



11217
**UNIVERSIDAD NACIONAL
 AUTONOMA DE MEXICO**

59
 29

**HOSPITAL GENERAL "DR. FERNANDO QUIROZ
 GUTIERREZ" ISSSTE**

**LEIOMIOMATOSIS UTERINA Y
 EMBARAZO**

T E S I S
 PARA OBTENER EL TITULO DE:
 ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA
 Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A:

DR. MARIO MAURICIO FERNANDEZ ROMERO



ISSSTE

**ASESOR DE TESIS:
 DR. MAURICIO GUTIERREZ CASTAÑEDA**

MEXICO, D. F.

1996

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

[Handwritten Signature]
DRA. MA. EUGENIA ESPINOZA
PÉREZ.

*Coordinadora del departamento de
Enseñanza e Investigación.*



[Handwritten Signature]
DR. PORFIRIO SÁNCHEZ
MARLASCA.

*Coordinador del servicio de
Ginecología y Obstetricia.*

[Handwritten Signature]

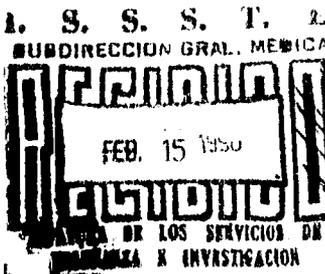
DR. MAURICIO GUTIÉRREZ
CASTAÑEDA.

*Profesor titular del Curso de
Ginecología y Obstetricia.*

I. S. S. S. T. E.
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA
H.C. DR. FERNANDO QUIROZ GIZ.

★ NOV. 0 1995 ★

COORD. DE ENSEÑANZA E
INVESTIGACION



A MI PADRE:

*Por haberme dado una profesión,
por complacerme todos mis
caprichos.*

*Gracias por ser todo un
"SEÑOR PADRE".*

A MI MADRE:

*Por estar siempre a mi lado,
en los buenos y malos momentos,
siempre apoyándome y motivándome
a seguir adelante.*

A MI ESPOSA LETTY:

*Por ser una mujer
tolerante
y comprensiva.*

A MIS HERMANOS:

*Por su apoyo
incondicional.*

A MIS SUEGROS:

Por su confianza.

A MIS TÍOS:

*Carlos y María
Por su apoyo y respaldo.*

A MI HIJO MAURICIO:

**A TI EN ESPECIAL HIJO,
PORQUE TU SOLA PRESENCIA
DESPERTÓ EN MI EL DESEO
DE SUPERACIÓN QUE NO
SENTÍA. LE PIDO A DIOS
TENER LA FUERZA Y EL
CARÁCTER SUFICIENTE PARA
PODER BRINDARTE TODO LO
QUE TU NECESITES. Y ASÍ
ALGÚN DÍA
PODER LEER EN ALGÚN
LUGAR QUE YO FUI PARA TI
TODO UN**

"SEÑOR PADRE".

AGRADECIMIENTOS

**DR. MAURICIO GUTIÉRREZ
CASTAÑEDA**

**GRACIAS POR LAS ENSEÑANZAS,
CONSEJOS Y POR SU DECIDIDO
APOYO EN TODO MOMENTO, POR
ENSEÑARME A TOMAR DECISIONES
PERO EN ESPECIAL A SABER
RESPETARLAS.**

**DR. PORFIRIO SÁNCHEZ
MARLASCA.**

**AGRADEZCO SU CONFIANZA Y LOS
CONOCIMIENTOS QUE
INCONDICIONALMENTE ME
OFRECIÓ.**

**DR. LEOCADIO PONCE
MARTÍNEZ**

**POR SUS CONSEJOS Y POR
MOTIVARME A
SIEMPRE CUMPLIR.**

**DRA. MA. DE LOURDES TELLO
Y DR. VALDEZ CAMELO
POR LA AYUDA QUE ME
BRINDARON EN TODO
MOMENTO.**

*DR. ENRIQUE
HERRERA NAVA
POR SU CALIDAD HUMANA Y
POR SU SENCILLES.*

*A MIS COMPAÑEROS
Y ENFERMERAS:
POR RESPALDARME Y
SOPORTARME,
GRACIAS.*

*UN AGRADECIMIENTO ESPECIAL A TODAS
AQUELLAS QUE TANTO ME HICIERON
SUFRIR,
POR LAS QUE NO PUDE DORMIR,
POR LAS QUE ME HICIERON BAJAR DE
PESO,
Y A LAS QUE TANTO ME ENSEÑARON,
GRACIAS, MUCHAS GRACIAS GUARDIAS.*

CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS

INTRODUCCIÓN.....	1
ANTECEDENTES	4
PROBLEMA	12
RESULTADOS	18
ANÁLISIS DE RESULTADOS	41
CONCLUSIONES	47
BIBLIOGRAFÍA	50

INTRODUCCIÓN

El propósito del presente trabajo es conocer la evolución obstétrica de las mujeres embarazadas con leiomiomatosis uterina en la población derechohabiente del hospital general "Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez" del ISSSTE.

La leiomiomatosis es uno de los padecimientos más frecuentes en la mujer, trastorno que se manifiesta en la edad reproductiva, motivo por el cual se quiso conocer la frecuencia que existe y sus complicaciones en nuestro medio.

Se intentará mencionar los conocimientos actuales que se tienen al respecto de este problema. Así también se hará mención sobre lo encontrado en la revisión efectuada en nuestra población derechohabiente, en su evolución, complicaciones y manejo de este tipo de pacientes.

El estudio se realiza con la información obtenida a través de una hoja de recolección de datos de pacientes que fueron atendidas y manejadas por el servicio de Perinatología del Hospital General "Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez", con el diagnóstico de Miomatosis uterina y embarazo, en el período que abarca del 1 de enero de 1994 al 31 de julio de 1995.

El aspecto fundamental es conocer la influencia que presenta la leiomiomatosis uterina sobre el embarazo, para así poder ofrecer un manejo Gineco-obstetrico adecuado y oportuno.

Se revisarán los antecedentes obstétricos de las pacientes y la evolución de su embarazo en el periodo de tiempo que se analizó, así como su resultado perinatal.

ANTECEDENTES

La calidad de atención no solo se determina por el manejo terapéutico que se le da a determinado proceso patológico. Sino también por la prevención y rehabilitación que se ofrezca en el momento adecuado, esto sólo se logra con los conocimientos suficientes de la historia natural del padecimiento.

El cuerpo uterino se ve afectado por una gran variedad de neoplasias, las cuales pueden ser benignas o malignas y nacen: a) glándulas endometrial b) estroma endometrial, c) mesodermo mülleriano y d) músculo liso del miometrio. De todo esto los más frecuentes son los pólipos endometriales, los leiomiomas y el carcinoma de endometrio.

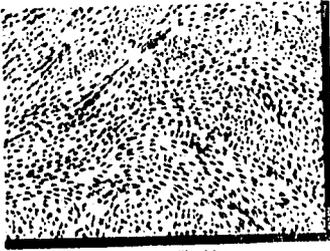
El leiomioma es un tumor benigno desarrollado a expensas de fibras musculares lisas y que además contienen tejido conjuntivo en cantidad variable como elemento de sostén. Es uno de los tumores más frecuentes, aproximadamente presente en un 25% de las mujeres mayores de 35 años.

Con respecto a la etiología de la leiomiomatosis se han manejado tres posibilidades: 1.- Formación apartir de células musculares lisas; 2.- apartir de células conjuntivas indiferenciadas y 3.- apartir de la pared de los vasos. La primera de estas posibilidades es la que se maneja en la actualidad.

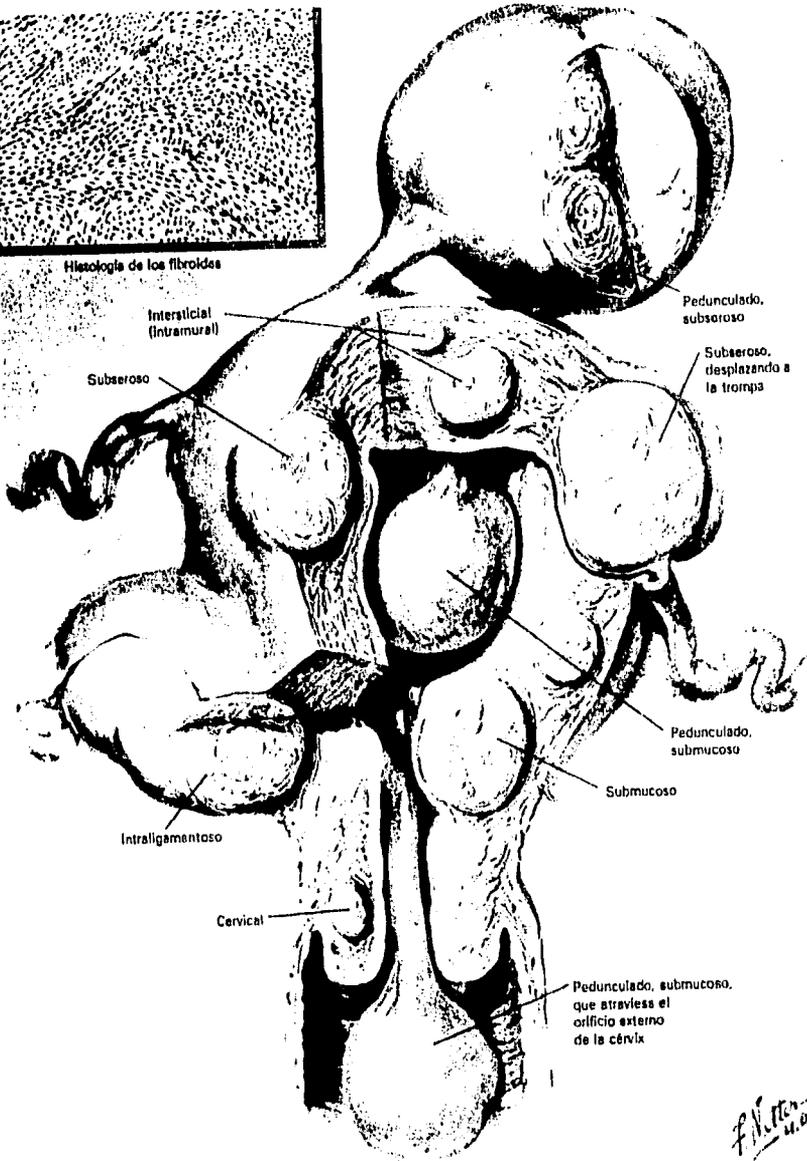
Los leiomiomas pueden localizarse dentro de las capas musculares del útero, intramurales; si sobresalen de la superficie del útero, subseroso; y si sobresale hacia la cavidad uterina, submucoso.

En las leiomiomatosis pueden observarse cambios secundarios a las modificaciones en su riego sanguíneo.

- 1.- Degeneración hialina.
- 2.- Calcificación.
- 3.- Degeneración quística.
- 4.- Degeneración grasa.
- 5.- Necrosis.
- 6.- Infección.
- 7.- Degeneración sarcomatosa.



Histología de los fibroides



F. N. D.

La leiomiomatosis uterina es el más común de los tumores pélvicos encontrados durante el embarazo, aproximadamente el 2% de las mujeres embarazadas presentan este problema. Aunque la incidencia varía dependiendo del autor, encontrándose desde 0.3% hasta el 3%; se menciona que esto se ha observado más frecuentemente ahora que en el pasado, quizá a que algunas mujeres se embarazan en la cuarta década de la vida, esto es posterior a los 30 años de edad; período que se considera de riesgo para el crecimiento de leiomiomas.

Hasta hace quince años el diagnóstico de leiomiomatosis se hacía por exploración ginecológica o por estudio patológico, con el uso del ultrasonido se ha obtenido mejoría en la capacidad de detectar leiomiomas y en el reconocimiento de estos en el embarazo.

Frecuentemente y en especial cuando las dimensiones del leiomioma son pequeñas la paciente puede cursar asintomática y por lo general el diagnóstico se hace por ultrasonido o en el momento de realizar algún evento obstétrico (legrado posaborto, eutocia o cesárea). Algunos autores mencionan que cuando las dimensiones de los leiomiomas es grande la incidencia de complicaciones en el embarazo y durante el nacimiento aumentan.

Los leiomiomas de grandes dimensiones se han visto asociados en el primer trimestre del embarazo con incremento del porcentaje de abortos espontáneos y embarazos extrauterinos; en la segunda mitad del embarazo existe una asociación con partos pretermino, rotura prematura de membranas, hemoperitoneo y distocias.

Se tiene la idea de que el tamaño del leiomioma aumenta durante el embarazo, esto no se ha aclarado; existen estudios donde se ha tratado de documentarlo pero se han encontrado muchas dificultades, por ejemplo en el primer trimestre del embarazo los leiomiomas pueden confundirse con tumores de ovario benignos o malignos y en especial con el cuerpo lúteo del embarazo; el útero bicornue puede también confundirse con leiomiomas.

En estudios realizados, se ha encontrado un incremento del tamaño de leiomioma en solo el 22% de los y con un incremento máximo del 25% con respecto al tamaño inicial, esto se ha apreciado que ocurre principalmente en el primer trimestre del embarazo.

En reportes presentados de estudios ultrasonográficos en donde se ha determinado el tamaño, posición y localización de los leiomiomas, se ha encontrado que predominan leiomiomas de 6 a 10 cm; la localización intramural y la posición es en el cuerpo uterino. En la mayoría de las veces los leiomiomas no coinciden con la implantación de la placenta.

Los leiomiomas uterinos se han asociado con varias complicaciones durante el embarazo; recientes estudios muestran que aproximadamente del 10 al 14% de las mujeres embarazadas y con leiomiomas presentan alguna complicación; estas a su vez pueden dividirse durante el embarazo, el nacimiento y en el puerperio.

Las complicaciones pueden ser divididas en varias categorías como son: infertilidad (pérdidas recidivantes de la gestación en el I y II trimestre), amenaza de aborto, parto pretermino, rotura prematura de membranas, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, presentación fetal anormal, hemorragia posparto, retención de placenta, infección posparto y dolor pélvico por torsión o necrosis del leiomioma.

Se han postulado como etiología de la infertilidad, alteraciones en la irrigación sanguínea del endometrio, distorsión de la cavidad uterina, obstrucción en la unión utero-tubaria, cambios dinámicos en la contractilidad uterina y la dificultad en la implantación del cigoto, pero esto no se ha demostrado.

En la amenaza de aborto puede ser el resultado de un incremento en la irritabilidad del útero o en las contracciones, así como alteraciones en el estroma endometrial.

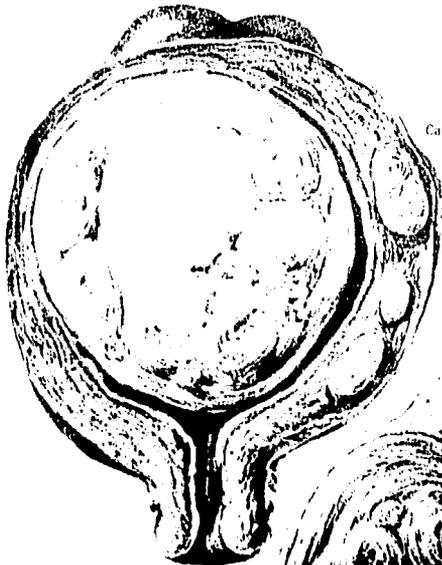
Existe controversia en la literatura en lo tocante a la posible etiología del parto pretermino, de la rotura prematura de membranas, del desprendimiento prematuro de placenta normoinsera y de la hemorragia posparto; algunos autores sostienen que hay una relación directa entre estas complicaciones y la posición del leiomioma con respecto a la implantación de la placenta, mencionan que la incidencia es de hasta 35%; existen otras ideas que sostienen que el efecto es básicamente mecánico sobre todo en la rotura de membranas en el desprendimiento prematuro de placenta (normoinsera), en la presentación fetal anormal y en distocias.

Una de las más comunes complicaciones de la asociación de embarazo y leiomiomatosis es el dolor pélvico, descrito por algunos autores como degeneración roja o necrobiosis aséptica. Se menciona que este síndrome podría confundirse con la amenaza de aborto o el parto pretermino, puesto que las pacientes presentan contracciones uterinas irregulares, pero que la diferencia radica en que este síndrome no presenta modificaciones cervicales.

La etiología de este síndrome no es clara, algunas teorías se han establecido para tratar de explicarlo: sangrado dentro del mioma, un rápido crecimiento del leiomioma, incremento del edema en el leiomioma, infarto secundario al acelerado crecimiento más allá de la capacidad sanguínea de suplir la nutrición del leiomioma y accidentes vasculares intramioma.

En las pacientes embarazadas con leiomiomas la mayoría de los autores coinciden que el manejo de primera instancia es el reposo y si es necesario se deben administrar fármacos ya sean uteroinhibidores y/o analgésicos del tipo inhibidores de prostaglandinas, de los cuales el ibuprofeno da mejor resultado.

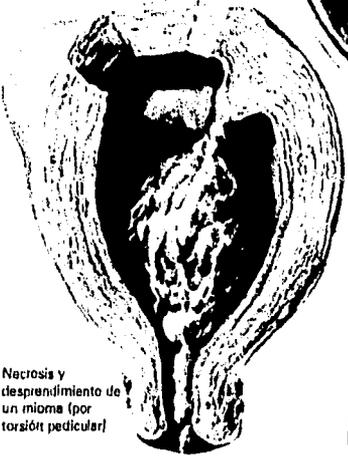
Existen estudios en los cuales el manejo quirúrgico se ha establecido sólo cuando exista torsión de un mioma pediculado, estos se consideran los únicos en que puede intentarse ser removidos durante el embarazo; en estos estudios se indica que un diagnóstico oportuno antes de que ocurra el embarazo es importante para poder así planear un tratamiento quirúrgico definitivo.



Calcificación



Degeneración hemorrágica de un fibroide que afecta a un útero grávido



Necrosis y desprendimiento de un mioma (por torsión pedicular)



Inversión uterina debida al prolapso de un fibroide submucoso

A. Valle
M.D.

PROBLEMA

OBJETIVO GENERAL

Conocer la evolución clínica de la mujer embarazada complicada con la presencia de leiomiomatosis uterina.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las principales complicaciones en las mujeres embarazadas con leiomiomatosis uterina.
- Conocer la influencia de las características de los leiomiomas con la evolución del embarazo.
- Determinar la principal vía de resolución del embarazo y sus complicaciones en las mujeres con leiomiomatosis.
- Conocer los cambios en el tamaño de los leiomiomas durante y posterior al embarazo.

HIPÓTESIS

La evolución del embarazo asociado a leiomiomas uterinos puede acompañarse de pérdida fetal antes del término, vinculado a su localización y número.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se revisarán expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de embarazo con leiomiomatosis uterina, manejadas por el servicio de Perinatología del hospital general "Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez" del ISSSTE, durante el período de tiempo comprendido entre enero de 1994 a julio de 1995.

Se recabarán los datos mediante una hoja de recolección previamente elaborada.

Se realizará un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes manejados por el servicio de Perinatología con diagnóstico de leiomiomatosis uterina asociada al embarazo, confirmado por ultrasonido..

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que no estén embarazadas.
- Pacientes que no cuenten con diagnóstico ultrasonográfico de miomatosis uterina.
- Pacientes que hayan abandonado su control prenatal.

- e) LOCALIZACIÓN:
- d) POSICIÓN:
- e) RELACIÓN CON LA IMPLANTACIÓN DE LA PLACENTA:
- f) CARACTERÍSTICAS DE CRECIMIENTO DURANTE EL EMBARAZO Y POSTERIOR AL NACIMIENTO:

COMPLICACIONES:

- a) AMENAZA DE ABORTO.

Trimestre:

Tratamiento:

- b) HEMORRAGIA:

Trimestre:

Tratamiento:

- c) AMENAZA DE PARTO PRETERMINO:

Tratamiento:

- d) ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS:

Tratamiento:

- e) RETRASO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO:

- f) PARTO PRETERMINO:

- g) DPPNI:

- h) HEMORRAGIA POSPARTO:

- i) DOLOR PÉLVICO:

- REGISTROS TOCOCARDIOGRÁFICO:
 - a) Prueba sin estrés:
 - b) Prueba de tolerancia a las contracciones:

- VÍA DE RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO:
 - a) Eutocia:
 - b) Distocia:
 - c) Cesárea:
 - d) Complicaciones:
 - e) Edad gestacional al momento del nacimiento:
 - f) Peso en gramos del producto al nacer:
 - g) APGAR:

RESULTADOS

De los expedientes revisados el 100% con los criterios de inclusión establecidos.

En el periodo de tiempo estudiado ocurrieron 2850 nacimientos y se encontraron 23 pacientes embarazadas con leiomiomatosis uterina; se encontró una incidencia de 1 por cada 125 nacimientos.

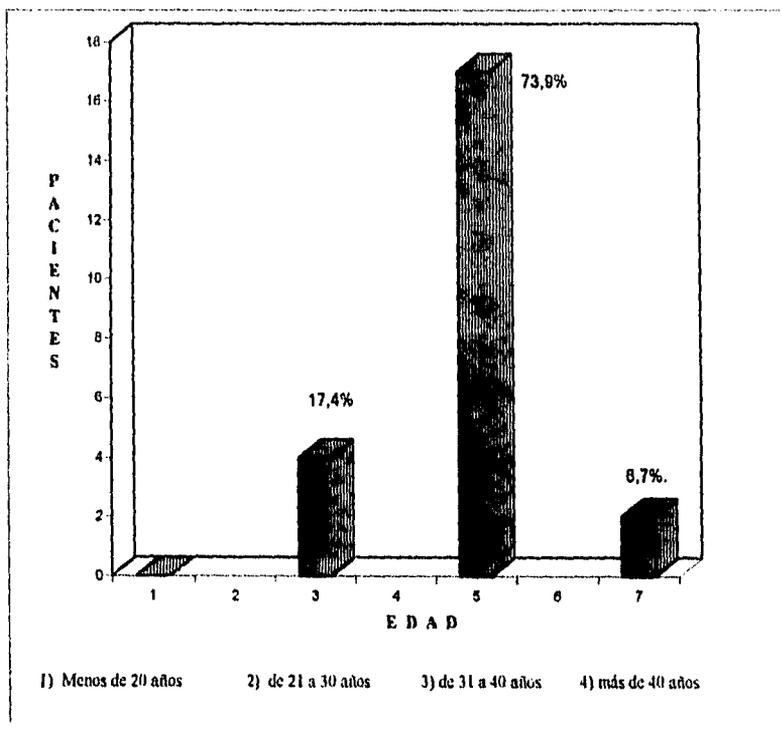
La edad promedio de las pacientes fue de 34 años, con una edad mínima encontrada de 23 años y máxima de 42 años.

En sus antecedentes obstétricos el 43.5 de las pacientes presentaban de 2 a 3 embarazos. El 53.1% de las pacientes habían tenido eutocias, el 37.5% contaba con antecedentes de abortos espontáneos del primer trimestre; el 18% tenía antecedentes de parto pretermino, rotura de membranas o ambas.

Solo el 6.2 y el 3.1% de las pacientes presentaban antecedentes de cesáreas o distocias respectivamente.

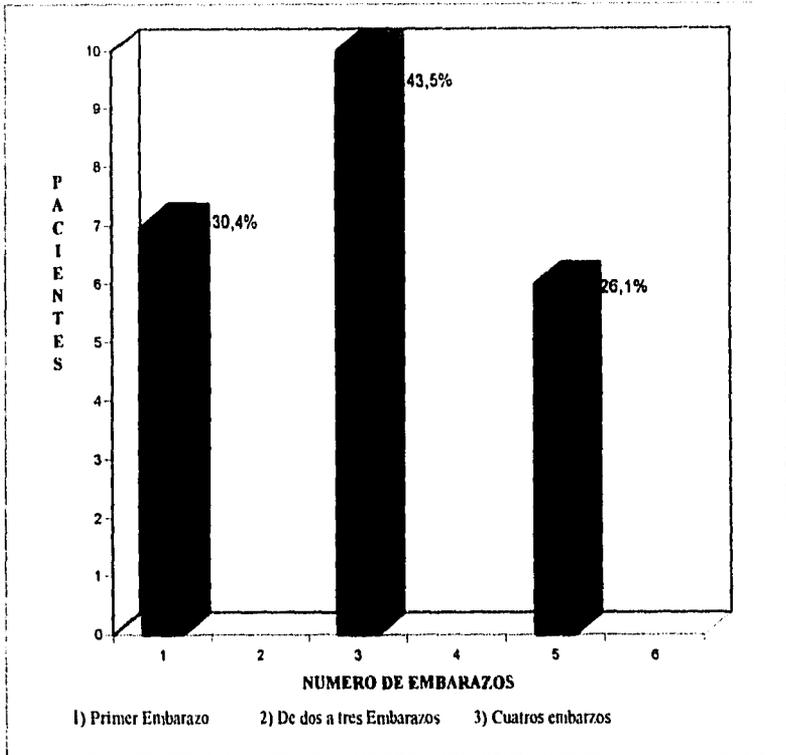
EDAD DE LAS PACIENTES CON LEIOMIOMATOSIS.

1)	MENOR DE 20 AÑOS	0	
2)	DE 21 A 30 AÑOS	4	17,4%
3)	DE 31 A 40 AÑOS	17	73,9%
4)	MAS DE 40 AÑOS	2	8,7%



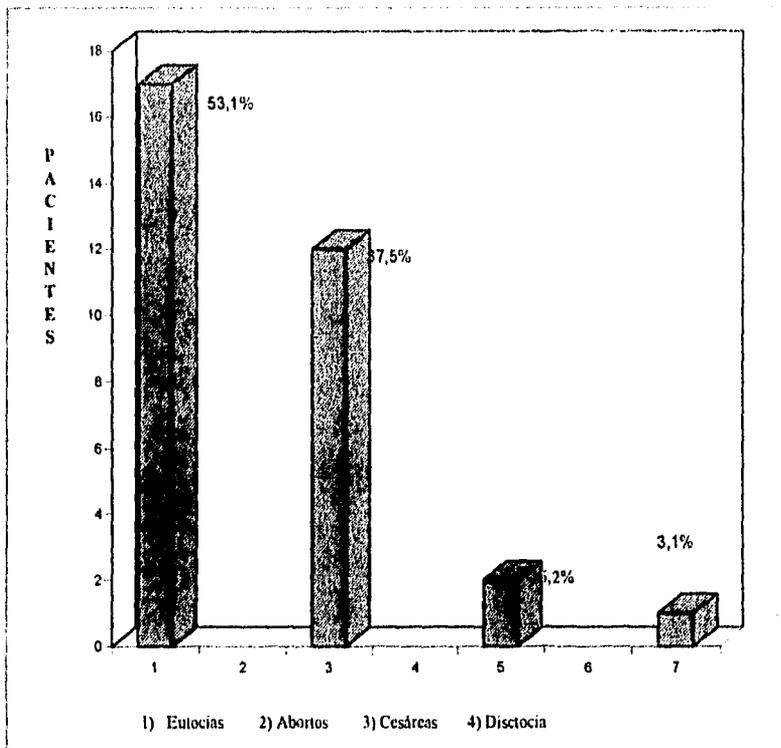
NUMERO DE EMBARAZOS EN LAS PACIENTES CON LEIOMIOMATOSIS.

1)	PRIMER EMBARAZO	7	30,4%
2)	DE DOS A TRES EMBARAZOS	10	43,5%
3)	CUATRO O MAS EMBARAZOS	6	26,1%



**ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS DE LAS PACIENTES
CON LEIOMIOMATOSIS.**

1)	EUFOCIAS	17	53,1%
2)	ABORTOS	12	37,5%
3)	CESAREAS	2	6,2%
4)	DISTOCIAS	1	3,1%



Con respecto a la evolución del embarazo que presentaron las pacientes durante el periodo de estudio se encontró lo siguiente:

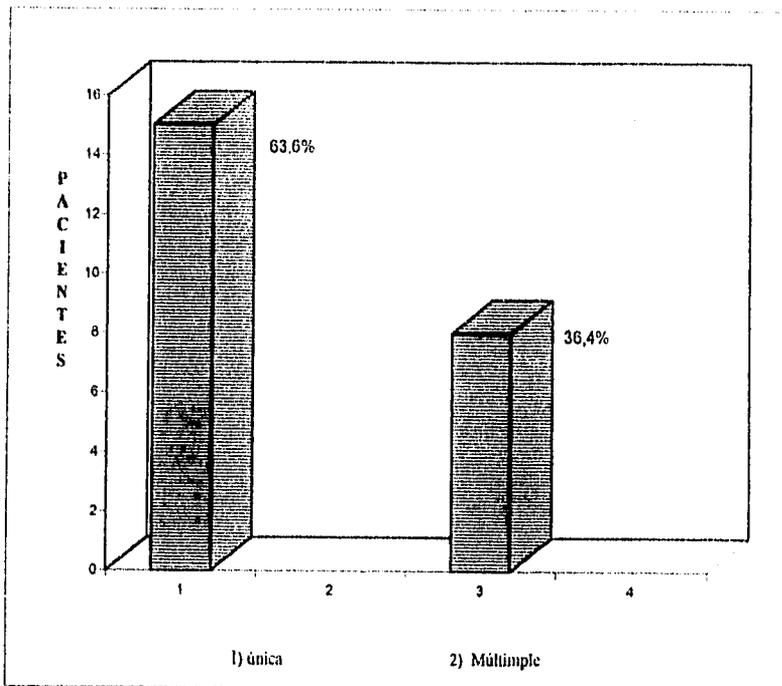
El promedio de inicio de control prenatal fue a las 13 semanas de gestación; los ultrasonidos de control efectuados en promedio por paciente fue de 3.

Las características de la leiomiomatosis: en el 65% de las pacientes presentaban leiomiomatosis única. El tamaño de los miomas se presentó en el 9% de las pacientes como de pequeños elementos (menos de 20 mm de diámetro); el 65% de las pacientes se encontró de medianos elementos (20 a 60 mm) y en el 26% de las pacientes de grandes elementos (más de 60 mm).

En la localización el 35% de los leiomiomas fueron subserosos; el 30.4% fue intramural; el 17.3% submucoso y el 17.3% submucoso y el 17.3% presentaban más de dos localizaciones diferentes. En 74% de las pacientes se encontraban en cuerpo uterino; el 13% en el istmo y el 13% fondo uterino. Solo en el 14% de las pacientes se encontró que los leiomiomas se relacionaban con la implantación.

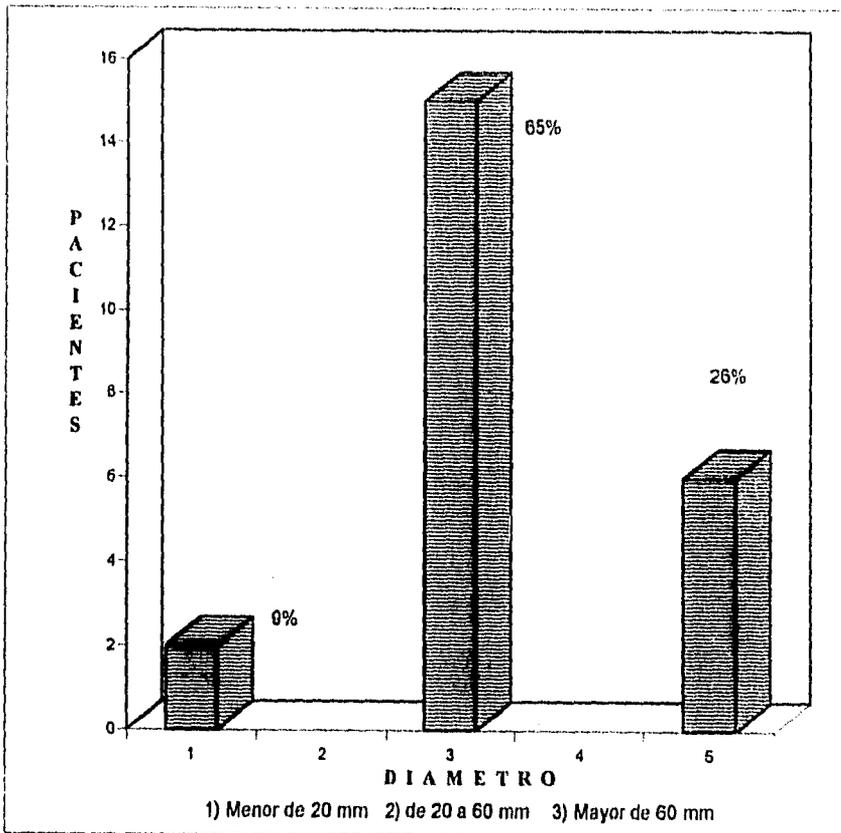
CARACTERÍSTICAS DE LA LEIOMIOMATOSIS EN LAS
PACIENTES EMBARAZADAS.

		# PACIENTES	%
1)	UNICA	15	63,6%
2)	MULTIPLE	8	36,4%



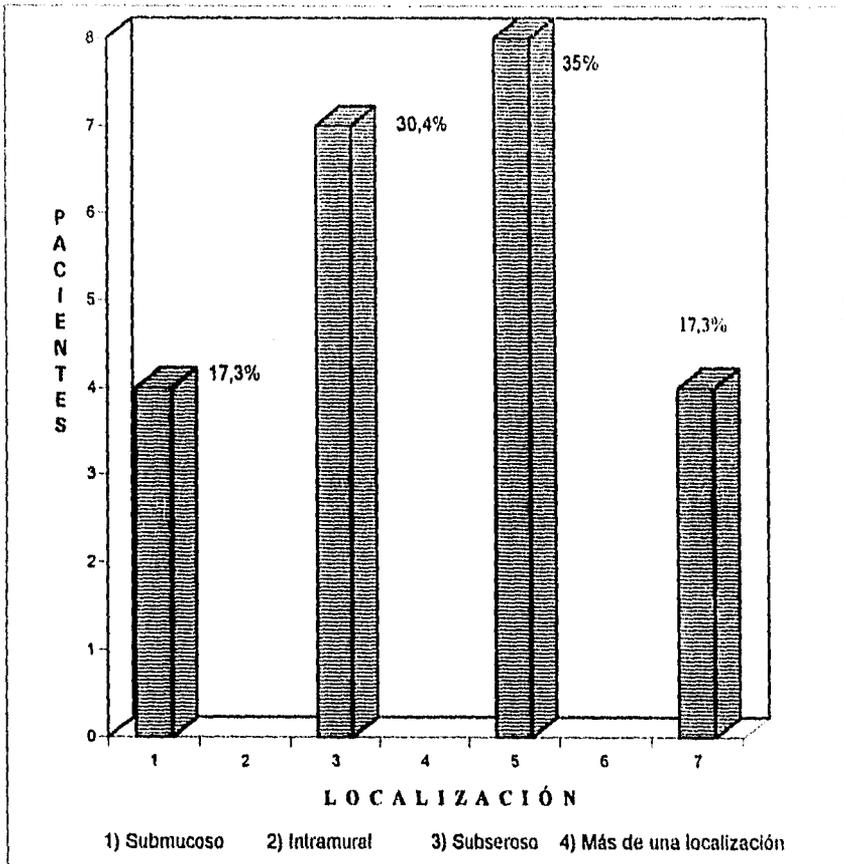
DIMENSIONES DE LA LEIOMIOMATOSIS EN LAS PACIENTES EMBARAZADAS.

	DIAMETROS	# DE PACIENTES	%
1)	MENOR DE 20 mm	2	9%
2)	DE 20 A 60 mm	15	65%
3)	MAYOR DE 60 mm	6	26%



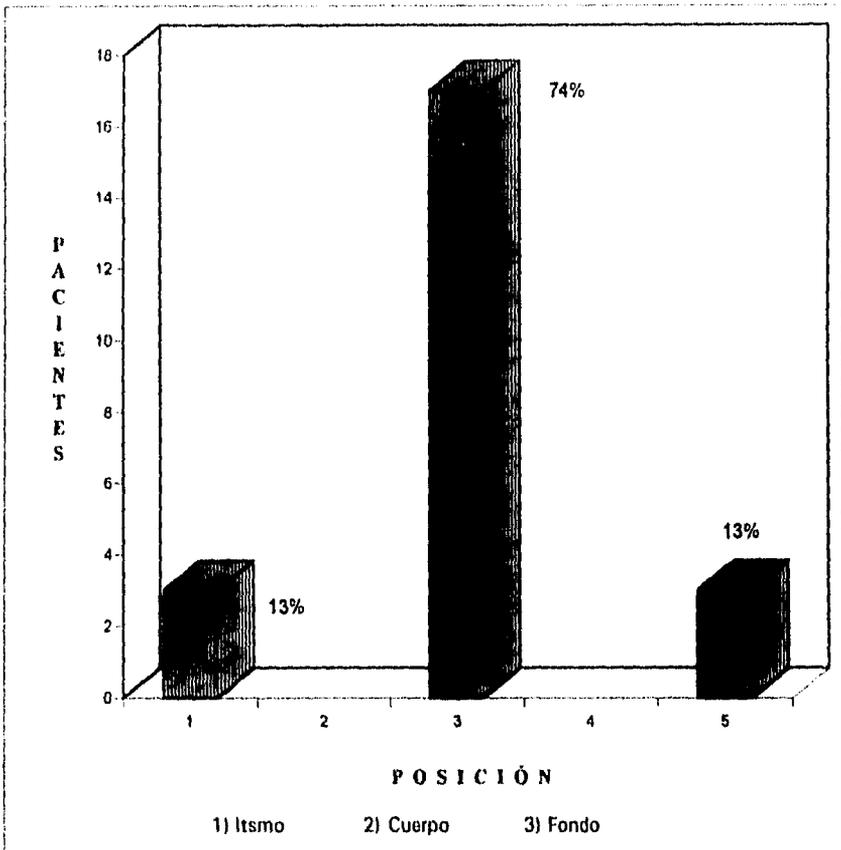
**LOCALIZACIÓN DE LA LEIOMIOMATOSIS EN LAS
PACIENTES EMBARAZADAS**

	LOCALIZACIÓN	# DE PACIENTES	%
1)	SUBMUCOSO	4	17,3%
2)	INTRAMURAL	7	30,4%
3)	SUBSEROSO	8	35%
4)	MAS DE UNA LOCALIZACION	4	17,3%



POSICIÓN DE LA LEIOMIOMATOSIS EN LA PACIENTES EMBARAZADAS.

	POSICIÓN	# DE PACIENTES	%
1)	ITSMO	3	13%
2)	CUERPO	17	74%
3)	FONDO	3	13%



En lo relativo a las dimensiones obtenidas por ultrasonido del diámetro de los leiomiomas se encontró que en el 61% de las pacientes no presentaron cambios en sus dimensiones. El 35% de las pacientes tuvieron aumento de las dimensiones, de aproximadamente el 38% del tamaño encontrado en su primer ultrasonido; el mínimo aumento encontrado fue de 10% y el máximo encontrado fue del 100% en una paciente.

El trimestre donde se presentó el mayor aumento fue en el segundo trimestre de la gestación.

Solo en el 17% de las pacientes se realizó seguimiento ultrasonográfico posparto, encontrándose que en 50% de estas pacientes las dimensiones de los leiomiomas disminuyeron.

De las complicaciones observadas, 6 pacientes (26%) presentaron amenaza de aborto, de estas pacientes se encontró que 4 pacientes (67%) presentaba leiomiomas de medianos elementos y subserosos; el 50% se presentaban en cuerpo y el 84% presentaban leiomiomas único. Se estableció tratamiento a base de reposo temporal y en dos pacientes se utilizó inhibidores de prostaglandinas (indometacina) vía rectal.

**CARACTERÍSTICAS DE LA LEIOMIOMATOSIS EN LAS PACIENTES
QUE PRESENTARON AMENAZA DE ABORTO**

	<i># PACIENTES</i>	<i>PORCENTAJE.</i>
ÚNICA	5	83.3%
MÚLTIPLE	1	16.6%
DIMENSIONES		
Menos de 20 mm	1	16.6%
de 20 a 60 mm	4	66.6%
mayor de 60 mm	1	16.6%
LOCALIZACIÓN		
subserosa	4	66.6%
Intramural	1	16.6%
submucoso	—	—
Más de una Localización	1	16.6%
POSICIÓN.		
Cuerpo.	3	50.9%
Fondo	2	33.3%
Itsmo	1	16.6%
RELACIÓN CON LA PLACENTA	NO.	

Dos pacientes presentaron aborto espontaneo lo que amerito legrado uterino instrumental; una paciente presentaba leiomiomatosis múltiple de pequeños elementos, submucos. La otra paciente presentaba leiomiomatosis de medianos elementos intramurales.

La hemorragia de la primera mitad del embarazo se detecto en siete pacientes (30%). El 70% presentaba leiomiomas de medianos elementos y el 42% eran intramurales. En tres de estas pacientes se encontró hematoma retroplacentario por ultrasonido, el cual remitió posteriormente. El tratamiento de primera intención fue el reposo.

La amenaza de parto pretermino se presento en el 30% de las pacientes, encontrándose en el 57% leiomiomas de medianos elementos y se encontró más de una localización. El 60% de estas pacientes ameritaron hospitalización, tres de las pacientes presentaban además rotura prematura de membranas, de la cuales dos tuvieron parto pretermino.

**CARACTERÍSTICAS DE LA LEIOMIOMATOSIS EN LAS PACIENTES
QUE PRESENTARON HEMORRAGIA.**

	<i># PACIENTES</i>	<i>PORCENTAJES.</i>
ÚNICA	4	57.1%
MÚLTIPLE	3	42.9%
DIMENSIONES		
Menos de 20 mm	1	14.2%
De 20 a 60 mm	5	71.4%
mayor de 60 mm	1	14.2%
LOCALIZACIÓN:		
Subserosa	2	28.5%
Intramural	3	42.5%
Submucoso	1	14.2%
POSICIÓN:		
Cuerpo	5	71.4%
Fondo	2	28.5%
Ítmo	—	—
RELACIÓN CON LA PLACENTA	NO.	

**CARACTERÍSTICA DE LA LEIOMIOMATOSIS EN LAS PACIENTES
QUE PRESENTARON AMENAZA DE PARTO PRETERMINO.**

	<i># PACIENTE</i>	<i>PORCENTAJE.</i>
ÚNICA	4	57.1%
MÚLTIPLE	3	42.9%
DIMENSIONES:		
Menor de 20 mm	—	—
De 20 a 60 mm	4	57.1%
Mayor de 60 mm	3	42.9%
LOCALIZACIÓN:		
Subserosa	1	14.2%
Intramural	2	28.5%
Submucoso	—	—
Más de un Localización	4	57.1%
POSICIÓN:		
Cuerpo	4	57.1%
Fondo	2	28.5%
Itsmo	1	14.3%
RELACIÓN CON LA PLACENTA.	NO.	

El desprendimiento prematuro de placenta normoinsera se presentó en tres pacientes, lo que amerito la interrupción del embarazo de urgencia. La característica de los leiomiomas en dos pacientes presentaba localización submucosa de medianos elementos; una paciente presentaba leiomiomas múltiples, de medianos elementos, con mas de una localización y además se relacionaba con la implantación de la placenta. Con respecto a esta último paciente el producto al nacer se califico con APGAR de 0/0 por lo que se considero muerte perinatal.

El dolor pelvico se indentifico en el 26% de las pacientes; las características de los leiomiomas fue de medianos y grandes elementos, este problema fue más intenso en el tercer trimestre, el manejo fue reposo y administración de inhibidores de prostaglandinas (indometacina) vía rectal.

En el 13% de las pacientes estudiadas no se encontraron complicaciones aparentes hasta la fecha limite del estudio; el 39% presento más de una complicación en el embarazo.

**CARACTERÍSTICAS DE LA LEIOMIOMATOSIS EN LAS PACIENTES
QUE PRESENTARON DPPNI.**

	# PACIENTE	PORCENTAJE.
UNICA	2	66.6%
MÚLTIPLE	1	33.4%
DIMENSIONES:		
Menor de 20 mm	—	—
De 20 a 60 mm	3	100%
Mayor de 60 mm	—	—
LOCALIZACIÓN:		
Subserosa	—	—
Intramural	—	—
Submucosa	2	66.6%
Más de un Localización	1	33.4%
POSICIÓN:		
Cuerpo	1	33.3%
Fondo	1	33.3%
Itsmo	1	33.3%
Relación con la Placenta.	SI.	

**CARACTERÍSTICAS DE LA LEIOMIOMATOSIS EN LAS PACIENTES
QUE PRESENTARON DOLOR PÉLVICO.**

	# PACIENTE	PORCENTAJE.
ÚNICA	6	100%
MÚLTIPLE	—	—
DIMENSIONES:		
Menor de 20 mm	1	16.6%
De 20 a 60 mm	2	33.3%
Mayor de 60 mm	3	50%
LOCALIZACIÓN:		
Subserosa	4	66.6%
Intramural	2	33.4%
Submucosa	—	—
POSICIÓN:		
Cuerpo	3	50%
Fondo	3	50%
Relación con la Placenta.	NO.	

En lo referente al manejo establecido para cada una de las pacientes que presentaron complicaciones se encontró lo siguiente: el 65% de las pacientes ameritaron reposo, de estas el 80% fue reposo temporal y el restante fue permanente. El 75% de las pacientes recibió incapacidad laboral.

La hospitalización se efectuó en 6 pacientes (26%), encontrando como principal causa la amenaza de parto pretermino la rotura de membrana y el aborto incompleto.

Los medicamentos que más se utilizaron fueron: fenoterol en cuatro pacientes, terbutalina en tres pacientes e inhibidores de prostaglandinas en ocho pacientes.

Se efectuaron registros tococardiográficos en un total de siete pacientes, con pruebas sin estrés reactivas en diez ocasiones y pruebas sin estrés no reactivas en sólo una ocasión.

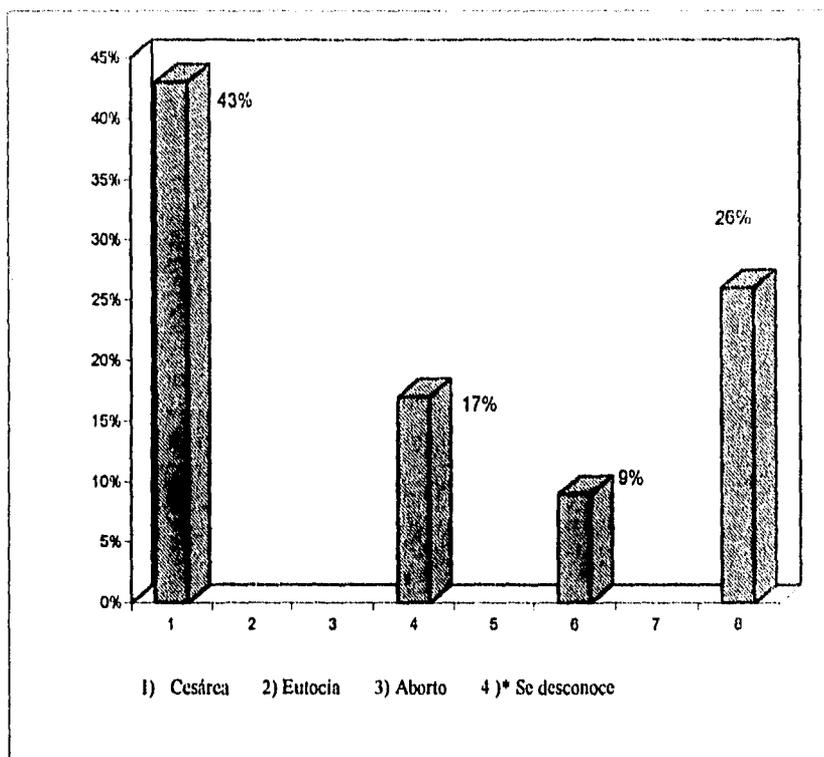
La vía de resolución del embarazo en el 43% de las pacientes fue por cesárea de las cuales el 80% se realizó segmentaria; la indicación para las cesáreas en el 45% fueron por la leiomiomatosis, en las pacientes restantes las indicaciones fueron variadas (cesárea iterativa, desproporción cefalo-pelvica, corioamnionitis, desprendimientos prematuro de placenta nonnoinserta). El 17% de las pacientes presentaron eutocias, el 9% abortos incompletos; en el 26% se desconocen ya que en el momento del estudio algunas pacientes todavía se encontraban embarazadas.

Se presento hipertermia posparto en dos pacientes, los cultivos de control efectuados en las pacientes resultaron negativos.

El peso promedio de los productos al nacer fue de 2900 grs encontrándose un peso mínimo al nacer 2125 grs y un peso máximo de 3450 grs; y el 15% de los nacimientos presentaron peso menor de 2500 grs y el 48% presento un peso entre 2500 y 3500 grs en el 39% no se conocía en peso al momento de finalizar el estudio. El APGAR valorado al minuto y a los cinco minutos en todos los nacimientos fue mayor de 7. Se presento una muerte perinatal en un producto a la semana 39 de gestación secundaria a DPPNI.

VÍA DE RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO EN LAS PACIENTES . CON LEIOMIOMATOSIS

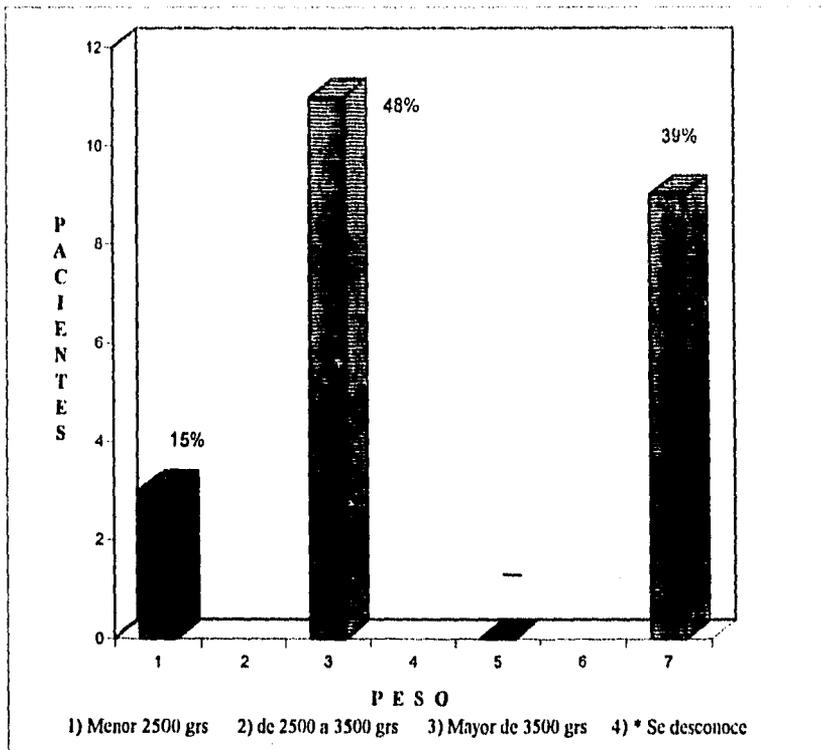
1)	CESÁREA	43%
2)	EUTOCIA	17%
3)	ABORTO	9%
4)	* SE DESCONOCE	26%



* Algunas pacientes todavía se encontraban embarazadas o se trasladaron en el momento del estudio.

**PESO PROMEDIO DE LOS PRODUCTOS AL NACER
EN LAS PACIENTES CON LEIOMIOMATOSIS.**

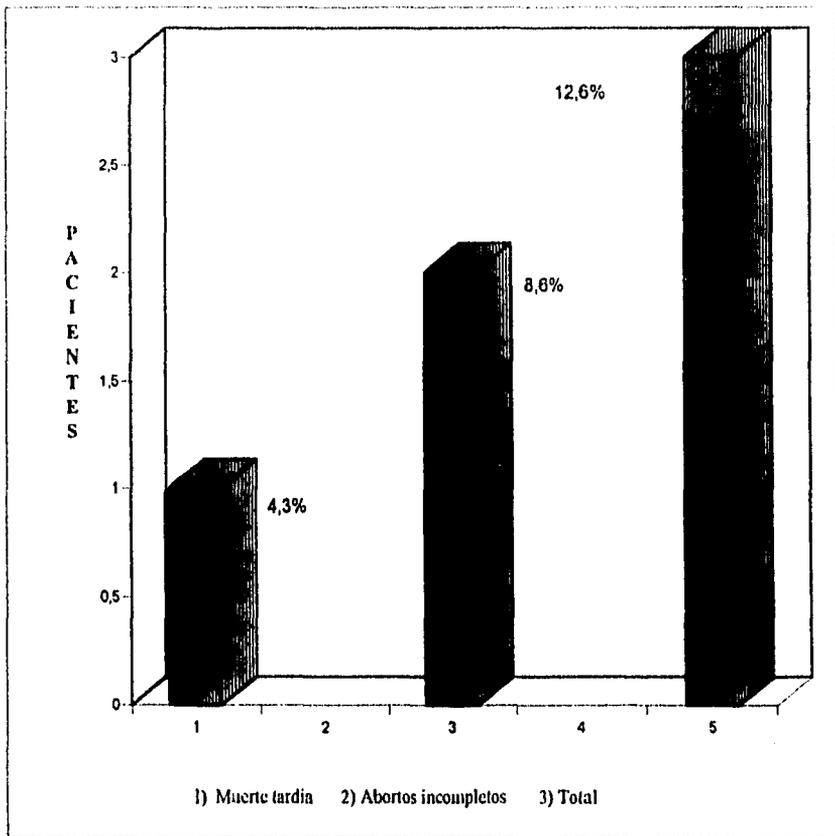
	PESO	# DE PACIENTES	PORCENTAJE
1)	Menor 2500 grs	3	15%
2)	de 2500 a 3500 grs	11	48%
3)	mayor de 3500 grs	---	---
4)	* Se desconoce	9	39%



* Algunas pacientes se encontraban embarazadas, se habían trasladado o abortado.

MUERTE FETALES EN LAS PACIENTES CON LEIOMIOMATOSIS.

		# DE PACIENTES	PORCENTAJE
1)	MUERTE FETAL TARDIA	1	4,3%
2)	ABORTOS INCOMPLETOS	2	8,6%
3)	TOTAL	3	12,9%



ANÁLISIS DE RESULTADOS.

- La edad de aparición de la leiomiomatosis en nuestras pacientes derecholábiles corresponde a lo reportado en la literatura.
- Las pérdidas recidivantes de la gestación es el antecedente obstétrico más importante que han presentado, las pacientes con leiomiomatosis asociada al embarazo manejadas en el hospital general "DR. Fernando Quiroz Gutiérrez".
- El inicio del control prenatal ocurrió a una edad gestacional temprana, lo que permitió realizar los exámenes mínimos de control a cada paciente.
- Las características predominantes en nuestras pacientes en estudio fue: de medianos elementos (20 a 60 mm). Subserosa e intramural, única y en cuerpo uterino, un bajo porcentaje se relacionaba con la implantación de la placenta.
- En más del 50% de la población en estudio, las dimensiones de los leiomiomas no se modificaron durante la gestación; de las modificaciones que se apreciaron fue un aumento gradual máximo del 30%, ocurriendo este principalmente en el segundo trimestre, quizá relacionado que es el trimestre en el cual se presenta al máximo desarrollo de la gestación desde el punto de vista hormonal.

- En lo tocante a los cambios presentados en los leiomiomas posparto, no se puede establecer un resultado concreto ya que no se efectuó un seguimiento adecuado en las pacientes; en el bajo porcentaje en el que se realizó un control posparto se observó una disminución de las dimensiones de los leiomiomas.
- La amenaza de aborto es una de las complicaciones importantes que presentaron las pacientes; se apreció que la característica principal de la leiomiomatosis en estas pacientes fue de medianos elementos, única, subserosa y sin relación con la implantación de la placenta; probablemente la etiología de esta complicación se deba a lo reportado en la literatura, secundario a un aumento en la irritabilidad y contractilidad del útero. Si se diagnóstica etapas iniciales el manejo terapéutico inicial a base de reposo presenta buenos resultados.
- La hemorragia de la primera mitad del embarazo es una de las principales complicaciones observadas, en donde se relacionó con una leiomiomatosis de medianos elementos e intramural, lo que favoreció un incremento en la irritabilidad del miometrio e inestabilidad endometrial, presentándose así la hemorragia. Descartando la teoría de que el origen de esta complicación se relaciona con la implantación de la placenta, ya que en nuestras pacientes no se presentó esto.

- La amenaza de parto pretermino, lo mismo que la hemorragia en la primera mitad del embarazo fue la complicación que más se presentó en nuestras pacientes; la leiomiomatosis de medianos elementos y con más de una localización diferente fue la característica principal observada, influyendo en la misma forma que las complicaciones antes mencionadas.
- El desprendimiento prematuro de placenta normoinserta fue una complicación también presentada en las pacientes, en donde un efecto mecánico pudo ser la causa de esta complicación, ya que en estas pacientes se presentó leiomiomatosis de medianos elementos, múltiple, de localización submucosa y en la cual si existía relación con la implantación de la placenta.
- El dolor pélvico se presentó en las pacientes en que se asoció con una leiomiomatosis de grandes elementos y subserosa, por lo que consideramos que la compresión del mioma sea la causa del dolor que presentaron las pacientes en estudio.
- Ocurrió una muerte fetal tardía asociada a desprendimiento prematuro de placenta normoinserta que constituye el 4.3% de todos los nacimientos; además se presentaron también dos abortos espontáneos del segundo trimestre correspondiendo al 8.6%, sumando ambas un total de 12.9% de pérdidas

fetales encontradas en nuestro estudio, cifra por demás importante para valorar la influencia de la leiomiomatosis en la evolución del embarazo.

- El manejo inicial establecido para las pacientes en el momento de presentar sintomatología, fue el reposo, el cual en la mayoría de las pacientes obtuvo buenos resultados; el utilizar inhibidores de prostaglandinas es un recurso útil, la literatura refiere que el medicamento de elección es el ibuprofeno, pero en nuestro estudio la indometacina rectal presentó buena tolerancia y resultado cuando se utilizó.
- De muestras pacientes más del 70% es económicamente activa, lo que implicó que para poder controlar en su momento las complicaciones presentadas fue necesario manejar incapacidades medicas ya sea temporales o permanentes.
- No se encontró complicaciones en la vía de resolución del embarazo, la cual en casi el 50% fue por cesáreas, lo que se considera un procedimiento seguro y diagnóstico ya que nos da la oportunidad de corroborar y valorar en forma directa las características de la miomatosis uterina.

- La hipertennia observada en dos pacientes en posparto consideramos fue secundaria a degeneración roja de los leiomiomas ya que en ambas pacientes no se encontró foco séptico aparente.
- No existió influencia de la leiomiomatosis sobre el desarrollo de los fetos, encontrándose pesos al nacer que correspondían a la edad gestacional, así como un APGAR adecuado al momento del nacimiento.

CONCLUSIONES.

- No se puede valorar adecuadamente la incidencia presente en las mujeres embarazadas con leiomiomatosis, si bien corresponde a lo reportado en la literatura, no contamos con estudios en donde se haya valorado esta asociación en nuestro medio.
- La leiomiomatosis en el embarazo es un padecimiento que en más del 50% dará complicaciones, siendo las más frecuentes la amenaza de aborto, la hemorragia de la primera mitad del embarazo, la amenaza de parto pretermino, el desprendimiento prematuro del placenta normoinsera y el dolor pélvico.
- Debe buscarse intencionadamente la presencia de leiomiomatosis uterina en aquellas mujeres que presentan pérdidas recidivantes de la gestación en los primeros dos trimestres, ya que es un padecimiento que puede influir directamente en la fertilidad y en etapas tempranas de la gestación puede cursar asintomática.
- No existe una localización predominante de la leiomiomatosis para cada complicación, estas dependen básicamente del tamaño que presenten, siendo los leiomiomas mayores de 20 mm los que tienen mayor riesgo.

- El embarazo asociado a leiomiomas uterinos se acompaña de un alto porcentaje de pérdidas fetales antes del término de la gestación; relacionado con leiomiomas múltiples, de medianos elementos y submucosos, los cuales pueden influir directa o indirectamente sobre la gestación.
- Debe establecerse un programa en donde las pacientes que se encuentran embarazadas y con leiomiomas uterinos se les pueda realizar los estudios pertinentes, suficientes y necesarios para valorar las características de los leiomiomas antes, durante y posterior al embarazo, para así poder identificar a las pacientes en riesgo de desarrollar alguna complicación.
- La leiomiomatosis uterina asociada al embarazo es un problema poco estudiado en nuestro país. Esperemos que este estudio motive a otros investigadores para conocer la influencia de la leiomiomatosis sobre el embarazo en nuestro país y así poder saber la incidencia que existe, sus complicaciones y las repercusiones médicas y económicas que esto representa.

BIBLIOGRAFÍA.

- Exacoustos, C., Rosati, P.: Ultrasound diagnosis of uterine Myomas and complications in pregnancy. *Obstet-Gynecol.* 1993 Jul; 82(1): 97-101.
- Hasan F, Arumugam, K.: Uterine leiomyomata in pregnancy. *Int. J. Gynecol Obstet.* 1990, 34: 45-48.
- Aharoni. A. Reiter, A.: Patterns of growth of uterine leiomyomas during pregnancy. A prospective longitudinal study. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology.* May 1988. 95: 510-513.
- Davis, J. Mazumder, S.: Uterine leiomyomas in pregnancy: A prospective study. *Obstet Gynecol.* January 1990. 75 (1): 41-44.
- Hricak, H. Lacey, C.: Gynecologic masses: Value of magnetic resonance imaging. *Am. J. Obstet Gynecol.* 1985. 153 (1):31-37.
- Rosati, P. Bellati, U.: Uterine myoma in pregnancy: ultrasound study. *Int. Gynecol Obstet.* March 1989. 28.:109-117.
- Burton, C. Grimes, D.: Surgical managemet of leiomyomata during pregnancy. *Obstet gynecol.* Nov 1989. 74(5):707-709.

- Katz, V. Dotters, D.: Complications of uterine leiomyomas in pregnancy. *Obstet Gynecol.* April 1989. 73 (4):593-596.
- Rice, J. Kay, H.: The clinical significance of uterine leiomyomas in pregnancy. *Am. J. Obstet Gynecol.* 1989. 160 (5): 1212-1216.
- Strobelt, N Chidini, A.: Natural history of uterine leiomyomas in pregnancy. *J. Ultrasound Med.* May 1994. 13 (5): 399-401.
- Rosati, P. Exacoustos, C.: longitudinal evaluation of uterine myoma growth during pregnancy. A sonographic study. *J. Ultrasound Med.* Oct 1992. 11(10): 511-515.
- Dildy, G. Moise, K.: Indomethacin for the treatment of symptomatic leiomyoma uteri during pregnancy. *Am. J. Perinatol.* May 1992.9 (3): 185-189.
- Glavind, L, Palvio, D.: Uterine myoma in pregnancy. *Acta obstet Gynecol.* 1990. 69 (7-9): 617-619.

- Simon, F.: Leiomyomas in pregnancy. AM. FAM. Physician Feb. 1988; 37(2): 162-166
- Lev-Toaff, A; Coleman, B.: Leiomyomas in pregnancy: Sonographic study. Radiology. Aug 1987; 164(2): 375-380.
- Gonzalez-Merlo, J.: Ginecología. Salvat. Quinta edición Barcelona España. 1992.
- Pritchard, J.: Williams obstetricia. Salvat. Tercera edición. Barcelona, España. 1988.
- Netter, F.: Sistema Reprodutor. Colección Ciba de Ilustraciones Médicas. Tomo 2. Salvat. Barcelona España. 1993.
- Levin, J.: Fundamentos de Estadística. Trillas México, D.F.