

11217
07
2ej



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

**LEIOMIOMATOSIS UTERINA
Y EMBARAZO**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALIZACION EN GINECOLOGIA
Y OBSTETRICIA**

P R E S E N T A

DR. ALFONSO ORTIZ VAZQUEZ

ASESOR: DR. FEDERICO MENDOZA MEIXVEIRO

MEXICO 1986



**TESIS CON
FALTA DE ORIGEN**



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	PAGINA
INTRODUCCION	1
EDAD	2
ANTECEDENTES OBSTETRICOS	3
ANTECEDENTES DE ESTERILIDAD E INFERTILIDAD	6
SINTOMATOLOGIA	8
DIAGNOSTICO	9
ECOGRAFIA	10
COLPOCITOLOGIA	10
CARDIOTOCOGRAFIA	11
EVOLUCION	11
MIONECTOMIA	12
RESOLUCION DEL EMBARAZO	13
LOCALIZACION Y CARACTERISTICAS DE LOS MIOMAS	15
CARACTERISTICAS DE LOS PRODUCTOS	16
COMPLICACIONES TRANSPARTO O TRANSCESAREA	18
COMPLICACIONES PUERPERALES	19
ESTANCIA HOSPITALARIA MATERNA FETAL	20
RESUMEN Y COMENTARIOS	21
BIBLIOGRAFIA	27

INTRODUCCION:

La asociación de miomatosis uterina-embarazo si bien, se presenta en una frecuencia porcentual baja, tiene características especiales en cuanto a la metodología diagnóstica misma que se hace en la actualidad en razón de que contamos con recursos materiales modernos tales como la ecosonografía.

La influencia que ciertos factores como la edad, número de gestaciones, partos y abortos - tienen, es discutible y hay ciertas diferencias en las distintas publicaciones existentes.

Es evidente que lo que preocupa en dicha asociación no es en sí la metodología diagnóstica sino en particular la evolución del embarazo, - las posibles repercusiones fetales, la posibilidad de sintomatología que pudiera confundirse con otras distintas entidades nosológicas, la necesidad de interrumpir en ocasiones tempranamente el embarazo, definir la vía de resolución del mismo y para ciertos investigadores la problemática mayor, como complicación, puede presentarse incluso en el puerperio.

En el presente trabajo se hace un análisis - de los distintos factores que hay que tomar en cuenta para llevar a cabo decisiones cuando el médico ginecoobstetra se enfrenta a estas situaciones.

Las experiencias que se describirán son las observadas durante un periodo de tiempo de dos años en el Módulo II de embarazo de alto riesgo del Hospital de Gineco-Obstetricia número - tres del Centro médico la Raza del Instituto - Mexicano del Seguro Social.

EDAD:

La edad mínima encontrada fué de 19 años y la máxima de 44 años, con un promedio de 32 años.

Aguilar Guerrero (1) cita un promedio de edad de 35.7 años, Ranney (5) 34.1 años, y Murrain (7) 31 años.

En el cuadro uno podemos observar la distribución por grupos de edad, en donde el porcentaje mayor (33.84%) correspondió a pacientes de 31 a 35 años, lo que está de acuerdo con los autores mencionados.

CUADRO No. 1

EDAD	No. De Casos	PORCENTAJE
16-20 años	1	1.53%
21-25 años	9	13.84%
26-30 años	16	24.61%
31-35 años	22	33.84%
36-40 años	15	23.07%
41-45 años	2	3.07%

ANTECEDENTES OBSTETRICOS: GESTACIONES.

El número de gestaciones oscilaron desde 1 hasta 12. Predominando en primigestas (38.46%) y el promedio fué de 2.55.

Aguirre (1) reportó una mayor incidencia en mujeres multiparas y solo un 10% en primigestas. Nuestra observación a su vez coincide con el predominio en primigestas informado por Muram (7) en 1980. Ilustramos este dato en el cuadro No.2.

CUADRO No. 2

GESTAS	No. De Casos	PORCENTAJE
1	25	38.46%
2	19	29.23%
3	7	10.76%
4	3	4.61%
5	5	7.69%
6	3	4.61%
7	1	1.53%
8	1	1.53%
9	0	0.00%
10	0	0.00%
11	0	0.00%
12	1	1.53%

PARIDAD:

La paridad osciló de 0-9, observándose que el mayor número de casos (58.46%) se presentó en mujeres nulíparas y el 26.15% se presentó en pacientes primigestas o primíparas. Como puede observarse los resultados están parcialmente de acuerdo a las observadas por Vargas y cols. (2) quienes reportan una mayor incidencia de miomas en mujeres multiparas (30-40%); y un porcentaje casi idéntico al encontrado por nosotros en primigestas, el cual lo informan del 28%. En el cuadro No. 3 se muestran estos datos.

CUADRO No. 3

PARIDAD	No. De Casos	PORCENTAJE
0	38	58.46%
1	17	26.15%
2	4	6.15%
3	1	1.53%
4	2	3.07%
5	2	3.07%
6	0	0.00%
7	0	0.00%
8	0	0.00%
9	1	1.53%

ABORTOS:

El número de abortos fluctuó de 1-5. El total fué de 24 para una cifra de 36.92%. Si se toman en cuenta los casos de 3- ó más abortos en donde cabe pensar en la probabilidad de que los miomas desencadenaron el aborto, esta cifra es de 13.8%-- muy parecida a la de 12% reportada por Muram (7). En el cuadro no. 4 se presentan gráficamente estos datos.

CUADRO No. 4

ABORTOS	No. De Casos	PORCENTAJE
0	41	63.07%
1	11	16.92%
2	4	6.15%
3	6	9.23%
4	2	3.07%
5	1	1.53%

ANTECEDENTES DE ESTERILIDAD E INFERTILIDAD:

En 24 pacientes que corresponden a un 36.92% contaron con antecedente de esterilidad e infertilidad, predominando la esterilidad en 16 pacientes(66.66%), de las cuales 13 presentaron esterilidad primaria y 3 esterilidad secundaria .

En relación con la infertilidad encontramos 8 pacientes , de las cuales 50% correspondieron a infertilidad primaria y el otro 50% a infertilidad secundaria.

CAUSAS DE INFERTILIDAD: -

1. Causas mecánicas: localización de los miomas a nivel -- cornual o cervical(21) .
2. Las prostaglandinas en el líquido seminal pueden facilitar el transporte del espermatozoides al causar contracciones -- uterinas rítmicas en el momento del intercurso. Los leiomiomas pueden interferir con esta actividad en forma tal que se deteriore el transporte y la fertilización subsiguiente se vea interrumpida, además el espermatozoides puede tener que viajar una mayor distancia dentro de una cavidad uterina distorsionada (15, 16, 22, 24) .
3. Factor de irritación miometrial e hipercontractilidad -- secundaria a degeneración o torsión de los leiomiomas -- como factor causal. Además los leiomiomas situados en -- regiones cornual o cervical pueden obstruir suficientemente el canal endocervical o el lumen de las trompas -- causando infertilidad. (20).

4. Alteraciones vasculares: como resultado de la dilatación venosa y la congestión o deterioro del flujo sanguíneo, la obstrucción de los plexos venosos endometrial y mio-metrial pueden alterar el medio ambiente del endometrio en forma tal que se impida la nidación adecuada del huevo fertilizado (13, 23, 26).
5. Pérdida fetal: el 41% de embarazos finalizan en aborto - espontáneo (14, 15, 18, 20, 25, 27), el cual puede ser resultado del aumento en la irritabilidad uterina y en su contractilidad ; ya sea debido a la tendencia de rápido crecimiento y consecuente degeneración (15,25), o debidos a la actividad de la ocitocinasa. También las alteraciones en el estroma o vasculatura del endometrio , esto es, por estasis de vénula endometrial observado por Farrer Brown y cols. (13, 23) y la reducción en el flujo sanguíneo del útero demostrada por Forsman (26), haciendo inadecuado el suministro de sangre en la placenta y el feto en desarrollo, contribuyendo finalmente en el -- aborto espontáneo.
6. Parto pretérmino: por infección del tumor submucoso , -- obstrucción interna, presentación anormal y hemorragia.

Todos estos son conceptos dignos de tomarse en cuenta para la explicación del elevado porcentaje de pacientes con - infertilidad.

SINTOMATOLOGIA:

En relación a la sintomatología, el dolor es el más frecuente (27.69%), a diferencia de lo que cabría esperar como es el sangrado; y el sangrado y el dolor , juntos ocupan el tercer lugar.

Respecto a otro tipo de sintomatología, la leucorrea fué la más frecuente (35.38%) cifra considerablemente más alta que la reportada por Vargas López y cols. (2).

La infección de vías urinarias y la incompetencia ístmico cervical con un porcentaje significativo de 30.76%, no puede atribuirse directamente a una relación de causa efecto. Ver el cuadro No. 5.

CUADRO No. 5

SINTOMA	No De Casos	%
DOLOR.....	18.....	27.69%
SANGRADO.....	14.....	21.53%
SANGRADO Y DOLOR.....	6.....	9.23%
SIN SANGRADO NI DOLOR.....	27.....	41.53%
OTRA SINTOMATOLOGIA:		
LEUCORREA.....	23.....	35.38%
INFECCION DE VIAS URINARIAS.....	15.....	23.07%
*INCOMPETENCIA ISTMICO CERVICAL.....	5.....	7.69%

*Tres pacientes cursaban con cerclaje cervical.

DIAGNOSTICO:

El diagnóstico de miomas y gestación se realizó en 46 pacientes (70.76%) y en las restantes 19 (24.25%), el diagnóstico -- fué hecho fuera del embarazo.

En las 46 pacientes en las que el diagnóstico se realizó dentro del embarazo se incluyen tres casos que fueron diagnosticados en el momento del parto, o bien, al efectuar la revisión -- de la cavidad uterina y canal del parto.

La edad gestacional al momento del diagnóstico varió desde -- un embarazo incipiente hasta un embarazo a término, efectuándose en promedio a las 14.43 semanas de gestación.

En relación al método diagnóstico, mencionaremos que en 19 -- pacientes (29.23%) el diagnóstico se efectuó por clínica, en -- 42 pacientes (64.61%) por ultrasonografía, en una paciente -- (1.53%) se realizó mediante rayos X y en tres pacientes ignoramos el método. Como se ve la forma más frecuente para hacer el diagnóstico es la ecsonografía siguiendo en frecuencia el diagnóstico clínico. Muram (7) reporta 42% de miomas diagnosticados por examen físico cuando el mioma era grande, pero cuando éste tenía un diámetro de 3-5 cm solo se diagnosticó clínicamente -- en 12.5% de casos.

Son considerables los problemas diagnósticos mediante ultrasonido de los miomas con embarazo; ya que , en el primer trimestre pueden confundirse con un cuerpo lúteo, teratoma quístico de ovario u otros tumores benignos de ovario y más raramente el cuerno no embarazado de un útero bicorne (7).

ECOGRAFIA:

El control ecográfico se hizo en 58 pacientes (88.74%). En siete casos no fué posible realizarlo por diversas razones, como por ejemplo en los embarazos de término y en trabajo de parto.

En nuestro estudio se aprecia que el estudio ecsonográfico es de incalculable valor tanto para la realización del diagnóstico como para seguimiento y control de las enfermas; se notó y fué corroborada la utilidad de la ecografía para llevar a cabo la vigilancia del embarazo y modificaciones de los leiomiomas.

Solo en 6 casos (9.18%) se observaron cambios ecográficos, 3 con aumento de 50% en sus dimensiones; dos con crecimiento de 10% y en uno, se sospechó degeneración roja. Esta cifra porcentual es ligeramente superior a la reportada por Muram (7).

Es de llamar la atención que a diferencia del 33% de placentas que llegaron a tener contacto con los leiomiomas (Muram), en nuestra casuística esta situación solo se presentó en 10 casos (15.3%) de las cuales seis se acompañaron de sangrado y cuatro con ruptura prematura de membranas.

COLPOCITOLOGIA:

En 19 casos (29.23%) se efectuó este estudio no encontrando datos realmente importantes que permitieran hacer alguna correlación; solo en 9 casos (47.36%) hubo informe de un grado variable de reacción inflamatoria.

CARDIOTOCOGRAFIA:

Este estudio se efectuó en 7 pacientes (10.76%) - siendo los reportes normales con buen pronóstico; - solo en una paciente a la que se le efectuaron tres estudios, en uno de ellos se reportó un trazo reactivo con patrón ondulatorio angosto a las 31 semanas de gestación, pero en los dos estudios de control los trazos fueron reactivos con patrón ondulatorio y buen pronóstico.

EVOLUCION:

ABORTO, AMENAZA DE PARTO PREMATURO Y R.P.M.

En el presente estudio 10 pacientes cursaron con amenaza de parto prematuro (15.38%), 9 pacientes presentaron ruptura prematura de membranas (13.84%), y 8 con aborto (12.30%), lo cual en términos generales está de acuerdo con lo expresado por otros autores (2,7). El cuadro No. 6 ilustra este párrafo.

CUADRO No. 6

EVOLUCION	No. de Casos	PORCENTAJE
ABORTO.....	8.....	12.30%
AMENAZA DE PARTO PREMATURO.....	10.....	15.38%
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS....	9.....	13.84%

MIOECTOMIA:

Encontramos dos pacientes las que fueron sometidas a miomectomía durante el embarazo fuera de nuestra unidad, ignorándose su evolución posterior por falta de control en este centro hospitalario. -- Dos pacientes fueron sometidas a miomectomía fuera del embarazo -- cursando con una gestación actual aparentemente normal.

En tres pacientes se realizó miomectomía en el momento de practicar la operación cesárea, siendo uno de estos un mioma de 20 x 10-cm, de localización corporal, el cual se intentó extirpar a la semana 27 del embarazo, lo cual no fué posible en ese momento.

Los siguientes son conceptos que deben tenerse en cuenta para -- normar la conducta de manejo de estos problemas:

1. La indicación más frecuente de miomectomía fuera del embarazo -- fué la infertilidad, según Malone (3).
2. Ranney (5) informa de un caso de mioma sintomático a las 36 semanas, que produjo dolor, fiebre e irritación peritoneal; efectuándose cesárea y miomectomía. Durante los siguientes 9 años -- esta paciente ha tenido dos niños más mediante cesárea, pero no ha requerido otra miomectomía o histerectomía.
3. Murem(7) reporta una miomectomía en 6 pacientes cesareadas.

En nuestro concepto, la miomectomía durante el embarazo debe diferirse; la justificación de ésta solo se dará por sintomatología acentuada (generalmente dolor) atribuible a la neoplasia; -- cuando se trata de un mioma pediculado con fenómenos de torsión, por degeneración roja sintomática, también en miomas pediculados solamente o la remota posibilidad de una degeneración maligna.

RESOLUCION DEL EMBARAZO:

La culminación del embarazo fué mediante operación cesarea o bien por eutocia. De las 65 pacientes en estudio - en 26 (40%) se realizó cesarea tipo Kerr y solo en una paciente (1.53%) se efectuó cesarea segmento corporal por un mioma de 4 cms., localizado en el segmento.

En 12 pacientes (18.46%) la resolución del embarazo fué mediante parto vaginal normal. El resto de las pacientes, - 26 que corresponde a un (40.00%) no se tiene este dato por estar aún embarazadas durante la ejecución de esta investigación.

Como se puede ver en el cuadro No. 7 la indicación de la operación cesarea por miomatosis uterina fué de 4.61% siendo la segunda causa de las indicaciones de la misma después de la desproporción cefalopélvica.

Aguilar (1) reporta como primera causa de indicación a la cesarea iterativa y en segundo lugar la desproporción - cefalopélvica.

Solo tres pacientes presentaron situaciones anormales lo que corresponde a un 11.11%. La edad gestacional promedio de la interrupción del embarazo fué de 38.5 semanas.

Las indicaciones para la operación cesarea se enuncian a continuación en el cuadro No. 7 en orden decreciente.

CUADRO No. 7

INDICACION	No. De Casos	PORCENTAJE
DESPROPORCION CEFALOPELVICA.....	10.....	15.38%
MIOMATOSIS UTERINA.....	3.....	4.61%
RH NEGATIVO.....	3.....	4.61%
HIPOMOTILIDAD FETAL.....	3.....	4.61%
TOXEMIA SEVERA.....	2.....	3.07%
PRESENTACION PELVICA.....	2.....	3.07%
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.....	2.....	3.07%
SENESCENCIA PLACENTARIA.....	2.....	3.07%
ANTECEDENTE DE MIOMECTOMIA.....	2.....	3.07%
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO.....	1.....	1.53%
SUFRIMIENTO FETAL CRONICO.....	1.....	1.53%
PERIODO EXPULSIVO PROLONGADO.....	1.....	1.53%
RETARDO EN EL CRECIMIENTO INTRAUTERINO.....	1.....	1.53%
INSERCIÓN BAJA DE PLACENTA.....	1.....	1.53%
INMINENCIA DE RUPTURA UTERINA.....	1.....	1.53%
PRODUCTO VALIOSO.....	1.....	1.53%
ANTECEDENTE DE ESTERILIDAD.....	1.....	1.53%
ANTECEDENTE DE INFERTILIDAD.....	1.....	1.53%
PRIMIGESTA AÑOSA.....	1.....	1.53%
PRESENTACION DEFLEXIONADA.....	1.....	1.53%
QUISTE PARAURETRAL Y VULVAR.....	1.....	1.53%

LOCALIZACION:

La localización de los miomas, confirmada durante la operación cesárea, fué variable, como se indica en el cuadro No.- 8.

CUADRO No. 8

LOCALIZACION	No. De Casos	PORCENTAJE
CORPORALES	19	70.3%
SEGMENTARIOS	8	29.6%
CERVICALES	0	00.0%

De éstas localizaciones la mayoría fueron de tipo subseroso e intramural y solamente tres fueron submucosas (11.1%).

TAMAÑO:

El tamaño, también confirmado transcesárea, varió de 1 a 20 cms., distribuyéndose de la siguiente manera, como se muestra en el cuadro No. 9.

CUADRO No. 9

TAMAÑO	No. De Casos
1-5 CMS	20
6-10 CMS	5
11-15	1
16-20	1

Según Aguilar (1) el tamaño promedio fué de 7 cms., y Benjamín (8) informa de un caso de leiomioma gigante de 70x50-cms., y embarazo.

Es importante mencionar que el número de miomas reportados en cada paciente osciló entre 1 y 3 generalmente, aunque -- hay reportes de miomas múltiples sin especificar el número -- de éstos, lo que dificulta dicha tabulación.

CARACTERISTICAS DE LOS PRODUCTOS:

Del producto de la gestación se estudiaron : peso, Apgar,- Silverman y la presencia o no de malformaciones congénitas.

Referente al peso se encontró un rango que va de 1600 grs. hasta 4050, siendo el promedio de 2937 grs..

La calificación de Apgar otorgada se muestra en el cuadro- No. 10, siendo ésta de 0/4 a 9/9:

CUADRO No. 10

APGAR	No. De Casos	PORCENTAJE
8/9	22	56.41%
7/8	6	15.38%
6/7	3	7.69%
7/9	2	5.12%
6/8	2	5.12%
5/8	1	2.56%
4/7	1	2.56%
0/4	1	2.56%
9/9	1	2.56%

La calificación de Silverman otorgada, osciló de 0 a 4 -
siendo en su mayoría de 0 (64.10%). (Cuadro No. 11).

CUADRO No. 11

SILVERMAN	No. De Casos	PORCENTAJE
0	25	64.10%
1	2	5.12%
2	2	5.12%
3	2	5.12%
4	2	5.12%
Sin calificación	6	15.38%

La talla de los productos se registró en un rango de 40 a -
53 cms., con un promedio general de 48.8 cms., distribuyéndose
de la siguiente manera. (Cuadro No. 12)

CUADRO No. 12

TALLA	No. De Casos	PORCENTAJE
36-40 CMS	1	2.56%
41-45 CMS	3	7.69%
46-50 CMS	24	61.53%
51-55 CMS	11	28.20%

Solo en dos productos se reportaron malformaciones congéni-
tas , caracterizadas por sindactilia derecha en uno y asime--
tría de cara en otro; siendo esta última la única que puede -
atribuirse a la leiomatosis. Romero (9) informa de un ca-
so de deformación de la cabeza fetal y tortícolis asociadas a
tumor uterino.

COMPLICACIONES TRANSPARTO O TRANSCESAREA:

Se presentaron complicaciones en ocho pacientes - (18.24%), siendo la más frecuente el acretismo placentario observado en dos; además se encontró un caso de inserción baja de placenta, uno de amnioftis, otro de desgarro de peritoneo visceral, un desgarro del ligamento ancho, una punción de la arteria uterina izquierda y un caso de apendicitis purulenta.

No se observó ningún caso de parto obstruido o bien de embarazo ectópico, como ha sido referido -- por otros autores (6,8).

Benjamin (8) informa de cuatro pacientes con trabajo de parto obstruido por mioma cervical o ligamentario.

Williams Anderson (12) reporta que la mayoría de las complicaciones, debidas a mionas submucosas, ocurre más frecuentemente en el postparto.

COMPLICACIONES PUERPERALES:

La atonía uterina se presentó en dos pacientes - (5.12%), una postparto y otra postaborto.

En tres pacientes se presentó corioamnioítis secundaria a ruptura prematura de membranas y en otras tres deciduomietritis, para un total de 6 (12.72%) lo cual está de acuerdo con lo reportado por otros autores.

Aguilar (1) menciona que puede ocurrir en el puerperio inercia uterina, hemorragia y rara vez , puede haber hemorragia en cavidad peritoneal.

Williams Anderson (12) reporta con mayor frecuencia a la infección y la hemorragia como complicaciones postparto.

Entre otras complicaciones encontramos dos con toxemia severa, una con mastitis, una con hipertensión arterial sistémica severa y una punción accidental de duramadre, de las cuales, ninguna tiene relación con la micomatosis.

ESTANCIA HOSPITALARIA MATERNO FETAL:

La estancia hospitalaria materna registrada fluctuó de 2 a 11 días, con un promedio de 5.56 días, y la fetal se encontró en el rango de 2 a 49 días con un promedio de 7.51.

RESUMEN Y COMENTARIOS:

1. Se realizó estudio de 65 casos de asociación de miomatosis y embarazo, durante un período de - dos años en pacientes obstétricas atendidas en el Hospital de Gineco obstetricia No. 3 del Centro Médico la Raza, observándose que la frecuencia de dicha asociación es de 0.65%, que - está de acuerdo con lo reportado por autores como Muram (7), aunque existen publicaciones como la de Vargas López y Cols. (2) que reportan 11.9 %. Es probable que la diferencia porcentual esté dada por el tipo de pacientes atendidas en cada unidad hospitalaria.
2. En relación a la edad, la mayor frecuencia (33.84%) correspondió a pacientes en la cuarta década , igual a la reportada por otros autores - (1,5,7).
3. Llama la atención que en el presente estudio el porcentaje predominante (38.46%) correspondió a pacientes primigestas a diferencia de lo comunicado en otras publicaciones. Probablemente para la explicación de esto tenga que ver mucho la utilidad que presta el diagnóstico ecsonográfico. Lo anterior, está en íntima relación con el análisis de la paridad, y que en - nuestra casuística la frecuencia mayor (58.4%) correspondió a nulíparas.

4. Se encontró un 13.8% de pacientes con antecedente de tres o más abortos , cuya etiología pudo haber sido desencadenado por la presencia de leiomiomas .
5. Antecedentes de esterilidad e infertilidad: estos antecedentes se encontraron con una frecuencia de 36.92%, y fuera de la explicación - por causa mecánica existen por lo menos cinco teorías más, para explicar esta problemática , así se han mencionado las prostaglandinas en líquido seminal alteradas en su comportamiento espermático; aumento de la irritabilidad uterina por rápido crecimiento de los miomas o por efecto de ocitocinasa y por último infección - agregada en el mioma submucoso (15,16,20,21,22,24).
6. El diagnóstico se realizó durante el embarazo - en un 70.76% pudiéndose realizar en cualquier edad de la gestación , siendo en promedio a las 14.43 semanas. La ecsonografía resultó ser el método más útil para realizar el diagnóstico en nuestras pacientes (64.1%) , en contraposición - del realizado mediante la clínica (29.23%) y por estudio radiológico (1.53%) . Muram (7) reporta un porcentaje mayor para el diagnóstico por clínica (42%) cuando el mioma es grande reduciéndose el porcentaje a 12.5% cuando el diámetro osciló de 1 a 5 cm .

7. Bajo lo anterior tenemos que la ecosonografía es de valor incalculable tanto para el diagnóstico como para el control de estas tumoraciones permitiendo llevar a cabo su vigilancia durante el embarazo.
8. La utilidad de la cardiotocografía y la colpocitología no fué posible establecerla dado que no fueron practicados dichos estudios a la totalidad de nuestras pacientes. La cardiotocografía se realizó en 7 pacientes reportándose en todas bienestar fetal, solo una paciente mostró un trazo reactivo con patrón ondulatorio angosto a la semana 31 del embarazo, encontrándose normal en estudios posteriores; por lo que consideramos que no hubo influencia de los leiomiomas sobre el bienestar fetal. En cuanto a la colpocitología realizada en 19 casos, se encontró como dato de interés reacción inflamatoria en el 47.36% lo que no puede atribuirse directamente a los miomas.
9. No existió síntoma predominante, no obstante -- que el dolor se presentó en el 27.69%, no teniendo diferencia significativa con el sangrado (21.53%). Siendo interesante que un 35.38% curaron con leucorrea; la infección de vías urinarias y la incompetencia ístmico cervical no --

podemos atribuirla directamente a una relación causa efecto. Aclarando que la mayoría de las paciente^s (41.53%) cursaron sin sangrado y sin dolor.

10. En cuanto al aborto, amenaza de parto prematuro y ruptura prematura de membranas, éstas se presentaron en nuestra casuística de acuerdo con lo expresado por otros autores.
11. En nuestro estudio sólo a tres pacientes se les realizó miomectomía al momento de practicar la cesárea, uno de estos casos fué un mioma de 20 X 10 cm. , de localización corporal - el cual se había intentado extirpar en la semana 27 de gestación no siendo posible en ese momento . A dos pacientes se les realizó miomectomía fuera de la gestación cursando ambas en el momento del estudio con un embarazo aparentemente normal. Malone (3) menciona que la indicación más frecuente de miomectomía fuera del embarazo es la infertilidad, con lo cual estamos de acuerdo. En nuestro concepto, como mencionamos, la miomectomía durante el embarazo debe diferirse y sólo estará justificada ante una sintomatología acentuada, como el caso descrito por Ranney(5).

12. La cesárea fué la intervención más utilizada - para la resolución del embarazo (41.53%) en comparación con el 18.46% que culminó por vía vaginal. Es importante señalar que el 40.00% de pacientes se encontraban embarazadas en el momento de la realización de este estudio.
13. Encontramos que la miomatosis por si misma no es la causa de indicación más frecuente para la resolución del embarazo por vía abdominal. Sólo la encontramos como indicación quirúrgica en el 4.61% . Y en general la edad gestacional promedio de interrupción del embarazo fué de - 38.5 semanas.
14. Se observó una elevada frecuencia para la localización corporal (70.3%) de los leiomiomas en comparación con la segmentaria (29.6%) siendo - la mayoría subserosos e intramurales cuyo tamaño fluctuó entre uno y cinco centímetros - predominantemente.
15. El peso de los productos fué apropiado para la edad gestacional, con un promedio de 2937 grs. En la mayoría de los casos la calificación de Apgar y Silverman fué de 8/9 y 0 respectivamente, con un promedio de talla de 48.8 cm. .Lo -- que nos hace concluir que la leiomiomatosis no influye en forma negativa sobre las caracteristicas mencionadas de los productos, así como

tampoco para la presencia de malformaciones congénitas, ya que sólo un caso que presentó asimetría de cara podría atribuirse en forma directa a la leiomiomatosis.

16. Las complicaciones transparto y transcesárea que se pueden atribuir directamente a la leiomiomatosis fueron el acretismo placentario e inserción baja de placenta, que pueden ser explicados por factores mecánicos y probablemente vasculares. No se encontraron complicaciones reportadas por otros autores (2,8).
17. La frecuencia de complicaciones puerperales atribuidas a la miomatosis fué baja (5.12%) representada por atonía uterina.
18. Ante la baja incidencia de complicaciones durante y después de la resolución del embarazo y el buen estado de los productos, el promedio de estancia hospitalaria fetal no se ve alterado en relación con la población general.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Aguilar Guerrero J., MIOMA UTERINO EN LA MUJER EMBARAZADA.
Ginecol Obstet Mex.XIX :239-252, 1964 .
- 2.- Vargas López , Et al., MIOMATOSIS UTERINA: ASPECTOS CLINICOS
Y TERAPEUTICOS. Ginecol Obstet Mex. 51(310) :39-42, 1983 .
- 3.- Malone L., MYOMECTOMY :RECURRENCE AFTER REMOVAL OF SOLITARY
AND MULTIPLE MYOMA . Obstet Gynecol.34(2): 200-203, 1969 .
- 4.- Babaknia A., Et al., PREGNANCY SUCESS FOLLOWING ABDOMINAL
MYOMECTOMY FOR INFERTILITY. Fertil Steril . 30(6):644-647 ,
1978.
- 5.- Ranney B., Federick I., THE OCCASIONAL NEED FOR MYOMECTOMY.
Obstet Gynecol . 53(4) : 437-441, 1979 .
- 6.- Moore O., Et al., LEIOMYOMA OF THE FALLOPIAN TUBE : A CAUSE
OF TUBAL PREGNANCY. Am J Obstet Gynecol. 141(7):838-839,
1981.
- 7.- Muram D., Et al., MYOMAS OF THE UTERUS IN PREGNANCY ULTRASO/
NOGRAPHIC FOLLOW UP . Am J Obstet Gynecol. 138(1):16-19,1980
- 8.- Benjamin G., Et al ., GIANT FIBROID UTERUS COMPLICATING -
PREGNANCY . Acta Obstet Gynecol Scand . 60:437-438, 1981 .
- 9.- Rombo R., Et al., FETAL HEAD DEFORMATION AND CONGENITAL
TORTICOLIS ASSOCIATED WITH A UTERINE TUMOR. Am J Obstet Gyne-
col. 141(7): 839-840, 1981.
- 10.-Nielsen T. TORSION OF THE PREGNANT HUMAN UTERUS WITHOUT SYMP-
TOMS. Am J Obstet Gynecol. 53(4) : 437-441, 1979 .

- 11.- Buttram V., Reiter R., UTERINE LEIOMYOMATA : ETIOLOGY ,
SYMPTOMATOLOGY AND MANAGEMENT. Fertil Steril . 36(4): 433-
444,1981 .
- 12.- Andirson W., SUBMUCOSUS MYOMA IN TERM PREGNANCY . Obstet
Gynecol . 24(3) :455-457, 1964 .
- 13.- Farrer G, Bšiky Jow, Tarbit MH: THE VASCULAR PATTERNS IN
MYOMATOUS UTERI . J Obstet Gynaecol Br Commonw . 77: 967,
1970 .
- 14.- Babaknia A, Rock J. A, Jones HW: PREGNANCY SUCCESS FOLLO-
WING ABDOMINAL MYOMECTOMY FOR INFERTILITY . Fertil Steril .
30: 644 , 1978 .
- 15.- Ingersoll FM : FERTILITY FOLLOWING MYOMECTOMY . Fertil Ste-
ril. 14: 596 , 1963 .
- 16.- Hunt JE, Wallach EE: UTERINE FACTORS IN INFERTILITY AN -
OVERVIEW . Clin Obstet Gynecol. 17:44 , 1974 .
- 17.- Miller H, Tyrine C. A SURVEY OF A SERIES OF MYOMECTOMIES -
WITH A FOLLOW UP. Am J Obstet Gynecol . 26: 575 , 1933 .
- 18.- Loeffler FE, Noble AD: MYOMECTOMY AT THE CHELSEA HOSPITAL
FOR WOMEN . J Obstet Gynaecol Br Commonw. 77: 167 ,1970 .
- 19.- Ranney B, Frederick I. THE OCCASIONAL NEED FOR MYOMECTOMY
Obstet Gynecol . 53: 437 , 1979 .
- 20.- Malone LJ, Ingersoll FM: MYOMECTOMY IN INFERTILITY IN PRO-
GRESS IN INFERTILITY, EDITED BY SJ B(HRMAN RW, KISTNER -
BOSTON , LITTLE BROWN , AND Co. p.85 , 1975 .

ESTA TESIS
SALIR DE LA NO DEBE
BIBLIOTECA

- 21.- Miller NF , Ludovici PP: ORIGIN AND DEVELOPMENT OF UTERINE FIBROIDS . Am J Obstet Gynecol . 70: 720 , 1955 .
- 22.- Sehgal N. Haskins AL: THE MECANISM OF UTERINE BLEEDING IN THE PRESCENCE OF FIBROMYOMAS. Am J Surg . 26:21 , 1960 .
- 23.- Farrer Brown G, Beilby JOW , Tarbit MH : VENOUS CHANGES IN THE ENDOMETRIUM OF MYOMATOSUS UTERI. Obstet Gynecol . 38: 743 , 1971 .
- 24.- Coutinho EM , Maia HS: THE CONTRACTILE RESPONSE OF THE HUMAN UTERUS , FALLOPIAN TUBES, AND OVARY TO PROSTAGLANDINS IN VIVO. Fertil Steril . 22:539 , 1971
- 25.- Stevenson CS: MYOMECTOMY FOR IMPROVEMENT OF FERTILITY . - Fertil Steril. 15: 367 , 1964 .
- 26.- Forsman L . DISTRIBUTION OF BLOOD FLOW IN MYOMATOUS UTERI AS MEASURED BY LOCALLY INJECTED 133 XENON. Acta Obstet Gynecol Scand. 55:101 , 1976 .
- 27.- Davids AM: MYOMECTOMY IN THE RELIEF OF INFERTILITY AND STILLBIRTH AND IN PREGNANCY . Surg Clin North Am . 37: 583 , 1957.
- 28.- Pritchard JA, Mac Donald PC : DYSTOCIA FROM OTHER ABNORMALITIES OF THE REPRODUCTIVE TRACT . IN WILLIAMS : OBSTETRICS 18th EDITION NEW YORK .APPLETON. CENTURY CROFTS .p.847 , 1980 .