



MIOMA UTERINO: UN TRASTORNO FRECUENTE EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL

Alberto Claiden Jeréz Corrales¹, Jessica Karen Chils Vargas², Sonia de Quesada Arceo², Dra. Julia María Guerra³, MSc. Marta Arceo Espinosa⁴, Dr. Ramón Fernández Leiva⁵

¹Estudiante de 4^{to} año de Medicina. Alumno ayudante de Medicina General Integral. Filial de Ciencias Médicas "Efraín Benítez Popa", Bayamo

²Estudiante de 4^{to} año de Medicina. Alumno ayudante de Otorrinolaringología. Filial de Ciencias Médicas "Dr. Efraín Benítez Popa", Bayamo

³Especialista de 1^{er} grado en Ginecología. Profesor Instructor. Filial de Ciencias Médicas "Dr. Efraín Benítez Popa", Bayamo

⁴Especialista de 2^{do} grado en Anatomía Humana. Máster en Medicina Natural y Tradicional. Profesor Asistente. Filial de Ciencias Médicas "Dr. Efraín Benítez Popa", Bayamo

⁵Especialista de 2^{do} grado en Anatomía Humana. Profesor Asistente. Filial de Ciencias Médicas "Dr. Efraín Benítez Popa", Bayamo

Correspondencia a: Alberto Claiden Jeréz Corrales. Universidad de Ciencias Médicas de Granma. E-mail: docencia@pub.fcmb.grm.sld.cu

Recibido: 15 de octubre de 2014

Aceptado: 25 de noviembre de 2014

RESUMEN

Se realizó una revisión bibliográfica de 25 artículos con el objetivo de describir el mioma uterino, teniendo en cuenta los factores de riesgo, tipos de miomas, cuadro clínico, aspectos esenciales para su diagnóstico y tipos de tratamientos según las tendencias actuales. Se concluyó que entre los factores predisponentes de padecer mioma uterino se encuentran la edad, la obesidad, nuliparidad, entre otros. El cuadro clínico depende del tamaño y localización del mioma, las manifestaciones más comunes son el sangramiento, dolor, tumor y compresión. El tratamiento puede ser farmacológico, quirúrgico y/o con Medicina Natural y Tradicional.

Palabras clave: leiomioma, fibroma, mioma, neoplasias uterinas.

ABSTRACT

An updated bibliographic review of 25 articles were made with the purpose of describe the uterine myoma, considering risk factors, types of myoma, clinical features, essential aspects for diagnosis and treatment rates on current trends. Articles, texts, websites: updated documents were reviewed. Predisposing factors reflected in the literature such as age, nulliparity, obesity, overweight, genetic predisposition, and others were described. The most common are the intramural myoma. The most common manifestations are bleeding, pain, tumor and compression. Treatment is pharmacological, surgical and / or natural and traditional medicine

Key words: leiomyoma, fibroma, myoma, uterine neoplasms.

INTRODUCCIÓN

El mioma uterino es la neoplasia benigna ginecológica más común. Presenta una incidencia del 20-30% en la población femenina en el nivel mundial. La distribución por grupos raciales no ofrece diferencias significativas, aunque hay autores afirman que las mujeres negras son afectadas en un 50% y las blancas en un 25%.¹

Su ocurrencia se incrementa con la edad, las manifestaciones clínicas son variables y la mayoría de ellos cursan asintomáticos. La sintomatología y su severidad dependen del tamaño, localización y número.²

Los miomas uterinos se presentan con mayor frecuencia entre los 30 y 50 años, siendo la causa más frecuente de histerectomía, generalmente por hiperpolimenorrea o metrorragias. En mujeres jóvenes a pesar de que la miomectomía prácticamente siempre es posible, puede llevar a la pérdida del útero y por ende, de su capacidad reproductiva. Además, puede causar complicaciones en la gestación, confundir o plantear problemas en el control y tratamiento de la postmenopausia o enmascarar el diagnóstico de neoplasias graves.¹⁻³

Se estima que aproximadamente de 3 a 5 billones de dólares se gastan al año en el diagnóstico y tratamiento del mioma uterino en los Estados Unidos, realizándose 200 mil histerectomías anuales por esta entidad. Se estima que aproximadamente 1 de cada 4 a 5 féminas de más de 35 años padecen de este tipo de tumores en todo el mundo.⁴

A pesar de tratarse de una entidad ginecológica clásica, siguen existiendo controversias en cuanto a la génesis y posibilidades terapéuticas del tumor.¹⁻⁴

OBJETIVO

Describir el mioma uterino, teniendo en cuenta los factores predisponentes, cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento.

DESARROLLO

El mioma uterino es una tumoración benigna del músculo liso del útero, que ocasionalmente maligniza (1%). Su tamaño es variable, van desde milímetros hasta grandes tumores que ocupan toda la cavidad abdominal. Están asociados a períodos menstruales abundantes, síntomas de compresión y dolor. Son dependientes de estrógenos, generalmente tienen regresión en la menopausia, desde el punto de vista anatomopatológico se le conoce como leiomioma, liomioma o fibromioma, de acuerdo al predominio de las fibras musculares lisas o la cantidad de tejido fibroso.^{3,5,6}

Factores de riesgo

No se ha llegado a un consenso claro y unánime acerca de la etiología de los miomas. Se ha descrito que algunas mujeres podrían tener una carga genética que las predispone a desarrollar miomas. Incluso otros autores refieren que el origen de los miomas es el resultado de desequilibrios hormonales pues las hormonas reproductivas, tales como el estrógeno y la progesterona pueden estimular su crecimiento.⁷

El rango de edad de aparición de los miomas uterinos puede ir desde los 20 a 70 años, con mayor incidencia entre los 35 a 45 años. El porcentaje de mioma varía de 11 al 18% en mujeres de 30 a 40 años de edad hasta 33% en mujeres de 40 a 60 años.⁷

El riesgo relativo para miomatosis uterina es 2 veces más alto para mujeres afroamericanas en comparación con la raza blanca. Las mujeres de origen hispano se encuentran en un riesgo intermedio.⁷

La nuliparidad es un factor de riesgo para el desarrollo de miomatosis uterina. Así mismo la obesidad y sobrepeso incrementan el riesgo de desarrollar miomas por el efecto estrogénico sostenido.⁷

Las condiciones que aumentan la exposición a estrógenos durante la edad reproductiva son factores de riesgo para desarrollar miomatosis uterina; tales como menarquia temprana, menopausia tardía, tumores ováricos productores de estrógenos, ingesta de altas dosis y por tiempo prolongado de hormonas orales.⁷

Clasificación anatómica de la miomatosis⁸

- Por debajo del endometrio: submucoso-sesil, pedunculado, abortado. Estos miomas se desarrollan justo por debajo de la pared de la cavidad uterina. Estos son los miomas que tienen mayor efecto sobre las grandes hemorragias menstruales y los que pueden causar problemas de infertilidad y abortos espontáneos. Representan un 5% de todos los miomas uterinos.
- Por debajo del peritoneo: Subseroso-sesil o pedunculado. Estos miomas se desarrollan en la porción externa del útero y continúan su crecimiento hacia afuera. A veces, estos miomas crecen en forma de tallo y pueden llegar a alcanzar a otros órganos. Aparecen en el 10% de los casos.
- En el espesor del miometrio: intramural, único o múltiple. El tipo de mioma más común (85%) se desarrollan dentro de la pared uterina y se expanden haciendo que el útero se sienta más grande que lo normal (lo que puede provocar una cantidad de síntomas). Éstos son los tipos de miomas más comunes.
- Entre las 2 hojas del ligamento ancho: intraligamentario, variedad subseroso, y en el cuello (cervical, Cornual); son infrecuentes.

La clasificación radiológica se muestra en la tabla 1.

Tabla No.1. Clasificación Radiológica de los Miomas. ³

Mioma de pequeños elementos	Diámetro igual o menor de 2cm.
Mioma de medianos elementos	Diámetro entre 3 y 6cm.
Mioma de grandes elementos	Diámetro mayor a 6cm hasta 20cm.
Miomatosis gigante	Diámetro mayor de 20cm.

Fuente: Giné L, Sabrià E, Ponce J, Sanchez A, Fernández ME. Clínica y diagnóstico del mioma uterino. Estado actual. Ginecología y Obstetricia Clínica. 2009; 10(1): 15-20

Manifestaciones clínicas

Los síntomas pueden ser inexistentes o pueden variar de leves a intensos y dependen del tamaño y la ubicación del crecimiento. Los miomas pueden causar los siguientes síntomas: ⁹

- Cambios en la menstruación, sangramiento: Hipermenorrea, polimenorea o menorragias que son más frecuentes en los miomas intramurales. La metrorragia cíclica o acíclica es más frecuente en el mioma submucoso. Entre otros: periodos menstruales más largos, frecuentes o intensos; dolores menstruales (cólicos), sangrado vaginal fuera del periodo menstrual.
- Dolor: Este se puede producir por compresión de órganos vecinos o tracción de los plexos y debidos a complicaciones tales: como torsión, degeneración o necrosis, aumento de la contractilidad y espasmo uterino. Puede aparecer fundamentalmente en el abdomen o en la región inferior de la espalda (a menudo dolor sordo, intenso y persistente, pero a veces agudo) y/o durante las relaciones sexuales.
- Tumor: Puede ser palpable por la paciente o un familiar o ser un hallazgo en el examen físico en un examen preventivo ginecológico o por otro motivo de consulta.

- Presión: puede manifestarse como: dificultad para orinar o necesidad de orinar con frecuencia, estreñimiento, dolor rectal o dificultad para evacuar, cólicos abdominales, etcétera.

Es posible que los miomas no causen ningún tipo de síntoma. Éstos pueden detectarse durante un examen pélvico de rutina o durante exámenes para detectar otros problemas.¹⁰

Evolución y complicaciones

Los miomas uterinos son de evolución lenta y experimentan regresión después de la menopausia. Sin embargo, algunos pueden originar complicaciones graves como: pérdidas abundantes de sangre que son responsables de anemia, malestar y la formación de coágulos (trombosis) en la cavidad pélvica (muy rara). Además, se pueden presentar complicaciones mecánicas como torsión o compresiones que pueden provocar trastornos urinarios o estreñimiento al afectar órganos vecinos (vejiga, recto, uréter). También puede aparecer dolor intenso debido a una mala vascularización que puede conducir a la destrucción del mioma (necrosis). La malignización del mioma (leiomiocarcinoma) es poco frecuente.^{3,8,11,12}

Raramente, los miomas pueden causar infertilidad. Pueden causar complicaciones en caso de embarazo, aunque se piensa que el riesgo es pequeño. Algunas mujeres con miomas pueden dar a luz en forma prematura, debido a que no hay espacio suficiente en el útero. Se puede necesitar una cesárea si el mioma bloquea la vía del parto o hace que el feto quede en una posición que ponga en riesgo su integridad. Algunas mujeres embarazadas que presentan miomas presentan sangrado abundante inmediatamente después de dar a luz.^{3,11,12}

Diagnóstico clínico

Habitualmente puede realizarse por el cuadro clínico y el examen físico, a veces como un hallazgo en mujeres que consultan por otras causas o al realizar el examen preventivo ginecológico, a veces consultan por palparse un tumor.^{9,10,13}

El examen físico puede determinar el tamaño, forma y consistencia del útero y los nódulos, así como su localización. Al examen con espéculo se observa el parto del mioma.¹⁴

El ultrasonido abdominal o transvaginal tienen una sensibilidad hasta del 85% para detectar miomas de 3 o más centímetros, es el medio diagnóstico más útil en el momento actual e identifica muy tempranamente tumores muy pequeños y otros de localización muy difícil así como descarta el diagnóstico diferencial del embarazo y tumores sólidos de ovario.¹⁵

El uso de otras pruebas puede proveer más información sobre los miomas:

- La histerosalpingografía es un examen especial de radiografía. Este examen puede detectar alteraciones anormales en el tamaño y la forma del útero y las trompas de Falopio.¹⁶
- La ecohisterografía es un examen donde se introduce un líquido en el útero a través del cuello uterino y se utiliza la ecografía para ver el interior del útero. Este líquido brinda una imagen clara del revestimiento del útero.¹⁷
- En la laparoscopia se visualiza la cavidad abdominal. El laparoscopio se introduce por una pequeña incisión que se hace justamente debajo o a través del ombligo, con el cual se puede ver miomas en el exterior del útero.^{9,18}
- La histeroscopia es un método auxiliar que permite diagnosticar pólipos o miomas submucosos de pequeños elementos.^{7,9,13}
- La tomografía axial computarizada y la resonancia magnética (RM). Tiene una mayor sensibilidad y especificidad que el resto de los exámenes de imagenología para el estudio de los miomas. Se recomienda usar la resonancia magnética, en casos justificados (con dificultad diagnóstica o de investigación).^{9,18}.

Algunos de estos exámenes se usan para dar seguimiento al crecimiento de los miomas con el tiempo. En toda paciente con más de 35 años, se sugiere realizar biopsia endometrial para descartar patología maligna.¹⁸

Tratamiento

La simple presencia de uno o más miomas y sobre todo pequeño y asintomático no exige tratamiento. Es importante individualizar la conducta y la decisión debe ser analizada y consentida por la paciente y la familia.^{3,11,12}

Es imprescindible tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Edad.
- Salud general.
- Paridad (hijos vivos).
- Deseo de nuevos hijos.
- Número, tamaño y localización de los miomas.
- Síntomas y complicaciones (naturaleza y gravedad).

En la tabla 2 se muestra la conducta ante miomas uterinos.

Tabla No. 2. Conducta a seguir en pacientes con miomas uterinos.¹²

Edad	Hijos	Miomas	Síntomas	Conducta
Joven	No	Pequeños	No	Ex. Periódico
Joven	No	Medianos o Grande	Sangramiento	Miomectomía
Reproductiva	Sí	Medianos o Grande	Sangramiento Dolor	Histerectomía
Climaterio	Sí – No	Pequeños	No	Ex. Periódico

Fuente: Evans P, Brunsell S. Uterine Fibroid Tumors: Diagnosis and Treatment. Am Fam Physician. 2007; 75: 1503-60.

Tratamiento farmacológico

- Los análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRh) reducen significante el tamaño de los miomas hasta 35 al 60%, pero tienen importantes efectos secundarios como hipoestrogenismo. ¹⁴
- Medroxiprogesterona: aunque no modifica el tamaño del mioma, es útil en el manejo de la hemorragia anormal. ¹⁸
- Analgésicos Antiinflamatorios No Esteroideos (AINES): no modifican el tamaño de los miomas, actúan inhibiendo el dolor y disminuyen la hemorragia. ¹⁸
- Dispositivos endoúterinos de progestágenos: puede ser útil en el manejo de la hemorragia, con reducción del 85% a los 3 meses. ^{15,18}
- Ulipristal: actualmente se usa para evitar el embarazo, algunos hallazgos han probado que es efectivo para reducir los tumores no malignos del útero, otros han demostrado que es tan efectivo como las inyecciones mensuales de Lupron, para reducir el sangrado, e incluso ha causado menos efectos secundarios. ¹⁷
- Danazol: crea un ambiente alto en andrógeno y bajo en estrógeno, provoca atrofia del endometrio y reducción de los miomas, sus beneficios superan sus riesgos. ¹⁷
- Mifepristona oral: a razón de 5 ó 10 mg diarios por 3 meses, aunque el tamaño del mioma y del útero pueden estar cercanos a los valores antes del tratamiento, hay una notable mejoría clínica. ¹⁸
- Suplementos de hierro para prevenir o tratar la anemia debido a los períodos abundantes. ¹⁸

Tratamiento Quirúrgico

Cualquier técnica quirúrgica debe elegirse en base a criterios de selección muy estrictos que incluyan el estado general de la paciente y el respeto a sus expectativas.

La miomectomía es un procedimiento que se realiza en las pacientes que desean conservar el útero o con paridad insatisfecha. La literatura mundial reporta un riesgo de recurrencia del 10% a los 5 años y a largo plazo (14 años) del 27%, requiriendo cirugía mayor posterior. La laparotomía por vía abdominal ha mostrado ser la técnica de elección.¹⁹

La miomectomía histeroscópica puede ser la solución en pacientes con miomas submucosos o pediculados, puede considerarse como la primera línea para el manejo quirúrgico conservador en miomas intracavitarios sintomáticos.¹⁹

La embolización de la arteria uterina es un procedimiento quirúrgico que disminuye la hemorragia uterina, síntomas de compresión y problemas de infertilidad al reducir el volumen de los miomas, es una alternativa de tratamiento que debería realizarse en casos selectos.^{20, 21}

La histerectomía es el tratamiento definitivo en mujeres con paridad satisfecha y miomatosis uterina sintomática.⁹

La ablación de endometrio es una opción terapéutica de bajo riesgo quirúrgico en pacientes con miomatosis uterina de pequeños elementos que presentan hemorragia uterina anormal.²²

El tratamiento con ecografía concentrada es un tratamiento no invasivo que utiliza una RM. Este procedimiento puede no ser el ideal para las pacientes que tienen mucho sobrepeso, miomas muy grandes o que presentan grandes cicatrices como resultado de cirugías abdominales previas.^{9,23}

Tratamiento con Medicina natural y tradicional (MNT)

Es una de las mejores maneras de hacer frente a estos tumores. Los remedios naturales que utilizan plantas y vegetales para el tratamiento, son absolutamente seguros y rara vez causan efectos secundarios adversos.

- Siembra de Catgut: provoca una desaparición del sangrado como en la disminución del volumen del tumor.²⁵
- Acupuntura y electroacupuntura (EA): se constata disminución de la tumoración, mayor frecuencia de mejoría total sintomática, sin embargo en los mayores de 40 mm de diámetro, no se reduce la tumoración pero sí los síntomas, lo que se verifica por seguimiento ultrasónico²⁴
- Fitoterapia: las investigaciones actuales no apoyan ni rechazan el uso de las preparaciones con hierbas (Huoxue Sanjie, Nona Roguy) para el tratamiento de los miomas uterinos debido a que no hay estudios suficientes con muestras grandes y alta calidad. Está justificado realizar ensayos de alta calidad adicionales que evalúen medidas de resultado clínicamente relevantes.²⁴

CONCLUSIONES

Entre los factores predisponentes de padecer mioma uterino se encuentran la edad, la obesidad, nuliparidad, entre otros. El cuadro clínico depende del tamaño y localización del mioma, las manifestaciones más comunes son: sangramiento, dolor, tumor y compresión. El tipo de mioma más frecuente es el intramural. En la conducta a seguir se debe tener en cuenta: edad, paridad, el número, tamaño y localización de los miomas, y el deseo de nuevos hijos; el tratamiento puede ser farmacológico, quirúrgico y/o con Medicina Natural y Tradicional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cutié ML, Figueroa M, Almaguer JA, Veranes M. Estudio del factor uterino como causa de infertilidad femenina. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2000; 26(1): 54-61. [citado 6 Oct 2011] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol26_1_00/gin09100.htm
2. González D, Hierresuelo D, Misiara A. Mioma uterino parido, presentación de un caso. Rev 16 de abril. 2014; 53(254): 92-98
3. Giné L, Sabrià E, Ponce J, Sanchez A, Fernández ME. Clínica y diagnóstico del mioma uterino. Estado actual. Ginecología y Obstetricia Clínica. 2009; 10(1): 15-20. [citado 6 Mar 2012] Disponible en: http://www.nexusmedica.com/web/resumen_ant.php?id_revista=664&id=17734&Ano=2009&Numero=1&sol=1

4. Katz VL, Lobo RA, Lentz G, Gershenson D. *Comprehensive Gynecology*. 5th ed. Philadelphia: Elsevier Mosby; 2007. p. 441-47.
5. Briceño C, Alaña F, Briceño L, Briceño JC. Gran mioma uterino y embarazo, reporte de un caso. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2004; 64 (2): [citado 2012 Sep 07] Disponible: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322004000200007&lng=es
6. Rigol O. *Obstetricia y ginecología*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004. p. 293-5.
7. Towbin NA, Gviazda IM, March CM. Office hysteroscopy versus transvaginal ultrasonography in the evaluation of patients with excessive uterine bleeding. *Am J Obstet Gynecol*. 2008; 174(6):1678-82.
8. Puertas N. *Ultrasonido ginecobstétrico*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006. p. 26-33.
9. Dueholm M, Lundorf E, Hansen ES, Ledertoug S, Olesen F. Evaluation of the uterine cavity with magnetic resonance imaging, transvaginal sonography, hysterosonographic examination, and diagnostic hysteroscopy. *Fertile Steril*. 2009; 76:350-357.
10. Keckstein J, Hucke J. *Cirugía laparoscópica en ginecología*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2008: 377-393.
11. Viswanathan M, Hartmann K, McKoy N, Stuart G, Rankins N, Thieda P, et al. Management of uterine fibroids: an update of the evidence. *Evid Rep Technol Assess*. 2007; 154: 1-122.
12. Evans P, Brunzell S. Uterine Fibroid Tumors: Diagnosis and Treatment. *Am Fam Physician*. 2007; 75: 1503-60.
13. Zupi E, Zullo F, Marconi D, Sbracia M, Pellicano M, Solima E, et al. Hysteroscopic endometrial resection versus laparoscopic supracervical hysterectomy for menorrhagia: a prospective randomized trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2003; 188(1):7-12.
14. Lethaby A, Vollenhoven B, Sowter M. Pre-operative GnRH analogue therapy before hysterectomy or myomectomy for uterine fibroids. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011; 2: CD000547.
15. Reim MS, Barbier RL, Friedman AJ. Progesterone: a critical role in the pathogenesis of uterine myoma. *Am J Obstet Gynecol*. 2005; 172:14-8.
16. Wilson EA, Yang F, Reese E. Estradiol and progesterone binding in uterine leiomyomata and in normal uterine tissues. *Obstet Gynecol*. 2010; 55: 20-4.
17. Carbonell JL, Acosta R, Heredia B, Pérez Y, Valle A. Ulipristal for the treatment of uterine leiomyomas. *Obstet Gynecol*. 2008; 112: 1029-36.
18. Eisinger SH, Meldrum S, Fiscella K, Le Roux H, Guzick D. Low-dose mifepristone for uterine leiomyomata. *Obstet Gynecol*. 2003; 101:243-50.
19. Chong RKL, Thong PH, Tan SL, Thong P, Salmon YM. Myomectomy: Indications, results of surgery and relation to fertility. *Singapore medical journal*. 2000; 29:35-7.
20. Zhang H. Chinese herbal medicine combined with transcatheter arterial embolization for treatment of 21 cases of uterine fibroids. *Shandong Journal of Traditional Chinese Medicine*. 2005; 24(12): 725-6.
21. Moss J, Cooper K, Khaund A. Randomised comparison of uterine artery embolisation (UAE) with surgical treatment in patients with symptomatic uterine fibroids (REST trial): 5-year results. *BJOG*. 2011; 118(8):936-944.
22. Loffer FD. Endometrial ablation in patients with myomas. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2006; 18: 391-3.
23. Bernard G, Darai E, Poncelet C, Benifla JL. Fertility after hysteroscopic myomectomy: effect of intramural myomas associated. *European Journal of Obstetrics and Gynaecology and Reproductive Health*. 2011; 88:85-90.
24. Rigol O. *Acupuntura y ginecología*. Manual de Acupuntura y Digitopuntura para el médico de la familia. Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas; 1992.