



IMSS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
U.M.A.E. HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
“LUIS CASELAZO AYALA”

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

TITULO:

**I.- “Manejo y complicaciones de la
miomatosis
uterina durante el embarazo”**

II.- La Institución

Instituto Mexicano del Seguro Social
U.M.A.E. HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
Av Río Magdalena 289 Col. Tizapan San Angel Del. Alvaro Obregon.
México, D.F.

III.- Autor

Fabiola Guadalupe Soto Ramos

IV.- Asesor

Dr. Rosa María Arce Herrera
Médico adscrito de Ginecología y Obstetricia
Jefe del Servicio de Unidad toco-quirúrgica.



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.

AUTORIDADES DE DIVISION DE EDUCACION EN SALUD

**DR. GILBERTO TENA ALAVEZ
DIRECTOR U.M.A.E.
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
LUIS CASTELAZO AYALA**

**DR. CARLOS E. MORAN VILLOTA
DIRECTOR DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
LUIS CASTELAZO AYALA**

**DRA. ROSA MARIA ARCE HERRERA
MEDICO ADSCRITO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
JEFE DEL SERVICIO DE UNIDAD TOCO QUIRURGICA
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
LUIS CASTELAZO AYALA**

AGRADECIMIENTO

Gracias

A Dios, por todas sus bendiciones , por mi familia que es lo mas valioso que tengo en la vida, mis amigos, mis logros, por darme resignación para aceptar las cosas que no puedo cambiar, valor para cambiar las que puedo y sabiduría para notar la diferencia.

A mi Luis Manuel, por tu llegada que dio sentido y luz a mi vida, por tu mirada, tu sonrisa, tus besos y abrazos que son mi mas grande aliciente y fortaleza en mis momentos de debilidad y tristeza por no estar a tu lado, solo espero que algún día entiendas el porque de mis ausencias ,y que estes orgulloso de mi y sepas que eres TODO en mi vida. Te Amo.

A mi mama Lupita, porque solo por amor se puede hacer lo que tu haz hecho por mi, jamás podre pagar todo tu apoyo y amor que me haz brindado a lo largo de mi vida, pero sobre todo, ahora, que no dejaste ni un instante de apoyarme, por el papel de madre de nuestro pequeño, por esas horas de soledad que compartiste conmigo alla en Queretaro, por tus lagrimas de felicidad, por darme la vida pero sobre todo, gracias por entregarme la tuya, este logro es TUYO. Siempre te voy a amar.

A mi papito, que siempre ha sido mi gran ejemplo de lucha, esfuerzo y el pilar de nuestra familia, por ser mi héroe, mi maestro, mi mas grande orgullo. Gracias por tu apoyo incondicional, por tu amor, pero sobre todo por ser mi padre, sabes que nada seria posible de no ser por ti, por hacerme tan feliz al ser tu princesa y por seguir llevándome de la mano a tu lado, por aquellos momentos de soledad que pasaste estando nosotras lejos. Esto también es TUYO. Te amo Manolo.

A mis hermanos, Alejandro, porque no necesitas decirme nada, se que cuento contigo en todo momento, porque mi vida , mis recuerdos y mis momentos felices y difíciles han sido a tu lado y por eso simplemente son especiales. Daniel, por todo tu apoyo, porque aun cuando siento que ya no puedo mas, apareces tu y con una sonrisa cambias el panorama. Giovanni por ser la pieza clave de unión y amor en nuestra familia, por ser tan fuerte desde tus primeros días de vida. Gracias porque sin ustedes nada seria posible, por hacerme sentir amada, protegida, apoyada, por lo difícil que fue el estar lejos y separados para lograr esta meta y...¡lo logramos!.

A el amor de mi vida, por el apoyo incondicional, por llegar justo cuando menos lo esperaba pero cuando mas lo necesitaba, por hacerme sentir tan amada, por demostrarme dia a

día cuanto me ama. Luis Antonio, gracias por tu apoyo, tu compañía y por todos aquellos momentos difíciles que hemos pasado, por aquellos momentos de soledad y tristeza por estar lejos pero que logramos superar, sabes que soy tu mas grande admiradora. Gracias porque sin ti no se que haría, Te amo .

A Silvia, por todo su apoyo, su ejemplo de amor, dedicación y lucha. Es una gran mujer.

A el Dr. Raul Castillo, por todo el apoyo que nos brinda, por sus palabras, sus sabios consejos, por el entusiasmo y amor que para el es la medicina. Gracias por su ejemplo.

A mis amigos, que a lo largo de esta difícil carrera han estado a mi lado , a mis amigos y compañeros Estela, Francisco, Claudia, Roberto, Ricardo y Claudio que hicieron de la residencia una etapa muy bonita de mi vida. A Grace, Ale y Arturo por ese inolvidable servicio social que sin duda volveria a repetir.

A mis residentes , que ahora son mis amigos y me hicieron sentir como en casa, Fernanda, Marissa, Carla, Marco, Ricardo, Edgar, Tammy y Lupita, por esas guardias inolvidables y esos momentos insuperables.

A mis maestros y ahora amigos, por todas sus aportaciones y porque algunos de ellos me han enseñado que hay que renunciar a el amor personal por el amor a esta carrera y sobre todo a esta especialidad, por las enseñanzas y las oportunidades que me brindaron y que espero no defraudar.

A mis pacientes, pieza fundamental de mi formación, por permitirme aprender, por poner en mis manos lo mas sagrado que una mujer puede tener, su vida y la de su hijo, por que por una sonrisa y lagrimas de felicidad valen la pena los desvelos.

Y por ultimo y no menos importante a mi tutora. Dra. Arce, por su apoyo, su entusiasmo y por aquellos tiempos donde siendo estudiante de tercer año, la conoci y le tome amor a la Gineco-Obstetricia. Muchas Gracias.

I N D I C E

PRESENTACION	5
Titulo	
Institución	
Autor	
RESUMEN	6
ABSTRACT	7
ANTECEDENTES	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
JUSTIFICACION	14
OBJETIVO GENERAL	14
OBJETIVO ESPECIFICO	14
VARIABLES	14
DISEÑO	15
Metodología	
Universo de trabajo	
Criterios de Inclusión	
Criterios de Exclusión	
RESULTADOS	16
DISCUSION	20
CONCLUSIONES	21
BIBLIOGRAFIA	22
REGISTRO NACIONAL DE TESIS	24

RESUMEN

Manejo y complicaciones de la miomatosis Uterina durante el embarazo

OBJETIVOS: Describir la morbilidad y el manejo asociados a la miomatosis uterina en pacientes embarazadas así como sus complicaciones y resultados perinatales en el Hospital de Ginecología y Obstetricia “Luis Castelazo Ayala”

METODOLOGÍA: Búsqueda: Se hara una lectura del expediente clinico de pacientes registradas con diagnostico de miomatosis y embarazo durante el año 2005 al 2007.

Se realizara hoja de captura de datos de la información mas sobresaliente y necesaria para nuestro estudio (anexo 1).

RESULTADOS: Se captaron del 2005 al 2007 73 pacientes, de las cuales solo 42 fueron incluidas.

El diagnóstico de miomatosis uterina y embarazo por ultrasonido se realizo en promedio a las 14 semanas de edad gestacional.

La edad promedio fue de 31.8,+/- 4.7 años, 37 mujeres embarazadas con miomatosis uterina presentaron complicaciones durante el embarazo que ameritaron su internamiento, distribuyéndose de la siguiente manera.

En un 55.3% (26 pacs) presentaron complicaciones en el 1er trimestre, 19.2% (9 pacs),en el segundo trimestre y 25.5% (12 pacs)en el tercer trimestre

De estas pacientes el 7.1% (3 pacs) presentaron complicaciones en el 1ero y 2do trimestre, 14.2%(6 pacs) en el 1ero y 3er trimestre y por último en el 2do y tercer trimestre presentaron un 7.1%.(3 pacs).

De las 42 pacientes con miomatosis uterina y embarazo 14.2% (6 pacs), no presentaron complicaciones.

De las complicaciones mas frecuentes por trimestre, la mas frecuente en el 1ero fue amenaza de aborto (AA) con un total de 26 pacientes, en el 2do trimestre amenaza de aborto (AA) con 5 pacientes y en el 3er trimestre amenaza de parto pre término (APP) con 10 casos La resolución del embarazo fue de la siguiente manera; por vía vaginal el 54.7% (23pacs) por cesárea el 40.4% (17pacs) siendo la indicación mas frecuente **miomatosis** en el 80.2% (15pacs), 2 pacs presentaron como complicación aborto incompleto durante el 1er trimestre. La edad gestacional al nacimiento promedio fue de 38.1 semanas, el promedio del Apgar al minuto 5 fue de 9.

DISCUSIÓN: A todas las pacientes se les realizó ultrasonido para establecer el diagnóstico de miomatosis y embarazo.

De acuerdo a la literatura, las complicaciones que se presentan asociadas a miomatosis y embarazo, según el trimestre en el que se presentan se mencionan la amenaza de aborto (sangrado transvaginal) como la más frecuente, lo cual coincide con los resultados en el presente estudio tanto en el 1ero como en el 2do trimestre y a la Amenaza de Parto Pre término como la complicación más frecuente del 3er trimestre.

Otras complicaciones citadas en la literatura como la implantación baja de placenta, presentación fetal anómala, la degeneración roja del mioma no se presentaron.

CONCLUSIONES La mayor morbilidad de la miomatosis y embarazo en nuestro hospital se presenta en el primer trimestre Las complicaciones de la miomatosis en el embarazo que se presentan en nuestro hospital no difiere de los citados en la literatura Los resultados perinatales en la miomatosis uterina en el embarazo son satisfactorios considerando la edad gestacional y el Apgar al minuto 5.

ABSTRACT

Managing and complications of the Uterine miomatosis during the pregnancy(embarrassment)

OBJETIVE: To describe the morbidity and the managing associated with the uterine miomatosis in pregnant patients as well as his(her,your) complications and results perinatales in the Hospital of Gynaecology and Obstetrics "Luis Castelazo Ayala"

METHODOLOGY: Search: hara a reading of the patients' clinical process registered with diagnosis

f miomatosis and I embarrass during the year 2005 to(on) 2007. There was realized leaf(sheet) of apprehension of information of the information mas excellent and necessary for our study

RESULTS: there were caught from 2005 to 2007 73 patients, of which only 42 were included.

The diagnosis of miomatosis uterine and pregnancy(embarrassment) for ultrasound I realize in average to 14 weeks of age gestacional.

The average age was of 31.8, +/-4.7 years, 37 women embarrassed with miomatosis uterine presented complications during the pregnancy(embarrassment) that they deserved his(her,your) internment, being distributed of the following way.

In 55.3 % (26 pacs) presented complications in 1er quarter, 19.2 % (9 pacs), in the second quarter and 25.5 % (12 pacs) in the third quarter Of these patients 7.1 % (3 pacs) presented complications in the 1ero and 2nd quarter, 14.2 % (6 pacs) in 1ero and 3er quarter and finally in the 2nd and third

quarter they presented 7.1 %. (3 pacs).Of 42 patients with miomatosis uterine and I embarrass 14.2 %

6 pacs), they did not present complications.

Of the complications mas frequent for quarter, the frequent mas in 1ero was a threat of abortion (AA) with a whole of 26 patients, in the 2nd quarter it(he,she) threatens of abortion (AA) with 5 patients and in 3er quarter threatens with childbirth pre term(end) (APP) with 10 cases The resolution of the pregnancy(embarrassment) was of the following way; for vaginal route 54.7 % (23pacs) for Caesarean 40.4 % (17pacs) being the indication mas frequent miomatosis in 80.2 % (15pacs, 2 pacs presented as complication incomplete abortion during 1er quarter

The age gestacional to the average birth was 38.1 weeks, the average went of the Apgar to the minute 5 was of 9.

DISCUSSION: To all the patients they ultrasound was realized to establish the diagnosis of Miomatosis and I embarrass. In agreement to the literature, the complications that they present associated to miomatosis and I embarrass, according to the quarter in which they appear there is mentioned the threat of abortion (bled transvaginal) as the most frequent, which coincides with the results with the present study so much in 1ero as(like) with the 2nd quarter and to the Threat of Childbirth Pre term(end) as the complication more frequent of 3er quarter.

Other complications mentioned in the literature as the implantation(introduction) it(he,she) goes own placenta, foetal anomalous presentation, the red degeneracy of the myoma they did not appear.

CONCLUSIONS The major morbidity of the miomatosis and pregnancy(embarrassment) in our hospital appears in the first quarter The complications of the miomatosis in the regnancy(embarrassment) that they present in our hospital does not defer of mentioned in the literature The results perinatales in the uterine miomatosis in the pregnancy(embarrassment) they are satisfactory considering the age gestacional and the Apgar to the minute 5.

ANTECEDENTES

La miomatosis uterina también llamada leiomiomatosis, tumores fibroides, fibromiomas, fibroleiomiomatosis, se define como tumor o tumores de tejido de músculo liso del útero, así como de tejido fibroso.(1)

Los miomas son los tumores sólidos, pélvicos, más comunes en la mujer, presentándose en un 20 a 30% en mujeres en edad reproductiva. (2)

Los miomas son tumores benignos que se originan de células de músculo liso del útero, pueden ser solitarios o múltiples y pueden encontrarse en el miometrio (intramurales), en la serosa (subserosos) o internos invadiendo la cavidad uterina (submucosos), pueden ser también pediculados y extenderse hacia la superficie o hacia la cavidad uterina o hacia el cérvix. (3)

Los miomas son tumores estrógeno-dependientes, su crecimiento se ha visto claramente asociado a la **exposición a los estrógenos**. Los miomas disminuyen su tamaño predeciblemente durante la menopausia y en otras condiciones de hipostrogenismo. El crecimiento máximo se observa durante la edad reproductiva cuando la secreción de estrógenos es máxima. (4)

Los miomas ocasionalmente crecen durante el embarazo, esto es causado por los estrógenos, pero también pueden incrementar su tamaño por el aumento en el flujo sanguíneo. Los receptores de estrógenos se presentan en altas concentraciones en el miometrio adyacente a los miomas. Se encuentra 20% más de estradiol (E2) por miligramo en las proteínas citoplasmáticas que en el tejido muscular uterino adyacente a él mioma. (5)

Muchas de las pacientes con miomatosis, están asintomáticas, pero cuando ocurren los síntomas, se correlacionan con la localización del mioma, el tamaño o los cambios degenerativos concomitantes.

El dolor es otro de los síntomas en la miomatosis, es relativamente infrecuente, sin embargo, este es usualmente asociado con torsión del pedículo en los miomas pediculados, dilatación cervical por un mioma submucoso, o **degeneración carnosa asociada con el embarazo**. En estas tres condiciones el dolor es agudo y se requiere atención inmediata. La adenomiosis se encuentra frecuentemente en las pacientes con miomas, y la adenomiosis difusa puede causar dolor. Otro síntoma que se puede presentar es el dolor por efecto de masa en órganos adyacentes (intestino, vejiga, ureteres), o síntomas como retención urinaria, síntomas gastrointestinales como tenesmo o constipación por algún mioma que este obstruyendo al recto- sigmoides. (6)
(7)

Una distorsión en la cavidad endometrial por la miomatosis, causa una disminución en el éxito de un embarazo, y abortos espontáneos en el 50% de los casos de fertilización in Vitro. (8)

La transformación maligna de los miomas es extremadamente rara. El leiomiosarcoma de novo, puede no tener relación con la leiomiomatosis. La malignidad de la leiomiomatosis llega a ocurrir en un 0.13% de los casos. El crecimiento rápido de los miomas es común durante el embarazo. Si se presenta un crecimiento rápido del mioma fuera del embarazo, hay que sospechar malignidad de este. Para los miomas pequeños y asintomáticos, solo deben realizarse seguimiento observándolos por clínica y ultrasonido cada 3 a 6 meses para ver el patrón de crecimiento. (9)

El ultrasonido es una herramienta no invasiva para el diagnóstico y seguimiento del crecimiento de los leiomiomas.

La píelografía intravenosa ocasionalmente es necesaria para definir las características renales y ureterales específicamente, en los casos donde los leiomiomas ocasionan obstrucción o distorsión del sistema renal. La resonancia magnética sirve como herramienta diagnóstica en los casos que hay duda de que se trate de una tumoración dependiente de útero, en donde hay que descartar que la tumoración sea dependiente de otro órgano pélvico. La histerosalpingografía es especialmente específica para evaluar el contorno de la cavidad endometrial y la permeabilidad de las tubas uterinas, en las pacientes portadoras de miomatosis. Además la histerosonografía así como la histerosalpingografía pueden asistir fuertemente para limitar la localización, la extensión y la resecabilidad de miomas submucosos para el tratamiento quirúrgico en pacientes infértiles. (10,11, 12, 13, 14)

El manejo de los leiomiomas uterinos puede ser de la siguiente forma: manejo expectante, manejo médico (análogos de la GnRH, progestágenos,) y quirúrgico (miomectomía, histerectomía), embolización de la arteria uterina, termoablación, crioterapia, tratamiento láser. El tratamiento se enfoca a consideración de diversos factores médicos y sociales incluyendo, la edad, paridad, severidad de los síntomas, tamaño, localización y número de miomas, posibilidades de malignidad, proximidad a la menopausia y el deseo de preservar el útero. (15)

La histerectomía se realiza más frecuentemente en mujeres de 40 a 65 años, las indicaciones de la histerectomía incluyen miomas uterinos (33.5%), endometriosis en un (18.2%), prolapso uterino (16.2%), y cáncer (11.2%). (16)

Se atribuye la descripción de la miomectomía completa a William Alexander, Víctor Bonney fue quien realizó por primera vez preferentemente miomectomías en pacientes con múltiples miomas. (17)

La miomectomía abdominal es el tratamiento preferente para la preservación uterina, en situaciones en donde el mioma es solitario o pediculado. Otra de las indicaciones de la miomectomía incluye también interferencia con la fertilidad, (la cual

es rara como causa de ella), asociándose a irregularidades de la cavidad endometrial, obstrucción de las tubas uterinas. (18)

La miomectomía por histeroscopia es un procedimiento difícil y se requiere habilidad del cirujano para mejores resultados. (19, 20)

La recurrencia tras la extirpación de un mioma solitario es muy baja, el riesgo relativo de recurrencia con 2-3 miomas es de 1.2 y de 2.1 con remoción de 4 miomas.(20)

La miomectomía histeroscópica ha sido usada para la resección de miomas submucosos con muy buenos resultados, las indicaciones para la miomectomía histeroscópica incluyen sangrado anormal, historia de pérdida repetida del embarazo, infertilidad, y dolor. Las contraindicaciones incluyen, cáncer endometrial, infección del tracto genital inferior, extensión del tumor a miometrio, la recurrencia puede ser secundaria a la resección incompleta del tejido miomatoso. (21)

La Sociedad Europea de Histeroscopia clasifica los miomas submucosos de acuerdo al nivel de penetración a miometrio:

Categoría T: 0 Incluye tumores submucosos pediculados.

Categoría T: I El mioma se extiende menos del 50% del miometrio.

Categoría T: II El mioma se extiende más del 50% del miometrio.

Con la clasificación anterior se orienta hacia la resección de tumor, las categorías 0 y I, se realiza la excisión vía Histeroscópica; La categoría II, se deberá realizar la resección vía abdominal.

La miomectomía por vía laparoscópica debe de reservarse a los miomas accesibles para esta vía, los subserosos y pediculados superficiales. (22)

La embolización de la arteria uterina es un tratamiento para la miomatosis que fue descrita por primera vez en 1995, sin embargo su uso ha estado por muchos años en controversia, principalmente por la hemorragia pélvica que tiene como consecuencia en su realización. El principio de este manejo es simple, se limita la perfusión del mioma (isquemia), por lo que su volumen tiende a reducir, el material que se utiliza para embolización es en la mayoría de los casos partículas de alcohol y polivinilo, se guía por fluoroscopia por medio de un catéter intraarterial insertado por la arteria femoral, las pacientes con hipermenorrea reportaron mejoría en un 90% . Las complicaciones de la embolización de la arteria uterina incluyen: fiebre, sepsis, síndrome postembolización severo, piometra, histerectomía, regresión de los miomas. (23, 24)

La terapia hormonal con progestinas se ha observado tienen influencia principalmente en el crecimiento de los tumores miomatosos; La noretindrona, medrogestona y el acetato de medroxiprogesterona son los principales agentes que se han utilizado demostrando gran disminución en el tamaño de los miomas uterinos, esto por el efecto hipoestrogénico e inhibición de la secreción de gonadotropinas, así como supresión de la función ovárica. Los análogos de la hormona liberadora de

gonadotropinas, han sido utilizados para condiciones estrógeno-dependientes, ocasionando hipoestrogenismo secundario, como en la endometriosis, pubertad precoz, y en la miomatosis uterina. El efecto de la terapia con progestágenos y análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas, son transitorios, porque se ha observado en algunos casos que los miomas regresan al tamaño previo al manejo. (25,26,27).

Existe información específica acerca de las **complicaciones que se presentan durante el embarazo y miomatosis uterina**, entre las cuales se encuentran, sangrado durante el primer trimestre, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, oligohidramnios, polihidramnios, anemia, ruptura prematura de membranas; Las complicaciones que se presentan durante el trabajo de parto y el parto son: trabajo de parto disfuncional, trabajo de parto prolongado, presentación anómala, sangrado excesivo, parto precipitado, y nacimiento por cesárea; El resultado perinatal incluyen: Apgar menor de 7, bajo peso al nacer, y malformaciones.

Algunos autores sugieren que los leiomiomas pueden ocasionar implantación anómala de la placenta (implantación baja), también pueden asociarse a reducción del espacio en la cavidad uterina, lo que limita los movimientos fetales, o estos pueden ocasionar contracciones uterinas (amenaza de parto pretérmino), aunque también existe la hipótesis de que los miomas limitan la contracciones uterinas. (28)

La prevalencia de la leiomiomatosis durante el embarazo se reporta como menor al 2%. Aunque con el uso del ultrasonograma como herramienta diagnóstica puede aumentar este porcentaje; Durante el embarazo los leiomiomas usualmente son asintomáticos, sin embargo, suelen asociarse a abortos espontáneos, parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, sangrado antes del parto, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI), anomalías en la presentación, y nacimiento por cesárea. La complicación más común es el síndrome del “**mioma doloroso**” este se debe a una degeneración roja y esto ocurre en un 5-8 % de los miomas durante el embarazo. Esta complicación se asocia con náuseas, vómito, fiebre, y usualmente se presenta en el segundo trimestre del embarazo. El manejo de los leiomiomas durante el embarazo es médico, pero, en algunas circunstancias la intervención quirúrgica (miomectomía) puede ser requerida.

En un estudio prospectivo hecho entre Enero 1994 a Diciembre del 2001 en el Hospital Universitario de Ioannina, Grecia, se evaluó a mujeres embarazadas n: 15,579 de las cuales con leiomiomatosis se encontraron n:622 (3.9%), detectadas por ultrasonograma entre las primeras 2-4 semanas de gestación y hasta el término; el ultrasonido fue transvaginal cuando la edad gestacional era menor de 7 semanas y transabdominal si era mayor. De los miomas se evaluaron: tamaño, número, posición, localización, relación placentaria y estructura ecográfica, la clasificación de la localización de la leiomiomatosis fue basada en los criterios descritos previamente.

Las pacientes con embarazo y miomatosis que presentaron complicaciones como dolor y aumento en el tamaño del mioma fueron 16 (2.6%) y de estas 3 se mantuvieron

con manejo expectante de las cuales 2 tuvieron nacimiento a término y 1 presentó aborto espontáneo y quienes no tuvieron complicaciones fueron 606 (97.4%), de las cuales requirieron miomectomía 13, como resultado perinatal 12 nacidos vivos, y un aborto espontáneo.

Basados en estudios previos los criterios para decidir la miomectomía fueron: a) crecimiento rápido del leiomioma causando malestar, b) dolor abdominal severo (dolor del mioma) que no responde al manejo conservador; c) una distancia entre mioma y la cavidad endometrial mayor de 5 mm.

De las 622 mujeres la miomectomía se realizó en promedio entre las 15 y 19 semanas de gestación. La miomectomía se realizó por vía abdominal, con insición media infraumbilical, se realizó disección del mioma con una insición vertical, seguida de remoción del mioma y cierre en dos planos con Vicryl del 2-0, con puntos continuos, una porción del omento fue superpuesta sobre la insición para sellarla y realizar hemostasia por contacto. La monitorización fetal (con ultrasonido) se realizó inmediatamente después de la cirugía para evaluar la viabilidad, las pacientes recibieron relajantes uterinos por 4 días, se les realizó seguimiento ultrasonográfico con intervalo de 2 semanas.

El análisis estadístico utilizado se realizó usando el t-test, el examen exacto de Fisher y el valor de P menor de 0.05 fue considerado estadísticamente significativo, el intervalo de confianza observado fue calculado usando la distribución binomial, los resultados de este estudio fueron los siguientes: la incidencia de miomatosis y embarazo fue de 3.9% (95% IC 3.6-4.3%), La edad de presentación en las mujeres fue de 32 años (rango de 24-40). El diagnóstico de leiomiomatosis fue en 183 mujeres (29%) antes del embarazo, y de 439 mujeres (71%) a las 6-12 semanas de gestación, un mioma solitario fue encontrado en 476 casos (76.5%), y leiomiomas múltiples en 146 casos (23.5%), De estas la mayoría (606 (97.4%) IC 96-99%) estuvo asintomático durante el embarazo, manejadas de manera conservadora. De las 622 mujeres con leiomiomatosis y embarazo, 16 presentaron complicaciones durante el embarazo (2.57%, IC 1.3-3.8) incrementaron el tamaño del leiomioma causando molestia o dolor abdominal severo que no respondió a manejo

conservador con analgésicos no esteroideos, 6 casos presentaron un incremento significativo en el tamaño, 8 con dolor abdominal severo que no respondió a tratamiento médico, y 2 con dolor abdominal severo y con aumento de tamaño del leiomioma. Como la distancia entre el leiomioma y la cavidad endometrial era menor de 2mm en 3 de 6 mujeres con aumento en el tamaño del mioma fueron manejadas conservadoramente con monitorización ultrasonográfica, 2 de estas mujeres tuvieron nacimientos vía vaginal a las 34 y 38 sdg, con un peso al nacer de 2350 y 2950 gramos respectivamente. De las 3 mujeres que abortaron a las 22 sdg, 2 tuvieron ruptura prematura de membranas y hemorragia masiva post aborto y se les realizó

histerectomía abdominal. De las 622 embarazadas, a 13 se les realizó miomectomía durante el embarazo, la torsión del mioma pediculado ocurrió en 2 de los 13 casos, el examen patológico de los 13 miomas fueron cambios degenerativos en 10 (77%), la mas común fue la degeneración hialina (n:3) y degeneración roja (n:2).

La controversia persiste a pesar de los reportes de la miomectomía durante el embarazo como se observo los miomas son asintomáticos en la mayoría de los casos, y con la ultrasonografía rutinaria durante el embarazo, se detectan estas lesiones y evalúan las posibles complicaciones. En este estudio la incidencia de la miomatosis en el embarazo se reporto en un 3.9% y solo el 2.6% de las mujeres con miomas desarrollaron complicaciones que requirieron intervenciones quirúrgicas, la complicación mas común que se observo en este estudio fue el dolor abdominal severo que no respondió al tratamiento médico. En la literatura se refiere que el tratamiento quirúrgico (miomectomía) se realiza si es que el dolor abdominal persiste por mas de 72 hrs. a pesar del uso de analgésicos no esteroideos. Dos de las complicaciones que ocurrieron por la miomectomía fueron aborto y la hemorragia. (29)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las complicaciones mas frecuentes en el Hospital de Ginecología y Obstetricia “Luis Castelazo Ayala” en mujeres con miomatosis uterina y embarazo?

OBJETIVO GENERAL

Describir la morbilidad y el manejo asociados a la miomatosis uterina en pacientes embarazadas así como sus complicaciones y resultados perinatales en el Hospital de Ginecología y Obstetricia “Luis Castelazo Ayala”

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la edad gestacional por fecha de última regla y por ultrasonido
- Describir el manejo establecido para cada paciente
- Describir las complicaciones maternas y/o fetales que se presenten asociadas a miomatosis y embarazo
- Describir el resultado perinatal de los neonatos cuyas madres se les diagnostica miomatosis durante el embarazo

METODOLOGÍA

Busqueda: Se hara una lectura del expediente clinico de pacientes registradas con diagnostico de miomatosis y embarazo durante el año 2005 al 2007.

Se realizara hoja de captura de datos de la información mas sobresaliente y necesaria para nuestro estudio (anexo 1).

DEFINICIÓN DEL UNIVERSO

Mujeres embarazadas derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social del Hospital Ginecología y Obstetricia No.4, "Luis Castelazo Ayala" que se registren del 01 de Enero 2005 al 01 de Junio 2007 con diagnóstico de miomatosis y embrazo.

DISEÑO

Estudio Observacional transversal retrospectivo descriptivo

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

A) Criterios de inclusión

1. Embarazo único
2. Miomatosis uterina
3. Manejo en este hospital
4. Resolucion del embarazo en este hospital

B) Criterios de exclusión.

1. Procesos infecciosos
2. Tumoracion uterina diferente a miomatosis uterina

C) Criterios de eliminación

1. Expedientes incompletos

VARIABLES

- Variable independiente: Miomatosis y embarazo
- Variable dependiente: Complicaciones y manejo de la miomatosis uterina en el embarazo

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

- Embarazadas con diagnóstico de miomatosis: Digase a la presencia de tumores de tejido muscular liso del utero concomitante con el embarazo diagnosticado por ultrasonograma bidimensional.
- Complicaciones maternas y/o fetales : Digase a aquellas alteraciones que se presentan secundarias a el embarazo y la miomatosis, que impide llevar a cabo un embarazo normal.
- Manejo establecido para las complicaciones: Aquéllas estrategias que se llevan a cabo para procurar mejorar las condiciones que afectan el curso normal del embarazo.
 - Condiciones del neonato al nacimiento: Estado fisico, estado de salud, presencia de malformaciones.

RESULTADOS

Se captaron del 2005 al 2007 73 pacientes, de las cuales solo 42 fueron incluidas.

El diagnóstico de miomatosis uterina y embarazo por ultrasonido se realizó en promedio a las 14 semanas de edad gestacional. *Tabla 1*

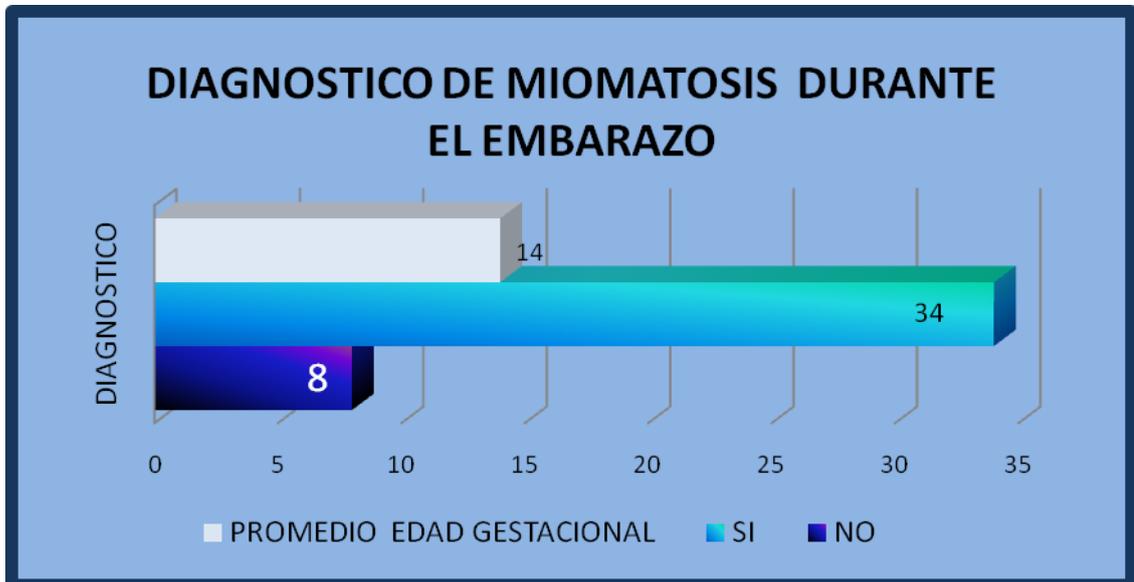


Tabla 1

La edad promedio fue de 31.8,+/- 4.7 años, 37 mujeres embarazadas con miomatosis uterina presentaron complicaciones durante el embarazo que ameritaron su internamiento, distribuyéndose de la siguiente manera.

En un 55.3% (26 pacs) presentaron complicaciones en el 1er trimestre, 19.2% (9 pacs),en el segundo trimestre y 25.5% (12 pacs)en el tercer trimestre. *Tabla2*



Tabla 2

De estas pacientes el 7.1% (3 pacs) presentaron complicaciones en el 1ero y 2do trimestre, 14.2%(6 pacs) en el 1ero y 3er trimestre y por último en el 2do y tercer trimestre presentaron un 7.1%.(3 pacs).

De las 42 pacientes con miomatosis uterina y embarazo 14.2% (6 pacs), no presentaron complicaciones.

De las complicaciones mas frecuentes por trimestre, la mas frecuente en el 1ero fue amenaza de aborto (AA) con un total de 26 pacientes, en el 2do trimestre amenaza de aborto (AA) con 5 pacientes y en el 3er trimestre amenaza de parto pre término (APP) con 10 casos. *Tabla 3*



Tabla 3

La resolución del embarazo fue de la siguiente manera; por vía vaginal el 54.7% (23pacs) por cesárea el 40.4% (17pacs) siendo la indicación mas frecuente **miomatosis** en el 80.2% (15pacs), 2 pacs presentaron como complicación aborto incompleto durante el 1er trimestre.

La edad gestacional al nacimiento promedio fue de 38.1 semanas, el promedio del Apgar al minuto 5 fue de 9.

DISCUSION

A todas las pacientes se les realizó ultrasonido para establecer el diagnóstico de miomatosis y embarazo.

De acuerdo a la literatura, las complicaciones que se presentan asociadas a miomatosis y embarazo, según el trimestre en el que se presentan se mencionan la amenaza de aborto (sangrado transvaginal) como la más frecuente, lo cual coincide con los resultados en el presente estudio tanto en el 1ero como en el 2do trimestre y a la Amenaza de Parto Pre término como la complicación más frecuente del 3er trimestre.

Otras complicaciones citadas en la literatura como la implantación baja de placenta, presentación fetal anómala, la degeneración roja del mioma no se presentaron.

CONCLUSIONES

La mayor morbilidad de la miomatosis y embarazo en nuestro hospital se presenta en el primer trimestre

Las complicaciones de la miomatosis en el embarazo que se presentan en nuestro hospital no difiere de los citados en la literatura

Los resultados perinatales en la miomatosis uterina en el embarazo son satisfactorios considerando la edad gestacional y el Apgar al minuto 5.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-A.M.H.G.O. No 3, IMSS. Ginecología y obstetricia. Quinta edición, 2003, 305.
- 2.-González Merlo J, del Sol J. Obstetricia Masson 1999.479
- 3.-Dewhurst CJ. Ginecología y obstetricia para post graduados. Salvat. 1999. 379-383
- 4.-Martin L Pernoli. Diagnósticos y tratamientos Ginecoobstétricos. Manual moderno. 2000. 198-314-315-401-407.
- 5.- Cunningham FG, Mac Donald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC. Williams, Obstetricia. Masson.2000.725-727.
6. - Wallach E. Edward, and Vlahos F Nikos. Uterine Myomas: An Overview of Development, Clinical Features, and Management. The American College Obstetricians and Gynecologist 2004; 4: 393-406.
- 7.-Mampaey S, De Schepper AM, Naudts P, Buytaert G. Uterine leiomyoma during pregnancy. J Belge Radiol 1996;79:275.
- 8.-Buttram VC Jr, Reiter RC. Uterine leiomyomata: etiology, symptomatology, and management. Fertil Steril 1981; 36:433-45.
- 9.-Levy B, Mukherjee T, Hirschhorn K. Molecular cytogenetic analysis of uterine leiomyoma and leiomyosarcoma by comparative genomic hybridization. Cancer Genet Cytogenet 2000; 121:1-8
10. - Lumsden MA, Wallace EM. Clinical presentation of uterine fibroids. Baillieres Clin Obstet Gynaecol 1998; 12:177-95
- 11.- Benson CB, Chow JS, Chang Lee W, Hill JA 3rd, Outcome of pregnancies in women with uterine leiomyomas identified by sonography an the first trimester. J Clin Ultrasound 2001;29:261-4.
- 12.-Rosati P, Exacoustos C, Mancuso S. Longitudinal evaluation of uterine myoma growth during pregnancy: a sonographic study. J Ultrasound Med 1992; 11:511-5.
- 13.-Tada S, Tsukioka M Ishii C, Tanaka H, Mizunuma K. Computed tomographic features of uterine myoma. J Comput Assist Tomogr 1981;5: 866-9-
14. - Scoult LM, Mc Carthy SM. Applications of magnetic resonance imaging to gynecology. Top Magn Reson Imaging 1990; 2:37-49.
15. - Ozumba BC, Megafu UC, Igwegbe AO. Uterine fibroids: Clinical presentation and management in a Nigerian teaching hospitañ. Ir Med J 1992; 85:158-9
16. - Lefebvre G, Vilos G, Allaire C, Arneja J, et al. The management of uterine leiomyomas. J Obstet Gynaecol Can 2003; 25:396-418.
17. - Kjerulff KH, Langenberg PW, Rhodes JC, Harvey LA, Stolley PD. Effectiveness of hysterectomy. Obstet Gynecol 2000; 95:319-26.

18. - Bajekal N, Li TC, Fibroids, infertility and pregnancy wastage. Hum Reprod Update 2000; 6:614-20.
- 19.-Fernandez H, Sefrioui O, Virelizer C, Gervasio A, Gomel V, Frydman R. Hysteroscopic resection of submucosal myomas in patients with infertility. Human Reprod 2001; 16:1489-92.
- 20.-Goldenberg M, Sivan E, Sharabi Z, Outcome of hysteroscopic resection of submucous myomas for infertility. Fertil Steril 1995; 64: 714-16.
21. - Mohammed NB, NoorAli R, Ananda Kummar C. Uterine fibroid: clinical presentation and relative morbidity of abdominal myomectomy and total abdominal hysterectomy, in a teaching hospital of Karachi Pakistan. Singapore Med J 2001; 43:289-95.
- 22.- Davies A, Hart R, Magos AL. The excision of uterine fibroids by al myomectomy: a prospective study. Fertil Steril 199; 71:961-4.
- 23.- Pelage JP, Soyer P, Le Dref O, et al. Uterine arteries: bilateral catheterization with a single femoral approach and a single 5-F catheter-technical note. Radiology 199; 210:573-5.
24. - Hurst BS, Stackhouse DJ, Matthews ML, Marshburn PB. Uterine artery embolization for symptomatic uterine myomas. Fertil Steril 2000;74: 855-69.
25. - Vikhlieva EM. Uvarova EV, Samedova N. The mechanism of the therapeutic effect of norethise in hyperplastic diseases of the endo-and myometrium in womwn of reproductivw age.Vopr Onkol 1990; 36: 683-9.
26. - Tiltman AJ. The effect of progestins on the mitotic activity of uterine fibromyomas. Int J Gynecol Pathol 1985; 4: 89-96
27. -Vikhlieva EM. Conservative treatment of patients whith uterine myoma. Akush Ginecol 1987:63-7
28. - Coronado Gloria D, Marshall Lynn M, Schwartz Stephen M. Complications in pregnancy, labor, and delivery whith uterine leiomyomas: a population- based study.Obst and Gynecol 2000; 95: 764-69.
- 29.-Lolis DE, Kalantaridou SN, Makrydimas G, Sotiriadis A et al. Successful myomectomy during pregnancy. European Society of human Reproduct and embriol. 2003; 8: 1699-1702.