

9:15 h. **Primera mesa**

Mioma premenopáusica

Moderador
Dr. Ricardo Rubio

Ponencia

Indicación de la histerectomía por mioma en la mujer premenopáusica

Dr. Josep Pubill Soler
Hospital General de Manresa

La prevalencia del mioma uterino oscila entre el 20 y el 50% en las mujeres en edad reproductora y puede causar sintomatología en el 35-50% de los casos, por tanto no es extraño que clásicamente haya sido la indicación más frecuente de histerectomía.

La necesidad de practicar tratamiento quirúrgico vendrá condicionada por la presencia clínica y el deseo de descendencia futura, pero también influirán la edad y la paridad de la paciente y el tamaño, localización y patrón de crecimiento del mioma; la existencia de un embarazo es un caso particular que comentaremos aparte.

Miomas sintomáticos

- La **hemorragia** uterina es el síntoma más frecuente (>30%) y se presenta en forma de menorragia asociada a anemia ferropénica (habitualmente sin irregularidades menstruales en ausencia de otra patología).
- **Presión y dolor pélvicos:** Los grandes miomas pueden producir sensación de peso y si están impactados en la pelvis menor puede, por compresión nerviosa, ocasionar dolor irradiado en la zona lumbo-sacra y en extremidades inferiores. Pero los miomas raramente son causa de dolor si no se produce un compromiso vascular (caso de la torsión de un mioma subseroso y de la degeneración roja o necrobiosis) o el intento de expulsión de un mioma submucoso o parte del mioma, por contracciones y dilatación cervical.
- **Signos y síntomas obstructivos y compresivos,** usualmente urinarios: polaquiuria, disuria, tenes-

mo vesical y retención urinaria por compresión de la vejiga, hidronefrosis por compresión ureteral (miomas situados en el ligamento amplio), y más rara vez sintomatología intestinal (estreñimiento, oclusión intestinal).

- **Esterilidad e infertilidad.** Por distorsión de la cavidad uterina y afectación de las trompas, pueden perturbar la fecundación e impedir la implantación. Después de la miomectomía se han obtenido embarazos en 40-60% de mujeres previamente estériles sin otra causa, y los abortos espontáneos en mujeres infértiles pasan después de la cirugía del 41% al 19%, similar a la población normal.

El tratamiento quirúrgico en los miomas sintomáticos parece indiscutible, aunque en lugar de la histerectomía se puede optar por la miomectomía cuando sea posible en el caso de deseo gestacional futuro o simplemente por el deseo de la mujer de preservar el útero, teniendo que aceptar, no obstante, el riesgo de histerectomía incidental, el mayor riesgo de hemorragia durante esta intervención y la posibilidad de recurrencia (15-40% de los casos, de los cuales 2/3 requerirán tratamiento quirúrgico nuevamente -6/7%-).

Más difícil será la decisión de actuar en casos de esterilidad e infertilidad, dado el peligro de acabar en histerectomía y por la posibilidad de originar adherencias.

Miomas asintomáticos

- **Útero muy grande,** por la mayor probabilidad de que se vuelva sintomático: clásicamente también se había aducido la dificultad de diferenciar un tumor extrauterino y de interferir en la valoración anexial en el seguimiento de la paciente, cosa que con el uso extenso de la ecografía actualmente no tiene sentido. Este punto es el más controvertido, ya que no hay una definición clara de útero grande: en la literatura se habla indistintamente tanto de mio-

mas como de úteros más grandes al equivalente de una gestación de 12-16 semanas, siendo esta comparación por ella misma subjetiva, aunque algunos de los estudios más recientes emplean la siguiente fórmula:

$$V=0.5233 (D1xD2xD3)$$

(donde V es volumen y D1-3 son las biometrías en el espacio determinadas ecográficamente) considerando valores superiores a 380-680 ml, equivalentes a 12 y 16 semanas de gestación respectivamente.

- **Crecimiento rápido.** También su definición es arbitraria y se acepta la postulada por Buttram y Reiter (1981) que consisten en el incremento del volumen de un mioma equivalente a 6 semanas de embarazo en un período inferior a 1 año en ausencia de gestación.

En este caso se aconseja el tratamiento quirúrgico por el riesgo de que se trate de un leiomioma, aunque se calcula que la degeneración maligna de un mioma es de 0,04-0,29% y solamente el 5-10% están originados en un mioma, y si realmente nos encontramos frente a uno de estos casos, el hecho de haber mantenido una conducta expectante habrá resultado fatal para el pronóstico de la enfermedad.

Los criterios para ser conservadores se basan en la presunción de benignidad, la reducción o desaparición de los miomas con la menopausia y a los riesgos relativos a la intervención quirúrgica, y en contra tenemos la imprevisible evolución de estos tumores. El componente psicológico puede decantarse hacia una u otra posición: por ejemplo la preocupación por las disfunciones sexuales posthisterectomía o la conciencia de integridad física y sexual demandarán una actitud conservadora, mientras que la cancerofobia o una mayor sensibilidad ante cualquier alteración clínica exigirán un tratamiento radical.

Mioma durante la gestación

Puede complicar el embarazo si se produce:

- Torsión de un mioma subseroso. Puede ser necesaria una miomectomía.
- Degeneración roja: degeneración aséptica e infarto por trombosis venosa y congestión con hemorragia intersticial consecuencia del crecimiento del mioma sin un aporte vascular suficiente. Es más frecuente en el 2º y 3º trimestre y ocasiona dolor abdominal agudo, que suele autolimitarse. Necesitará analgesia, reposo y tocolisis si causa amenaza de parto prematuro. También exis-

te el riesgo de coagulación intravascular diseminada.

- Obstrucción mecánica del parto y malposición fetal, que hará necesaria la cesárea.
- Durante el postparto inmediato podemos interferir la contracción uterina y ser causa de hemorragias; también pueden ocasionar retención de placenta. En estos casos puede hacer falta practicar una histerectomía con el riesgo que supone tener un útero hipervascularizado, una anemia grave de base y la distorsión de la anatomía normal, así como el hecho de tratarse de una urgencia.

Resumen

- Se indicará cirugía en los casos de miomas sintomáticos, aunque se podrá valorar una actitud conservadora en la perimenopausia mediante tratamientos médicos si consiguen compensar y controlar la hemorragia a la espera de la menopausia definitiva (pautas con analgésicos de la GnRH con THS).
- En los casos asintomáticos es controvertida la indicación de cirugía en función de lo grande que sean los miomas porque su definición, como la del crecimiento rápido, no están bien establecidas, aunque probablemente acabarán ocasionando clínica o intervendrán factores psicológicos, tanto de la paciente como del médico, para decidir un tratamiento definitivo.
- Será necesario considerar la posibilidad, según localización y tamaño tumoral, de tratar aquellos miomas que pueden causar complicaciones durante el embarazo o puedan ser responsables de esterilidad o infertilidad (se indicará miomectomía) o dificultades en el procedimiento quirúrgico en un futuro, como un mioma cervical que esté creciendo.
- Lo que es más importante es descartar cualquier otra causa de sintomatología atribuida al mioma: puede ser necesario el estudio con histeroscopia y biopsia endometrial para descartar patología de origen endometrial, estudio analítico incluyendo la velocidad de sedimentación globular y ecografía con Doppler por sospecha de sarcoma, descartar otras causas si la clínica es de dolor ya que la histerectomía no solucionará el problema.

Referencias

Usandizaga M. Mioma uterino. Adenomiosis. Útero hipertrofico. En: *Protocolos Asistenciales en Ginecología y*

Obstetricia. S.E.G.O. Madrid: Ed. Comunicación y Servicio, 1994;Tomo Segundo:Protocolo nº 41:29-32.

Novo A. Histerectomía miomectomía. Indicaciones, técnicas y riesgos. En: *Cuadernos de Medicina Reproductiva*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A., 1999; 15(1):207-27.

Buttram VC, Reiter RC. Uterine leiomyomata: etiology, symptomatology and management. *Fertil Steril* 1981;36:433.

Lethaby A, Vollenhoven B, Sowter M. Pre-operative GnRH analogue therapy before hysterectomy or myomectomy for uterine fibroids (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*. Oxford: Update Software, 2000;Issue 3.

Comunicaciones

Histerectomía por mioma en la premenopausia

J. Sentís B., M. Alsina, A. Espín, J.A. Llueca, S. Miguel, N. Ros, O. Ruiz, J. Sentís, R. Teixell, R. Velasco

Hospital de St. Pau i Sta Tecla. Tarragona

Introducción

El objetivo de la presentación es valorar cómo estamos tratando en nuestro Servicio a las mujeres premenopáusicas diagnosticadas de miomas en el útero o de útero hipertrófico.

El criterio establecido está adaptado a los criterios clásicos y que vienen refrendados por los protocolos de la SEGO¹.

En principio el mioma como tumor benigno, en las mujeres premenopáusicas será objeto de una actitud conservadora y no será tratado. Será controlado ecográficamente, a los tres meses de su diagnóstico, a los seis meses si no ha crecido y no aparecen síntomas y si continúa igual, cada año.

Si se presentan hipermenorreas, meno-metrorragias, dolor o crecimiento del mioma, se planteará tratamiento según la edad, el deseo de descendencia o simplemente el interés por conservar el útero, por parte de la paciente.

En el proceso de diagnóstico, utilizamos fundamentalmente el tacto bimanual y la ecografía. De forma ocasional, se practica histeroscopia diagnóstica para resolver situaciones de duda, en miomas submucosos y biopsia de endometrio en los casos de coexistencia de endometrio engrosado con la presencia de miomas. El TAC ha sido utilizado puntualmente en casos de

patología anexial concomitante, que impedía una correcta diferenciación del mioma.

Tema para la discusión sería la conveniencia de practicar biopsia de endometrio a todas las pacientes con hipermenorrea, que van a ser tratadas quirúrgicamente. Una de nuestras pacientes con útero miomatoso e hipermenorrea discreta, con endometrio normal en la ecografía, presentó un adenocarcinoma superficial de endometrio, que obligó a una reintervención para completar la anexectomía y la linfadenectomía.

La primera opción de tratamiento serán los gestágenos, aún conociendo la escasa evidencia de su eficacia, aunque creemos que en fases iniciales pueden resultar útiles. También utilizamos frecuentemente el ácido Tranexámico, pero como simple ayuda durante el tiempo preciso para confirmar el diagnóstico y decidir el tratamiento quirúrgico. En cuanto a los análogos de la GnRH sólo los utilizamos como preparación para la miomectomía² o histerectomía³, con el objetivo de reducir el tamaño de la tumoración y facilitar el acto quirúrgico.

Material y método

Se revisaron retrospectivamente las últimas 100 histerectomías practicadas en nuestro servicio, que presentaban como indicación el mioma uterino. El periodo en que se han realizado dichas histerectomías es de Noviembre de 1997 a Diciembre de 2000.

Se han valorado la edad, la sintomatología de las pacientes, el método de diagnóstico empleado y el tipo de tratamiento previo a la intervención a que han sido sometidas.

Finalmente se han valorado el tipo de intervención, el estudio anatómo-patológico, el número de días de estancia y las complicaciones.

Resultados

- Edad media de las pacientes: 44,5 años. (rango 33 y 50 años)
- Método de diagnóstico inicial
 - Tacto bimanual: 64%
 - Ecografía: 35%
 - TAC: 1%

A todas las pacientes diagnosticadas de mioma uterino, se les practicó ecografía antes de decidir practicar un procedimiento quirúrgico.

- Tratamientos previos
 - Gestágenos: 25%
 - Anovulatorios: 3%
 - Análogos: 20%
 - Ninguno: 52%
- Motivo de la indicación quirúrgica
 - Dolor: 16%
 - Hipermenorreas y/o metrorragia: 52%
 - Crecimiento: 20%
 - Otros: 12%
- Tipo de histerectomía
 - Abdominal: 8%
 - Vaginal: 92%
 - Anexectomía uni o bilateral: 17%
 - Miomectomía o fraccionamiento⁴ previo a la extracción por vía vaginal: 22%
- Peso medio del útero: 234 grs. (rango 62 a 1.206 grs.)
- Diagnóstico anatómico-patológico: en los 100 casos se confirmó la presencia de mioma. 2 casos presentaban hiperplasia endometrial sin atípicas y 3 presentaron pólipos endometriales no diagnosticados previamente. En esta serie no apareció ninguna patología maligna no sospechada.
- Estancia media histerectomía vaginal (contando ingreso y alta 1 día): 4,3.
- Estancia media histerectomía abdominal (contando ingreso y alta 1 día): 7,2.
- Complicaciones:
 - 2 lesiones vesicales suturadas en el mismo acto quirúrgico (sonda 7 días).
 - 1 lesión intestinal suturada en el mismo acto quirúrgico.
 - 1 reingreso por fiebre a los 3 días del alta. Hematoma infectado en cúpula vaginal.
 - 2 hematomas de cúpula vaginal que alargaron la estancia.

- Control a los tres meses. Aún cuando no disponemos de un protocolo de estudio del grado de satisfacción de nuestras pacientes que han sido sometidas a histerectomía, si podemos constatar subjetivamente que tal como ya se ha estudiado⁵, el porcentaje de pacientes muy satisfechas o simplemente satisfechas a los tres meses es muy alto y no hemos constatado ninguna patología atribuible a la intervención.

Conclusión

- La ecografía es un buen método de control de las pacientes premenopausicas con miomas y permite despistar con una alta sensibilidad la presencia de otras patologías que pudieran complicar el proceso.
- La histerectomía vaginal es el procedimiento de elección⁶ en esta patología cuando está indicada la cirugía, por presentar las siguientes ventajas.
 - Ausencia de cicatriz externa
 - Menor tiempo de quirófano
 - Menos días de ingreso
 - Menos tiempo de convalecencia en casa
 - Menor morbilidad
 - Y por todo ello menor coste económico⁷.
- La existencia de un protocolo⁸, que parta de la idea que todas las histerectomías deben ser practicadas por vía vaginal, excepto cuando hay contraindicaciones, es conveniente para aumentar la proporción de histerectomía vaginal en un servicio en el que la situación no sea la deseada.

Bibliografía

1. Protocolos asistenciales de la SEGO. Nº 41 Mioma uterino. *Adenomiosis. Utero hipertrófico*. Actualizado en Junio 1998.
2. Fauconnier A, Chapron C, Babaki-Fard K, Dubuisson JB. Recurrence of leiomyomata after Myomectomy. *Hum Reprod Update* 2000;6(6):595-602.
3. Sawin SW, Pilevsky ND, Berlin JA, Barnhart KT. Comparability of perioperative morbidity between abdominal myomectomy and hysterectomy for women with uterine leiomyomas. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183(6):1448-55.
4. Draca P, Miljkovic S. Morcellement in vaginal hysterectomy. *Jugosl Ginecol Opstet* 1976;16(3):215-20.
5. Kjerulff KH, Rhodes JC, Langenberg PW, Harvey LA. Patient satisfaction with results of hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183(6):1440-7

6. Ottosen C, Lingman G, Ottosen L. Three methods for hysterectomy: a randomised, prospective study of short term outcome. *BJOG* 2000;107(11):1380-5.
7. Kudo R, Sagae S, Itoh E, Hayakawa O, Koizumi M, Ishioka S. A report on more than 10.000 vaginal hysterectomies performed without ligation of the paracervical ligaments. *J Obstet Gynaecol Res* 2000;26(6):395-9.

8. Kovac SR. Decision-directed hysterectomy: a possible approach to improve medical and economic outcomes. *Int J Gynaecol Obstet* 2000;71(2):159-69.

Histerectomía por mioma en premenopáusica

C. Rigau, J. Ghazoul, JM. Laín, J. Sáez
 Servicio de Ginecología y Obstetricia. Consorci Sanitari de Terrassa (Barcelona)

Introducción

Entre Enero del 1998 y Diciembre del 2000 se realizaron en nuestro Servicio un total de 266 histerectomías, de las cuales 110 se indicaron por útero miomatoso en mujeres premenopáusicas, esto corresponde al 41% de las histerectomías (Figura 1).

Resultados

Indicaciones

En premenopáusicas la indicación más frecuente de histerectomía fue la de útero miomatoso (85,9%), otras indicaciones mucho menos frecuentes fueron: prolapso genital, endometriosis e hipermenorrea con útero hipertrófico.

Edad

Edad media de 44,96 con un rango entre 34 y 55.

Clínica

El síntoma más frecuente fue la hipermenorrea (35,4%) seguida de la hipermenorrea asociada a anemia ferropénica (17,3%). Otros síntomas frecuentes fueron las algias pélvicas con único síntoma (10,9%) o asociadas a hipermenorrea (7,2%), y la dismenorrea asociada a hipermenorrea (6,3%). La hipermenorrea estaba presente en el 80,9% de todas las mujeres. Es importante destacar que en 5 casos (4,6%) las mujeres no tenían ningún síntoma y la indicación de histerectomía fue el tamaño y/o número de los miomas (Figura 2).

Tratamientos previos a la cirugía

Hicieron tratamiento hormonal previo 38 mujeres (34,5%): 26 con gestágenos, y 12 con GnRH, de las cuales 5 lo hicieron como preparación para la cirugía. El perfil más frecuente de mujeres fue: multípara de 45 años con hipermenorrea con o sin repercusiones analíticas (anemia ferropénica).

Vía de abordaje

En 106 casos la histerectomía se realizó por vía abdominal (96%), y solamente en 4 casos (4%) se optó por la vía vaginal. La distribución por años fue: 29 abdominales / 0 vaginales en el año 1998, 37 abdominales / 1 vaginal en el año 1999 y 40 abdominales / 3 vaginales en el año 2000 (Figura 3). Parece que hay una leve tendencia a aumentar el

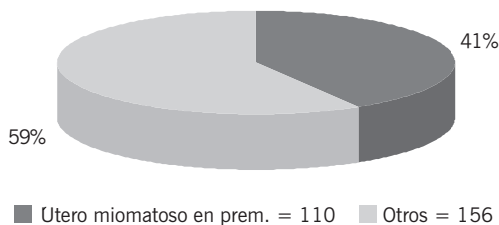


Figura 1.

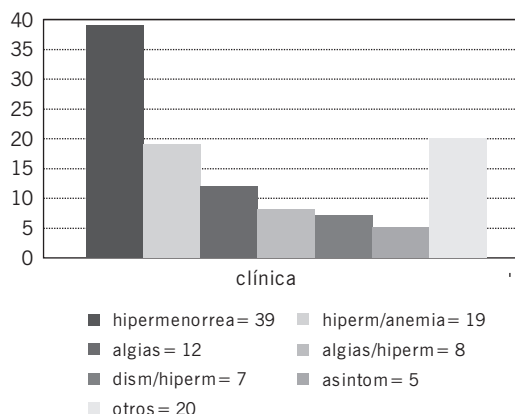


Figura 2.

Figura 3.

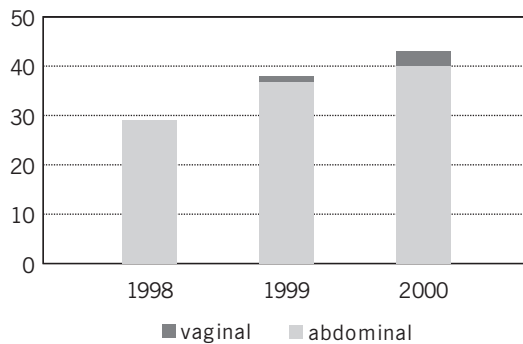
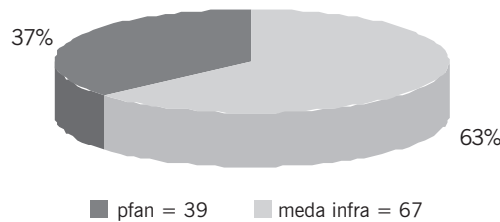


Figura 4.



número de histerecтомías por miomas en premenopáusicas por vía vaginal.

Tipo de incisión

En 67 casos (63%) se realizó una laparotomía media infraumbilical, y en 39 casos (37%) se obtuvo por una incisión de Pfannenstiel. No se encontró relación entre el tipo de incisión y el tratamiento previo con GnRH (Figura 4).

Técnica quirúrgica

En 69 casos (65,05%) se practicó una histerecтомía abdominal total simple, en 19 casos (17,92%) se practicó una histerecтомía abdominal simple con doble anexectomía, en 16 casos (15,08%) se practicó una histerecтомía abdominal simple con anexectomía unilateral. Se practicaron 2 histerecтомías abdominales subtotales por complicaciones intraoperatorias. En algunas de las intervenciones se realizaron técnicas adicionales: 5 colposuspensiones de Burch, 1 plastia posterior, y 1 colocación de malla abdominal.

Complicaciones

Intraoperatorias: 3 casos de lesión vesical en histerecтомías abdominales (2,7%), que se suturaron en el mismo acto quirúrgico. Una de ellas dio lugar a una fístula vesicovaginal como complicación tardía. 3 casos de sangrado importante durante el acto quirúrgico (2,7%) que requirieron en 2 casos la transfusión de 2 concentrados de hemáties. 3 hematurias introp-

ratorias que se resolvieron de forma espontánea en el postoperatorio inmediato. En 2 ocasiones se tuvo que realizar una histerecтомía abdominal subtotal por dificultades técnicas durante el acto quirúrgico.

Postquirúrgicas inmediatas: la más frecuente fue la anemia, con valores de Hemoglobina entre 7,8g/l y 11,2g/l, con una media de 9,89g/l, que se dio en 48 casos (43,6% 9). Otras complicaciones: 5 infecciones de vías urinarias confirmadas con urinocultivo (4,5%), 6 hematomas de la herida quirúrgica (5,4%) que se resolvieron de forma espontánea, 2 seromas de la herida quirúrgica, 1 pico febril y 1 flebitis a nivel de la venoclisis.

Postquirúrgicas tardías: 1 fístula vesicovaginal, 1 evisceración, 1 queloide de la cicatriz, 1 paciente con dispareunia.

Correlación entre la indicación y la anatomía patológica

Del total de 110 histerecтомías realizadas, 92 tenían el diagnóstico ecográfico de útero miomatoso y el estudio anatomopatológico lo confirmó, en 1 de ellas además informó de hiperplasia atípica. En 8 casos la indicación fue de útero miomatoso y el estudio anatomopatológico informó de útero miomatoso con adenomiosis. En 7 casos la indicación fue de útero miomatoso y el estudio anatomopatológico no fue confirmativo, informando de adenomiosis. Se indicaron 2 histerecтомías por hipermenorrea y útero hipertrófico, y la anatomía patológica informó en 1 de los casos de útero miomatoso y en el otro de útero hipertrófico. Se realizó 1 histerecтомía total simple vaginal por prolapso genital y la anatomía patológica informó de útero miomatoso.

Comentarios

- La indicación más frecuente de histerecтомía en premenopáusicas fue por útero miomatoso.
- El perfil de mujer intervenida por útero miomatoso fue: premenopáusica de 45 años múltipara con hipermenorrea.
- La técnica más utilizada fue la histerecтомía abdominal total simple con laparotomía media infraumbilical.
- La complicación intraoperatoria más frecuente fue la lesión vesical (2,7%) en concordancia con los datos de la literatura (1-2%).
- La frecuencia de complicaciones tardías está probablemente infravalorada en nuestra casuística, por falta de seguimiento.
- Hemos encontrado una muy buena correlación entre el diagnóstico ecográfico y la histología final.

Mioma en premenopáusicas (Casuística del año 1998 en el H. Comarcal de l'Alt Penedès)

Dr. Antoni Llovet Brugué,
Dra. Isabel Cuenca Giralde,
Dr. Ignasi Roig Miret, Dr. Jordi Borràs Puig
Servicio d'Obstetricia y Ginecología.
Hospital Comarcal de l'Alt Penedès.

El Hospital Comarcal de "L'Alt Penedès" es el hospital de referencia de la comarca de l'Alt Penedès, a 45 Km. de Barcelona, con una población de 73.196 habitantes de los cuales 15.571 son mujeres entre 40 y 80 años. El Servicio de Obstetricia y Ginecología recibe las pacientes de la asistencia primaria (PAD).

Durante el año 1998 se practicaron 60 histerectomías de las cuales 24 son HVTS con el diagnóstico de prolapso uterino.

De las 36 restantes, abdominales, 28 tienen el diagnóstico previo de mioma uterino o útero miomatoso:

- 13 HATS
- 14 HATS + AB
- 1 Histerectomía subtotal por Endometriosis G.I.V.
- Se practicaron también 3 miomectomías:
 - Miomectomía (dos nódulos miomatosos) en mujer de 26 años post aborto a las 26 semanas.
 - Mioma pediculado con diagnóstico ecográfico previo de quiste endometriósico (Laparoscopia + Pfannestiedl).
 - Mioma pediculado con diagnóstico ecográfico previo de quiste de ovario (Laparoscopia + Pfannestiedl).
- Síntomas más frecuentes:
 - Hipermenorrea 23
 - Anemia 7
 - Dismenorrea 7
- Antecedentes ginecológicos:
 - LT 8
 - Patología mamaria benigna 3
 - Neoplasia mamaria 1
 - H. compleja con atipias 1
 - Depresión (*) 5
- Infertilidad. De las 31 pacientes 5 eran nulíparas:
 - Mioma pediculado, paciente de 27 años.
 - Mioma pediculado, paciente de 45 años, no consta la causa.
 - Dos miomas intramurales, paciente de 30 años con aborto previo a las 26 semanas.
 - Consta Esterilidad por factor masculino en paciente de 48 años (HATS+AB)
 - Paciente de 49 años (HATS+AB). No consta la causa.
- Exploraciones previas:
 - DABE 3
 - Histeroscopia diagnóstica 1
 - Ecografía 27 (25 en correlación con AP)
- Tratamientos previos:
 - Análogos Gh 10
 - Gestágenos 6
 - Diclofenaco 5
 - Hierro 7
- Anatomía Patológica. El estudio de la pieza quirúrgica confirma el diagnóstico previo excepto en los dos casos de mioma pediculado además de los siguientes diagnósticos adicionales:
 - Adenomiosis 4
 - Endometriosis 1
 - H. glandular simple 2
 - H. compleja sin atipias 1
 - H. compleja con atipias 1

Durante el mismo periodo (1998) se visitan en CC.EE 15 pacientes con tratamiento médico y conducta expectante.

Durante 1999 y 2000 el número global de histerectomías oscila entre 50 y 60 por año.