

Miomectomía

Drs. Daniel Flores Hernández*, Daniel Flores Pirela**, Dionel Flores Pirela**, Diomar Flores Pirela**

Hospital Universitario de Maracaibo

RESUMEN

Objetivo: Presentar la experiencia en 37 miomectomías realizadas en mujeres jóvenes.

Método: Analizamos las historias de 37 pacientes sometidas a miomectomía.

Ambiente: Hospital Universitario de Maracaibo.

Resultados: El 62,15% correspondió a mujeres entre los 17 y 35 años de edad y 81,08% - 30 casos eran nullíparas. La miomectomía fue simple en 22 pacientes (59,43%) y múltiple en 15 (40,54%). Se hizo seguimiento a 34 pacientes (91,89%) entre 6 meses y 10 años, de las cuales 6 tuvieron embarazos a término.

Conclusión: La miomectomía está indicada en pacientes jóvenes para preservar su función reproductora.

Palabras clave: Miomectomía. Miomatosis. Fibromatosis uterina.

SUMMARY

Objective: To present the experience of 37 myomectomies carried out in young women.

Method: Analysis of records from 37 patients that underwent myomectomy.

Setting: Hospital Universitario de Maracaibo.

Results: The 62.15% corresponded to women between 17 and 35 years old, 81.08% (30 cases) where nulliparous. Myomectomy was simple in 22 patients (59.43%) and multiple in 15 (40.54%). Follow-up was made to 34 patients (91.89%) between 6 months and 10 years, of which 6 had term pregnancies.

Conclusion: Myomectomy is recommended for young patients in order to preserve their reproductive function.

Key words: Myomectomy. Myomatosis. Uterine myofibromatosis.

INTRODUCCIÓN

Una de las intervenciones más realizadas en un servicio de ginecología es la histerectomía por diferentes indicaciones, entre ellas el mioma uterino (1-4). Con preocupación se observa que pacientes jóvenes con deseos de lograr embarazo o conservar su función menstrual son sometidas a histerectomía en lugar de realizar miomectomía, originando en ellas trastornos emocionales al ver frustrado su futuro obstétrico. Es preocupante la falta de entrenamiento quirúrgico de los residentes en la realización de miomectomía múltiple, prefiriendo la histerectomía, la que practican con mayor frecuencia. En la

literatura nacional se han publicado trabajos en relación al tema (5-13).

Esta inquietud nos motivó a la publicación de este trabajo para llamar a la reflexión a los cirujanos, en ser más conservadores con las pacientes jóvenes que tienen miomas uterinos, y es la opinión de varios autores (14,15).

MATERIAL Y MÉTODOS

Nuestro material está representado por 37 pacientes sometidas a miomectomía en el Hospital Universitario de Maracaibo.

Se analizan los siguientes factores: edad, motivo de consulta, antecedentes quirúrgicos, antecedentes obstétricos, diagnóstico pre-operatorio, biopsia de endometrio, intervención quirúrgica, número de miomas, diagnóstico histopatológico, seguimiento y recurrencias.

Cátedra de Ginecología, Hospital Universitario de Maracaibo, Universidad del Zulia.

*Médico Jefe del Servicio de Ginecología

**Médico Residente de Obstetricia y Ginecología

RESULTADOS

En relación con la edad, la mayor incidencia de la intervención estuvo entre los 17 y 35 años (62,15%). Entre 36 y 45 años hubo 14 pacientes (37,85%).

Cuadro 1

Edad (años)	Casos	%
17-30	9	24,32
31-35	14	37,83
36-40	8	21,62
41-45	6	16,23

El 81,08% eran nulíparas (30 casos). En 16,22% (7 casos) hubo antecedentes de embarazos a término.

Cuadro 2

Antecedentes obstétricos	Casos	%
Nulíparas	30	81,08
1 EAT	4	10,82
2 "	1	2,70
3 "	1	2,70
1 aborto	1	2,70

EAT = embarazo a término

Los antecedentes quirúrgicos se muestran en el Cuadro 3. Tres pacientes tenían miomectomía anterior: 8 meses, 16 meses y 14 años antes de la nueva indicación quirúrgica.

Cuadro 3

Antecedentes quirúrgicos	Casos
Miomectomía	3
Curetaje uterino	2
Adenoma suprarrenal	1
Apendicectomía	1
Cono biopsia	1

El principal motivo de consulta fue la hipermenorrea en 16 casos - 43,24%, los otros dos síntomas importantes fueron el dolor en hipogastrio y crecimiento abdominal 13 - 35,16%. La consulta por esterilidad representó el 2,70%.

Cuadro 4

Motivos de consulta	Casos	%
Hipermenorrea	16	43,24
Dolor en hipogastrio	9	24,33
Crecimiento del abdomen	4	10,83
Hipermenorrea y crec. del abdomen	2	5,40
Hipermenorrea y dolor en hipogastrio	2	5,40
Crec.del abd.y dolor en hipogast	1	2,70
Hipermenorrea y esterilidad	1	2,70
Dismenorrea	1	2,70
Esterilidad	1	2,70

Se realizó miomectomía simple en 22 casos - 59,43% y múltiple en 15 casos - 40,54%.

Se encontró mioma submucoso en 7 pacientes - 19%.

Sin importar el número de miomas, siempre se pudo realizar la miomectomía. En 29 casos - 78,38%, se extrajeron de 1 a 5 miomas y 6 o más en 8 - 21,62%.

En 34 pacientes - 91,89% se hizo el seguimiento entre 6 meses y 10 años. Tres casos no regresaron a control posoperatorio (Cuadro 5).

Cuadro 5

Seguimiento	Casos	%
6 meses - 1 año	5	13,52
2 - 5 años	18	48,58
6 - 10 años	11	29,70

Hubo 11 pacientes con recurrencias, 5 - 14,70% entre 2 y 5 años y 6 - 17,65% entre 6 y 10 años.

En las restantes 23 pacientes (67,65%) no se diagnosticó mioma uterino durante los 10 años de control.

DISCUSIÓN

Como se mostró en los resultados, la mayor incidencia de miomectomía fue en la edad reproductiva de la mujer 17 a 35 años (62,15%),

para conservar la función menstrual y el deseo de una gestación; las mujeres jóvenes histerec-tomizadas, al ver frustrada su maternidad presentan importantes trastornos emocionales que ameritan atención por el psicoterapeuta. Catorce pacientes entre 36 y 45 años fueron sometidas a la intervención quirúrgica por exigencia de ellas sin ser convincentes los argumentos a favor de la histerec-tomía.

La nuliparidad es factor de riesgo en la aparición del mioma uterino, el 81,08% de las pacientes intervenidas eran nulíparas. Smith y Uhlir reportan el 50% de nuliparidad en 64 miomec-tomías (16).

El mioma uterino puede ser causa de esterilidad si su localización produce obstrucción tubárica, sin embargo, se observan con más frecuencia abortos por impedir el desarrollo embrionario.

El 16,22% tenía antecedentes de embarazos a término, y deseos de conservar su útero.

El principal motivo de consulta hipermenorrea (43,24%) se explica por el aumento de la superficie de la cavidad uterina, falta de contracción muscular, tardanza en la epitelización de la capa basal y mayor vascularización. El mioma uterino por sí mismo no es causa de dolor, éste se explica por la compresión de los órganos vecinos cuando adquiere tamaño considerable.

La consulta por esterilidad, 1 caso (2,70%), demuestra que el mioma para impedir la fecundación debe comprometer la disposición anatómica de las trompas; una paciente no debe ser sometida a una miomec-tomía por miomas pequeños justificando que son la causa de su esterilidad.

El diagnóstico pre-operatorio se hizo con el examen ginecológico, se identificó el útero aumentado de tamaño y consistencia, superficie irregular por la presencia de nódulos. El ecograma pelviano fue realizado en 35 casos (94,60%), confirmándose el diagnóstico.

La histerosalpingografía fue practicada en 16 pacientes (43,25%), muy importante para el diagnóstico de mioma submucoso que muestra un defecto de repleción; otros signos radiológicos de mioma uterino son el aumento de la cavidad uterina, asimetría de los cuernos, y cavidad deformada. El examen ginecológico, ecograma pelviano y la histerosalpingografía hacen el diagnóstico de certeza en un porcentaje muy alto, excepcionalmente se debe recurrir a exploraciones más sofisticadas como la tomografía, histeroscopia o laparoscopia.

La citología vaginal practicada en todas las pacientes fue negativa. La biopsia de endometrio fue realizada en 14 casos - 37,84%; el diagnóstico

fue: endometrio secretor en 12 casos y proliferativo en 2 casos. En las pacientes con mioma uterino cuyo motivo de consulta es el sangrado uterino, es obligatoria la biopsia de endometrio.

En relación con la intervención quirúrgica siempre se pudo realizar la miomec-tomía independientemente del número, tamaño y localización de los miomas.

La miomec-tomía múltiple fue realizada en 15 casos - 40,54%; el cirujano debe estar entrenado para esta intervención y explorar con mucho cuidado el útero para no dejar miomas intramusculares o submucosos. La hemostasia debe ser muy cuidadosa y tener la seguridad de que no queden espacios muertos. Suturamos la zona cruenta dejada por el mioma con catgut crómico, con el mismo punto se realiza un plano profundo y uno superficial quedando invaginados los bordes de la herida, si la zona cruenta es muy amplia, se hace primero un plano profundo antes de realizar la sutura anteriormente descrita. Durante el acto quirúrgico, algunos cirujanos para evitar el sangrado aplican un torniquete a nivel del istmo para comprimir las arterias uterinas. Para evitar la herida del endometrio en la enucleación del mioma, se coloca previamente en cavidad uterina solución de azul de metileno. Con los adelantos técnicos por laparoscopia se realizan miomec-tomías (17) e igualmente por histeroscopia (18).

En relación con el número de miomas enucleados fue de 1 a 5 miomas en el 78,38% (29 pacientes), y 6 o más miomas en el 21,62% (8 casos). En 7 pacientes se extirparon 14,17,20,26,30,39 y 45 miomas respectivamente, esto indica que la buena voluntad y paciencia del cirujano logran con éxito esta cirugía conservadora. En estas pacientes con miomec-tomía múltiple el útero queda aumentado de tamaño, acompañando al mioma puede estar presente una adenomiosis.

Se han usado análogos de LH-RH en inyección intramuscular mensual durante 6 meses para reducir el tamaño de los miomas y el sangrado durante el acto quirúrgico (19,20). En pacientes con riesgo quirúrgico elevado o cercanas a la menopausia se han usado los análogos de LH-RH por vía nasal para posponer la histerec-tomía o miomec-tomía (21).

En el posoperatorio inmediato o tardío no hubo complicaciones hemorrágicas ni infecciones.

En todos los 37 casos se confirmó el diagnóstico de mioma uterino por el estudio histopatológico, en ningún caso se reportó degeneración maligna. Como patología asociada hubo dos casos con endometriosis ovárica, un quiste seroso de ovario, un quiste

mucinoso y una degeneración mixomatosa. En relación con el seguimiento el 91,89% (34 pacientes) fueron controladas entre 6 meses y 10 años. Sin precisar el número de pacientes que deseaban embarazo, 6 lograron la gestación a término, una paciente a los 3 años de la miomectomía presentó un aborto, a los 4, 7 y 9 años embarazo a término; la segunda paciente fue cesareada a los 15 meses de la operación; la tercera paciente a los 3 años de la miomectomía fue cesareada y a los 7 años parto normal; la cuarta paciente cesareada a los 7 años de la operación; la quinta paciente, se le extirparon 26 miomas, fue cesareada a los 3 y 6 años de la miomectomía y la sexta paciente presentó un aborto al año y cesárea a los dos años de la miomectomía.

Buttram y Reiter (22) reportaron un 40% de embarazos después de la miomectomía y una disminución del índice de abortos de un 41% a un 19%.

En el seguimiento hubo un 32,35% de recurrencias; 5 casos entre 2 y 5 años y 6 casos entre los 6 y 10 años, una paciente se sometió a nueva miomectomía tomando en cuenta su edad, otra paciente fue hysterectomizada y 9 se dejaron en observación por el tamaño de los miomas.

Willson reporta una recurrencia de un 15% (23) y Candiani y col. de un 27% en seguimiento de 10 años, menos incidencia en pacientes que habían logrado embarazos en comparación con las nulíparas (24). En nuestra serie, 23 pacientes, 67,65% no presentaron recurrencias.

Se concluye que debe indicarse la miomectomía y no la hysterectomía en pacientes jóvenes para preservar su función menstrual y reproductiva. Los cirujanos que reciben un buen entrenamiento en hysterectomías en los cursos de posgrado deben entrenarse para practicar la miomectomía múltiple y dejar aptas a las mujeres jóvenes para su futuro obstétrico.

REFERENCIAS

- Flores HD. Correlación anátomo-clínica en hysterectomía por procesos benignos. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1972;32:275-278.
- Montbrun F, Rodríguez Escobar R. La hysterectomía supra ístmica en tratamiento de miomatosis uterina. Primer Congreso Venezolano de Cirugía. Editorial Sucre 1951:496-508.
- Baquero González R, González Navas A, Gómez Paoli A. Consideraciones sobre el tratamiento quirúrgico del mioma uterino. Primer Congreso Venezolano de Cirugía 1951:509-514.
- Silva O, Silva M. La miomatosis uterina en el Hospital Ruiz y Páez. *Bol Sol Venez Cir* 1967;21:803-807.
- Amado JR. Pautas fisiopatológicas en la cirugía del fibroma uterino. *Bol Soc Venez Cir* 1966;20:781-800.
- Lobo D. Nuliparidad y fibroma uterino. *Bol Hosp* 1906;5:66-69.
- Montero L. Fibroma de enormes dimensiones desarrollado en la cavidad del vientre. *La Unión Med* 1881;1:82-83.
- Dagnino M. Tumor fibroso de la matriz. *Clin Med Quir Hosp Maracaibo* 1894;1:49-59.
- D'Empaire A. Prolapso de un fibroma pediculado de la matriz a través de la vulva. *Rev Soc Méd Quir Zulia* 1934;8:413-416.
- Belloso Chacín R. Embarazo y fibroma. *Rev Soc Méd Quir Zulia* 1935;9:562-565.
- Beaujon O. Fibromiomas uterinos prolapsados por la vulva. *Bol Hosp* 1945;44:199-205.
- Moreno Romero J, Navas J, Rivas P. Miomas calcificados. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1977;37:411-417.
- Molina R, Torres R. Necrosis masiva de leiomioma uterino después de dosis única masiva de medroxiprogesterona. *Invest Clin* 1978;19:62-67.
- Merlo G. *Ginecología 5ª Edición*. España (Barcelona); Editorial Salvat 1988:398-409.
- Álamo E. La miomectomía en los campos obstétricos y ginecológicos. *Rev Científica*. Caracas 1935;1:1
- Smith DC, Uhler JK. Myomectomy as a reproductive procedure. *Am J Obstet Gynecol* 1990;162:1476-1482.
- Morin C, Rodríguez JR, Pérez Villa I, Dallari D, Reñe AMJ. Miomectomía per laparoscopia. *Rev Iberoamericana Fertil* 1992;9:259-263.
- Corso SL, Brooks PG. Resectoscopic myomectomy. *Fertil Steril* 1991;55:1041-1044.
- Friedman AJ, Barbieri RL, Doubilet PM. A randomized, placebo controlled, double blind study evaluative the efficacy of leuprolide acetate depot in the treatment of uterine leiomyomat. *Fertil Steril* 1989;51:251-256.
- Moghissi KS. Hormonal therapy before surgical treatment for uterine leiomyomas. *Surg Gynecol Obstet* 1991;172:497-500.
- Fedele L, Biachi S, Baglioni A, Arcaini L, Marchini M, Boccione L. Intranasal buserelin versus surgery in the treatment of uterine leiomyomata; long term follow-up. *Eur J Obstet Gynaecol Reprod Biol* 1991;36:53-57.
- Buttram VC Jr, Reiter RC. Uterine leiomyomata. *Fertil Steril* 1981;36:43-49.
- Willson JR. Enfermedades benignas y malignas del útero. En: Willson JR, Corrington FR, editores. *Gineco-Obstetricia*. 8ª Edición México: Edit. El Manual Moderno 1991. p:684-690.
- Candiani GB, Fedele L, Parazzini F, Villa L. Risk of recurrence after myomectomy. *Br J Obstet Gynaecol* 1991;98:385-389.