salud, han despertado también interés por la razón costo, sin embargo se carece de estudios epidemiológicos sólidos.

Considerando que estos tumores son de etiología desconocida y que surgen de una sola célula del miometrio, suelen crecer durante el embarazo o ante el uso de aniconceptivos orales e involucionan después de la menopausia, se considera a los estrógenos en su patogenia (13, 1).

Por lo tanto ante la frecuencia de aparición de dicha entidad patológica se efectúa el presente estudio.

III. JUSTIFICACION

Los leiomiomas son los tumores uterinos más frecuentes en las mujeres en edad reproductiva mayores de 35 años de edad. Casi todos son asintomáticos. El síntoma inicial más frecuente es la hemorragia uterina anormal, que puede causar anemia significativa, también pueden haber síntomas de compresión pélvica y dolor por degeneración. La histerectomía es el tratamiento definitivo clásico en mujeres con leiomiomas que han concluido su procreación.

Con el advenimiento de nuevos tratamientos médicos y una mejor comprensión de los factores que contribuyen al crecimiento de los leiomiomas, han surgido métodos que resultan útiles como medidas paliativas previas a la intervención quirúrgica o como opciones razonables de tratamiento. (1)

Sin embargo se desconocen las cifras reales de prevalencia debido a que la mayor parte son asintomáticos. También representan la indicación más frecuente de histerectomía por lo que esta investigación se efectuó con el propósito de enriquecer los estudios epidemiológicos en el Hospital Regional de Cuilapa, y establecer la frecuencia de aparición de esta entidad.

IV. OBJETIVOS

General:

“Establecer la prevalencia, diagnóstico y tratamiento de miomatosis uterina en las pacientes que consultaron al Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa”.

Específicos:

- Establecer la frecuencia con que se presentó esta entidad en el período de estudio.
- Señalar el síntoma más frecuente de consulta.
- Establecer el método diagnóstico más frecuente en dicho centro asistencial.
- Clasificar el grupo étnico más afectado.
- Cuantificar el número de casos confirmados por patología.
- Establecer la relación clínico-patológica de los casos de miomatosis uterina.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

Consideraciones Generales:

Los miomas uterinos son los tumores más frecuentes de la porción superior del aparato genital femenino.

Los benignos aparecen en casi 20-50% de las mujeres dependiendo de su edad, raza y el método de estudio.

La mayor parte de ellos son asintomáticos (50%).

Las mujeres en edad reproductiva tienen la más alta incidencia de miomas uterinos. Estos son de tres a nueve veces más frecuentes en la raza negra que en la blanca. (1)

El mioma es un tumor miometrial, benigno, esferoide de color rosado y consistencia firme, constituido por músculo liso y tejido conjuntivo.

Los patólogos los diagnostican como leiomiomas pero se les llama también Fibromiomas o Fibroides debido a su consistencia dura, fibrosa, y a su alto contenido de fibras colágenas. Son relativamente raros antes de la menarquia y en general sufren algún grado de involución después de la menopausia.

La incidencia de leiomiomas en úteros extirpados con diagnóstico preoperatorio de leiomiomas benignos es de apenas 0.5% (1, 2).

Aunque los leiomiomas son tumores frecuentes, se conoce poco acerca de su origen y desarrollo. Es indudable que surgen de músculo liso presente en el endometrio, se afirma que se derivan de restos persistentes y pequeños de células embrionarias. (3)

Además se han presentado datos de que tales masas provienen de músculo liso de la pared de vasos sanguíneos miometriales.

Asimismo estas lesiones ocurren con mayor frecuencia durante la edad fértil, y entra en regresión en la menopausia. En general se considera que aumentan su tamaño cuando las síntesis de estrógenos es alta durante el embarazo, el contenido de receptores de estrógenos es mayor que el del endometrio normal. (3)

Los miomas de cuello, en cambio, a pesar de tener la misma constitución histológica no tienen estrogendependencia o si existe es mínima, puesto que no involucionan con el cese de la actividad endócrina del ovario, por ello deben considerarse originados por una raza celular distinta. (4)

Las fibras musculares lisas están estiradas, comprimidas y en cierta manera atrofiadas.

Ello es debido a que el mioma crece en forma expansiva, rechazando al miometrio que lo rodea.

Esa zona de miometrio que rodea al mioma es lo que erróneamente se ha llamado "cápsula" del tumor, no se trata de una verdadera cápsula, sino del miometrio periyacente, sin vinculación con el tumor.

Pueden ser solitarios, únicos o lo que es más frecuente múltiples, habitualmente son redondeados y de consistencia firme-elástica. Su volumen oscila dentro de límites muy amplios desde el microscópico hasta el que ocupa una gran parte del abdomen, varía desde leiomiomas muy pequeños, de 1 cm. hasta otros que han llegado a pesar 66.730 kg. (3, 4).

Patología:

El cuerpo del útero es el sitio más frecuente de Leiomiomas. Por lo general se presentan varios y diversos tamaños además de que deforman el contenido uterino.

La presencia de uno solo suele causar agrandamiento más bien uniforme del útero, que asemeja embarazo. (3)

Las características valoradas por el patólogo en el diagnóstico de un tumor uterino de músculo liso son su localización anatómica; la presencia de extensión extrauterina, el tamaño, el aspecto macroscópico (incluso zonas gelatinosas o mixoides, hemorragia o necrosis) el grado de celularidad histológica, las atipias nucleares y la actividad mitótica, la presencia de invasión vascular, la caracterización de necrosis (si la hay) la identificación de matriz mixoide extracelular.

Las características atípicas macroscópicas y microscópicas (por ejemplo necrosis, atipias nucleares, actividad mitóticas notable o abundante material mixoide) son preocupantes y requieren muestreo especialmente exhaustivo del tumor antes de hacer un diagnóstico. (1)

En casi 66% de las mujeres leiomiomas uterinos, éstos son múltiples. Cuando se encuentra un leiomiosarcoma en el útero con miomas múltiples, casi invariablemente el tumor más grande es el maligno. En consecuencia, los patólogos tienden a estudiar al microscopio de manera sistemática los tumores miomatosos más grandes, así como aquellos con características macroscópicas desalentadoras. El engrosamiento difuso y simétrico del miometrio por innumerables nódulos pequeños por lo general menores de 1-2 cm. mal circunscritos, de músculo liso benigno, se denomina leiomiomatosis difusa. (1)

Al aspecto macroscópico son típicamente duros, esféricos bien circunscritos y protruyentes cuando se cortan la superficie en general la superficie es blanca a rosácea, con un aspecto arremolinado. Los cambios de regresión que incluyen fibrosis, hialinización, degeneración quística, licuefacción, calcificación distrófica y osificación pudieran modificar el aspecto macro y microscópico. En pacientes embarazadas, puérperas o que utilizan anticonceptivos orales y otros agentes progestacionales, los

leiomiomas pueden tornarse hemorrágicos o infartarse, estos tumores requieren un escrutinio riguroso así como los notablemente gelatinosos, ya que los tumores con dichas características pueden semejar a leiomiosarcomas. (1)

Al microscopio, los miomas uterinos constan de fascículos de células uniformes de músculo liso, con una configuración típica en huso y bordes indistinguibles, así como abundante citoplasma eosinofílico pálido. Los núcleos son elongados, con extremos romos y achatados, y pudieran estar algo crecidos. En los leiomiomas las mitosis son muy raras, por lo general se encuentran características ultraestructurales e inmunohistoquímicas definidas. (1)

Clasificación:

Los leiomiomas se clasifican de acuerdo a su localización en intramurales que son los más frecuentes, se sitúan en la pared muscular sin tener proximidad con la mucosa o serosa. Un sólo tumor intramural grande produce agrandamiento simétrico del útero. Los serosos que se sitúan en dicho plano y que se proyectan desde la superficie externa del útero lo que produce su configuración nudosa.

Los miomas pediculados son los más expuestos a complicaciones nutricias. Una variedad de miomas serosos es la que en el curso de su desarrollo evolucionan entre las hojas de ligamento ancho por lo cual se llaman intraligamentosos, los cuales pueden comprimir uréteres o incluso vasos sanguíneos pélvicos, revisten especial importancia por la dificultad de su excisión quirúrgica. (3, 4, 5)

Los submucosos de plano directamente subendometrial, desplazan y adelgazan el endometrio, el cual se convierte en sitios de necrosis o infección conforme crece, también pueden ser pedunculados y tarde o temprano sobresalen en el cervix o vagina, situación en la cual suelen ocurrir infecciones. (3, 5)

Parte del reto en el diagnóstico de los leiomiomas uterinos consiste en reconocer sus variaciones histológicas. (1)

Leiomioma con actividad mitótica: La importancia de la actividad mitótica en la valoración de tumores uterinos de músculo liso se establece desde hace más de 25 años, en el que los recuentos de mitosis realizados en las zonas más activas del tumor constituyeron una base confiable para separar las neoplasias clínicamente benignas de las malignas. Utilizando una regla triple constituida por el grado de atipia nuclear, la presencia de necrosis de células tumorales, y el índice mitótico en la valoración del potencial maligno. Varios informes señalan que los tumores uterinos de músculo liso que tienen el aspecto histológico de un leiomioma ordinario pero su cifra inesperadamente de mitosis alta (por ejemplo más de 4 imágenes mitóticas (MF) por 10 campos de gran aumento (HPF) clínicamente son benignas, siempre y cuando carezcan de atipias nucleares significativas. Estos miomas suelen tener de 5-9MF/10HPF pero en ocasiones alcanzan cifras de hasta 15MF/10HPF o más. (1)

Estos leiomiomas suelen encontrarse en mujeres en edad fértiles, parecen vinculados con la fase secretora del ciclo menstrual o el uso de medicamentos hormonales, son relativamente pequeños con menos de 10 cm. de diámetro a menudo tienen localización submucosa.

Leiomioma Célular: Tienen un alto grado de celularidad, no difieren mucho de los ordinarios, aunque pudieran ser más blandos y tener un aspecto más rosado y un poco más carnoso, éstos carecen de atipias nucleares significativas y en realidad tienen cifras muy bajas de actividad mitótica menos de 5MF/10HPF. (1)

Leiomioma Grotesco: Algunos tumores de músculo liso contienen células con atipias nucleares grotescas, ya sea focales o difusas, que causan preocupación en cuanto a la posibilidad de un leiomiosarcoma.

Leiomiomas Epiteloides: Como su nombre indica, éstos tumores están constituidos por células redondas apoligonales, más que fusiformes lo que les da un aspecto más epitelial que de mesénquima, lo cual los hace confundirse con un carcinoma metastásico o endometrial sobre todo el de células claras.

Tumorcillo Plexiforme: Esta curiosa lesión benigna suele descubrirse en forma incidental durante el estudio microscópico del útero por otros motivos; suelen ser lesiones solitarias por lo general de menos de 1 cm. de diámetro en ocasiones son mayores o múltiples. (1)

Cambios Degenerativos: Son frecuentes y de regresión en especial fibrosis, se encuentra hialinización hasta en un 60% de los tumores. Se han encontrado zonas de hemorragia en casi 10% de los leiomiomas y ocurre degeneración quística y microcalcificaciones en 4% de ellos.

En los leiomiomas benignos ocurre generalmente una necrosis hialina la cual tiene un aspecto de infarto, en contraste con las necrosis de células tumorales encontradas muy a menudo en los leiomiomasarcomas. (4, 1)

Es muy frecuente que en el curso de la evolución de los miomas aparezcan complicaciones, la mayoría de ellas resultan de modificaciones nutricias. Ellas se observan de preferencia en los submucosos y serosos.

La atrofia: Es el único cambio degenerativo favorable para la paciente tanto que imitando ese proceso se le provoca deliberadamente para obtener en determinados casos una curación clínica, éste cambio se comprueba regularmente en la menopausia. (4)

La degeneración hialina: Esta es bastante frecuente (25%), este tipo de degeneración no es beneficioso para la paciente porque da paso al resblandecimiento quístico, es decir una aparición de cavidades de tamaño variado, llenas de líquido gelatinoso rico en proteínas.

La degeneración quística se observa en 8 a 10% de los miomas. (3, 4)

La calcificación: Es poco frecuente 2% de los casos, posterior a ella sigue la osificación siendo ésta muy rara.

La necrosis: Que es la consecuencia de la falta de irrigación se observa de preferencia en los pediculados ya sea submucosos o subserosos, porque en ellos la nutrición a través del pedículo es la que con mayor frecuencia se compromete por torsiones. La consecuencia es la necrosis como infarto hemorrágico, constituyéndose así el mioma rojo, por su típico color. La necrosis se presenta en 10-12% pero sólo en 3-4% es total. (3, 4)

La infección: Este es otro proceso que puede complicar los miomas, por lo general se trata de infecciones sépticas exógenas y ascendentes y a ellas se exponen particularmente los submucosos.

Finalmente la complicación más terrible la sarcomatosa de extrema gravedad, su frecuencia varía según las estadísticas entre 1.8 a 3%. (3, 4)

Sintomatología:

Los miomas uterinos como cualquier otra tumoración pélvica, requieren la aplicación de un diagnóstico diferencial apropiado a cada situación específica. Además el número creciente de opciones de tratamiento ha hecho extremadamente importante el comprender los signos, síntomas, recursos diagnósticos y la evolución para escoger el esquema terapéutico adecuado. (1, 7)

Con gran frecuencia los miomas uterinos son asintomáticos y no constituyen un riesgo para el bienestar de la mujer.

De hecho son más numerosos los que se descubren coincidentemente que los relacionados con síntomas.

El agrandamiento simétrico del útero tiende a confundirse con embarazo; aunque este último es evidente por el antecedente menstrual y cambios característicos en la vagina y cervix, y la consistencia blanda del útero grávido. (3)

Los síntomas provocados por el mioma que se observa de preferencia entre los 35 y 50 años son muy variables y dependen de su localización, volumen, alteraciones nutricias degenerativas o transformación maligna.

Los síntomas pueden clasificarse en locales y generales, los variados síntomas locales agruparse en a) síntomas que traducen una perturbación uterina b) síntomas de compresión c) síntomas que evidencian modificaciones intrínsecas del tumor. (4)

Manifestaciones clínicas en menos de 50%.

Hemorragia uterina anormal, en cerca de 33%.

Dolor (por lo general agudo, rara vez crónico) 33%.

Distorsión abdominal.

Compresión genitourinaria.

Compresión gastrointestinal.

Compresión pélvica.

El síntoma crónico más frecuente es la hemorragia uterina anormal, que se caracteriza por una pérdida más abundante y prolongada. El sangrado intermenstrual es atípico de los miomas, a menos que haya un tumor pedunculado submucoso en prolapso.

La magnitud de la hemorragia tiende a ser progresiva y puede vincularse con la expulsión de grandes coágulos, que causan dismenorrea secundaria. (1)

La hipermenorrea es debida a la pérdida de la efectividad contráctil del miometrio, pues los núcleos tumorales actúan como cuerpos extraños disociando la arquitectura muscular del útero y trastornando o impidiendo una contracción uniforme. (4)

La metrorragia que precede o habitualmente sigue a la regla y que se reconoce clínicamente porque la menstruación dura más de 7 días se observa casi exclusivamente en los miomas submucosos y se debe por lo general a trastornos en la epitelización de la capa basal. En ocasiones abundante puede persistir todo el mes, y aparecer cada 4 semanas aunque más profusa. (4, 7)

Sin embargo el mioma se asocia con otras metropatías por lo cual debe ser muy cuidadoso y evaluarse con minuciosidad el estado endócrino y el endometrio. Esto es particularmente valedero en las mujeres premenopáusicas o menopáusicas con miomas que suelen tener metrorragia por otros procesos: adenomas de la basal, carcinomas del endometrio o endocervix, ciclos monofásicos o adenomas endocervicales. (4)

El flujo de aspecto y cantidad variables, es constante en los submucosos esfacelados, en este caso es un flujo hematopurulento, fétido.

Aunque hasta 30% de las mujeres con miomas experimentan dolor abdominal, éste suele ser resultado de degeneración aguda, también puede ocurrir por torsión de un tumor subseroso peduncular.

Conforme los tumores aumentan de volumen tiende haber incremento de la cintura abdominal y una variedad de síntomas de compresión abdominal y pélvica. (1)

El dolor puede ser causado también por hipercontracciones miometriales cuando el útero trata de liberarse de un blastoma incrustado en su pared, el dolor tipo cólico persiste todo el mes y se exagera durante la regla. (4)

Con menos frecuencia el dolor aparece súbitamente y alcanza agudez acompañado de fiebre, náuseas, vómitos y signos de reacción peritoneal, ya que esto solo ocurre cuando hay un rápido aumento de volumen tumoral con la consiguiente distensión del miometrio y peritoneo, o bien enclavamiento del mioma en la pelvis o torsiones del pedículo. (4)

El útero creciente puede causar compresión de la vagina urinaria, polaquiuria, e incontinenia de esfuerzo, tenesmo, disuria. Son raras la retención urinaria y obstrucción uretral secundarias a miomas en crecimiento, la del uréter puede llevar a uronefrosis a veces asintomática y solo demostrable por urografía.

También pueden comprimirse los plexos nerviosos y venosos de la pelvis determinando dolor y edema en miembros inferiores. Es más probable que ocurra compresión rectal y resultar brotes hemorroidales, estreñimiento, tenesmo. (1, 3, 4, 5)

Los miomas cervicales son más raros que los corporales menos del 8% son en general únicos y su localización es preferentemente intraparietal, éstos dan con frecuencia esterilidad por desplazamientos y estrechez del conducto cervical.

Sean corporales o cervicales los miomas pueden provocar síntomas generales como anemia secundaria, hipermenorrea o metrorragia.

En resumen los miomas intraparietales causan con más frecuencia hipermenorrea, los submucosos metrorragia, los intraligamentosos y cervicales síntomas de compresión, los subserosos son en cambio asintomáticos.

Los miomas son indolentes a la palpación, al existir dolor espontáneo o provocado por el exámen quiere decir que hay alguna complicación. (3, 4)

Los miomas uterinos son causa infrecuente de infecundidad y se conoce poco en relación a ambos y se han propuesto varios mecanismos que pudieran producirla como distorsión de la cavidad endometrial que afectan de manera adversa el establecimiento del embarazo y su mantenimiento, su elongación y distorsión de la cavidad endometrial pueden impedir incluso el transporte de espermatozoides por el útero o hacia la porción intramural de la trompa de falopio. Los cambios en el líquido y la vascularidad pueden alterar el potencial reproductivo en diversos puntos críticos como son viabilidad, transporte y disposición de espermatozoides, sostén del blastocisto, libre anidación y mantenimiento del embarazo temprano. (1)

Casi todos calculan que los miomas uterinos se vinculan con infecundidad en 5-10% de los casos cuando se excluyen todas las demás causas. Se calcula que 41% de los embarazos relacionados con miomas terminan en aborto espontáneo y la pérdida puede vincularse con la mayor irritabilidad y contractibilidad uterina, ya sea por crecimiento rápido y degeneración o por alteraciones en la actividad de la oxitocinasa, el aporte vascular alterado del endometrio y la disminución del riego sanguíneo puede afectar la placenta en desarrollo y el feto. (1, 3, 4, 14)

Aunque casi todas las mujeres con miomatosis uterina tienen evolución obstétrica favorable la presencia de estos tumores pueden estar vinculados con problemas en el embarazo como:
Pérdida gestacional temprana, trabajo de parto prematuro, dolor uterino, cambios degenerativos, presentación fetal anómala, desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, distocia, retención placentaria y hemorragia postparto.

Aunque suele suponerse que los miomas crecen durante el embarazo, como resultado de mayores cifras de estrógenos, el aumento es variable, con crecimiento inicial en etapas tempranas de la gestación, seguido por estabilización del tamaño e incluso retracción en etapas avanzadas de ésta. (1)

El riesgo global de complicaciones es de 71%, también se observó un notorio aumento de DPP en embarazadas con miomas grandes (volumen mayor de 200 cm³) localización submucosa y superposición de la placenta.

También puede ocurrir degeneración carnosa o roja durante el embarazo en 5-8% de los miomas, cuya causa aun se desconoce pero se cree sea por rotura primaria de arterias en el tumor y obstrucción venosa en su periferia, presentándose síntomas como TPP, dolor localizado e hipersensibilidad, fiebre y aumento de la cifra leucocitaria, el tratamiento es sintomático analgésicos, reposo, líquidos y antibióticos, su resistencia es indicación de la intervención quirúrgica. (1, 3, 4, 15)

Recursos de Diagnóstico:

Los recursos incluyen:
Exploración ginecológica.
Ultrasonografía pélvica.
Histeroscopia.
Laparoscopia.

La exploración ginecológica es el principal método para el diagnóstico de miomatosis uterina, en su forma más limitada el diagnóstico que se hace es tan sólo un tumor, por lo tanto es muy importante obtener confirmación objetiva antes del tratamiento o como parte de la observación a largo plazo. (1, 3)

Estos suelen palparse como nódulos firmes e irregulares con origen en la pelvis y llegan a la porción inferior del abdomen, son móviles. La palpación pélvica bimanual se facilita si el útero se delinea con facilidad y su contorno presenta múltiples nódulos redondos y lisos, esto debe hacerse con cautela a fin de comprobar que las masas son parte del útero.

Los leiomiomas submucosos pedunculados se aprecian en forma de masas lisas, que salen del orificio cervical, en presencia de necrosis, su superficie es rojiza y friable, su diagnóstico es posible en el momento de legrado uterino. (3, 4)

La histerosalpingografía puede dar información en cuanto a la presencia o ausencia de éstos.

Debe tenerse presente que hay riesgos significativos de artefactos lo que conduce a estudios falsos positivos.

Aunque la ultrasonografía transvaginal puede ser un recurso de diagnóstico preoperatorio preciso, sólo la histeroscopia directa permite conocer la localización exacta, forma, tamaño y vascularidad. (10)

La histerosalpingografía permite precisar la permeabilidad tubarica en casos en que la lesión pudiera ocluir los orificios de las trompas. (1, 10)

La ultrasonografía pélvica ha demostrado ser el recurso de confirmación más útil, es importante asegurarse de la calidad del estudio.

Es importante señalar el volumen uterino, el número de miomas, su localización con respecto al endometrio, la valoración de anexos y un rastreo rápido de riñones para descartar hidronefrosis. (1)

El diagnóstico de miomas durante el embarazo se establece con mayor precisión; los criterios son:

- Tamaño mayor de 3 cms.
- Forma Esférica.
- Distorsión del contorno miometrial.
- Estructura acústica distinta de la del miometrio.
- Patrón puntiforme de ecos internos.
- Falta de reforzamiento de los ecos detrás del tumor.

La ultrasonografía abdominal y endovaginal es la técnica estándar para la detección de leiomiomas cuyos criterios diagnósticos están bien circunscritos, esto depende de la razón entre tejido fibroso y músculo liso, el grado de degeneración y presencia de calcificaciones, ésta puede ser inadecuada para detectar lesiones pequeñas, imprecisa en la identificación de miomas pedunculados que se extienden hacia el ligamento ancho y en la diferenciación entre miomas y leiomiomas, no es un recurso diagnóstico eficaz en caso de obesidad o en pacientes con retroversión uterina. (1, 9)

La ultrasonografía transvaginal puede resolver algunas dificultades como en el caso de leiomiomas pequeños aunque no puede lograrse la localización exacta.

Se ha recomendado la ultrasonografía con sonda vaginal incrementada (sonohisterografía) como valoración endometrial en mujeres perimenopáusicas como con hemorragia uterina disfuncional. (9)

La histeroscopia diagnóstica ha demostrado ser un recurso indispensable para el ginecólogo moderno, está bien establecido que los miomas pasan inadvertidos en el legrado y la dilatación, la histeroscopia detecta estos tumores con precisión. Permite establecer el diagnóstico de miomas submucosos, así como definir si la intervención quirúrgica se realiza por histeroscopia o miomectomía abdominal.

La histerectomía diagnóstica (típicamente realizada en el quirófano) incluye biopsia, legrado por aspiración o instrumento cortante, e histeroscopia.

Una limitación de la histeroscopia es la imposibilidad de detectar miomas menores de 0.5 cm de diámetro.

Laparoscopia: Constituye un método actualizado que permite una visualización de fibroides parasitarios o de la subserosa del fondo uterino. Esta también ha despertado entusiasmo en los últimos años tanto como método diagnóstico y de tratamiento en infertilidad secundaria a miomas después de haber descartado otras causas coadyuvantes. El equipo quirúrgico recién mejorado y las técnicas laparoscópicas refinadas ayudan a los cirujanos a extirpar de manera eficaz miomas subserosos pedunculados. Sin embargo casi todos los miomas extirpados por esta vía pudieran no ser causa de infertilidad debido a la facilidad del procedimiento. Las complicaciones son graves si no se cuenta con la experiencia adecuada ya que la resección laparoscópica de miomas profundos se ha vinculado con rotura uterina durante el embarazo.

Diagnóstico Diferencial: Carcinoma ovárico, endometriosis, absceso tubárico, quistes ováricos, sarcomas uterinos, cervicitis, hipertrofia del endometrio, adenomiosis, hiperplasia endometrial.

Tratamiento:

Las indicaciones tradicionales pueden resultar apropiadas o inapropiadas.

- Cambio rápido de tamaño.
- Tamaño uterino:

Este goza de una gran aceptación como indicador de la intervención quirúrgica, esto tal vez haya motivado el tratamiento quirúrgico más inadecuado, las recomendaciones que generalmente,

se encuentran establecen que los miomas con un tamaño arbitrario de 12-14 semanas de gestación independientemente de los síntomas es indicación de intervención quirúrgica. (1, 7)

- Ovarios inaccesibles: Habiendo dos objeciones a este criterio. La mayor parte de miomas se diagnostican en mujeres premenopáusicas en las que las enfermedades del ovario son extremadamente raras.

El cáncer del ovario se diagnostica por lo general en mujeres con útero de tamaño normal.

La facilitación de la reposición de estrógenos, de todas las indicaciones quizás esta sea la más frívola, se ha establecido que el tratamiento de reposición de estrógenos utilizando dosis de 0.625 mg. de Premarin resulta insuficiente para producir estimulación de los miomas. (1, 7)

Las indicaciones adecuadas para intervención quirúrgica que se apoyan en parámetros clínicos y científicos: 1) menorragia 2) compresión o dolor pélvicos 3) infertilidad o aborto habitual 4) afección de órganos adyacentes.

La menorragia: Se vincula con anemia y tal vez sea la indicación más apremiante para la intervención, tiende a ser progresiva los miomas mucosos están más relacionados, pero también la causa los intramurales.

Debe recordarse que la gran mayoría de mujeres con miomas no son infértiles y en general hasta que el tamaño alcanza las 14-16 semanas de gestación parece no haber indicación de miomectomía profiláctica. (1, 7)

Muchos indicadores previamente recomendados para el tratamiento son de naturaleza empírica y se han acortado en la edad moderna, los estándares actuales dictan que rara vez se justifica la intervención profiláctica. (1, 3, 4, 7)

Los miomas cervicales en crecimiento mayores de 3-4 cm. de diámetro deben extirparse para evitar una técnica operatoria más difícil en el futuro.

La mayor eficacia del ultrasonido pélvico para diferenciar leiomiomas de otras entidades pélvicas ha eliminado casi toda indicación de histerectomía basado tan sólo en el tamaño uterino en pacientes asintomáticas. Con el advenimiento de nuevos tratamientos y una mejor comprensión de los factores que contribuyen al crecimiento de los miomas han surgido métodos que resultan eficaces como medidas paliativas previas a la intervención o como opciones razonables de tratamiento. (1)

Tratamiento Expectante:

Estas mujeres con miomas uterinos asintomáticos pueden ser tratadas con exploraciones clínicas y ultrasonografías seriadas, puede ser útil el tratamiento con fármacos antiinflamatorios no esteroideos (NSAID) pueden controlar la menorragia por inhibición de la síntesis de prostaciclina y deben administrarse en forma programada.

Se puede administrar Naproxén sódico 550 mgs. PO. uno o dos días antes de la menstruación o Ibuprofén 600 mgs. para el alivio de la menorragia, dismenorrea y dolor pélvico leve.

La hemorragia menstrual disminuye de 30-50% en mujeres con menorragia tratadas con Ibuprofén, 1,200 mgs. al día, aunque la respuesta pudiera ser menos constante en pacientes con leiomiomas. Los anticonceptivos orales estrógenos-progestágenos en dosis baja también pueden ser eficaces para controlar la menorragia. (1, 13)

Aquellas con miomas grandes sintomáticos que solicitan histerectomía pueden recibir análogos de la hormona reguladora de gonadotropinas por 3 meses cuando el volumen del útero es de más de 600 cm³, para disminuir al máximo el volumen uterino, esto pudiera permitir una vía vaginal (con un período de hospitalización, un costo y morbilidad menores y recuperación más rápida).

Las pacientes sintomáticas que no desean intervención quirúrgica pueden recibir tratamiento coadyuvante con (análogos de GnRh a largo plazo y EP) (estrógenos-progestágenos) previniendo la presencia de bochornos y potencialmente la pérdida ósea, así como un cambio desfavorable en el índice aterogénico.

Las pacientes próximas a la menopausia son excelentes candidatas para el tratamiento médico prolongado.

- Progestágenos: En la actualidad hay pocas pruebas que apoyen su uso en el tratamiento de leiomiomas se utilizó en un estudio la mifepristona (RU486), un esteroide sintético con actividad antiprogesterona que ha mostrado inhibir la ovulación y fragmentar la actividad endometrial, su uso prolongado induce ausencia de ciclos ováricos a mujeres con endometriosis y puesto que ésta y la leiomiomatosis son dependientes de esteroides ováricos pudiera producir regresión de los leiomiomas, aunque provocó leves bochornos en el segundo mes de tratamiento los datos aun son promisorios y deben estudiarse esquemas más prolongados antes de poder recomendarlo como opción terapéutica. (13)
- Andrógenos: La falta de recrecimiento rápido con volúmenes uterinos inferiores a las cifras previas 18 meses después de interrumpir el tratamiento en 89% de las mujeres apoya el uso de gestrimona en quienes se pretende lograr una supresión menstrual y un grado leve de encogimiento del útero y de los leiomiomas, no se ha esclarecido aun si las pacientes toleran mejor los efectos androgénicos (hirsutismo, aumento de peso, acné, seborrea) que los efectos hipoestrógenos del tratamiento con análogos de GnRh. Aunque esta opción de tratamiento es incierta.

- Tratamiento con análogos de (hormona liberadora de gonadotropina, péptidos sintéticos con propiedades agonistas o antagonistas): Al unirse a los receptores éstos causan un aumento breve de la secreción de gonadotropinas, así como de los estrógenos seguido de regulación decreciente de los primeros, así como decremento ulterior de las hormonas luteinizante y folículoestimulante. Ocurre un estado de hipogonadismo hipogonadotrópico una a tres semanas después de su inicio, los síntomas de privación de estrógenos como bochornos, sequedad vaginal e insomnio son frecuentes, puede presentarse osteoporosis que se correlaciona con la duración del tratamiento. (1,13)

Su administración equivale en lo fundamental a provocar amenorrea, cambiar el endometrio a un estado inactivo y causar síntomas menopáusicos.

A menudo los valores de estradiol disminuyen a menor de 20 pg/ml. Muchas pacientes reciben los medicamentos por seis meses o más. Desafortunadamente los miomas crecen una vez que se interrumpe el fármaco. (4)

El tratamiento con análogos de hormona liberadora de gonadotropina induce decremento del volumen uterino en pacientes con miomas la variación del efecto es entre 25-80% máximo a las 12 semanas, luego ocurre recrecimiento con retorno de los síntomas y la menstruación a cuatro meses de su interrupción.

Los estudios terapéuticos con agonistas de GnRh y sus efectos sobre densidad ósea son controvertidos.

Complicaciones del Tratamiento:

Un estudio mostró un efecto sobre la densidad ósea trabecular y el contenido mineral del hueso cortical en pacientes tratadas con busirelina durante seis meses.

No es de esperarse que las pacientes con tratamiento de análogos de GnRh muestren disminución de la hemorragia, aunque la mayoría presente amenorrea pudiera ocurrir hemorragia masiva que requiera intervención quirúrgica de urgencia. (1, 13)

Las preocupaciones en cuanto a la pérdida ósea secundaria, así como la mala tolerancia de los efectos secundarios, como los bochornos, dieron origen a varios estudios de tratamiento coadyuvante con estrógenos-progestágenos. (EP)

Este tratamiento coadyuvante es útil para controlar los efectos secundarios molestos como rubores y atrofia vaginal, este tratamiento puede prevenir la pérdida prematura de masa ósea, éste debe incluirse a las doce semanas cuando ocurre la disminución máxima.

Se puede instituir en forma continua (0.625 de estrógenos equinos conjugados, y 2.5 mg., 0.5 mg. de MPA diarios). (1, 13)

Las mujeres tratadas con medroxiprogesterona no mostraron síntomas vasomotores de importancia.

- Operación: Esta se prefiere en mujeres con síntomas de importancia. La miomectomía o excisión de los miomas se efectúa y se preserva el útero con fines de gestación futura. Se opera por vía vaginal cuando se trata de miomas submucosos pedunculados, en la actualidad aunque el procedimiento histeroscópico es el método diseñado para la extirpación transvaginal de un mioma submucoso, este método es contraindicado en caso de vaginitis o cervicitis por el riesgo de infección ascendente, debiéndose tratar con antibióticoterapia profiláctica, el no poder mantener distendida la cavidad requiere interrumpir el tratamiento, si aún después de tratamiento médico la lesión es tan grande que no puede pasarse el asa del resectoscopio hasta el punto del mioma debe abandonarse el procedimiento. (1, 10)

La miomectomía laparoscópica sustituye con ventaja a la miomectomía abdominal en casos seleccionados, se propone un límite de tamaño de 15 cm. para esta miomectomía (500 gr.), habiendo muchas ventajas en particular observación con aumento de las estructuras anatómicas y patológicas, el fácil acceso a la vagina y al recto, la capacidad de lograr hemostasia completa y evacuación de coágulos durante la revisión, evitar una incisión dolorosa, menos hospitalización y recuperación, una tasa extremadamente muy baja de infección e ileoadinámico en manos experimentadas, debe tenerse presente una conversión a una laparotomía, lo cual no debe considerarse una complicación sino más bien es una decisión quirúrgica prudente que disminuye el riesgo a la paciente. (1,11)

El motivo más frecuente para una miomectomía laparoscópica es la decisión de la paciente de evitar la histerectomía a toda costa, en pacientes infecundas cuando no hay otra explicación para el fracaso en la concepción o pérdida gestacional recurrente y que desean conservar el útero. Cuando una paciente desea someterse a miomectomía y así lo solicita su médico, éste está obligado a manifestar los riesgos y beneficios a todas las pacientes, si la principal preocupación es la incisión abdominal la miomectomía laparoscópica adquiere importancia dependiendo de la experiencia particular del cirujano. (1, 11)

La miomectomía abdominal si bien con más de cien años de antigüedad se ha visto plagada por preocupaciones de pérdida excesiva de sangre, complicaciones postoperatorias y una tasa significativa de recurrencia. A todas las pacientes debe explicárseles con detalle la necesidad potencial de histerectomía mientras se intenta una miomectomía abdominal. (1, 12)

Se recomienda utilizar análogos de GnRh antes de miomectomías cuando el útero es equivalente a mayor de la 16 semana de gestación (volumen 600 ml.) ya que parece haber muy poca ventaja en úteros más pequeños y si se trata de un solo mioma grande, se puede obtener hemostasia sin estos agentes.

Coagulación de miomas (miólisis): Con la energía láser de neodimio itrio-aluminio-granate (nd:yag) se coagulaban los miomas, con necrosis del miometrio, desnaturalización de las proteínas y destrucción de la vasculatura. Sin aporte sanguíneo viable el mioma se atrofia. La coagulación producía una disminución importante del volumen y alivio de los síntomas, sin necesidad de repetir procedimientos quirúrgicos o hacer cirugía mayor. (1, 16)

La coagulación de miomas es muy promisoría para disminuir el número de histerectomías en mujeres perimenopáusicas la morbilidad es baja, lo mismo que la necesidad de transfusiones sanguíneas y el procedimiento resulta relativamente fácil de aprender. Como procedimiento quirúrgico de un solo día parece extremadamente seguro y permite evitar a la paciente una operación mayor y el tiempo de recuperación subsiguiente, provee una solución distinta para pacientes con miomas sintomáticos.

Miomectomía: Está contraindicada durante el embarazo excepto cuando existe la posibilidad de que ocurra una torsión ya que causaría un aborto.

Consiste en la extirpación de miomas para restaurar la forma, tamaño y la función uterina normales, siendo el procedimiento de elección durante la edad reproductiva, se recomienda durante el acto operatorio utilizar un torniquete en el útero por debajo de los ligamentos redondos y las trompas, para disminuir el sangrado, es más frecuente que dicha operación se efectúe por vía abdominal porque permite extirpar con facilidad un solo tumor subseroso pedunculado y es factible extraer de una sola vez varios miomas intramurales e incluso submucosos.

La miomectomía múltiple se acompaña de alto índice de complicaciones postoperatorias en cuanto a adherencias y obstrucción intestinal además son frecuentes las recurrencias, por lo que debe practicarse sólo en mujeres jóvenes y seleccionadas. (4)

Histerectomía: Es necesaria cuando la miomectomía se torna muy extensa y dejaría el útero muy distorsionado, indicada para eliminar los grandes tumores, en especial fibroides intraligamentosos efectuando también una exploración abdominal adecuada tratando en forma concomitante la endometriosis, salpingitis crónica que puedan coexistir, así como se efectuará apendicectomía en caso necesario. En ocasiones la salpingitis crónica y la endometriosis hacen difícil la extirpación del cérvix y entonces resulta justificada la histerectomía subtotal abdominal, en las mujeres premenopáusicas es necesario conservar los ovarios salvo que estén enfermos o su circulación sanguínea ha sido destruida es necesario la Ooforectomía. La histerectomía vaginal es recomendable cuando el tamaño del mioma no es muy grande menor de un útero equivalente a 14 semanas de gestación descendiendo fácilmente y es móvil, permitiendo corregir un cisto-recto o enterocele asociados, también cuando se trata de pacientes muy obesas. (3)

Las operaciones mencionadas son de buen pronóstico, la mortalidad operatoria es menor del 1%.

VI. METODOLOGIA

Tipo de Estudio:

Estudio Retrospectivo-Descriptivo.

Se revisaron los expedientes clínicos de pacientes que consultaron al Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa con diagnóstico de miomatosis o fibromatosis uterina, Enero de 1993 a Diciembre de 1997.

Criterios de Inclusión:

- Expedientes clínicos clasificados con miomatosis o fibromatosis uterina.

Criterios de Exclusión:

- Expedientes clínicos incompletos.

Recursos Físicos:

- Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa.
- Departamento de Archivo del Hospital de Cuilapa.
- Expedientes clínicos.
- Boleta diseñada para recolección de datos.
- Biblioteca: USAC.
- Equipo de oficina.
- Material bibliográfico.

Recursos Humanos:

- Personal del Departamento de Archivo y de las diferentes bibliotecas.

Tratamiento Estadístico:

La información se obtuvo mediante la boleta de recolección de datos, siendo la fuente documental los expedientes clínicos que se encuentran en el Depto. de Archivo del Hospital Regional de Cuzco, Santa Rosa.

Los datos obtenidos fueron tabulados por medio de cuadros, y luego se efectuó el análisis porcentual de los resultados, los cuales fueron utilizados para la elaboración de conclusiones y recomendaciones.

DEFINICION DE VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Clase de Variable	Escala de medición	Unidad de Medida
Edad	Periodo que ha Transcurrido en la vida de un individuo desde su nacimiento hasta la fecha actual.	Tomados de Expedientes Clínicos	Cuantitativa	Escala Numérica	Años
Prevalencia	Indicador de morbilidad que mide la frecuencia total de casos durante un lapso de tiempo especificado, bien sea que hayan empezado antes o en el curso de ese lapso.	Lo Registrado en los expedientes Clínicos.	Cuantitativa	Escala Numérica	Numero de casos
Etnia	Conjunto de humanos caracterizado por sus modalidades lingüísticas somáticas y culturales	Registrada en los expedientes Clínicos	Cualitativa	Escala Nominal	Ladina Indígena
Antecedentes Obstétricos	Referente a embarazo, partos, cesarias, abortos hijos vivos y muertos y uso de métodos anticonceptivos.	Datos anotados en los expedientes Clínicos.	Cuantitativa	Escala Numérica	Si No Completos Incompletos
Método Diagnóstico	Identificación de una enfermedad o trastorno mediante la evaluación científica de sus signos físicos sus síntomas, historia clínica y resultados de laboratorio	Lo Registrado en los expedientes Clínicos en base a: (Ultrasonido o Palpación Bimanual)	Cualitativa	Escala Nominal	Si utilizado No utilizado
Tratamiento	Sistema, método o procedimiento que se emplea para curar una patología.	Lo registrado en el expediente en base a: (Histerectomía abdominal, Histerectomía Vaginal, Miomectomía)	Cualitativa	Escala Nominal	Si utilizado No utilizado
Diagnóstico Patológico	Diagnóstico al que se llega mediante el estudio de tejidos del organismo por medio de técnicas histológicas	Lo anotado en los expedientes Clínicos	Cualitativa	Escala Nominal	Si utilizado No utilizado

CUADRO No. 1

PREVALENCIA DE MIOMATOSIS UTERINA

Población	Frecuencia	Prevalencia
Miomatosis Uterina	197	7%
Total de Pacientes de Cirugía Ginecológica	2,784	100%

*FUENTE: Libros de Departamento de Archivo y Sala de Operaciones.

CUADRO No. 2

EDAD DE PACIENTES CON MIOMATOSIS UTERINA

EDAD	Frecuencia	Porcentaje
21 - 30 AÑOS	23	12
31 - 40 AÑOS	61	31
41 - 50 AÑOS	100	51
51 - 60 AÑOS	9	5
> 60 AÑOS	4	2
TOTAL	197	100

*FUENTE: Registro Clínico. Ptes. Depto. de Registro y Estadística. H.R.C.

CUADRO No. 3

MOTIVO DE CONSULTA DE PACIENTES CON MIOMATOSIS UTERINA

Población	Frecuencia	Porcentaje
Dolor Pélvico	117	59
Hemorragia Uterina Anormal	69	35
Masa Pélvica	11	6
	197	100

*FUENTE: Registro Clínico. Ptes. Depto. de Registro y Estadística. H.R.C.

CUADRO No. 4

PARIDAD DE PACIENTES CON MIOMATOSIS UTERINA

Paridad	Frecuencia	Porcentaje
Nullipara	11	6
Primigesta	12	6
Multipara	174	88
TOTAL	197	100

*FUENTE: Registro Clínico. Ptes. Depto. de Registro y Estadística. H.R.C.

CUADRO No. 5

RELACION DE EXAMEN CLINICO, ULTRASONIDO, TRANSOPERATORIO Y PATOLOGICO

Diagnostico Por	No. de Pacientes	Porcentaje %
Exámen Clínico	72	36
Ultrasonido Pélvico	59	30
Sin Diagnóstico	66	34
Hallazgos Transoperatorios	177	90
Diagnóstico Histopatológico	177	90

*FUENTE: Registro Clínico. Ptes. Depto. de Registro y Estadística. H.R.C.

CUADRO No. 6

TRATAMIENTO UTILIZADO EN PACIENTES CON MIOMATOSIS UTERINA

Tratamiento		Frecuencia	Porcentaje	
MEDICO CONSERVADOR		20	10	10
Quirúrgico	ABDOMINAL	Conservador (Miomectomía)	1	1
		Histerectomía Abdo. Total + Anexectomía Bilateral.	8	4
		Histerectomía Abdo. Total + Anexectomía Unilateral.	161	82
	VAGINAL	Histerectomía Vag.+ Anexectomía bilateral	3	1
Histerectomía Vag.+ Anexectomía unilateral		4	2	
TOTAL		197	100	100

*Fuente: Registro Clínico. Ptes. Depto. de Registro y Estadística. H.R.C.

CUADRO No. 7

COMPLICACIONES POS-OPERATORIAS.

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	171	97
Infección de herida operatoria	4	2
Hematoma de cúpula vaginal	1	0.5
Dehiscencia de herida operatoria	1	0.5
TOTAL	177	100

*FUENTE: Registro Clínico. Ptes. Depto. de Registro y Estadística. H.R.C.

CUADRO No. 8

DIAGNOSTICO PATOLOGICO

	Frecuencia	Porcentaje
Leiomioma Intramural	50	28
Leiomioma Intramiometrial	38	21
Leiomioma Submucoso	34	19
Leiomioma Subseroso	32	18.
Leiomioma Intraligamentario	17	10
Leiomioma con Cambios Degenerativos	6	4
TOTAL	177	100

*FUENTE: Registro Clínico. Ptes. Depto. de Registro y Estadística. H.R.C.

VIII. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

Se desconoce la frecuencia precisa de los leiomiomas; debido a que la mayor parte de ellos suelen ser asintomáticos, pero son el tipo más frecuente de tumor pélvico y se ha calculado que 25% de las mujeres de más de 35 años tienen un leiomioma uterino. Sin embargo la prevalencia en esta investigación fue menor lo que constituye un problema primordial de salud ya que esto puede deberse al tipo de población que se atiende en el Hospital de Cuilapa, y a que muchas mujeres no consultan por bajo nivel de escolaridad y estado socioeconómico, largas distancias hacia el centro o puesto de salud y falta de información respecto a los síntomas más frecuentes que pueden asociarse a la presencia de fibromas.

Las mujeres más afectadas son principalmente las comprendidas entre los 30 y 50 años. Esto pudiera resultar de dos factores: 1) Aquellas menores de 35 años con miomas sintomáticos pudieran tener menos probabilidades de una histerectomía si no han iniciado o concluido su procreación 2) Después de la menopausia es menos probable que aparezcan miomas nuevos en las mujeres que no reciben hormonas, y los ya existentes pueden disminuir de tamaño, lo que hace menor la cifra de aquellas que requieren histerectomía.

Muchos leiomiomas, incluso los grandes son asintomáticos. De hecho son más numerosos los que se descubren coincidentemente que los relacionados con síntomas. El dolor pélvico constituye el síntoma presentado con mayor frecuencia ya que éste puede asociarse con torsiones, inflamaciones con adherencias viscerales y ante todo con tumores grandes que producen una sensación de pesadez pélvica acompañándose de secreción o hemorragia uterina anormal.

Las mujeres con miomas uterinos tienen evolución obstétrica favorable, pueden presentarse asintomáticas y éstos suelen crecer durante el embarazo como resultado de mayores cifras de estrógenos y por lo tanto ir creciendo hasta hacerse evidentes lo que explica que la mayoría de las pacientes sean múltiparas.

Se pudo constatar que muchos expedientes clínicos carecían de información sobre las enfermedades y operaciones ginecológicas previas como parte de los antecedentes ginecoobstétricos y dado que esta información debe ser incluida dentro de las historias clínicas para un mejor entendimiento del cuadro clínico de cada paciente.

La palpación pélvica bimanual es más reveladora. El diagnóstico se facilita si el útero se delinea con facilidad y su contorno está deformado por la presencia de varios nódulos redondos y lisos.

El tratamiento depende sobre todo del conocimiento de la localización y el tamaño exacto de los leiomiomas, el ultrasonido pélvico abdominal constituyó un método de apoyo importante en la confirmación del diagnóstico.

El tratamiento definitivo clásico en pacientes con leiomiomas uterinos es con mayor frecuencia la histerectomía abdominal ya que permite inspeccionar minuciosamente la cavidad pélvica y se utiliza la vía vaginal cuando los tumores son pequeños y se acompañan de relajación pélvica lo que explica que la mayor parte de la población estudiada recibiera este tipo de tratamiento quirúrgico.

Los miomas uterinos se calcula que motivan un 67% de las histerectomías realizadas en pacientes mayores de 35 años las cifras obtenidas en esta investigación son aun mayores debido a que por razones de costo son muy pocas las pacientes a quienes se les puede administrar tratamiento médico a pesar de que con el

advenimiento de nuevos tratamientos médicos y una mejor comprensión de los factores que contribuyen a su crecimiento y desarrollo han surgido métodos que resultan útiles como medidas paliativas previas a la intervención quirúrgica o como opciones razonables de tratamiento. (1)

Con base en lo expuesto la mayoría de las pacientes tuvo evolución postoperatoria satisfactoria, ya que las operaciones mencionadas son de muy buen pronóstico. Las complicaciones presentadas en un pequeño grupo fueron infecciones, dehiscencia de herida operatoria y hematoma de cúpula vaginal las cuales fueron resueltas oportunamente.

De acuerdo con las características histopatológicas y de localización los miomas intramurales son los más frecuentes, lo cual fue confirmado en el presente estudio esto nos indica la importancia de la utilización de este método ya que nos ayuda a verificar el diagnóstico, el tipo de mioma y lo más importante permite llevar a cabo un buen seguimiento del caso.

Sin embargo durante esta investigación muchos expedientes clínicos no tenían archivado el informe patológico por lo cual tuvo que ser revisado directamente en el Departamento de Patología, del mismo modo pudo constatar que muchas historias clínicas, tenían información sobre la evolución postoperatoria inmediata de la paciente y sobre las recomendaciones dadas a su egreso pero probablemente estas pacientes ya no consultaron nuevamente para su evaluación postoperatoria y el seguimiento de su caso, ya que no se encontró información al respecto.

IX. CONCLUSIONES

1. La prevalencia de miomatosis uterina en el Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa es menor en relación a la frecuencia de aparición de esta entidad en los países latinoamericanos.
2. Toda mujer entre la tercera y cuarta décadas de la vida con dolor pélvico como síntoma principal, y que a la palpación bimanual presente masas, irregularidades o alteración del contorno uterino debe ser estudiada y confirmar la presencia de miomatosis uterina.
3. La miomatosis uterina es una patología que debe resolverse tomando en cuenta la edad y el deseo de futuros embarazos como parte de una alternativa de tratamiento previa a la ejecución de una histerectomía.

X. RECOMENDACIONES

1. A las mujeres que presenten hemorragia uterina anormal, dolor o masa pélvica palpable, que consulten tempranamente al centro asistencial más cercano.
2. Se sugiere que en los antecedentes ginecoobstétricos sean tomadas más en cuenta las enfermedades y operaciones ginecológicas previas.
3. Se recomienda que los informes patológicos sean devueltos al Departamento de Archivo directamente para ser colocados en los expedientes clínicos.
4. Incentivar a las pacientes a que asistan a la consulta para llevar a cabo su evaluación postoperatoria y el seguimiento de su caso.

XI. RESUMEN

El presente trabajo es un estudio descriptivo-restrospectivo realizado en el Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa.

Titulado "MIOMATOSIS UTERINA, PREVALENCIA, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO" durante Enero de 1993 a Diciembre de 1997.

Fueron estudiados 197 casos con diagnóstico de miomatosis uterina.

Dentro de los resultados obtenidos tenemos que la prevalencia de esta patología en los últimos años fue de 7% en relación al total de cirugía ginecológica y el grupo mayormente afectado lo constituyen las mujeres entre la tercera y cuarta décadas de la vida.

El síntoma más frecuente de consulta fue el dolor pélvico asociado a hemorragia uterina anormal y masa pélvica palpable. Un 36% de las pacientes fueron diagnosticadas mediante evaluación clínica y el método de apoyo mayormente utilizado fue el ultrasonido pélvico abdominal. El tratamiento fue quirúrgico en el 90% de los casos, incluyendo un mayor porcentaje en histerectomía abdominal total obteniéndose evolución satisfactoria en un 97% de los casos.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. Clínicas de Ginecología y Obstetricia; temas actuales; México, volumen 4 1995 Pag. 577 a 753.
2. Benson Ralph; Manual de Ginecología y Obstetricia; 7ta. Edición; Editorial Manual Moderno; Pags. 552 a 557.
3. Danforth, D. N.; Tratado de Obstetricia y Ginecología; 4ta. Edición; Editorial Interamericana; Pags. 1077 a 1087.
4. Carlos J. Calatroni; Ginecología Calatroni-Ruiz; 2da. Edición; Editorial Panamericana; Buenos Aires; Pags. 336 a 344.
5. Novak; Tratado de Ginecología; Decimo Primera Edición; Editorial Interamericana S. A. C. V.; Pags. 391 a 397.
6. Haijanpour-MJ; Haijanpor-AK; Habibian-R; Wohlmuth-C
Leiomyoma of Uterus ub a patient with Ring Chromosome 12; May 17, 1996; Pags. 335 a 339; Medline (Información Científica).
7. Samura-O; Hayashi-S; Riharn-N; Hara-T; Ohama-K; A case of gigant uterine leiomyoma with chromosomal Aberration February 28, 1996; Pags. 149 a 152; Medline Registro 2-2 1/96-1/97.
8. Bronsens-I; Lohanmison-E; Dal-Cin-P; Analysis of the karyotype and desoxysibonucleic Acid contents of uterine myomas in premenopausal Menopausal, and gonadotropin-releasing hormone Agonist-treated females; Sept. 1996; Pags. 376 a 379; Registro 7 de 7-Medline 1/96-1/97.
9. Wikhlyaeva-E-M; Khodzhaeva-ZS; Familial predisposition to Uterine leiomyomas; Nov. 1995; Pags. 127 a 131; Registro de Medline 1/96-1/97.
10. Baldoni-A; Moscini-P; Colonnelli-M; The possibility of using Sulprostone during Laparoscopic myomectomy in uterine Fibromyomatosis; Minerva-Ginecol, 1995 Jul-Aug; 47; Pags. 341 a 346; Registro 1 de 1 Medline 1/96-1/97.
11. Asociación de Ginecología y Obstetricia; Miomatosis Uterina en la senectud; Ginecología y Obstetricia de México, Vol. 63; Pags. 78 a 80 Noviembre 1995.
12. Asociación de Ginecología y Obstetricia; Leiomyoma Retroperitoneal; Ginecología y Obstetricia de México, Vol. 63; Pag. 38; Enero 1995.
13. Asociación de Ginecología y Obstetricia; Tratamiento Médico Postoperatorio de Leiomyomatosis Uterina con Análogos de la Hormona Esteroidea de gonadotropina hipofisiaria; Ginecología y Obstetricia de México, Vol. 63; Pag. 40; Enero 1995.

14. Tobias-DH; Koenigsberg-M; Kogan-M; Edelman-M;
Pyomyoma after uterine instrumentation. A case report;
May 1996; Pags. 375 a 378; Medline @ 1/96-1/97.
15. Morales-AJ; Kettel-LM; Murphy-AA; Mifepristone clinical
application in general gynecology; Clinic-Obstet-Gynecol
1996 Jun; Pags. 451 a 460; Medline @ 1/96-1/97.
16. Pernoll Martin; Diagnóstico y Tratamiento Gineco-Obstétrico;
Sexta Edición; Traducida de la Séptima en Inglés México
D. F. Santa Fe Bogotá; Editorial Manual Moderno S.A. de
C. V.; Pags. 871 a 878.
17. Estill y Strawn, gr. Md. Miles J. Novy, md, Keneth, A. Burry
M. D.; Insulin-Like Growth in factori promotes leiomyoma
Cell growth in vitro; American Journal of Obstetric and
Gynecology Vol. 172 No. 6 June 1995; Pags. 1837 a 1842.

XIII. ANEXO

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS:

Fecha: _____ Reg. Médico: _____

Edad: _____ Grupo étnico: _____ Procedencia: _____

Estado civil: _____ Religión: _____

Motivo de Consulta: _____

Antecedentes Ginecoobstétricos:

Gestas: _____ Partos: _____ Abortos: _____ Cesáreas: _____

Hijos vivos: _____ Hijos muertos: _____

Métodos Anticonceptivos: _____

Operaciones Ginecológicas: SI _____ NO _____

Que tipo: _____

Tiempo de utilización: _____

Enfermedades Ginecológicas Previas: _____

Exámen Físico: _____

Presencia de Masa Pélvica: SI _____ NO _____

CLINICA: _____ USG: _____

Laboratorios: HB HT

Método diagnóstico utilizado: _____

Evaluación Clínica:

USG Pélvico:

Tipo de Tratamiento:

Médico: Quirúrgico:

Que Tipo:

Miomectomía:

Histerectomía:

Histerectomía vaginal:

Evolución:

Tiempo:

Resultado del informe de Patología: _____
