



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores
Aragón

Miomas: un inquilino indeseable en el cuerpo de las mujeres. Reportaje

Trabajo Periodístico y Comunicacional
que para obtener el título de:
Licenciado en Comunicación y Periodismo.

Presenta:

César Jiménez Cohetero

Mtra. María Guadalupe Pacheco Gutiérrez

Marzo– 2009





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.



Índice

Introducción

Capítulo 1 ¡Felicidades! Es niña	9
De niña a adulta	10
Indefensos ante una mujer	15
Trastornos físicos y mentales.....	18
El cáncer en los senos.....	20
El útero como la raíz del sexo femenino	22
Capítulo 2 El mioma, un cáncer benigno silencioso	25
El comienzo del calvario.....	26
Aspectos de la enfermedad.....	29
¿Por qué a mí?!	30
Todas van formadas	33
Un útero para muchos miomas	34
Transformaciones del cáncer benigno.....	38
Capítulo 3 Síntomas y valoración del mioma	42
El tormento más frecuente: las hemorragias	43
¡Qué dolor!	46
Perturbaciones urinarias	47
Presión de órganos aledaños.....	48
El diagnóstico.....	49
Primera prueba: la valoración del doctor.....	51
Los diferentes estudios clínicos	52
Análisis adicionales	54
Capítulo 4 Tratamientos	58
Molestia que no molesta, para qué molestarla	59
Menopausia artificial: GnRH y hormonas	60
Un útero suturado: la miomectomía	63
Tecnología a la vanguardia: Focus ExAblate	67
Un vientre sin matriz: la histerectomía.....	71
La embolización como una alternativa más.....	77
Capítulo 5 Una vida diferente	80
Situación física.....	83
¡Ya no soy mujer!.....	85
Sexualidad	89
No al bisturí.....	90
A manera de conclusión	93
Glosario	96
Fuentes de consulta	99



Introducción

Estudiar una carrera universitaria sin importar si pertenece a las ciencias exactas, de la salud o sociales, implica dedicación, ganas de adquirir un conocimiento, pero ante todo vocación para lo que se va a cursar. Mi meta siempre fue pertenecer en ese entonces, a la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Aragón (ENEP), ahora convertida en Facultad de Estudios Superiores (FES). Tardé aproximadamente dos años a partir de mi egreso de la preparatoria, en formar parte de la UNAM; a final de cuentas, logré quedarme en la carrera de Comunicación y Periodismo. Antes de cursar este maravilloso oficio, pensaba que consistía solamente en tomar un micrófono, hablar frente a una cámara y ya. No estaba del todo equivocado. Sin embargo, descubriría aspectos más interesantes a lo largo de la carrera. Unos meses antes de ingresar a la universidad, recuerdo haber acudido a una exposición en el salón de usos múltiples de la FES Aragón, sobre los planes de estudio de todas sus carreras, a la cual asistí en compañía de un amigo.

Conversando con los ponentes de las distintas carreras, llegué a la mesa de Comunicación y Periodismo. Allí le pregunté a la persona encargada, por qué la carrera era (y es hasta este momento) de alta demanda. Me dijo: “en esta profesión, no sólo son cámaras y micrófonos. Hay una ardua labor detrás de las pantallas. Si bien aquí no es una escuela de conducción, te vuelves un analista de los acontecimientos en México y en el mundo: miras, observas, oyes y escuchas todas las aristas de los medios de comunicación masiva”. Esto me motivó a prepararme todavía más para el examen de admisión. El día de los resultados mi número de folio apareció con la letra A de aceptado, mi sueño de ser universitario se hacía realidad.

El primer día de clases nunca lo voy a olvidar, me dije: “esta es mi nueva escuela, y no me importa si mis horarios implican desde salir temprano de mi casa o retirarme tarde de la universidad; asistiré a todas las clases, entregaré trabajos y tareas que los maestros me pidan, haré lo necesario con tal de formarme como profesionista y obtener mi título profesional”.

Cuando las personas más cercanas a mí se enteraron de la carrera a la cual me iba a dedicar, las críticas no se hicieron esperar al señalarme de chismoso, metiche, mal pagado, etc. Le tomé poca importancia a esos comentarios, porque más que chismoso, quien estudia Comunicación y Periodismo, debe ser extremadamente curioso, necesita estar informado acerca de todos los temas sin importar la fecha en que estos hayan ocurrido, es indispensable leer continuamente. Es en mi ciclo en la UNAM donde asignaturas como sociología y psicología de la comunicación, ciencia política, géneros literarios, géneros de opinión, reportaje, entre otras, me ayudaron a formarme como profesionista, un analista de los contenidos en los medios de



información. Los libros, revistas y en especial el periódico, me permitieron (y lo seguirán haciendo) estar al tanto de lo que pasa en la ciudadanía, conocer cuáles son sus necesidades y logros. Por tal motivo les doy las gracias y ante todo, decir que las cursé en la FES Aragón.

Finalizados mis estudios universitarios, llegó el momento de elegir una opción para titularme. En ese momento disponía de varios temas, pero ninguno de ellos lo tenía seguro; incluso la temática principal de este trabajo ni siquiera lo tenía contemplado. En la etapa de escoger, pensar y decidirme por un tema a desarrollar, mi mamá comenzó a padecer una enfermedad de la cual yo había escuchado en pocas ocasiones en otras mujeres. Nunca pensé que ella fuera susceptible a dicha dolencia: miomatosis uterina. Los doctores le detectaron varios tumores en el útero. Era necesario extirpárselo porque estaba demasiado deteriorado. Los ginecólogos nos informaron que la enfermedad no era peligrosa en ciertas mujeres. Investigué cuáles eran los orígenes, así como consecuencias de esta enfermedad para tranquilizar mi preocupación.

Los miomas, como se le conoce entre la población o miomatosis uterina en términos de medicina, es una de las enfermedades más frecuentes en las mujeres. No respeta tonalidad de piel, nacionalidad y los problemas más severos se presentan a partir de los 40 años en adelante. Aunque no hay una etapa específica para padecer esta enfermedad, ha habido mujeres de 25 años quienes ya presentan casos clínicos graves. Algunos medicamentos actúan de manera temporal y los síntomas se presentan de nueva cuenta. Los métodos aprobados por los especialistas para acabar con el dolor de la paciente, se realizan en el quirófano, dejando en ciertos casos secuelas psicológicas severas, a tal grado de caer una depresión y estrés difíciles de superar.

Desafortunadamente, la información de este malestar es sumamente escasa además de su difícil interpretación; por el contrario, en los libros de medicina el vocabulario ahí empleado está enfocado únicamente a estudiantes de ciencias de la salud, médicos generales y especialistas. Noté que hacía falta dar a conocer entre la población esta información. Las mujeres quienes ya están enfrentando esta difícil situación, se dejan llevar por creencias e ideas carentes de fundamento y precisión. En lugar de mejorar la calidad de vida hacen de su enfermedad, una incertidumbre; o en su defecto, cuando se acude con un experto, las soluciones para salvar el útero están perdidas.

Entre las opciones de titulación, se encuentra la de la opción de Trabajo Periodístico y Comunicacional. Durante mi estancia en la universidad cursé la materia de reportaje. En una ocasión leí la definición que Raymundo Riva Palacio menciona en su libro *Manual para un nuevo periodismo. Vicios y virtudes de la prensa escrita en México*: “el reportaje aporta contexto, origen y



efecto de los mismos eventos, al entregar una visión más en conjunto a distancia sobre un tema en particular, resaltando así su propia importancia”. De todos los tipos de este género informativo, me atrajo el reportaje científico.

No vacilé ni un momento. Esto me incitó a realizar un reportaje, en donde el objetivo principal sería la exposición de un padecimiento extremadamente discreto y común del aparato reproductor femenino: los miomas. Encaminado, a todas las mujeres libres de este malestar o en contraparte, quienes ya padecieran de esta situación, tomen los cuidados indispensables mediante visitas médicas en relación con su útero, fertilidad y estado emocional. Acudí con mi maestra y asesora Guadalupe Pacheco, a quien le planteé la situación de mi madre junto con la propuesta del tema y, gustosamente aceptó guiarme en este proyecto.

Encontré la oportunidad de exponer de principio a fin, los procedimientos que debe seguir una paciente con miomas, estos son: desconocimiento de su padecimiento, solución temprana o tardía y, repercusiones en lo corporal y anímico. Uno de los obstáculos más difíciles fue no haber encontrado información suficiente o en su defecto compleja. Mi labor implicaría divulgar un problema de salud a través de la investigación documental y de campo, encuestas, testimonios, visitas a hospitales públicos y privados, descubrimientos tecnológicos y medicinales, además de conocer las opiniones de los ginecólogos.

Por tal razón mi reportaje está dividido en cinco capítulos. Al primero lo he titulado: **¡Felicidades... es niña!** Recabé información documental especialmente de libros de psicología. Con esto me permitiría dialogar, investigar y conocer, en primera instancia cómo es una mujer. A pesar de vivir en el siglo XXI, el llamado “sexo débil” sufre de violación física y psicológica, privación de sus derechos, discriminación laboral, etcétera. Incluso hay regiones del mundo donde es vista solamente como un objeto sin valor alguno y en algunas veces catalogada como inútil. Afortunadamente muchas de ellas ejercen labores de mejor calidad en comparación con el llamado “sexo fuerte”. Encontramos desde ejecutivas, licenciadas, presidentas, maestras, premios Nobel, etcétera.

Para empezar a adentrarnos en el tema principal de esta investigación, me sustenté de nueva cuenta en la información documental: inicié la recopilación y selección de textos especializados en salud, medicina, aunado a periódicos de circulación mexicana y extranjera. Mis bases fueron los libros de la FES Zaragoza y Ciudad Universitaria. También asistí a un congreso que impartió el Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, en las instalaciones del World Trade Center, sobre las enfermedades más comunes en el aparato



reproductor femenino. Entre los puntos a tratar, estaba el contenido central de este trabajo: los miomas. El desarrollo de los distintos malestares se efectuó mediante diapositivas y para ser sincero, fue complicado interpretar idóneamente esas imágenes porque la mayoría poseían características de ultrasonidos.

También me ayudé de iconografías de protuberancias en fase inicial, así como la invasión a órganos cercanos. Tuve la experiencia de observar un útero extirpado con miomas de diversos tamaños y formas. En las mujeres, el aparato reproductor es uno de los órganos más propensos a sufrir terribles alteraciones. Su bienestar requiere observación periódica; en ocasiones se le atribuye “causante de un sin número de problemas”. Esa es la razón por la cual he titulado al capítulo dos **Miomas. Un cáncer benigno silencioso**. Aquí se expone la definición de mioma, las clasificaciones de acuerdo a los ginecólogos dependiendo de su ubicación, factores de riesgo, protección y cómo evoluciona esta tumoración una vez en desarrollo.

Las opiniones de los expertos siempre serán primordiales. Al tercer capítulo lo llamé **Síntomas y valoración del mioma**. En este apartado me fundamenté principalmente de entrevistas proporcionadas por ginecólogos y médicos generales. Entre los más destacables están el doctor Andrés Martínez, del Hospital Gustavo Baz Prada, quien me guió y explicó paso a paso, los procedimientos por el que debe pasar una mujer una vez diagnosticado y corroborado la enfermedad; Pedro Dorantes, de la Unidad de Medicina Familiar de la UNAM, entre otros. En este episodio se despliegan los principales signos característicos de los miomas. Una vez diagnosticado el problema, el especialista debe cerciorarse en su totalidad de este padecimiento con la ayuda de estudios de laboratorio.

Continuando con la investigación, me baso de nueva cuenta en textos especializados, investigación de campo, programas audiovisuales y testimonios. En este apartado se expone la aportación que hace la medicina a través de sus diversos antídotos: pastillas, inyecciones, etcétera. Por otro lado, la tecnología construye aparatos con el objetivo de mejorar las condiciones de vida del ser humano. Incluso algunos de éstos, realizan cirugías sin la necesidad de utilizar el bisturí, o se llevan a cabo por medio de internet. Por este motivo, la cuarta sección ha sido designada con el nombre de **Tratamientos**. Las mujeres quienes ya se encuentren en esta etapa, están a la expectativa de que la matriz permanezca en su lugar. Antes de tomar estas medidas, el especialista optará por no llegar a estos extremos, todo esto mediante administraciones orales o intravenosas, con la intención de reducirlos o secar los miomas.



Para el capítulo cinco denominado ***Una vida diferente***, indagué sobre las secuelas físicas y psicológicas que padece una mujer cuando le han extirpado el útero. Para este apartado me apoyé principalmente de testimonios de mujeres sin su matriz, así como de aquellas a quienes les han diagnosticado este malestar y están a la expectativa de los resultados. También la ayuda de diversas tesis orientadas al asunto de los miomas, en especial de la histerectomía, complementó la información para este capítulo. De esta manera, la consecuencia corporal más severa (dependiendo de la edad), destaca el impedimento de ser madre. Mientras, en lo psicológico genera un estado anímico de “vacío”, debido a que en nuestro entorno social, todavía impera la idea ignorante de que una mujer incapaz de tener hijos, simplemente no sirve para nada... es un objeto inservible para este mundo.

Organicé de esta manera mi reportaje, porque es el procedimiento a seguir de una mujer con miomas: ignorancia, medidas y resultados. La divulgación de esta enfermedad involucra a mujeres saludables y enfermas sin importar edad, nacionalidad, condición social y económica, a familiares y personas cercanas de la misma. Todo esto con la finalidad de no seguir sometidos ante ideas que sólo generan más ignorancia e incertidumbre. Este material proporciona la divulgación de un tema de salud, enfocado a personas quienes no están familiarizadas con la medicina y la tecnología, cuya finalidad es evitar incertidumbre, dolor e ignorancia como a muchas mujeres les está sucediendo en este preciso momento.



Capítulo 1 ¡Felicidades! Es niña



Sin importar la hora en la clínica u hospital y detrás de casi nueve meses (aproximadamente), se escucha el llanto de un bebé a todo volumen. Después de un lapso, el médico informa a los familiares de la madre en ese momento: “¡felicidades, es una niña!”.

Han sido muchos los estudios relacionados con el sexo femenino. Desde la filosofía, hasta la medicina del siglo XXI, la mujer sigue concurriendo temas de debate sumamente amplios. Incluso su creación ha sido discutida entre la religión y ciencia. Tal es el caso de Eva,

la primera mujer sobre la Tierra. De acuerdo con la devoción católica (plasmado en *La Biblia*), la susodicha nació de la costilla de Adán. Si buscamos la definición de mujer, encontraremos algunas definiciones como:

- Ser humano en contraste con el varón.
- La que con diligencia se ocupa de los quehaceres domésticos, cuida de su hacienda y familia.
- Individuo con la capacidad de generar vida dentro de sus propias entrañas.
- Aquella cuyo poder de atracción amorosa acarrea fin desgraciado a sí misma o a quienes atrae.¹

La marca primordial desde el nacimiento hasta su muerte, será el aparato reproductor, describiendo a continuación algunas de sus características, comenzando por el pubis, mejor conocido como monte de Venus y se halla por debajo de la cintura a nivel de las ingles. El vello no aparecerá hasta poco antes de emprender las menstruaciones y tras la menopausia influirá con mayor o menor rapidez, dependiendo de cada organismo.

Posteriormente la vulva es la región anatómica que comprende los genitales externos. Desde el monte de Venus hacia el ano, se extiende una zona cubierta también de vello, constituida por los labios mayores. En los bordes interiores de estos labios, se hallan dos elevaciones o crestas denominadas labios menores, cuyo tamaño es variable. Estas estructuras se encuentran

¹ Definición de mujer, www.rae.es, acceso 03-diciembre-2008.



desprovistas de vellosidad, son de consistencia mucosa, con glándulas capaces de secreción lubricante y glándulas de olor, uniéndose su parte superior recubriendo el clítoris. Este último órgano, de un tamaño de cuatro milímetros aproximadamente, sólo se aprecia en su parte externa o glande.

La vagina hace acto de presencia, siendo una cavidad por donde sus paredes compactan entre sí. En la mujer adulta tiene entre siete y doce centímetros de longitud, pero es extensible, permitiendo no sólo la relación sexual sino el paso del feto en el parto. Este conducto está en relación con adherencia, por su parte externa con los labios menores e interiormente con el útero. Por encima de la vagina se hallan la vejiga de la orina, y por debajo la uretra. Una membrana que obstruye parcialmente la entrada de la vagina es el himen, localizado en el límite interno de los labios menores.

La estructura interna del aparato reproductor está organizada por el útero, las trompas y los ovarios. El primero tiene siete centímetros de longitud y pesa 60 gramos. Durante el embarazo aumenta veinte veces su peso, alcanzado cerca de 36 centímetros de longitud. De los extremos superiores de éste salen dos conductos: las trompas, que son órganos flexibles, elásticos, de aproximadamente doce centímetros de longitud y que cumplen importantes funciones:

1. En primer lugar son las encargadas de captar el óvulo. No sólo favorecen el encuentro entre éste y el espermatozoide.
2. Tarda entre cuatro días a tres meses en llegar a la cavidad uterina, lo alimentan para posteriormente fijarse en el endometrio.
3. Finalmente, el óvulo es fertilizado por el espermatozoide en el tercio extremo de la trompa.

Los ovarios, dueños de un color blanco, presentan una superficie rugosa que alcanza los 4x3 cm. Se notan situados en la base de la pelvis, pero en íntima relación con el útero y las trompas, a través de sendos ligamentos. Estos órganos cumplen dos notables tareas: constituyen la reserva de los gametos (células reproductoras femeninas) y elaboran las hormonas que, al actuar sobre todo la contextura femenil, confieren a éste las características definiéndolo como tal.

De niña a adulta

La mayor parte de la infancia, la niña goza de libertad para hacer lo que quiera y sólo más tarde se le da a conocer ciertas actitudes en determinados modos.

Si la conducta y el desarrollo de varones son tan parecidos al de algunas jovencitas durante sus diez primeros años de vida, ¿cómo surgen las diferencias de género en la personalidad y los papeles adultos? Durante los precedentes años, las infantas se comportan mejor en la escuela y tienen menos problemas de adaptación que los niños. No obstante, en la edad adulta, las mujeres



tienen trabajos de igual categoría y responsabilidad como el de los varones. Aunque la base de estas similitudes se sitúa en la infancia, la mayoría de estos factores surgen en la adolescencia. El brote de niña a adolescente, es a partir de la menstruación. En ciertas jóvenes se retrasa más allá de los quince o dieciséis años, hecho notablemente de preocupación en las madres quienes transmiten esta angustia a sus hijas.

Esta presentación tardía suele obedecer a trastornos del funcionamiento endócrino de la joven mujer, sin mayores repercusiones. Aquí también se impone la visita ginecológica para clarificar las causas. De vez en cuando, simplemente tranquilizando a la paciente y a su familiar con explicaciones científicas y apoyo terapéutico, se resuelve espontáneamente.

La información ambiental de oídas, deben ser neutralizada, con el fin de disminuir la ansiedad expectante que una chica tenga ante el propio hecho menstrual.

El inicio de la menstruación tiende a darse en una fase tardíamente relativa de la pubertad, una vez comenzados los cambios físicos como: crecimiento del vello en el pubis, desarrollo de los pechos y el gradual ensanchamiento de las caderas. Un 25% de las muchachas llegan a esta etapa adecuadamente preparadas. Como resultado, a menudo se interiorizan mitos y suposiciones negativas a la menstruación.

Cuando hay una educación, ésta se imparte dividiendo la menstruación de la realidad, sexualidad y de paso de estatus de niña a mujer. Simboliza el comienzo de la madurez femenina. Las propias muchachas han declarado que el primer episodio de sangrado vaginal de origen menstrual confirma su identidad como mujer y su capacidad de reproducir.

Durante de etapa de niña a adolescente, el tamaño y aspecto de sus pechos, continúa siendo motivo de preocupación en la edad adulta. Es conveniente que las adolescentes conozcan las pautas de crecimiento puberal.

El desarrollo mamario seguirá después de los veinte años, por tal razón, algunas veces los dos pechos no son iguales en cuanto a tamaño. El término adolescencia es vago, arbitrario y difícil de definir en términos cronológicos. Si nos atenemos a la biología, la pubertad empieza entre los diez y once años en las chicas, en los varones desde los once o doce, con una duración media de

Creencias falsas y conductas erróneas asociadas con la menstruación



- Es necesaria para la feminidad
- Es una suciedad
- Es una enfermedad
- Debe evitarse el coito
- No deben visitarse ni amigos ni parientes
- No lavarse la cabeza
- No bañarse

Fuente: Mitos y falsas creencias sobre la menstruación, 10-octubre-2008, www.planetamama.com.ar, acceso 09-noviembre-2008



cambios puberales de tres a cuatro años. De ahí el término popular anglosajón *teenager* engloba a todos aquellos jóvenes entre trece y diecisiete años.

Negar sobre la base de un principio abstracto, que la menstruación tenga ningún aspecto negativo, no necesariamente sirve, como a veces se implica, a los intereses de las mujeres. Investigación científica a menudo de inspiración feminista, llevada a cabo sobre los efectos reales (en oposición) de la menstruación en el comportamiento ha sido extremadamente útil en este sentido para la causa de las mujeres. Si se quiere vivir plenamente en esta causa, sin embargo es esencial también reconocer que la biología tiene efectos reales en la vida de las mujeres y en dichos efectos no se deben desechar simplemente como el resultado de las ideas que las sociedades tienen en torno a ellas.²

En la adolescencia, comienza a imponerse en la joven determinadas reglas culturales: el éxito y la feminidad son compatibles. Es decir, en siglos pasados, la mujer en desarrollo físico y emocional, debía dedicarse a la cocina, y en un futuro a complacer los caprichos del marido. En realidad, la situación era más compleja porque no todos los éxitos eran considerados adecuados para las mujeres. Era perfectamente aceptable la profesión de enfermera o maestra; pero el galardón en campos estereotípicos de los varones (como ser soldadora o mecánica de automóviles) era incongruente y sujeto a sanciones.

La relativa creencia de visibilidad de los genitales femeninos, tanto literalmente como dentro del discurso concerniente a la sexualidad de las mujeres, resulta en que el desarrollo de los senos viene a ocupar gran importancia en la conciencia de la adolescente. Existe una notable información disponible sobre el proceso normal de desarrollo de los pechos en la identidad de una mujer y la imagen de sí misma. El busto es importante signo de visible sexualidad para la mujer en desarrollo y continúan siéndolo después durante su vida adulta.³

En la actualidad, el sexo “débil” cuenta con oportunidades de trabajo y sus derechos individuales las protegen en todo momento. Estas actividades no le robaran feminidad y sí un gran triunfo para su persona. Si la muchacha sigue cosechando éxitos, será motivo de envidias y/o admiración. Aún así estas interpretaciones hacia su persona no le restan méritos. La adolescente

² Santiago Dexeus, *La mujer, su cuerpo y su mente*, pág. 48.

³ Jane Ussher, *La psicología del cuerpo femenino*, pág. 62.



se encontrará atrapada en una condición donde valores de igual importancia chocan: el deseo de conseguir una apreciación positiva de sí, la sensación de crear una persona ideal y productiva. Hasta entonces, se ha estimulado y recompensado el hecho de tener éxito, conseguir buenas calificaciones y acceder a un nivel de excelencia fomentando una vía para el desarrollo, en relación con su dignidad y valor.

La vida no se detiene y es en la adolescencia donde el amor (independientemente de las preferencias de género de cada quien) nace, así como la popularidad y las citas amorosas. Los padres de “ahora”, suelen modificar sus puntos de vista cuando comiencen a considerar importantes la popularidad de su hija y la posibilidad de contraer matrimonio.

En algunos casos se juzgará más importante adquirir una educación universitaria que empezar con citas afectuosas. Los tutores no comenzarán a preguntar sobre perspectivas de

8 de Marzo
Día Internacional
de la Mujer
elige mejorar



El día internacional de la mujer se estableció, históricamente, para rendir homenaje a las obreras de la industria textil y de la confección que en 1857, se manifestaron en Nueva York, por su derecho al trabajo y a mejores condiciones laborales.

Fuente: 8 de Marzo: Día Internacional de la Mujer, 01-marzo-2007, www.csi-csif.es, acceso 01-octubre-2008.

matrimonio siempre y cuando la joven no anuncie su ingreso a un ciclo superior de enseñanza sin importar el área de estudio de preferencia o en su defecto, elija lo más conveniente para su persona.

No hay duda que el origen del doble vínculo de las mujeres radica en el conflicto entre el éxito y la feminidad. La adolescente desea las dos alternativas, aun así, éstas son posibles. Algunas veces ella quiere ser femenil y victoriosa. Aquí está sin titubeo el origen de gran parte de la ambivalencia y el aprieto a los que se enfrentan las mujeres: le resulta difícil combinar el hecho de ser una persona valiosa con el de ser una mujer hecha y derecha, a causa de contingencias impuestas por la cultura.

Los ritos de las citas constituyen también una fuerza importante en el adelanto de la personalidad de la mujer. La rivalidad entre chicas para conseguir el cariño de los chicos, es esencial para sobresalir, las demás mozas son el enemigo.

En sí, la competencia es frustrante, porque quienes participan en ella han de permanecer pasivas en esa importante batalla; las artimañas llevadas a cabo para atraer la atención de los varones son tan discretas como un león sigiloso esperando a su presa.



“La pubertad y el corriente ‘estirón’ aparece unos dos años antes en las chicas que en los chicos. La adolescente un poco estimulada encontrará inmaduros a los varones de su edad y para relacionarse con alguien similar a ella, siente la necesidad de salir con un chico mayor”.⁴

Después de esta etapa de juventud, viene el matrimonio y el ámbito laboral. Tradicionalmente las féminas no prevén que una labor fuera del hogar, altere una importante raíz de su identidad. Incluso hoy día, las profesionistas no ambicionan proyectar una imagen al novio o marido, sino hacer buenas obras en beneficio de la humanidad y para sí mismas, obteniendo como base algo a qué recurrir en caso de no tener dinero o asumir otras responsabilidades en su vida. El trabajo o sus ocupaciones constituyen una fuente importante de su identidad. Por el contrario, la prioridad fundamental seguirá siendo la familia y en especial si hay hijos de por medio (mamá), dejando en última instancia a la pareja sentimental (esposa).

La validez del estudio del cuerpo femenino, así como su reproducción, es uno de tantos temas que rodean a la mujer. Incluso en pleno siglo XXI, como en años anteriores, se utiliza para desigualdades de género. Como ocurre con otras áreas de la medicina, se ha tomado al hombre por norma; la fecundación es cavilada como un aspecto importante para el desarrollo de las mujeres. Cualquiera de los trabajos médicos especializados en el comportamiento y salud de las mujeres, tiende a examinar únicamente los problemas superficiales, reforzando con ello los estereotipos negativos y positivos.

Llegamos a la parte de la madurez y aquí el sexo femenino enfrenta el envejecimiento gradual de los ovarios u otras enfermedades, concibiendo una disminución de su eficacia. Más importante es aún la baja de producción de estrógenos, que conduce al síntoma más evidente de la adulta: la menopausia o el cese de la menstruación envolviendo a todas las féminas por regla general, en torno a los 48 ó 50 años.

Otro efecto es la pérdida de elasticidad de la vagina y la reducción de los senos. En esta época surgen una serie de síntomas físicos como los sofocos, y psicológicos como la depresión, la irritabilidad, accesos de llanto y la incapacidad de concentrarse. En algunos casos raros, la depresión suele ser grave (melancolía involutiva) en mujeres sin episodios anteriores de problemas mentales. Se estima que alrededor del 10% de las mujeres padece decaimientos enfermizos durante la menopausia.

Aún así, la constitución de los genitales suele ser un tema tabú en los estudios femeninos y la poca información está fragmentada o incompleta. En efecto, es importante disipar creencias injustificadas y supersticiosas sobre el organismo de las mujeres, especialmente en el miembro

⁴ Janet Hyde, *Psicología de la mujer. La otra mitad de la experiencia humana*, pág. 82.



reproductor, siendo éste como punto de partida de exploración de la adulta. “No es casual que empuje a las mujeres a ser expertas en lo superficial y en aparente. El hecho es que hasta ahora las féminas están más interesadas por su apariencia física que por las leyes por ejemplo de la sangre mensual, un tema tabú terrible y puerta de muchos misterios”.⁵

Indefensos ante una mujer

Se dice que en una ocasión Albert Einstein impartía una clase de matemáticas a un grupo de alumnos. El pizarrón estaba completamente lleno de ecuaciones, cálculos y todo lo relacionado con lo que en ese momento estaba explicando. Una vez concluido el tema, y a pesar de ser uno de los grandes exponentes del área de las ciencias exactas, Einstein dijo: “las matemáticas son un juego, y, a pesar de entender todo lo que está en este pizarrón, sigo sin comprender al género femenino”.

La mujer es el ser más complicado de entender y al mismo tiempo, el más hermoso sobre la faz de la Tierra. Incluso buscando cualquier testimonio de origen literario antiguo o moderno sin importar si es una novela, cuento o poema, el sexo femenino ha trascendido a través de los tiempos. Desde los personajes del Antiguo y Nuevo Testamento, hasta las pantallas del cine, las féminas están presentes en todo momento. Así, una de sus diversas caras hacia sí misma y a los demás, es su altruismo; velando siempre por sus seres queridos sin importar el precio que esto implique.

A diferencia del egoísmo y egocentrismo del sexo masculino, éste tiende a velar por sus intereses, goces y quehaceres en el centro de su mundo. A pesar de estas características, la capacidad de vida de un varón sin una mujer es terrible. De ahí que no haya arma alguna para “combatir y/o vencer” a una mujer. Aún los hombres más fuertes han sucumbido ante un ser con caderas ensanchadas y senos. Por ejemplo, ciertos personajes de películas, lidian contra los villanos y salvan al mundo. A su lado siempre hay “alguien” a quien deben proteger: una mujer. ¿Por qué Anakin Skywalker se alía al lado oscuro? Para salvar a su amada Padme. Peter Parker desde niño está enamorado de Mary Jane. En la película *Matrix*, Neo salva a Trinita, y así un sinnúmero de personajes indefensos ante la presencia de su amada.

En el ámbito musical, el 70% de las canciones están dirigidas al amor y/o despecho de un hombre por una mujer, y el otro 30% a melodías sin sentido en sus contenidos; quien logra crear una composición excelente fue gracias a la inspiración de una dama. En la literatura, los ejemplos sobran: Don Quijote enamorado de Lorenza Toboso, mejor conocida como Dulcinea; Romeo mira con buenos ojos a Julieta; Sigfrido de Krimilda y la lista es interminable. El hombre experimenta la

⁵ Gina Lombroso, *El alma de la mujer*, pág. 101.



atracción por aquella a quien a él le gusta; hacia su cuerpo, sus modales, el color de sus ojos o el tono de su voz. El hombre es capaz de morir por amor (sin excusa ni pretexto), de suicidarse y matar con tal de ver feliz a su amada.

Si bien el amor de hombre hacia una mujer es una simple exaltación estética, para la mujer es todo lo contrario. La concepción de la mujer se basa sobre elementos diferentes; o mejor dicho en lo que ella llama amor, entran estos mismos elementos pero con una proporción muy distinta. Prevalecen en ella componentes basados en la razón, mientras los mecanismos estéticos y pasionales le resultan más bien indiferentes. El hombre tan razonable con otros aspectos no logra comprender que la razón sea un obstáculo para el amor.

En cambio la mujer, tan poco juiciosa de ordinario, no intuye la inexistencia de la una sin la otra. La cónyuge basa su amor en el raciocinio. Víctor Hugo dijo alguna vez: “El primer síntoma del verdadero amor en un joven es la timidez, y en una joven es el atrevimiento”.⁶ Tal pretensión desconcierta al hombre mientras se halla en la flor de la edad, del éxito o del poder, sin advertir esta relación que le semeja antagónica entre el amor y el sacrificio.

En el concepto femenino del amor, la razón no es lo único predominante, sino también la estimación, que en el amor masculino cuenta poco o nada. Una mujer no consigue amar a alguien siempre y cuando aprecie o por lo menos, establezca un límite entre ella y el amante; en cambio no experimenta sensación alguna a quien valore o admire.

Si la mujer se vale de ser despreciable, para su amante y no para quien ella desea, es porque ella no lo ve así, supone (a quién realmente desearía tener en sus brazos) un incomprendido o una víctima de las circunstancias adversas, donde ella le ayudará a vencer. Apenas lo juzgue objetivamente despreciable, dejará de amarlo.

Gina Lombroso, en su libro *El alma de la mujer*, menciona: “la mujer admira por encima de todo al hombre a quien cree dotado de mayor elevación moral: al idealista, filántropo, héroe; y entre los intelectuales: al poeta, novelista o al artista que como ella misma, suelen ser intuitivos, observadores y entregados a los demás como lo está ella misma”.⁷

Por tal razón, la mujer quiere que se ame tal cual es, con sus defectos y cualidades, porque su naturaleza así la forjó. La capacidad de deleitar a los demás, complementa su personalidad, de realizar su ideal y también la aspiración recíproca de estimación moral e intelectual.

Pero así como hay un lado bueno, la parte oscura mancha la imagen de este ser. Un ejemplo donde se redime la imagen del sexo femenino es el comercial de Buscapina: La mamá enlista todos los defectos del sexo femenino a su hija en etapa de niña a adolescente. A

⁶ Víctor Hugo, *Los miserables*, pág. 641.

⁷ Gina Lombroso, *op. cit.*, pág. 95.



continuación esta última le pregunta: “¿es en serio mamá?” Y responde: “No. Ser mujer es lo mejor que te puede pasar en la vida”.

Cecilia, de 44 años, recuerda su vida en Acatlán, Puebla: “Ya no es mal visto que hombres y mujeres platiquen, se den un abrazo o un beso en la calle. Antes no podías hacer eso, si te veían solamente charlando ¡uff! Era casamiento seguro, sin importar si era tu vecino, compañero de escuela o trabajo”.

Y una de las categorizaciones de las mujeres dentro del marco de la sociedad es: virgen-prostituta; describe en primera instancia a la mujer buena, pura y virginal en su pedestal, inmaculada por el sexo o el pecado. Y su contrapartida: la ramera, consumida por los deseos de la carne, peligrosa e inherentemente mala, inmiscuyendo en el hombre a apartarlo del buen camino en la vida. Incluso la mujer soltera no concibe el respeto o las ofensas, a tal grado de ser reemplazada como prostituta o amargada. Esto conduce inevitablemente a la consternación y la ruptura en la mujer individual, quien se ve obligada a negar un aspecto de su experiencia.

El cuerpo de una dama (todo el género femenino lo es sin importar su condición física, social o económica) es la única pertenencia auténticamente intransferible. Algo muy serio. A lo largo del tiempo han adquirido todas las artes y técnicas, para vestirlo, ocultarlo, mostrarlo así como embellecerlo. La preparación continua para utilizar el exterior como arma de seducción, forma parte de una sabiduría única, como si nacieran con ella.

Y aunque no fuera así, tarde o temprano terminarán siendo verdaderas expertas en los secretos de la depilación, los trucos del tinte, en las propiedades de las cremas de belleza, ventajas e inconvenientes del bronceado, operaciones de estética, gimnasios y los regímenes para adelgazar. Asimismo, todo este mundo de conocimiento personal no termina.

La sensación de tener al enemigo dentro e imaginar que ése se ha apoderado del cuerpo, lo poseen cada uno de las mujeres. Es la sensación del miedo, donde esa máquina de seducción que se cuida tanto por fuera falle en lo más profundo de su sistema interno. Es indispensable admitir la pereza de un sector importante de las mujeres y han preferido conocer más de barniz de uñas, a tener siquiera una vaga idea de cómo funciona su cuerpo.⁸

Es necesario conocer de moda y de vestidos, dominando todas las posibilidades de seducción del cuerpo, aplicarse con esmero seguido de paciencia tanto para el mundo y hacia sí mismas durante toda su vida.

⁸ Santiago Dexeus, *op. cit.*, pág. 48.



Ser soltero en ocasiones es criticado severamente por el entorno familiar o de amigos. Nadie escapa a esta situación. En este caso cuando se habla de la adulta sin pareja, no es sinónimo de desgracia. La primera ventaja de permanecer en esta circunstancia es la libertad. No hace falta llegar a un acuerdo con “alguien” para comer, si elegir telenovela o futbol, o cómo emplear el dinero. Tiene autonomía de movimientos para trasladarse, dependiendo de su oficio o de permanecer donde está, sin agitarse en beneficio de la carrera u oficio del marido. La otra primacía consiste en la sensación de autosuficiencia y competencia.

La “mujer solitaria” debe ocuparse en arreglar por su cuenta el desperfecto del grifo, pero al hacerlo, conquista esa capacidad de encargarse de sus artefactos. Aquellas sin pareja manifiestan un nivel de satisfacción más elevado a diferencia de las casadas. La dicha vital está ordenada con las circunstancias de gozar de buena salud, vivir independientemente, conservar amigos ocasionales y estar comprometida en su trabajo.

Jame Ussher, en su libro *La psicología del cuerpo femenino*, alude: “el cuerpo de la mujer, la menstruación, el embarazo y la menopausia contribuyen a los estereotipos que se utilizan como una norma según la cual juzgar a las mujeres de buenas o malas, cuerdas o locas”.⁹

Dos ideas fluyen la una al lado de la otra: por un lado de que el cuerpo femenino es impuro, corrupto, lugar de descargas y derramamientos de sangre, peligroso para el sexo masculino, fuente de contaminación moral y física, en otras palabras es el pórtico del demonio. Por otro lado como madre, la mujer es benéfica, sagrada, pura, asexual, nutridora; y la potencialidad física con ese mismo cuerpo con sus vestidos de sangre y sus misterios, es su único destino y justificación en la vida, donde la naturaleza ha hecho de este ser una obra perfecta, tanto en su interior por la capacidad de generar una o varias vidas, y por el lado visual, la mujer es de una belleza incomparable a tal grado de decir que no hay objeto alguno que logre igualarla como tal.

Trastornos físicos y mentales

Si la manera de pensar de una mujer es incomprensible, el desconocimiento de su anatomía interna y externa lo es aún más. Hacia el final del siglo XIX, las mujeres estaban comenzando a cuestionar y desafiar abiertamente el papel prescrito para ellas. Dentro de la sociedad dominada por los varones, esto constituyó una crisis, no sólo entraba en cuestión la seguridad del futuro de la especie si rechazaban su destino natural, sino que además individualmente podrían terminar víctimas de la locura y la destrucción. En este periodo, la creencia de todas las enfermedades mentales, físicas y desvíos de comportamiento de las mujeres tenían su origen tradicionalmente localizado en la matriz. De igual manera, la capacidad reproductiva se

⁹ Jame Ussher, *op. cit.*, pág. 35.



veía perjudicialmente afectada por el proceder irregular. Las antiguas intervenciones médicas dirigidas a una amplia gama de enfermedades, solían centrarse en el útero, fuente de problemas leves o severos.

El término histeria convirtió aquellos problemas femeninos generalmente atribuidos a la propensión de las mujeres “modernas” del siglo XIX a desafiar su naturaleza y poner en tela de juicio su papel de procreadoras, asumiendo los mismos derechos de los hombres. La palabra histeria proviene del francés *hystérie*, y del griego ὕστερα (útero).

Estas damas “irritables” no padecían de hecho ninguna

enfermedad biológica ni patológica. Eran en su mayoría, víctimas de la opresión de una sociedad exigente de subordinación y una pasividad total. Muchas, diagnosticadas como “histéricas” eran más independientes y enérgicas en comparación con otras de su grupo social.

Como síndrome comprendía una larga serie de síntomas: desmayos, asfixia, sollozos, risas y parálisis, hasta infelicidad general, nerviosismo o descontento. Histérica perduró como sinónimo de femenino. La esencia de este sufrimiento se veía como parte de la feminidad. La emotividad, fragilidad e irracionalidad se combinaban para producir la personalidad nerviosa que se consideraba tan relativamente poco fiable como inherentemente femenina.

Estas mujeres de voluntad fuerte estaban rechazando el tradicional papel femenino, negándose a seguir pasivas e inactivas; por ello, constituían una amenaza para los mismos cimientos de la sociedad varonil.

La histeria no era la única enfermedad nerviosa de las mujeres con un sinnúmero de comportamientos. La neurastenia o cansancio inexplicable después de realizar un esfuerzo intelectual, era un segundo trastorno frenético propio de las mujeres del siglo XIX. Era una colección de indicios variados, muchos de los cuales similares a los del histerismo, comprendía síntomas como: dolores de cabeza, masturbación, vértigo, insomnio y depresión.

El agotamiento afectaba generalmente a las solteras porque éstas no estaban en condiciones de perpetrar su función reproductora. Las mujeres con ambiciones y deseos,



conscientes e inconscientes, incapaces de realizarse en la afortunada sociedad maternal, caían víctimas de esa colección de síntomas etiquetadas como neurastenia.



Al padecer un “ataque emocional”, estaban utilizando el único medio aceptable de expresar rabia, cólera o energía que tenían abierto para ellas. Durante el siglo XIX fueron expresando su descontento de manera más manifiesta. Los doctores comenzaron a observar trastornos mentales por todas partes. Aplican este diagnóstico a toda aquella que hablaba de sus derechos o intentaba realizar algo independiente, de este modo podían catalogarse de enfermas y ser confinadas en sus casas a una vida de pasividad.

Fuente: Tomado del libro Santiago Dexeus, *La mujer, su cuerpo y su mente. Guía de psicología, sexualidad y ginecología*, 2001.

Los doctores del siglo XIX no estaban de acuerdo sobre el origen de las enfermedades histéricas y nerviosas de las mujeres. Muchos creían que sus pacientes eran “pequeñas tiranas” que intentaban ejercer su propia voluntad sobre familias. Otros las catalogaban enfermas fingidas como excusa para eludir sus labores. La combinación de invalidez y violentos ataques de rabia exhiba por muchas de éstas, resultaba desconcertante para los estudiosos de la medicina, quienes generalmente optaban por culparlas debido a su la debilidad biológica.¹⁰

A través del siglo XIX era un hecho casi universalmente aceptado vincular al cerebro con a los órganos reproductores, y por consiguiente cualquier interferencia, fuese en su sentido común o en los órganos reproductores, afectaba la totalidad del sistema. También el cerebro y el útero eran conceptualizados como dos partes en competición por los recursos y la energía vital. Concentrar los recursos de una mujer en una de ellas significaba privar a la otra.

El cáncer en los senos

Del siglo XIX al XXI, las enfermedades mentales, tomando como ejemplos las mencionadas anteriormente, no han cambiado desde entonces hasta nuestros días, en cuanto a su sintomatología. Por otra parte, el aspecto físico, tampoco está exento de caer en alguna molestia. Así, uno de los males más comunes es el cáncer de mama. Es raro en las menores de 25 años, aumentando la posibilidad de desarrollo con el paso de los años. Alrededor del 10% de las mujeres padecen degeneración de mama en algún momento de su vida.

¹⁰ Arnaldo Rascousky, *Conocimiento de la mujer*, pág. 91.



Este achaque es relativamente silencioso; la examinación de los pechos es de suma importancia por lo menos una vez al mes, en torno a la mitad del ciclo, y no durante la menstruación, periodo en el que aparecen protuberancias naturales. Por desgracia hay factores psicológicos, como el miedo a someterse a alguna inspección o, el temor de diagnosticar algún gánulo severo. En cuanto antes se descubra y se trate el cáncer de mama, mayores son las posibilidades de recuperación. De hecho, no todas las tumoraciones del pecho son cancerosas. Hay tres tipos de tumores:

- Bolsas llenas de líquido
- Fibroadenomas y,
- Tumores malignos

Las técnicas para el diagnóstico son controvertidas. La mayoría de los médicos apoya la biopsia como el método más definitivo. Se realiza una pequeña incisión en el pecho, extrayendo la tumoración y se envía al anatomopatólogo* para determinar su gravedad. Otras técnicas diagnósticas son la aspiración con aguja, la termografía, la mamografía y la xerorradiografía. Si se confirma el malestar el tratamiento aún es tema de polémica. Por regla general suele consistir en alguna forma de mastectomía, es decir, la eliminación quirúrgica del seno:

- En la mastectomía radicar, la modalidad más grave de cirugía, se elimina toda la mama, así como los nódulos linfáticos y los músculos subyacentes. Los defensores de este procedimiento dicen que es mejor limpiar al máximo. Los músculos y nódulos linfáticos (pequeñas agrupaciones celulares con forma de frijol ubicadas en todo el cuerpo. Se conectan mediante los vasos linfáticos o canales delgados y diminutos que transportan material de desecho y células del sistema inmunitario en un líquido llamado linfa.)¹¹ deben eliminarse en el caso de que el cáncer se haya extendido a ellos.
- La mastectomía radical modificada, sólo se elimina la mama y quizá algunos nódulos linfáticos.
- La mastectomía parcial o lumpectomía, sólo se aparta el bulto y parte del tejido que lo rodea.

La investigación actual indica que, en casos de cáncer de mama detectados al principio de su desarrollo, la eliminación de la cuarta parte del pecho donde se aloja el bulto son tan eficaces como la antigua mastectomía radical, y como es lógico preferibles. Hyde Janet, en su libro *Psicología de la mujer. La otra mitad de la experiencia humana*, señala: “las secuelas psicológicas de un total de 41 mujeres que fueron sometidas a mastectomía, el 60% juzgaba su ajuste emocional posterior a dicha operación era bueno o excelente. El 10% lo consideraba malo o

* Especialista en la localización y análisis de las alteraciones inducidas de estados de la enfermedad en órganos tejidos.

¹¹ Tipos de mastectomía, www.wikipedia.org, acceso 07-diciembre-2008.



ineficaz. Alrededor de la cuarta parte de las mujeres manifestó haber pensado en el suicidio después de la intervención. En torno al 15% solicitó ayuda profesional para resolver los problemas emocionales relacionados con la intervención.

No obstante, el periodo posterior a la mastectomía no se consideró como el más difícil desde el punto de vista psicológico, sino el posterior al descubrimiento del tumor. Alrededor de tres cuartas partes no manifestaron cambios en relación con su satisfacción sexual. Pero la otra parte restante ostentó novedades considerables. En suma, este estudio constituye una prueba de que la mayoría de las pacientes mastectomizadas consigue salir airoso de la situación, aunque una minoría importante padece un estrés psicológico considerable. Es fundamental para la paciente y su pareja disponer de asesoramiento emocional.

El útero como la raíz del sexo femenino

El útero ha sustentado el peso de mitos médicos extraordinarios. Hipócrates creía que este órgano se desplazaba por el cuerpo de la mujer. Esto motivaba distintos trastornos físicos y morales. Visualizaba el útero humano con siete cámaras y revestido de tentáculos. Sus grotescos errores eran consecuencia de disputas entre los estudiosos de la medicina en esa época. Algunas religiones prohibían la disección del cuerpo humano.

El útero no define a la mujer filosófica, biológica ni etimológicamente. No necesita nacer con éste para serlo, ni mantenerlo para seguir siéndolo. Es indispensable no caer en la trampa de venerar al útero, ni esperar que los hombres tengan envidia del mismo. Sin embargo la mayoría de las adultas han crecido con la familiar imagen médica del tracto reproductivo, en donde “la cabeza de carnero es la cara del útero, la barba el cuello y los cuernos las trompas.”¹²

Vemos esta imagen y pensamos en la pelvis femenina, en la congruencia un triángulo dentro de otro triángulo. Durante unos 38 años de vida, en promedio de los doce a los 50 años, experimentan cómo fluye en la menstruación, conocen (algunas) su geografía esencial, así como su naturaleza tranquila y de un momento a otro temperamental, tan proclive a producir tumores similares a tubérculos sepultados en el jardín. Cuando no hay embarazo, el útero mide aproximadamente el tamaño de un puño.

Así como el cáncer de pecho, interpretar la naturaleza de las lesiones leves y severas del aparato de la reproducción femenina, la importancia de los padecimientos premalignos de esta región, harán de aquellas pacientes una investigación adicional y prejuicio de dicho malestar. Las mujeres acuden al médico o a una clínica, tal vez presentando signos atribuidos a una lesión

¹² Nathalie Angier, *Mujer. Una geografía íntima*, pág. 95.



benigna o maligna. Conviene que los médicos entiendan el proceso básico del padecimiento, manera de afrontar la enfermedad, pasos a seguir para diagnosticar el problema y su alternativa de solución.

Dar un diagnóstico erróneo o no iniciar la atención consigue un retardo incitando la morbilidad o mortalidad. Los especialistas sabrán diferenciar la mayor parte de los procesos benignos de los malignos; cuando se sospechan estos últimos, conviene estar capacitados para remitir a la paciente a la institución más apropiada para su tratamiento oportuno.

La sintomatología permite el diagnóstico oportuno y preciso de la enfermedad principal, la falla para detectar dicho martirio implica la elaboración de un plan de manejo equivocado. Con frecuencia, a quienes acuden a la clínica ginecológica y se hospitalizan para intervención quirúrgica, se les detecta alguna forma de alteración en el aparato genital.

Casi todas estas pacientes tienen tumores benignos, como quistes ováricos, fibromas, adenomiosis, endometriosis y pólipos. Las lesiones benignas del cuello uterino, deben diferenciarse del cáncer de cuello uterino y ovario. El sangrado anormal por fibromas o hemorragia interna disfuncional, suelen estimular al carcinoma del endometrio; los tumores pélvicos por quistes foliculares benignos o endometriosis confunden con procesos ováricos malignos.

Posteriormente ciertas feministas niegan los efectos de su biología, tales como la menstruación, menopausia y reformar dichas experiencias en términos verdaderos, litigando los modos perjudiciales no es más que el resultado de construcciones sociales condenadas.

Y es que cualquier parte del cuerpo femenino así como del masculino, es susceptible de caer en las garras del cáncer. En este caso, una enfermedad común del útero son los famosos e incomprensibles miomas. Achaque terrible, del cual, ninguna mujer quisiera saber. Hablar de este padecimiento es un ir y venir en tratamientos orales y quirúrgicos; en el peor de las situaciones, la visita a los laboratorios es indispensable para diagnosticar y tomar las medidas necesarias para controlar, reducir, secar, desaparecer y eliminar este mal. Si bien en el transcurso de vida de una mujer no presenta síntomas, en el momento menos esperado, este inquilino indeseable, despierta poco a poco o súbitamente, a tal grado de no permitir una vida ordinaria.

Desafortunadamente, el chequeo constante del aparato reproductor, está limitado a huellas como pena, miedo, mitos, etcétera. Es de gran valor mencionar todo lo que provocan este tipo de tumoraciones: desde uno o más abortos, esterilidad, obstrucción de las vías urinarias, hemorragias incontrolables y, en últimas circunstancias, dejar las paredes débiles imposibilitando la creación de un bebé, hasta la extracción de la matriz.

Habrán féminas quienes digan: “a mí no me va pasar porque estoy delgada, como sanamente y no tengo vicio alguno”. Pero ignoran la cantidad de operaciones realizadas en los



hospitales por este malestar; cualquier mujer sin importar raza, nivel económico y social, podría generar miomas de tamaños increíbles. A continuación se presentan las características de esta enfermedad y todas las alternativas para su eliminación. Si bien el rango de muertes por esta causa es de 1%, muchas mujeres tendrán que aprender a vivir con este sigiloso malestar.



Capítulo 2 El mioma, un cáncer benigno silencioso



Rosa llevaba cinco días menstruando. Durante esa semana sintió cólicos, dolores de cintura, cabeza e irritación. Pensó que era normal. A sus 45 años, divorciada y sin hijos, cada vez que le tocaba su periodo menstrual era la misma situación. Atribuía todos los malestares al comienzo de la menopausia. Pasaba algo raro: sus pantalones ya no le ajustaban y sentía el vientre más crecido de lo normal. Especuló que estaba engordando o era parte de la edad.

Durante su siguiente periodo, la sangre impregnada en la toalla femenina dejó de ser normal. Presentaba coágulos. Ya no era una semana de malestares sino dos. Sin saber qué hacer, comunicó a una amiga lo sucedido y ésta propuso acudir de inmediato con un especialista. El doctor solicitó a Rosa realizarse unos estudios de ultrasonido. Ese mismo día se llevó a cabo el análisis del área pélvica. De nuevo en el consultorio, el médico observó las placas y expuso lo siguiente: “usted tiene un tumor del tamaño de una manzana en el útero. Es un cáncer benigno. Pero descuide, no es el primer caso de tumores en el útero”.

Cuando a una paciente se le detecta cáncer de cualquier tipo, su estado de ánimo se desploma. Creyendo no encontrar una solución ante su etapa de salud, automáticamente aparece la depresión, tristeza e impotencia de cargar con una enfermedad que les cambiará la vida. Incluso hay personas que optan por no sufrir todo un martirio y mejor se suicidan. Una frase común es: “yo no temo a la muerte, sino al sufrimiento”.

Existen dos tipos de cáncer: benigno y maligno. La Real Academia Española define al cáncer benigno como “el formado por células muy semejantes a las normales, permanece en su localización primaria y no produce metástasis”.¹³ Esto significa que en el lugar donde se origina no se moverá o en el peor de los casos, no invadirá otros órganos del cuerpo. En su mayoría, estos cánceres benignos no vuelven a crecer, ni tampoco se diseminan o riegan de un lado del cuerpo a

¹³ El cáncer y su clasificación, www.rae.es, acceso 03-marzo-2008.



otro. Su nombre acaba en el sufijo *-oma*, simplemente y según el origen del tejido del que procedan los tumores benignos pueden ser: fibroma (tejido conjuntivo fibroso), lipoma (tejido adiposo), osteoma (tejido óseo), meningioma (meninges), tumor glómico (tejido nervioso de sostén), papiloma (tejido epitelial formando papilas). El cáncer maligno desgraciadamente evoluciona de una manera desmesurada, comienza a atacar otros miembros hasta causar muerte. Estas protuberancias malignas permiten extirparse, pero algunas veces vuelven a crecer.

Así, por ejemplo, cuando el cáncer invade los tejidos de la próstata, se le denomina cáncer de próstata; y a partir de allí el cáncer de próstata se disemina (riega) a los huesos, contaminándose de células cancerosas de próstata en los huesos, entonces a esta enfermedad le llamamos cáncer metastático de próstata, no cáncer de hueso. Por esa razón, recibe tratamiento de cáncer de próstata, no de hueso. Los médicos llaman al tumor nuevo enfermedad "distante" o metastático. Esta enfermedad ha generado el fallecimiento de famosos como Ingrid Bergman, Pancho Villa, Rocío Jurado (cancer pancreático), Eleanor Roosevelt (cáncer al hueso), Robert Oppenheimer (cancer a la garganta) y Gary Cooper.¹⁴

Contrario a lo que piensan algunas mujeres, los miomas o en términos de medicina ginecológica la miomatosis uterina,¹⁵ es un cáncer de tipo benigno y aunque se escucha cruel, los métodos para tratar esta complicación son pocos pero eficaces, dejando como últimas opciones las operaciones quirúrgicas, veamos por qué:

El comienzo del calvario

Las tres teorías más aprobadas por los especialistas en relación con la aparición de la miomatosis uterina, está en primer lugar la Teoría del estímulo mecánico y físico:

Ésta se basa en que su punto de partida es en los numerosos sitios de tensión y frotamiento durante la contracción de las fibras musculares lisas.

En segundo lugar se propone la Teoría genética. Y aunque se han observado en numerosos casos de mujeres de una misma familia, no hay estudios epidemiológicos conocidos que valen la existencia de un factor familiar hereditario.

Y por último la teoría en la que ginecólogos, obstetras y oncólogos coinciden, pero no es considerada como fundamental: Teoría hormonal: La existencia de un factor con base en

¹⁴ Cuando el cáncer contamina otros órganos, www.medicinasnaturistas.com, acceso 01-abril-2008.

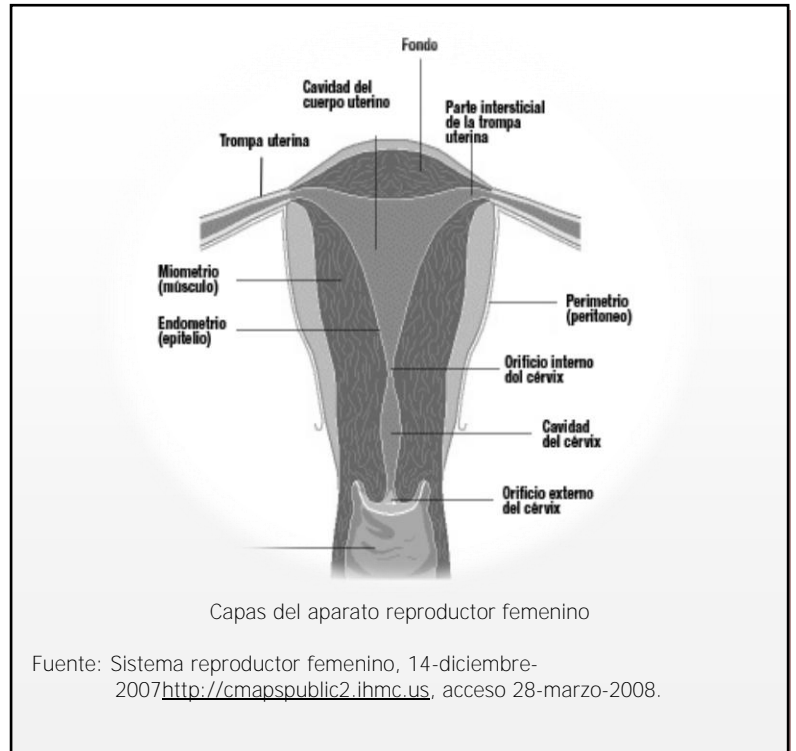
¹⁵ Williams, *Obstetricia*, pág. 519.



hormonas, contribuye al crecimiento de los fibromas uterinos y se relaciona con el desarrollo y la edad de la mujer en el momento de su aparición.

Por tal razón, el desorden hormonal (hiperestrogenemia) actúa por sí sola o es acompañada de un exceso de sangre (vascularización). Esto es observado en el empleo de estrógenos sin oposición a la progesterona. En los anticonceptivos orales, cuando estrógenos y progestágenos se han administrado en dosis bajas y combinados no se ha encontrado evolución de los fibromas.

Los estrógenos estimulan la síntesis proteínica en el endometrio; durante el embarazo aumenta la tasa de anticancerígenos (actinomicina), el aumento celular (hiperplasia) y el estiramiento de las fibras musculares.



Las causas de esta enfermedad (etiología), junto con la investigación y las medidas propuestas para erradicar este cáncer, se orienta hacia un disturbio local en el útero o matriz.

Desafortunadamente hasta nuestros días no son claras las causas que originan los miomas. El gineco-obstetra Pedro Dorantes Barrios, profesor del Departamento de Medicina Familiar de la UNAM, señala:

Todas las mujeres están propensas a padecer miomatosis uterina o miomas como se le conoce coloquialmente. Hasta este momento no se sabe cuál es la razón por la que se origina este cáncer benigno. Muchos especialistas nacionales e internacionales, creen que los fibromas surgen por la cantidad excesiva de estrógenos, pero se han encontrado mujeres con bajo nivel de éstos y padecen de todos modos miomas. También se cree que el padecimiento surge a cualquier edad. Son muy pocos los casos en donde se han localizado miomas en niñas de diez años o adolescentes de 15 a 18 años; por lo general, este cáncer se presenta en mujeres de 30 a 50 años de edad o en el peor de los casos en mujeres de 60 años.



Derek Llewellyn-Jones en su libro *Texto ilustrado de ginecología*, expone: “los miomas surgen a partir de células musculares normales, células musculares inmaduras en el miometrio o células embrionarias en las paredes de los vasos sanguíneos”.¹⁶ Independientemente de su origen, los tumores comienzan como múltiples gérmenes diminutos distribuidos por todo el miometrio.

Éstos crecen con gran lentitud pero progresivamente (en lapsos de años y no en meses), bajo la influencia de los estrógenos circulares, y a no ser que se detecten y traten como la mayor parte en la actualidad, se formará un tumor de hasta 10 kg, o más.

El mismo doctor Dorantes alude: “tras la menopausia, como ya no se segregan estrógenos en gran cantidad, la miomatosis tiende a la atrofia, pero no en todos los casos, cada organismo es diferente”. Pero a todo esto ¿qué es un mioma? Veamos la definición del mismo y la importancia de este cáncer benigno.

Los miomas son los tumores benignos más comunes del aparato genital femenino. Es un bulto miometrial (miometrio es la capa muscular exterior del útero)¹⁷ esferoide de color rosado y de consistencia firme; se constituye de músculo liso y tejido conjuntivo. Es la tumoración genital más frecuente; una de cada cuatro a cinco mujeres de más de 35 años la presentan, no obstante muchas de ellas son asintomáticas.

La situación de Rosa era la siguiente: llevaba una vida aparentemente normal en sus periodos menstruales, lo máximo que duraba su sangrado era de dos a tres días y un ligero retraso ocasionalmente. Esporádicamente dolores de cintura, vientre y cambios de humor, todo esto de manera natural.

Este conjunto de malestares discretos caracterizados por el crecimiento anormal y descontrolado de un tejido (neoplasia), suele presentarse más mujeres que no han tenido hijos (nulíparas), y de piel oscura. La miomatosis uterina también se le puede llamar: fibroma, leiomioma, fibromioma o fibroide.

La tan difundida denominación de fibroma es incorrecta ya que el componente tumoral, proviene de la fibra muscular y no del tejido colágeno. En general son múltiples y su tamaño varía desde los pocos milímetros a masas de más de 20 centímetros.¹⁸

¹⁶ Derek Llewellyn-Jones, *Texto ilustrado de ginecología*, pág. 279.

¹⁷ Instituto Nacional del Cáncer, www.cancer.gov/espanol, acceso 03-marzo-2008.

¹⁸ Tozzini Calatrini Ruiz, *Ginecología*, pág. 78.



Aspectos de la enfermedad

¿Qué comprende o qué estudia la anatomía patológica? La palabra patología procede del griego, y es el estudio (logos) del sufrimiento o daño (pathos). La anatomía patológica es uno de los pilares fundamentales de la medicina y una disciplina básica imprescindible para médicos, veterinarios y otros profesionales de la sanidad. La interpretación de los síntomas de las distintas enfermedades o alteraciones que se encuentran en la exploración de los pacientes, exige el conocimiento de todo el espectro de lesiones presentes en cada uno de los tejidos u órganos.

La anatomía patológica comprende todos los aspectos de la enfermedad, fundamentalmente a nivel morfológico, basado en el estudio de la formación de un organismo o sistema.

Estas alteraciones son estudiadas con diversos métodos, que abarcan desde la patología molecular hasta la patología macroscópica, pasando por todos los niveles y técnicas de observación y estudio, desde la histoquímica¹⁹ o investigación química de los tejidos organizados, hasta la ultraestructura, la microscopía óptica [sustentada en aparatos ópticos como el microscopio] o la simple visión ocular directa (macroscópica).

El útero facilita en ocasiones muchos miomas en diferentes etapas de desarrollo así como degeneración. Se han encontrado pacientes con varios cientos de tumores, y se localizan miomas solitarios sólo en 20% de las féminas. Una alusión a lo anterior es el siguiente caso: Cristina vivió con miomas sintomáticos. El ultrasonido visualizó un tumor del tamaño de un puño. Cuando el ginecólogo extirpó el útero, platicó a su paciente que no era un solo mioma, sino uno de porción superior a una toronja, dos más de menor tamaño, y otros tres en desarrollo. Un total de cinco

fibromas.

Algunos tumores consiguen alcanzar gran tamaño, existen informes de algunos cuyo peso ha sobrepasado los 45 kg. Cada tumor está limitado por una pseudocápsula, lo cual favorece su extirpación, extrayéndolo de donde está alojado. Un ejemplo de esto sería cuando intentas destapar una botella.

La taparosca es el tumor y la botella es el aparato reproductor.



MIOMA UTERINO

Fuente: Mioma uterino como tumor previo en el parto, 02-enero-2007, www.zambon.es, acceso 30-abril-2008.

¹⁹ Análisis y estudio de los tejidos, *Diccionario terminológico de ciencias médicas*, pág. 617.



Cuando retiras la tapa, ésta sale fácilmente dejando únicamente el hueco. Esto se aplica principalmente a mujeres embarazadas. A este tipo de operación se le conoce como miomectomía. Pero se debe tener cuidado en este tipo de cirugías: el mioma se ha retirado, pero no aparenta su eliminación total. Solamente están secos o durmiendo.

Un mioma típico en desarrollo presenta un aspecto en remolino por la disposición de los haces musculares y fibrosos. Los miomas jóvenes se encuentran bien vascularizados, pero su expansión (irrigación) se reduce con el tiempo.

Macroscópicamente son tumores poco vascularizados —de allí su color más pálidos que el músculo uterino—, firmes y redondos por una pseudocápsula formada por los tejidos vecinos, comprimidos ante el crecimiento expansivo. Microscópicamente, el mioma está constituido por células miometriales que se diferencian de las normales por su núcleo mayor e hiper cromático. Las fibras se disponen en múltiples direcciones, los vasos son escasos y las mitosis raras. Además de asentar en el cuerpo pueden localizarse en el cérvix.²⁰

Ocasionalmente consiguen descubrirse telangiectasias: arañas vasculares, lesiones de color rojo brillante de 1-4 mm de diámetro que palidecen a la presión, o linfectasis: un aumento en el porcentaje de linfocitos, un espécimen de células blancas en la sangre. No causa síntoma alguno y logra ser descubierta en un examen de sangre de rutina realizado por otra razón, en este caso para la Miomatosis.

Microscópicamente estos tumores se componen de dos elementos constantes: tejido muscular y tejido fibroso, de tal modo que estas estructuras los asemeja al tejido uterino.²¹

¿Por qué a mí?!

Para Andrés Martínez, médico anesthesiólogo del Hospital Gustavo Baz Prada, existen cuatro factores de riesgo a padecer miomas: edad, raza, paridad y obesidad:

- * Uno de los puntos a sufrir este cáncer es la edad, es más frecuente en la cuarta y quinta década de la vida, ya que es en ésta en donde hay mayor tiempo de exposición a un estímulo estrogénico.
- * La raza, es más común en las mujeres de piel café u oscura en comparación con las blancas y en las orientales que en las europeas.

²⁰ Tozzini Calatrini Ruiz, *op. cit.*, pág. 249.

²¹ Enrique Giménez Jimeno, *Fundamentos de ginecología y padecimientos de la mama*, pág. 246.



- * El tercer factor es la paridad: mientras más embarazos, menor será la frecuencia de Miomatosis. Esto se debe 'probablemente' al efecto protector de la hormona progesterona que se mantiene elevada durante el embarazo. De ahí la frecuencia de los miomas en mujeres con esterilidad que aplazan la edad de su primer embarazo o en las que no ha deseado tener hijos.
- * Y por último es la obesidad: ya que por cada diez kilogramos de peso aumenta el riesgo de padecer Miomatosis en un 21%, el tejido adiposo produce una hormona semejante a los estrógenos y pudiera estimular el desarrollo de los miomas.

Y aunque la mayor parte de los miomas son asintomáticos, sí ocurren síntomas significativos:

La investigación referida a los factores de riesgo que predisponen a la aparición de miomas debe interpretarse con precaución. El análisis está limitado por la escasez de estudios disponibles, las poblaciones evaluadas (en su mayoría, mujeres indoeuropeas) y los resultados discutibles, sugiere involucrar otros agentes no analizados. Actualmente, se realizan estudios longitudinales y profundizados para caracterizar mejor los factores que influyen sobre la aparición de leiomiomas uterinos.

Tal parece que la edad es el principal componente para la aparición de estos tumores. Existe mayor probabilidad de diagnóstico de miomas en la cuarta década de vida, aunque no queda claro si se debe a un incremento en la formación debido a cambios hormonales.

También influyen aquellos factores endógenos hormonales u los originados dentro del mismo organismo independientes de los agentes externos. El establecimiento o comienzo de la menstruación menor a los diez años de edad (menarca precoz)²² aumenta el riesgo de fibromas uterinos y la menarca tardía mayor a los 16 años disminuye.

Si a todo lo antepuesto añadimos el peso, un estudio minucioso halló que el riesgo de miomas aumentó un 25% con cada 10 kg. de incremento en la masa corporal. También las amantes de la dieta y el ejercicio están en la mira. Pocos estudios evaluaron la asociación entre el régimen alimenticio y la presencia o el crecimiento de los miomas.

En un experimento de laboratorio se encontró que las carnes rojas y el jamón aumentaron su incidencia, pero los vegetales verdes la disminuyeron, aunque estos hallazgos son difíciles de interpretar. Las atletas mostraron una prevalencia de un 40% más baja de miomas en comparación

²² Inicio y rezago de la menstruación, *Diccionario terminológico de ciencias médicas*, pág. 753.



con las mujeres no deportistas. Se desconoce si esta incompatibilidad representa los efectos del ejercicio o las tasas más bajas de conversión de andrógenos a estrógenos debido a la masa seca.

Lesión tisular. Se ha propuesto que la lesión o la inflamación celular secundarias a un agente ambiental, hipoxia (trastorno en el cual el cuerpo por completo o una región de éste, se ve privado del suministro adecuado de oxígeno), son mecanismos asociados con la formación de miomas, pero esta información no fue confirmada.

Hay pocas dudas acerca de que el crecimiento de los leiomiomas se relaciona con la exposición a esteroides sexuales, en primer punto porque:

- a) No se observan antes de la pubertad.
- b) Regresan de manera característica después de la menopausia.
- c) Poseen receptores para esteroides sexuales (estrógeno y progesterona).
- d) Con frecuencia crecen de modo notorio durante el embarazo cuando son muy altas las concentraciones de estrógeno y progesterona.
- e) Se encogen mediante la disminución o ausencia de secreción de las hormonas gonadales (glándulas sexuales), ovarios en la mujer o testículos en el hombre estimulado con medicamentos (hipogonadismo).

Es claro que el útero, al igual que otros órganos sexuales secundarios como las mamas, crece con la exposición a las concentraciones más altas de esteroides ováricos durante el periodo de la pubertad. Sin embargo, este crecimiento es programado y debe cesar una vez llegado al desarrollo apropiado, a pesar de continuar la exposición a esteroides sexuales durante todo el tiempo de vida reproductiva.

No existen pruebas indicadoras de patrones más altos o aberrantes de secreción ovárica de los esteroides estrógenos, progesterona o andrógenos contribuyan al desarrollo de los miomas. Pese a ello el tejido miomatoso tiene el mismo número de receptores de estrógenos pero una cantidad mayor de receptores de progesterona que el miometrio normal adyacente.

Este hecho aunado a la observación de una frecuencia más alta de mitosis en los miomas en la fase lútea (lapso de tiempo entre la ovulación y el comienzo del próximo lapso menstrual) del ciclo y al aumento por la progesterona se relaciona en sentido casual de alguna manera con el desarrollo o el crecimiento miomatoso. Debido a que el estrógeno estimula la síntesis de receptores de progesterona en otros tejidos reproductores, es probable la existencia de una relación más compleja entre los dos esteroides sexuales femeninos dominantes y los leiomiomas.

El uso de anticonceptivos orales no suele relacionarse con una incidencia mayor de leiomiomas, recurrencias o progresión más rápida. Algunas veces, pero no de manera consistente, el tratamiento de mujeres posmenopáusicas con terapéutica de restitución hormonal permite el



crecimiento continuo de éstos. Sin embargo no existen pruebas indicadoras donde si no hay leiomiomas se desarrollan en respuesta a la terapéutica de restitución hormonal después de la menopausia.

La herencia en los familiares femeninos de primer grado de mujeres con miomas, se estima que más del 40%, los desarrolla en alguna época de su vida. Esto no en todos los casos causa síntomas y no son predecibles el número y la localización. Aunque los leiomiomas son comunes en todas las razas, al parecer las mujeres afroestadounidenses tienen una incidencia un poco más alta en comparación con las pacientes de otras etnias, a pesar de ser una enfermedad común en todas las razas. Las afroamericanas en las que se practica histerectomía tienen mayor número de fibromas y más grandes; casi 90% de los úteros extirpados en estas pacientes por síntomas clínicos contiene leiomiomas.

Todas van formadas

“Ninguna mujer está libre de padecer miomatosis, es una mentira garrafal decir que los miomas sólo se presentan en las mujeres de piel oscura. Todas las mujeres ya sean de tez blanca u oscura, están propensas a padecer un cáncer benigno; no importa si son de posición económica alta o baja, estatura mediana o chica, todas son vulnerables ante las garras de los miomas”, menciona el doctor Pedro Dorantes.

El médico Andrés Martínez opina todo lo contrario: “para mí, hay tres factores que no deben pasar inadvertidos para no presentar un cuadro de miomatosis:

1. La multiparidad: a mayor número de hijos, menor probabilidad de leiomiomas. Desgraciadamente en nuestro país, la economía que se vive actualmente, impide tener los hijos deseados.
2. Uso de anticonceptivos: en especial aquellos basados únicamente en derivados de la progesterona y
3. Tabaquismo: aunque no se recomienda, se han hecho estudios y se ha llegado a comprobar que el gusto por la nicotina, tiene cierto efecto antiestrogénico causado por las sustancias que contiene. Aunque aquí cabe remarcar otra desventaja: ‘previene’ miomas ya sean de característica benigna o maligna en el útero, pero genera otras enfermedades como enfisema pulmonar, cáncer de garganta, por mencionar algunos”, comenta el anesthesiólogo.

La multiparidad disminuye la circunstancia y el número de miomas clínicamente establecidos. Los embarazos en la mitad de la edad reproductiva (25 a 29 años) brindan la mayor protección contra la aparición de miomas.



Y para los apasionados del hábito de fumar, el tabaquismo consigue disminuir la manifestación de miomas. Diversos factores reducen la biodisponibilidad de estrógenos en los tejidos blancos; entre ellos, la disminución en la conversión de andrógenos a estrógenos por la inhalación (aromatasa) gracias a la nicotina, o la estimulación de niveles más altos de globulina ligadora de hormonas sexuales.

Tal parece que todas las mujeres sin importar si son güeras, morenas. Altas o chaparritas, están encadenadas con los miomas. Así, podemos decir que no hay un factor de prevención como tal, pues a toda una acción una reacción.

La causa o etiología es incierta. Sólo sabemos que existen una serie de factores claramente implicados en su crecimiento y desarrollo, como los hormonales. Se ha demostrado la relación existente entre el crecimiento de estos tumores y la secreción ovárica de estrógenos. Durante el embarazo, en el que el nivel de hormonas es muy elevado, los miomas crecen rápidamente, justo al contrario de lo que ocurre tras la menopausia, cuando los niveles hormonales disminuyen. Asimismo, los estudios genéticos realizados en mujeres con miomas uterinos han demostrado que entre un 21 y 60% de las mujeres que padecen esta enfermedad, presentan anomalías cromosómicas, lo que indica que hay algún componente genético implicado en el desarrollo de estos tumores.²³

Un útero para muchos miomas

Como lo indica su nombre, los fibromiomas son tumores compuestos de músculo y tejido conjuntivo fibroso. Es raro encontrar un leiomioma en féminas menores de 30 años; la mayor parte se detecta en mujeres de 35 años. Casi el 30% del sexo femenino de esa edad descubre un mioma. Sin embargo, en la mayor parte de los casos los tumores son pequeños y no causan síntoma alguno, por lo que no requiere ningún tratamiento.

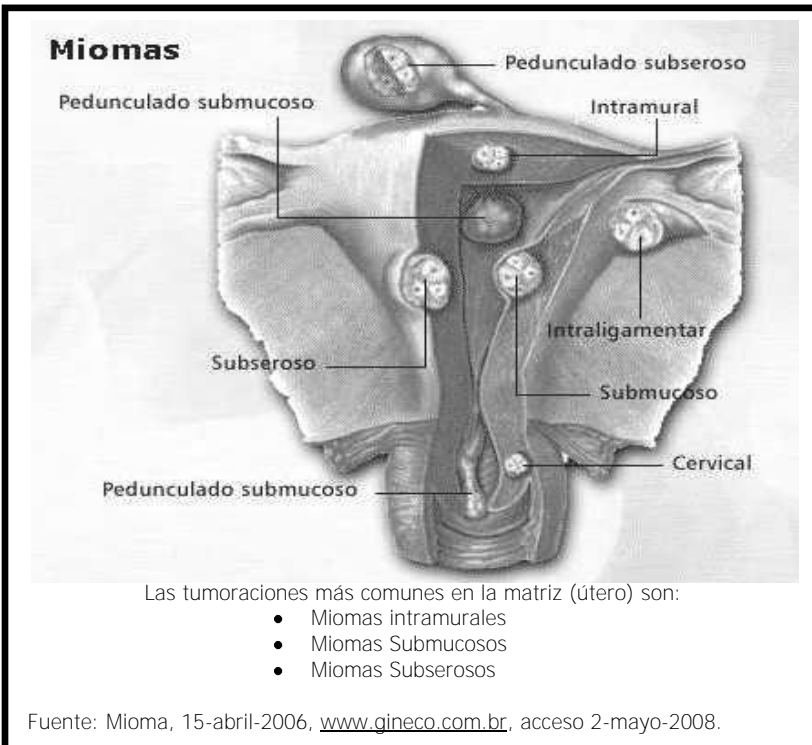
Los síntomas dependen del sitio y tamaño del tumor. Todos los leiomiomas uterinos se inician en una localización intramural y producen distorsión de la cavidad endometrial, la superficie serosa del útero o ambas conforme se vaya dando su intensificación. Se dividen en: **intramurales, serosos y subserosos**. El más usual y frecuente en los casos de la miomatosis es el **mioma intramural**. Entre las características que podemos encontrar de estos fibroides es la posibilidad de que alcancen un tamaño enorme. Hacen del mismo un aumento de dimensión he incremento de la

²³ Isabel Pinto, "Es muy difícil que un mioma se convierta en maligno", *Salud vital*, pág. 104.



longitud y área superficial de la cavidad uterina. Esta región endometrial aumentada, lleva a un progreso en la pérdida de sangre en cada flujo menstrual, con frecuencia la anemia emerge después de un periodo prolongado.

Otros síntomas obedecen a presión de los órganos pélvicos y a un dolor extremadamente sordo y constante en el momento del ciclo menstrual. Este malestar se debe a un acrecentamiento



en la congestión pélvica y uterina relacionada con la menstruación y el edema²⁴ (acumulación de líquido excesivo, o hinchazón producida que se caracteriza por conservar la huella de la presión del dedo) vinculado del tejido miometrial. “Algunos autores piensan que en un principio todos los fibromas son intramurales y después cada uno crece hacia adentro, hacia fuera o entre los ligamentos, dando lugar a las variedades señaladas”,²⁵ aunque no siempre es así.

Posteriormente tenemos los **miomas subserosos** localizados dentro de la pared endometrial. Éstos a su vez se clasifican en cuatro categorías:

- 1) Subseroso o subperitoneales
- 2) Subserosos pediculados
- 3) Miomas errantes y
- 4) Leomiomas intravasculares o metastásicos (“aparición de uno o más focos morbosos secundarios u otro primitivo con o sin desaparición de éste, en regiones no contiguas en el punto de evolución del núcleo original”).²⁶

Veamos qué implica cada uno de ellos:

Fibroma subseroso produce signos relacionados con su tamaño, por la presión que ejercen en los órganos vecinos o por degeneración. Alcanzan el tamaño de una pelota de fútbol. De ahí

²⁴ Hinchazón de tejido, *Diccionario terminológico de ciencias médicas*, pág. 373.

²⁵ Enrique Giménez Jimeno, *op. cit.*, pág. 246.

²⁶ Miomas independientes, *Diccionario terminológico de ciencias médicas*, pág. 763.



que producen una tensión violenta en los tejidos y/o membranas²⁷ de la parte abdominal, síntomas intestinales, dolor muy constante y frecuencia urinaria intensa. Otras pacientes no presentan sintomatología, aunque el tumor subseroso es tan grande y muy obvio.

Sin embargo un buen principio general dictamina extirparlos si son tan grandes como para salir de la pelvis; esto es, si equivalen a un embarazo de 14 semanas o si presentan casos de presión. Entre estos últimos, los más habituales se relacionan con frecuencia urinaria (por irritación del área triangular o disminución de la capacidad de la vejiga) y con obstrucción del retorno venoso de sangre proveniente de los miembros inferiores. Esta última coyuntura sólo se muestra en fibromiomas grandes, que llenan la pelvis y comprimen las venas pélvicas y la cava inferior.

“Los miomas subserosos se localizan apenas abajo del peritoneo visceral [capas del abdomen].”²⁸ Los pedunculados desarrollan un pedículo y se confunden con tumoraciones ováricas. Podemos decir que este tipo de fibroma es cuando prácticamente la totalidad del mioma es independiente del útero y sólo un pedículo o pequeña rama de espesor delgado les sirve de soporte.

Son los más expuestos a las complicaciones nutricias; en el caso de los subserosos, por torción del pedículo, en los submucosos (tema a tratar un poco más adelante) la complicación es más rara. En ambos, los resultados son semejantes: sobreviven fenómenos de necrosis, esto implica la perduración de algunos tejidos que se creían muertos. En los primeros por lo general son agudos, en tanto los segundos se hacen gradualmente.

La necrosis es la consecuencia de la interrupción de la circulación. Se observa de presencia en miomas pedunculados, sobre todo a la torsión del mismo. Esta torción causa una trombosis venosa y en consecuencia, un infarto hemorrágico, formándose el mioma rojo, llamado así por su color típico. La infección complica la evolución de los miomas. Por lo general, se trata de infecciones sépticas, exógenas y ascendentes y se presentan con mayor frecuencia en los de localización submucosa. La necrosis es un factor favorecedor de la infección.²⁹

Es rara la ocasión cuando el pedículo termina por desprenderse. Si la sección ocurre en un mioma submucoso, presentará una forma de curación espontánea; por lo tanto, el blastoma o

²⁷ Crecimiento aproximado de un mioma, www.rae.es, acceso 11-marzo-2008.

²⁸ Thomas G. Stovall MD, *Manual clínico de ginecología*, pág. 133.

²⁹ Tozzini Calatrini Ruiz, *op. cit.*, pág. 250.



tumor de neoformación atípica con elementos no bien diferenciados y de degeneración rápida,³⁰ se elimina por las contracciones uterinas. Cuando el pedículo es muy largo, se les denomina también miomas migratorios.

El mioma metatístico o intravascular, se extiende o invade distintos órganos a través de los vasos sanguíneos o linfáticos. “Se han encontrado miomas que irrumpen parte de los intestinos, pero es muy raro el caso, estamos hablando de un promedio de uno entre 50 o más. La mayoría son miomas pediculados”, comenta el doctor Andrés Martínez.

Otros miomas que no pasan inadvertidos son los intraligamentarios, parasitarios y cervicales. Los primeros crecen por dentro de las hojas del ligamento ancho, distorsionando la anatomía de los vasos y el paso del uréter. “Se desarrollan sobre las caras laterales del útero y separan las hojas del ligamento”.³¹ Es una especie de enredadera.

Los leiomiomas parasitarios eventualmente consiguen convertirse en parásitos al desprenderse del útero. En este caso el tumor toma irrigación del sitio de su nueva adherencia. En ocasiones los miomas parásitos se conservan unidos al útero por algunas bandas adherenciales.

Y para finalizar tenemos a los miomas que se localizan en el cérvix. Este tumor es uno de los más raros manifestados en las mujeres, ya que de dos a 3% de la miomatosis uterina, tiene su origen en el cérvix.

Menos frecuente que los corporales, los miomas cervicales son por lo general únicos y preferentemente intraparietales, siguiendo luego la evolución subserosa, y en forma excepcional, la submucosa. Los que se desarrollan en la cara anterior o lateral del cuello uterino provocan síntomas del aparato urinario: incontinencia o retención de orina, polaquiuria, disuria o tenesmo vertical.³²

Mioma submucoso. Los leiomiomas pediculados o pedunculados de la cavidad endometrial, tienden a prolapsarse a través del cuello hacia la vagina. Está situado justo por debajo del endometrio, ocasionando el desplazo de éste, consigue necrosarse e infectarse, apareciendo en el canal cervical o la vagina. Este tumor crea deformación en la cavidad uterina cuando son de gran tamaño.

Estos fibromas producen dos síntomas específicos:

1) Un aumento en el flujo menstrual a causa de:

³⁰ Desprendimiento de miomas, *es.mimi.hu/medicina/blastoma.html*, acceso 12-marzo-2008.

³¹ Enrique Giménez Jimeno, *op. cit.*, pág. 248.

³² Tozzini Calatroni Ruiz, *op. cit.*, pág. 251.



- Incremento en la zona de superficie [cuando se cree que la paciente está “engordando”].
 - Ampliación de vascularización del endometrio en degeneración que cubre el fibromioma.
 - Presencia de lesiones semejantes a hongos, creciendo en cualquier órgano del tubo digestivo, aunque son más frecuentes en el intestino grueso o colon (pólipos³³) endometriales en la unión del mioma con la cavidad uterina normal.
- 2) Dolor uterino de tipo cólico, debido a los esfuerzos del útero para expulsar al fibroma submucoso. Este mioma tal vez actúe como un cuerpo extraño (al igual que un Dispositivo IntraUterino DIU); luego el útero trata activamente de pasar al tumor. Después, el cuello uterino se dilata y el fibromioma circunstancialmente aparece en la vagina como un tumor rojo, hemorrágico o en proceso de degeneración.

Los fibromiomas que producen problemas menstruales son, de preferencia los submucosos y los intramurales. Rara vez causan hemorragia intramenstrual o irregular y el síntoma que se manifiesta con más frecuencia es el de periodos regulares abundantes. Los miomas subserosos nunca producen menorragia, pero como suelen ser múltiples con frecuencia se encuentra un útero irregular aumentado de tamaño, con tumores en tres sitios.³⁴

Es factible en los fibromiomas sufrir degeneración hialina, quística o grasa (que estudiaremos más adelante); en virtud de la interferencia con el aporte sanguíneo a los tumores. La degeneración roja es una complicación rara relacionada con la gestación: el mioma adquiere un aspecto necrótico y hemorrágico, además produce dolor agudo y molestias generales.

Dado lo anterior, es imprescindible afirmar que una mujer con miomas submucosos produzca un alto grado de infertilidad. Los intramurales y subserosos por lo general no interfieren en la concepción.

Transformaciones del cáncer benigno

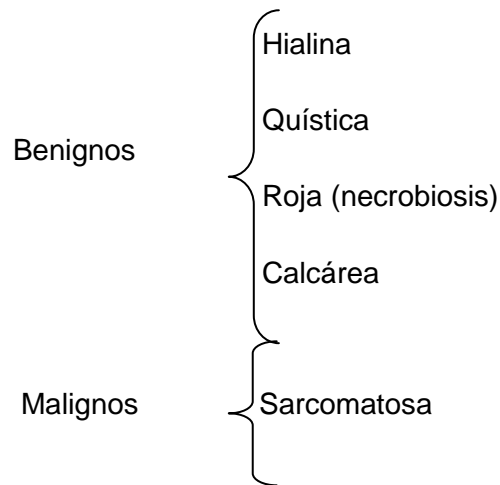
A pesar de que son tumores benignos, los miomas uterinos tienen tendencia a sufrir transformaciones aunque por fortuna, no todas malignas. El doctor Enrique Giménez Jimeno, en su libro *Fundamentos de ginecología y padecimientos de la mama*, menciona: “los fibromas de vez en cuando provocan una serie de transformaciones y degeneraciones, en donde unos llevan a la

³³ Miomas pediculados, www.abchospital.com, acceso 12-marzo-2008.

³⁴ Barry G. Wren, *Manual de obstetricia y ginecología*, pág. 352.



induración y atrofia, otros se reblandecen y se acompañan de aumento progresivo de volumen”.³⁵
Asimismo, clasifica los procesos degenerativos en benignos y malignos de la siguiente manera:



Las degeneraciones benignas tienen como denominador común trastornos circulatorios. El fibroma se forma alrededor de un núcleo vascular. En general, la irrigación de estos tumores es precaria y cuando disminuye, sea por composición o por trombosis, da lugar a las degeneraciones.

En primer lugar tenemos la **degeneración hialina**. Existe en casi todos los tumores grandes en forma parcial. El tejido pierde su consistencia dura, cartilaginosa y se vuelve blanda de aspecto cerebral, microscópicamente es el tejido conjuntivo el primero en ser afectado. La licuefacción o licuación (transformación de un gas o un sólido en líquido, fusión de un cuerpo sólido)³⁶ de las zonas hialinas de origen de variedad quística, ocupa todo el tumor o una parte de él.

La **degeneración quística** es el tumor en donde existen zonas con tendencia a licuefacción, que origina la existencia de cavidades quísticas con un contenido líquido gelatinoso; también se le conoce a este tumor se le denomina de transformación mixomatosa.

Después tenemos la **degeneración roja o de necrobiosis**. La necrobiosis es la muerte fisiológica de las células o tejido dependiente de cambios relacionados en el desarrollo del envejecimiento, etcétera. Existen varias teorías para explicar esta declinación:

Del infarto: la trombosis de una de las arterias que irriga el tumor con anoxia (estado de oxigenación insuficiente) de los tejidos, es el infarto de un mioma hializado.

La **degeneración roja** se produce con más frecuencia durante la gestación. Manifiesta signos y síntomas de vientre agudo con dolor, vómitos, defensa muscular abdominal. La absorción de las toxinas origina fiebre y malestar general. Al corte (cuando se extrae de manera quirúrgica),

³⁵ Enrique Jiménez Gimeno, *op. cit.*, pág. 249.

³⁶ Apreciación más común de los miomas, *Diccionario terminológico de ciencias médicas*, pág. 704.



el tumor es de color rojo, como carne cruda, pudiendo existir zonas de color gris y verdoso con líquido de los mismos colores.

Por último, dentro de los miomas benignos tenemos a los de **degeneración calcárea**. El ginecólogo Giménez Jimeno, describe de la siguiente manera:

Por problemas de déficit circulatorio, el carbonato y fosfato de calcio se depositan en el tumor, dándole una consistencia pétreo, haciendo el tumor opaco a los rayos X. Esta degeneración involucra principalmente las ancianas. Los fibromas se infectan sobre todo después de sufrir algún tipo de degeneración; en otras ocasiones cuando el leiomioma se encuentra cerca de un proceso infeccioso pélvico y en otras por vía hematógica.

La degeneración que hasta este momento es considerada como maligna es la **sarcomatosa**. Es una deformación rara en los fibromas. En ciertos momentos se origina en el tejido muscular o conjuntivo y casualmente está formada de células redondas o espino-celulares. Debe sospecharse degeneración sarcomatosa cuando:

1. El tumor aumenta de volumen después de la menopausia y además se acompaña de hemorragias irregulares o continuas que hacen perder el carácter cíclico de la menstruación normal.
2. Cuando exista reaparición de los síntomas una vez que se haya retirado (extirpado) de un hongo fibromatoso.

La mayoría de los ginecólogos recomienda el libro sobre el estudio de la miomatosis *Ginecología básica ilustrada*. Su autor, Héctor Mondragón Castro, menciona otros tipos de miomas: infecciosa, necrótica y grasosa.

En la **degeneración infecciosa**, cuando el mioma es de característica submucosa, la mucosa del recubrimiento del fibroma, tiene a ulcerarse y constituye una vía de acceso a los gérmenes que ascienden por el conducto genital.

En la **necrótica**, los miomas pediculados experimentan torsión del pedículo, lo que disminuye su circulación y produce la mortificación de éste adquiriendo aspecto de gangrena.

Y para finalizar la **degeneración grasosa**. En el espesor del fibromioma se generan zonas de grasa que posteriormente llegan a degenerar y tornarse malignas.

Hay un refrán que dice: “Si hay una molestia que no molesta, lo más conveniente será no molestarla”. En el caso de los miomas, algunos serán asintomáticos y seguirán creciendo sin causar problema alguno.



Las mujeres que vivan de esta manera, no tendrán problemas en su vida cotidiana; el inconveniente surge cuando hay sangrados irregulares o constantes, entonces hay que comenzar con tratamientos, análisis clínicos, citas con el doctor, etcétera. Todos los miembros del cuerpo humano están en la mira de contraer algún tipo de cáncer y el útero no es la excepción, pero no todo es lamento y tristeza. Actualmente, antes de proceder a una sentencia definitiva (como recurso final la aplicación de alguna cirugía), se deben estudiar los síntomas de la paciente y proceder a algún diagnóstico, lo más importante será conocer en qué parte se localiza el mioma, y cuál es proporción; luego, a partir de estos dos factores el especialista tomará las riendas. De esto se hablará en el siguiente capítulo.



Capítulo 3 Síntomas y valoración del mioma

Ya sabemos qué son los miomas y sus principales ubicaciones dentro y fuera del aparato reproductor femenino. Ahora la pregunta del millón es: ¿cómo saber si en el interior de la matriz hay un fibroma uterino? Y en caso de ser afirmativa la respuesta ¿cuáles son los síntomas que se presentan?

Durante una consulta médica (para conocer las manifestaciones que explicaremos un poco más adelante), el doctor verificará el tamaño del útero. Si se siente agrandado, quizá solicite un ultrasonido o en el último de los casos un diagnóstico de Imágenes por Resonancia Magnética (IRM), corroborando la presencia, localización y el tamaño de los fibromas.

Inmediatamente identificado el volumen y la orientación del leiomioma o fibromiomas y, después de realizar otras pruebas diagnósticas, tal vez el médico descartará terceras enfermedades potencialmente más graves, ofreciendo las opciones y plan de tratamiento recomendado para los mismos. Si no advierte ningún indicio causado por los fibromas uterinos, no hay necesidad de tratarlos. Es posible que el especialista quiera observarlos y verificar su crecimiento. Aunque no todo es tan fácil como se acaba de mencionar.

Las mujeres al encontrarse en su periodo de menstruación, padecen cambios drásticos en el estado de ánimo, irritabilidad, etcétera. Cuando manifiestan estos signos, creen que es natural y no lo toman seriamente, aquí aplicaría el dicho: “Y esto es de todos los meses”.

Es todo lo contrario en el caso de la miomatosis uterina, Martin Pernoll, en su libro *Diagnóstico y tratamientos gineco-obstétricos*, menciona lo siguiente: “El mioma no necesariamente produce síntomas y aún los muy grandes pasan inadvertidos por la paciente, en particular si es obesa”.³⁷ En el caso de los fibromiomas, los síntomas suelen ser variados y descontrolados. Como se mencionó en el capítulo anterior la sintomatología de los miomas va a depender de su localización, tamaño, estado de preservación (desde hace cuánto se ha formado o encubado) y si la paciente está o no embarazada.



³⁷ Martin L. Pernoll MD, *Diagnóstico y tratamientos gineco-obstétricos*, pág. 873.



Se estima que de 35 a 50% de las afectadas con miomas presenta algún signo severo anormal en comparación con su periodo menstrual, y es aquí donde el tormento para la mujer comienza.

Tal es el caso de Viridiana de 47 años de edad. Sus lapsos menstruales eran de manera “normal”, acompañado de cólicos y dolores de cadera. Creyó que eran los síntomas comunes de su periodo. Un día notó algo extraño. Cuando intentaba agacharse o flexionarse para levantar algún objeto, su vientre no le permitía llegar hasta el suelo, sentía “algo” obstruyéndole el movimiento. Posteriormente los malestares de cintura y piernas comenzaron a ser más y más intensos, a tal grado de no dejarla levantarse de su cama; su sangrado menstrual duraba más de diez días.

Así como Viridiana, hay muchas mujeres con manifestaciones similares y no hay razón de angustia, pero ¿cuándo se debe acudir al especialista?, ¿cuáles son los signos que una mujer debe tomar en cuenta en caso de padecer miomas?

El tormento más frecuente: las hemorragias

Dentro del primer indicio (y tal vez el principal de todos) son los sangrados anormales o en términos de ginecología: hemorragia endometrial anormal. Este primer detalle es el que se debe tomar en cuenta de manera extremadamente seria. Trágicamente es la manifestación clínica más importante de los miomas y se presenta alrededor de 30% de las pacientes. Hay varias hemorragias relacionadas con el útero y los miomas:

En primer lugar tenemos la menorragia o hipermenorragia. Implica sangrado menstrual excesivo, debido (acaso) a un periodo prolongado, presencia de flujos sanguíneos muy abundantes o por ambos motivos. Es bastante característica su aparición por su aspecto lentamente progresiva. En otras palabras las menstruaciones son más abundantes.

Es útil precisar su constitución (coágulos), la hemorragia es más prolongada, predominando de diez o 15 días, variando de su ciclo menstrual a otro. Probablemente sea una simple prolongación de la menstruación sin emblema de abundancia, aunque no siempre.

En segundo lugar incluimos las hemorragias intermenstruales o metrorragias. Éstas son pequeñas pérdidas de sangre aparecidas entre las menstruaciones y deben sospecharse a una lesión orgánica como es el cáncer uterino.

Se encuentra en casi un tercio de los casos, presentándose en pacientes con un tumor que posee zonas de coagulación venosa endometrial y muerte de tejido (necrosis) en su superficie, en particular si es pediculado y tiene una gran abundancia a través del conducto cervical. La hemorragia anormal de los miomas con frecuencia, produce anemia por deficiencia de



hierro, volviéndose incontrolable, cuando ésta es intensa y prolongada. Las metrorragias a menudo están superpuestas (imbricadas)³⁸ con las menorragias.

Se considera un sangrado menstrual excesivo, cuando la mujer tiene que cambiar el tampón o la toalla sanitaria varias veces al día y aún así corre el riesgo de mancharse. Sin embargo es forzoso reflexionar que durante la menstruación no solamente se expulsa sangre, sino también moco, células y fragmentos de las membranas del endometrio aparentan coágulos, por tal razón muchas mujeres imaginan tener un sangrado excesivo cuando en realidad es normal.

Entre otras causas que pueden provocar menorragia, están:

- Uso del dispositivo intrauterino o DIU.
- Presencia de **fibromas uterinos**.
- Problemas hormonales que ocasionen excesiva producción de estrógenos.
- Tener cáncer cervicouterino.
- El tabaquismo, aunque no se sabe bien, el problema aumenta considerablemente en fumadoras, ya que se cree que el tabaco impide la ovulación.³⁹

La radióloga Ingrid Bonilla Vivas, del área de Resonancia Magnética del hospital Médica Sur, indica: “la metrorragia es una menstruación muy abundante. Tiene una duración extensa en número de días. Por el contrario, la menorragia es considerable en cantidad. Lo más seguro es que le durará tres días, pero es muchísimo sangrado; en comparación con la metrorragia es más abundante en jornadas”, argumenta.

En ocasiones algunas pacientes presentan hemorragias continuas, manifestándose las menstruaciones sólo por un incremento o una exacerbación cíclica. La repercusión general de las hemorragias es variable, originando una anemia crónica, dependiendo el porcentaje del volumen de la sangre que ocupa la fracción de los glóbulos rojos (hematocrito).⁴⁰ Estas pérdidas de infrecuente observación son más usuales en los miomas subserosos de variedades submucosas.

Por ejemplo, tenemos a Lilia de 58 años. Durante dos años (antes de extirparle el útero) sus periodos menstruales fueron insoportables, especialmente porque hubo días (de tres a cinco) en que sangraba todo el día. Pero también tuvo (ya no días sino meses) sangrado constante.

³⁸ “Sangrados anormales del útero”, *etimologias.dechile.net*, acceso 05-mayo-2008.

³⁹ “Menstruación excesiva”, *www.esmas.com/salud/home/sexualidad/606218.html*, acceso 04-mayo-2008.

⁴⁰ “Hemorragia”, *es.wikipedia.org*, acceso 05-mayo-2008.



“Sentía que la vida se me iba en el momento de mi menstruación. Solamente pensaba en el sangrado y en el dolor. Mi estado anímico y físico estaba por los suelos”, comenta.

El doctor Diego Meraz Ávila, de la clínica Santa Teresa-Médica Sur, brinda otro punto de vista:

Los principales síntomas de los miomas son cambios en los patrones de sangrado, cambios en el dolor de la menstruación, irritabilidad, etcétera. Esto es más hacia la cavidad de útero, por decirlo de alguna manera dentro del mismo. Si el fibroide está fuera, comprimirán si son muy grandes, algunas estructuras del abdomen o de la pelvis. Facilitan el estreñimiento y las molestias gastrointestinales. Pero siempre lo más frecuente será el dolor y los sangrados.

Esencialmente las hemorragias funcionales del endometrio son:

- En primera instancia por el aumento de tamaño de un órgano o de un tejido, provocado debido a que sus células han aumentado en número (hiperplasia).

La hiperplasia se genera en los tejidos cuyas células se multiplican. Ocurre de forma fisiológica en las glándulas mamarias durante la lactancia, la hiperplasia del endometrio en el ciclo menstrual, la hormona foliculoestimulante o FSH hace crecer el endometrio y los estrógenos ováricos, el 14º día la progesterona detiene este crecimiento.⁴¹

- Posteriormente, así como logra desarrollarse de una manera desmesurada un órgano, también presenta una falta de crecimiento o progreso incompleto de un tejido. Pero ¡cuidado! la disminución (aplasia) de un órgano vital único es incompatible con la vida. Otra hemorragia es la leucorrea. El término leucorrea proviene del griego "leucos, blanco y rrea, fluir o fluido": flujo blanquecino de las vías genitales femeninas. Es uno de los síntomas más abundantes por los que una mujer acude a consulta con el ginecólogo (incitado por el sangrado y el malestar).

Las leucorreas hospedan diversos orígenes:

- Como punto número uno, la leucorrea de origen cervical a veces es fisiológica hasta el momento de la ovulación. Aquí se incluye la leucorrea purulenta de la inflamación aguda o crónica de cuello uterino (cervicitis).⁴²

⁴¹ *Ibidem*, acceso 04-mayo-2008.

⁴² Mosby, *Diccionario Mosby Pocket de medicina, enfermería y ciencias de la salud*, pág. 250.



- En segundo lugar, tenemos la leucorrea de principio vaginal, frecuente sobre todo durante la vida sexual activa de la mujer; en ocasiones se asocia con atrofia vaginal en niñas, castradas y posmenopáusicas.
- Y por último, la leucorrea vestibular la cual ocurre durante los momentos que preceden al coito, o en otras excitaciones psicosexuales, cuando se humedecen los genitales externos de la mujer.

El *Diccionario Mosby de medicina*, coincide en que las leucorreas son secreciones vaginales de color blanco. Normalmente la secreción de la vagina presenta variaciones regulares en cantidad y consistencia durante el ciclo menstrual. Un aumento en la cantidad del flujo es normal durante el embarazo y una disminución en la cantidad suele acontecer tras el parto durante la lactancia y tras la menopausia.

El síntoma más frecuente que se relaciona con leiomiomas uterinos y que lleva a una intervención quirúrgica es la menorragia. Los grupos reportados de pacientes a quienes se hace miomectomía, revelan que 30% de ellos tenía anomalías menstruales.⁴³

¡Qué dolor!

Y como cualquier padecimiento, el malestar físico no queda atrás. Los dolores son difíciles de interpretar por ser demasiado comunes en ginecología. Es válido admitir que las molestias no forman parte del cuadro habitual de los fibromiomas, cuando hacen acto de presencia son justificados de la siguiente manera:

- Debido a una alguna lesión interna asociada a: deterioro ovárico o aparición y crecimiento de tejido endometrial fuera del útero, sobre todo en la cavidad pélvica como en los ovarios, detrás del útero, en los ligamentos uterinos, vejiga urinaria o en el intestino. Es menos frecuente que la endometriosis aparezca fuera del abdomen como en los pulmones o en otras partes del cuerpo.
- En su defecto por una derivación no ginecológica, seguramente por un síndrome músculo esquelético, caracterizado por un dolor focalizado en la espalda baja (zona lumbar) mejor conocido como lumbalgia, causado por el estiramiento violento de los músculos lumbares. Se origina por distintas causas y formas, siendo las más comunes el estrés, el sobre-esfuerzo físico y las malas posturas al caminar o sentarse.

⁴³ Thomas G. Stovall MD, *op. cit.*, pág. 140.



Los grandes tumores provocan simplemente una sensación de pesantez en la región pélvica o quizá el malestar se describa como “pujo”. Los tumores incrustados en la pelvis ósea comprimen los nervios, lo que produce dolor que irradia a la espalda o a las extremidades inferiores. El dolor de espalda es una molestia tan frecuente que suele ser difícil adjudicarlo específicamente a un mioma. El dolor emanado por infarto, torsión o degeneración roja resulta ser intenso y desencadenar un cuadro clínico similar al abdomen agudo.⁴⁴

Otro dolor que se manifiesta es en la parte posterior de las piernas. Este síntoma de fibroma uterino aparece cuando el mioma presiona sobre los nervios que se extienden hacia pelvis y piernas. Una incomodidad más es la presión en la vejiga, provocando una orina incontrolable frecuente o retención de la misma, ocasionando otros síntomas como por ejemplo:

- Presión en los intestinos: Esto conlleva al estreñimiento y/o acumulación de gases. La dificultad puede verse exacerbada por los suplementos de hierro ingeridos debido a la anemia causada por el sangrado excesivo y
- Dolor en espalda baja.

Perturbaciones urinarias

Un hombre logra satisfacer sus necesidades urinarias detrás de un arbolito, al lado de un carro o en un rincón oscuro. Pero una mujer, por cuestiones culturales, ¡no! Y es que los trastornos urinarios ocasionados por los miomas son muy frecuentes (alrededor del 55% padece esta mal incontrolable), discretos y ocasionales.

La incontinencia urinaria consiste en la pérdida involuntaria de orina. El afectado tiene una necesidad imperiosa y repentina de orinar pero es incapaz de retener la orina. Los escapes pueden producirse al estornudar, reír, realizar algún esfuerzo o ejercicio físico. Supone un problema higiénico, social y psíquico, ya que influye en la actividad cotidiana del enfermo y reduce su calidad de vida. La incontinencia no es una enfermedad en sí misma, sino la consecuencia de una alteración en la fase de llenado vesical que se presenta en numerosas enfermedades.

Para comenzar, un estado incontrolable de orina llamado polaquiuria, consiste en pequeñas cantidades de orina durante el día. Suelen ser de escasa cantidad y refleja una irritación o inflamación del aparato excretor. Es el síntoma más frecuente de los miomas hallado en el 40% de los casos. Es un trastorno esencialmente diurno que se ve tanto en los pequeños como en los

⁴⁴ Martin L. Pernoll MD., *op. cit.*, pág. 874.



grandes fibromas. Comprende un proceso por el cual la vejiga urinaria se vacía de cualquier líquido cuando está llena (micciones). Con respecto a este asunto, la doctora Vivas opina:

El mioma está limitado al útero, pero dependiendo del número de miomas y el tamaño que tengan, esto hace que la matriz crezca mucho. Junto con los miomas, hace comprimir a la vejiga, los intestinos, ocasionando estreñimiento —porque comprime el recto— presentando desangrado o pesadez.

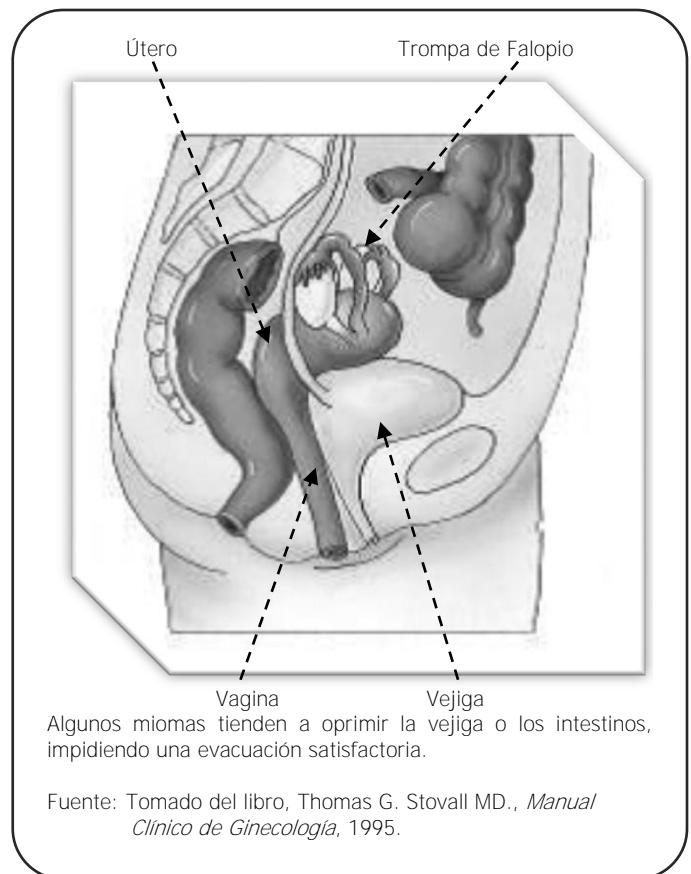
Ciertos informes de obstrucción ureteral parcial por los miomas van de uno a 75%, sugiriendo algún grado de obstrucción en 30 a 70% de los tumores que rebasan el borde pélvico. La localización, tamaño y configuración de los leiomiomas uterinos y trastornos que se relacionan como la endometriosis y enfermedad inflamatoria pélvica modifican la incidencia reportada. Los tumores intraligamentarios posiblemente produzcan desplazamiento lateral y posterior con compresión subsiguiente contra la pelvis ósea. El aplastamiento ureteral derecha es de tres a cuatro veces más frecuente en comparación con la izquierda, porque el uréter del lado izquierdo es protegido por el colon sigmoides.

Presión de órganos aledaños

Pero así como va creciendo el mioma o los miomas, buscan espacio y oprimen órganos vecinos. Los tumores intramurales generan distorsión u obstrucción de otras masas. Las protuberancias parasíticas causan dificultad intestinal si son grandes, incluso afectan al epiplón o al intestino.

Por otra parte, los tumores cervicales provocan un elevado grado de inflamación y hemorragia vaginal, relaciones sexuales dolorosas e infertilidad. Los miomas del cérvix llenan la pelvis, desplazando o comprimiendo los uréteres, vejiga o recto.

La compresión de las estructuras circundantes promueve síntomas urinarios o agrandamiento anormal del uréter (hidrouréter).



Los tumores grandes causan congestión pélvica venosa e hinchazón de las extremidades inferiores o estreñimiento. Un mioma del fondo posterior origina una posición inadecuada extrema del útero, lo cual distorsiona la base de la vejiga y causa retención urinaria.

Ésta presenta una incontinencia intermitente de flujo exagerado provocada por el alargamiento de la uretra con pérdida del control esfinteriano (músculo en forma de anillo que relaja o ajusta para abrir o cerrar un conducto o una abertura del cuerpo. Entre los ejemplos están el esfínter anal alrededor de la abertura del ano y el esfínter pilórico en la abertura inferior del estómago),⁴⁵ situación idéntica a pequeñas bolsas del útero durante los primeros días del embarazo. El trastorno se alivia al desalojar el útero de la pelvis con la paciente en posición mahometana o genupectoral (intentar besar el piso). Viridiana recuerda los síntomas antes mencionados:

Cuando acudía al baño, mi necesidad de orinar era mucha. Mi vejiga la sentía extremadamente llena. Pero cuando intentaba evacuar, era todo un calvario. Primero por el esfuerzo de sentarse, ya que mi vientre estaba muy inflamado. Luego tratar de orinar era imposible. Me pasaba bastante tiempo en el baño sin resultado alguno. Mi ginecólogo me explicó que el mioma estaba bastante crecido y que una parte de la vejiga estaba siendo oprimida por el tumor.

El diagnóstico

En el diagnóstico de los miomas debe destacarse el valor de la clínica. Un buen recuento de todo lo que ha pasado la paciente (desde cuándo se sintió mal, tamaño del mioma, localización y sintomatología presentada hasta ese momento) y el examen ginecológico por un médico experimentado, reconocerán e identificarán la mayoría de estos tumores benignos de localización subserosa, intramural, submucosa o de otra región.

En algunas ocasiones se plantearán dudas diagnósticas con tumores o masas anexadas, protuberancias de colon y retroperitoneales [región anatómica abdominopélvica, localizada por detrás del peritoneo, que contiene, entre otros órganos, el páncreas, los grandes vasos abdominales, riñones y glándulas suprarrenales]. Allí los métodos auxiliares presentan un valor decisivo.

El diagnóstico de leiomiomatosis uterina se hace con base en los hallazgos de un útero crecido, irregular, durante la exploración ginecológica. Sin embargo, cualquier tumor pélvico se

⁴⁵ "Problemas urinarios", www.cancer.gov/espanol, acceso 31-mayo-2008.



puede confundir con un útero crecido. Son trastornos habituales susceptibles de enredarse con leiomiomas uterinos los siguientes:

- Aunque una vejiga saturada en ocasiones se embrolla con un tumor palpable, desaparece después de la micción u orina. De manera similar, el recto sigmoides lleno, quizá confunda a un médico distraído.
- Variantes anatómicos normales, como un útero en autoflexión o retroflexión notoria, se confunden con un mioma.
- El embarazo, aunado a pequeños leiomiomas dificulta por sí mismo el diagnóstico.
- Los tumores ováricos o anexiales tal vez sean los diagnósticos más frecuentes y potencialmente contraproducentes e incluyen:
 - ⇒ Quistes funcionales
 - ⇒ Tumores inflamatorios como complejos tuboováricos o abscesos diverticulares.
 - ⇒ Tumores neoplásicos que incluyen al cáncer ovárico.

También deben excluirse otros trastornos raros como:

- Desplazamientos o malas ubicaciones de órganos del aparato excretor (riñón pélvico).
- Carcino o cáncer de colon y recto. Y
- En tanto el crecimiento anormal uterino u otros tumores malignos son raros, estas posibilidades deben tenerse en mente, sobre todo en mujeres añasas.

Alfredo Pérez Sánchez, en su libro *Ginecología*, proporciona una serie de dictámenes clínicos que presentan los miomas: En primer lugar tenemos el examen pelviano o exploración física. Y consistirá en una búsqueda ginecológica completa que incluya tacto rectovaginal, una prueba de Papanicolau, por mencionar algunas. Dependiendo del número y localización de los miomas, hay variados cuadros clínicos entre los cuales se aceptan como más frecuentes y mejor definidos los siguientes:

En el examen del mioma corporal intramural solitario que se desarrolla habitualmente en el fondo uterino, sin deformar toscamente el órgano aun cuando alcanza considerable tamaño, se reconoce al cuerpo uterino aumentado de tamaño y al mioma como una formación más o menos esférica, de mayor consistencia. Se caracteriza también por hipermenorrea.

Los miomas intramurales corporales múltiples en su crecimiento evolucionan a formas secundarias subserosas o submucosas, determinando importantes modificaciones del tamaño y forma del útero. Se caracterizan por la incurrancia de menorragia y síntomas de compresión cuando alcanzan tamaño suficiente.



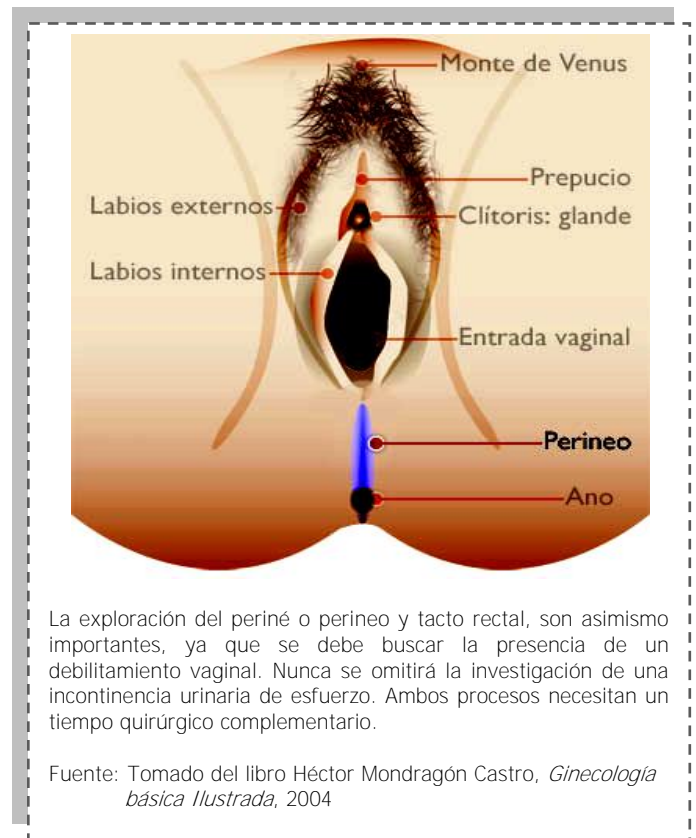
El mioma subseroso pediculado se le sospecha en presencia de metrorragia intermenstrual con ciclo menstrual conservado o metrorragia acíclica más o menos continua, dado que rara vez se alcanza suficiente tamaño como para producir un engrandecimiento uniforme del volumen del cuerpo uterino.

En la parte del cérvix, el mioma del mismo lugar, se les diagnostica por ampliación del cuello uterino, facilitándose el análisis de variedad por la modificación del orificio externo: distensión sin deformación en el caso de los miomas submucosos, desequilibrio en los miomas intramurales y desplazamiento del cuello sin deformación del orificio en los miomas submucosos.

Y finalmente el mioma intraligamentario es de una variedad como los miomas cervicales, que al alcanzar adecuado tamaño se impactan en la segmento lateral de la pelvis menor, en la parte profunda del ligamento ancho, donde se reconocen como formaciones esféricas, lisas, duras y notablemente fijas.

Primera prueba: la valoración del doctor

El médico especialista hará una inspección completa y metódica. Tomaremos como ejemplo un fibroma de tamaño medio, no complicado. Se evacuará previamente la vejiga si es preciso con sondaje y el doctor comenzará con una exploración de abdomen. Por lo general el diagnóstico es negativo. Sólo en los casos importantes y en las pacientes delgadas podría comprobarse una curvatura. La palpación permite detectar mejor tumoración. Se aprecia el fondo uterino, liso y regular o deformado por abollonaduras redondas. El tumor es elástico, ligeramente movilizable lateralmente, hundido en la pelvis menos si se palpa en trendelenburg [posición dorsal sobre una mesa inclinada a 45° con la cabeza abajo y las piernas colgando por el extremo superior de la mesa; utilizada principalmente en las operaciones de los órganos genitales internos de la mujer].
Cenorina, profesora de educación básica recuerda su visita al doctor:



El especialista pidió mostrarle mi vientre, lo palpó y me dijo que sentía una “bolita”. En tu caso —dijo el doctor— debido a tu complexión delgada es fácil detectar anomalías en esta región del cuerpo. Es probable que el tumor sea del tamaño de mi puño. Pero no te alarmes, con unos análisis confirmaremos el grosor y ubicación de este tumor.

Otra elección que tomará el ginecólogo es la exploración del cuello. Y se comprobará la existencia de un derrame, apreciando el estado del moco cervical, buscando una erosión, la inflamación de la superficie exterior del cuello uterino (exocervicitis) o quistes. Entonces deben efectuarse frotis vaginales de detección (vagina, endometrio, endocérvix, etcétera). Luego una vez seco el cuello, se efectuará si es precisa una biopsia. Posteriormente en los casos habituales se lleva a cabo un tacto vaginal.

Combinado con la palpación abdominal, que aprecia una masa más o menos regular, redondeada u oblonga, lisa o abollada por nudosidades de tamaño variable. La masa tumoral se encuentra en un fondo de saco o en los dos, con las mismas características: consistencia firme, no elástica, a veces dura, pétreo. En ausencia de complicaciones es indolora. La tumoración tiende a ser móvil, y esta movilización también es indolora.

El hallazgo clásico y fundamental es la solidaridad del tumor con el cuello del útero. Los movimientos que se imprimen a la masa se transmiten al cuello y viceversa. Sin embargo, puede confundirse con un nudo miomatoso. La situación exacta del cuerpo uterino es difícil de determinar, oculta por el desarrollo del mioma. De todos modos, fibroma y el cuerpo uterino están estrechamente unidos y no separados por un surco, excepción hecha por el fibroma pediculado.

Los diferentes estudios clínicos

Dependiendo de la situación en que se encuentre la paciente, el especialista solicitará alguno de los siguientes estudios clínicos:

- Uno de los exámenes de laboratorio de quienes se sospecha fibromiomas incluye Biometría Hemática Completa (BHC). Es la prueba más frecuentemente. Provee información acerca de tres clases de células de la sangre: glóbulos rojos, glóbulos blancos o leucocitos y plaquetas. Se usa habitualmente como prueba para depurar, elegir con cuidado y minuciosidad (tamización)⁴⁶ ahondando si hay anemia, infección en el organismo y otras



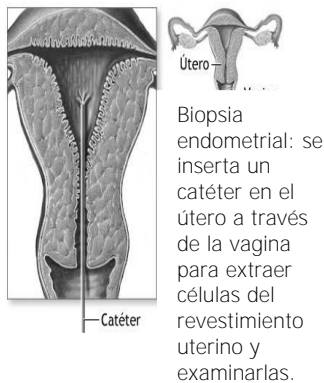
⁴⁶ “Biometría”, www.rae.es, acceso 17-mayo-2008.



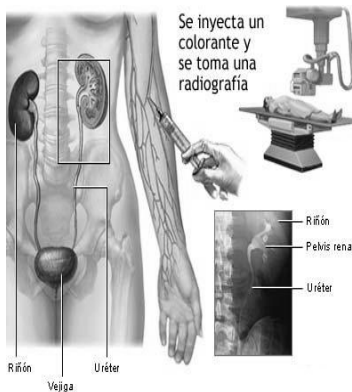
condiciones, donde se toman en cuenta el número de células, la hemoglobina, el hematocrito y



Fuente: Histerometría, 06-febrero-2008, www.iqb.es, acceso 10-agosto-2008.



Fuente: Biopsia endometrial, 31-julio-2007, www.clinica-morales.com, acceso 29-junio-2008.



Pielograma, 13-julio-2007, www.nlm.nih.gov, acceso, 20-septiembre-2008.

otros indicadores. También se debe conocer la velocidad de los procesos inflamatorios (eritorsedimentación), prueba de embarazo, detección de sangre oculta en las heces y una prueba de Papanicolau. Si el diagnóstico es aún dudoso, los estudios adicionales confirman la impresión clínica.

- Otro estudio es el Sondeo y Medición de la Cavidad Endometrial con un histerómetro (instrumento para medir la longitud o tamaño del útero. El más utilizado es el de Sims)⁴⁷ constituye un procedimiento simple de consultorio que confirma el crecimiento del órgano por leiomiomas.

- Como tercera alternativa, la Biopsia Endometrial es un procedimiento en el cual se obtiene una muestra de tejido del endometrio (revestimiento interno del útero) que luego se observa bajo el microscopio. El tejido se examina cuidadosamente en busca de anomalías celulares o signos de cáncer, en este caso para los miomas. Con sus respectivos instrumentos para el efecto o dilatación y legrado, es indispensable en presencia de sangrado anormal; quizá exista una lesión en el endometrio, probablemente carcinoma o hiperplasia con fibromioma.

- Y por último se realiza una Pielografía Intravenosa (PIV). También se le conoce como: pielograma intravenoso, urografía intravenosa o urografía excretora. Es un tipo de examen con rayos X específicamente diseñado para estudiar los riñones, la vejiga y los uréteres (los conductos que transportan la orina desde los riñones hasta la vejiga).

Después de inyectar un medio de contraste con base en yodo en la vena, se toma una serie de imágenes a intervalos regulares.

⁴⁷ "Histerómetro", www.iqb.es/diccio/h/hi5.htm, acceso 15-mayo-2008.



Los riñones son responsables de remover el medio de contraste de la sangre y recolectarlo en la orina. Mediante este procedimiento, se pueden identificar anomalías en la apariencia de los riñones o los uréteres, peculiaridades en la distribución del medio de contraste dentro del riñón, cantidades desiguales del medio de contraste en cada riñón o rarezas en los sistemas de recolección.

Todas estas extravagancias son indicio de enfermedades y afecciones particulares. En el caso de Miomatosis Uterina, muestra desviación ureteteral, compresión o dilatación en presencia de fibromas moderadamente grandes, o de localización lateral y proporcionar una indicación de intervención quirúrgica por leiomiomas asintomáticos.

Análisis adicionales

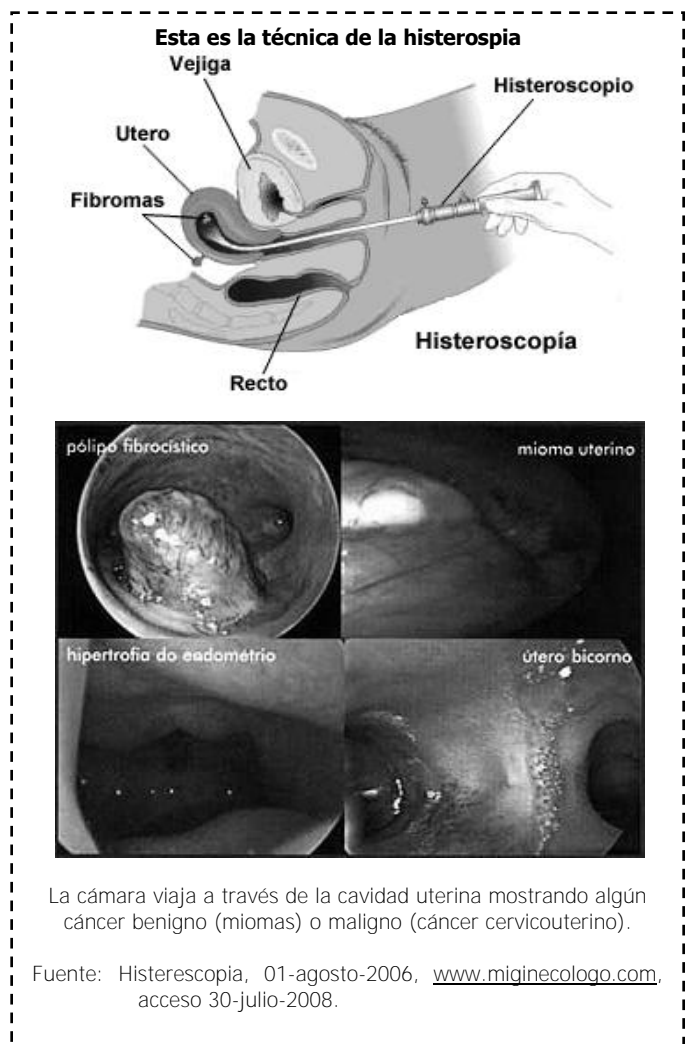
A pesar de los estudios antes mencionados, el médico debe cerciorarse que en el vientre hay miomas y no otro padecimiento como algún quiste, tumor ovárico, etcétera. Como diría el dicho: “por si las dudas”. Los estudios adicionales sirven para reafirmar la presencia de fibromiomas.

En primer lugar están las radiografías como una placa simple de abdomen que se toman por otras indicaciones. A veces muestran calcificaciones características de otras partes de cuerpo.

La endoscopia ginecológica consiste en una cámara montada sobre un tubo flexible, a través del cual se utilizan pequeños instrumentos para tomar muestras de tejidos sospechosos y tiene como alternativas la histeroscopia y la laparoscopia.

*La histeroscopia es una manera de observar dentro del útero. Su principal herramienta es el

histeroscopio, y se fundamenta en un telescopio delgado, que se inserta en el útero a través de la vagina y cérvix. Ayuda al doctor a diagnosticar o tratar un problema uterino. Proporciona prueba directa de miomas submucosos que distorsionan la cavidad uterina.



Método clásico que conserva todo su valor para la variedad submucosa de miomas y provee de interesante información en las formas intraparietales. Permite apreciar la distorsión que el tumor ocasiona en el área uterina y el compromiso potencial sobre las trompas de Falopio. En los casos de tumefacciones intraligamentarios voluminosos o submucosos con probable presión de las vías urinarias, el programa excretor constituye un estudio valioso para una mejor elaboración de la terapéutica apropiada.⁴⁸

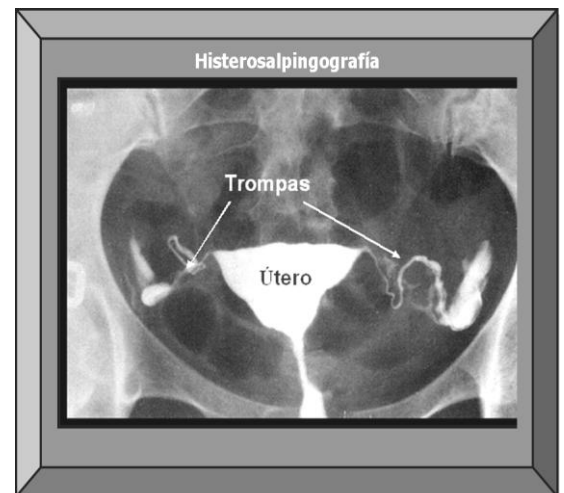
La Laparoscopia es un grupo de procedimientos quirúrgicos mínimamente invasivos. Emplean una cámara pequeña para examinar el órgano reproductivo femenino. Es valiosa para distinguir un leiomioma de localización lateral o pedunculado de tumor ovárico. Así se evita la intervención quirúrgica para examinar el abdomen o área del vientre (laparotomía o exploración del vientre) si la paciente está asintomática desde otros puntos de vista.

El siguiente análisis es la Histerosalpingografía (HSG) también se le conoce como histerograma uterosalpingografía o uterotubografía. Es una radiografía del útero y las trompas de Falopio. Involucra la inyección de un medio de contraste a través del cuello uterino. Demuestra de manera indirecta el contorno de la superficie endometrial, cualquier distorsión y obstrucción de la unión uterotubaria secundaria a fibromas.

La presencia de uno o varios miomas inducen cambios en la histerosalpingografía. Se han descrito en este examen aumento de tamaño de la zona uterina con marcada deformación de la misma y falta de relleno, de tamaño variable, contorno generalmente liso y redondeado, en contacto habitualmente con la periferia de la imagen de relleno uterino.



Fuente: Laparoscopia, 11- marzo-2006, <http://escuela.med.puc.cl>, acceso 05-septiembre-2008



Fuente: Histerosalpingografía, 29-noviembre-2007, www.infert.com.br, acceso 01-octubre-2009.

⁴⁸ Tozzini Calatroni Ruiz, *op. cit.*, pág. 251.



La realización de este procedimiento está indicado para fines diagnósticos y también pronósticos en mujeres con hipermenorrea, metrorragia intercíclica regular o irregular, luego de un aborto único o repetido, tengan examen genital normal o sospechoso de la existencia de este tumor. La mayor utilidad de la histerosalpingografía es un diagnóstico del mioma submucoso sintomático que por su tamaño no se reconoce del examen ginecológico.

El estudio más empleado es la Ultrasonografía Pélvica. Precisa las dimensiones y localización de los leiomiomas uterinos y facilita la diferenciación de los tumores anexiales. Cuando el estudio ultrasonográfico muestra que los riñones tienen una localización normal, elimina la posibilidad de un riñón en herradura o pélvico y proporcionará alguna orientación en cuanto a una posible compresión ureteral si se observa dilatación de las cálices.

Este procedimiento ha revolucionado la capacidad de identificar los distintos procesos tumorales que se desarrollan en la pelvis por las ventajas que ofrecen, su sencillez, inocuidad y relativo bajo costo. La ecografía o ultrasonografía de alta resolución supera, por su practicidad y calidad de imagen, a métodos más elaborados y de costo muy superior como la tomografía computarizada o la resonancia magnética. Todas las localizaciones del mioma resultan accesibles a este método de estudio, que además precisa con exactitud las medidas y homogeneidad o no de los miomas.⁴⁹



Actualmente el ultrasonido es el más empleado por médicos generales y especialistas. En la imagen se observa un mioma de notable tamaño, con un pedículo o ramificación.

Fuente: Tomado del libro Derek Llewellyn-Jones, *Texto ilustrado de ginecología y obstetricia*, 2000.

En la ultrasonografía se reconocen masas intra o extrauterinas, únicas o múltiples, sólidas, de contorno más o menos circular, con capacidad en los tejidos para reflejar el ultrasonido en comparación con el miometrio vecino y de muy diferente tamaño. La ultrasonografía tiene elevada sensibilidad para el reconocimiento de esta patología, por lo que en la actualidad y en la naturaleza del procedimiento se emplea con mayor

frecuencia. Prácticamente ha reemplazado a la histerosalpingografía no sólo para el diagnóstico, sino también para valorar el significado pronóstico de la presencia del mioma.

⁴⁹ *Idem.*



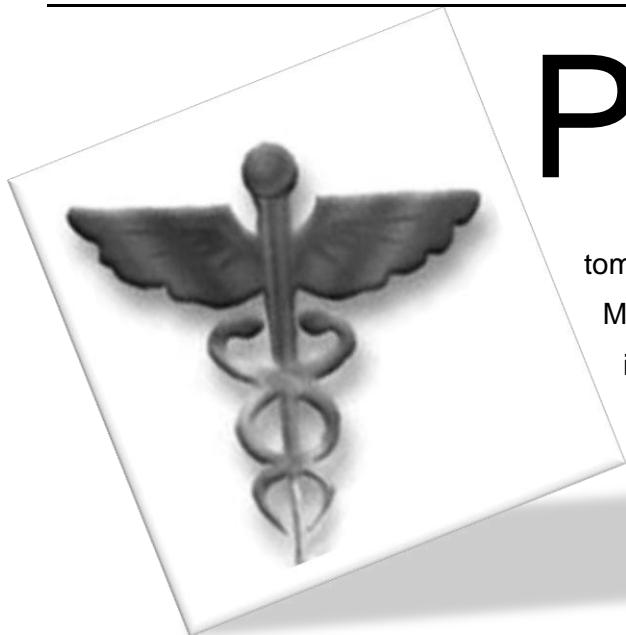
Con los avances de la tecnología, la medicina ahora cuenta con una carta bajo su manga: las Imágenes por Resonancia Magnética (IRM). De esto opina el doctor Meraz Ávila:

La resonancia magnética es bastante útil. Es un estudio muy bueno, nos brinda buena definición en cuanto a los miomas, su ubicación, etcétera. Sin embargo, es un estudio con demasiada tecnología, para un problema que a lo mejor con el ultrasonido nos orienta y ya no necesitamos definir más, además de ser un estudio muy costoso para hacer un diagnóstico de miomas. Como estudio la Resonancia Magnética (RM), es mejor que la ultrasonografía, es más exacto. Si tomamos en cuenta que una resonancia será de un precio de ocho mil pesos (más o menos) y un ultrasonido de mil pesos (aproximadamente también) y si no necesitamos tanta definición, el ultrasonido nos va a ayudar a tomar una decisión.

Aparentemente es un proceso largo todo lo expuesto anteriormente. Sin embargo el ginecólogo es quien tiene la última palabra. Él será quien decida qué medidas tomar para comenzar a eliminar los molestos miomas. Debemos diferenciar entre un diagnóstico y un tratamiento. En el primero, el médico valora el estado de la paciente. Pero en el segundo, se van a tomar las medidas necesarias para erradicar este mal. En el caso de la miomatosis uterina, el médico hará todo lo posible para que la paciente deje de sangrar y siga con su vida cotidiana. Por tal motivo se basa en los estudios antes mencionados. Si el malestar continúa, el último recurso serán las intervenciones quirúrgicas. Y de este tema tratará el siguiente capítulo.



Capítulo 4 Tratamientos



Por medio de los estudios antes mencionados, el especialista observará cuántos fibromas hay en el útero y su localización. Una vez confirmado y diagnosticado el problema, el ginecólogo procederá a tomar las medidas necesarias. Un claro ejemplo es el de Mónica, estudiante de 20 años de edad, quien fue intervenida quirúrgicamente debido a su incapacidad de concebir. ¿Cuál era el problema? Un cuadro clínico de tumores benignos en el útero. Debido a la edad y el deseo de embarazarse, el médico dictaminó sólo extirpar las malformaciones, esperando con esto tener una esperanza de

que las paredes de la matriz resistan el proceso.

A partir de este momento la paciente se debatirá entre dos circunstancias: por un lado acudir a un chequeo de cada seis meses con el doctor para observar si el mioma(s) presenta algún crecimiento o ha invadido otras partes del aparato reproductor sexual como las trompas de Falopio o los ovarios. Y por otra parte, si el mioma ostenta una sintomatología severa, impedir a como dé lugar su crecimiento; en ocasiones deformará órganos vecinos e incluso generar cáncer (aunque esto es poco probable hay sus excepciones) y/o en las últimas consecuencias retirar no sólo la matriz sino la mayor parte de éste, incluyendo el cérvix.

Gracias a los esfuerzos que la medicina ha hecho en relación con la miomatosis uterina, los medicamentos hormonales son excelentes para controlar este padecimiento siempre y cuando el cuerpo femenino los asimile. Incluso se agregan dos opciones más para combatir este mal que aqueja a muchas mujeres: la Resonancia Magnética (RM) y la embolización, esta última en México su práctica no es constante.

La RM es una nueva alternativa donde la principal herramienta es el uso de la tecnología y en la segunda una cirugía, pero vista desde otro ángulo. Y no debemos olvidar los dos métodos imprescindibles empleados hasta este momento: la miomectomía y la histerectomía, como las más usadas por los ginecólogos, cada una con sus ventajas y desventajas. “Los miomas se controlan a través de medicamentos, si en este primer tratamiento la molestia persiste, hay que contemplar la posibilidad de una intervención quirúrgica”, comenta el profesor Pedro Dorantes.



Molestia que no molesta, para qué molestarla

Como se ha repetido en los capítulos anteriores, debe tenerse en cuenta la existencia de muchos miomas asintomáticos, que no requieren tratamiento alguno. Para los de repercusión clínica se optará durante la etapa de deseo reproductivo, por los procedimientos menos agresivos.

En los tumores descubiertos en transcurso de un examen de rutina o signos no relacionados, la conducta se limitará al control periódico sin tratamiento.

La excepción la constituyen tumores de gran tamaño, similares o mayores a una gestación de 16 semanas. En estos casos conviene un estudio radiológico frecuentemente utilizado para la evaluación de diferentes problemas urológicos (urograma)⁵⁰ verificando la normalidad o compresión de vías urinarias.

A su vez, el rápido crecimiento en controles ulteriores constituye otra indicación de tratamiento activo. Finalmente, la presencia de estos tumores, sintomáticos o no, en la proximidad inmediata de la menopausia, también favorece una conducta expectante, por la regresión espontánea que suelen presentar una vez establecida.

El diagnóstico de un mioma no decreta la necesidad de su tratamiento, específicamente en los siguientes casos: cuando el fibroma induce hipermenorrea, metrorragia, síntomas de compresión de los órganos vecinos, especialmente de la vejiga, urgencia miccional o retención urinaria.

Otro juicio es si su tamaño signifique una apreciable molestia para la paciente o determine la posibilidad de compresión asintomática de los uréteres con eventual desarrollo de hinchazón de un riñón debido a una acumulación o represamiento de orina (hidronefrosis).⁵¹

Como tercer punto si se comprueba crecimiento de un mioma en la posmenopausia o rápido desarrollo en una mujer premenopáusica no gestante.

Posteriormente si llegase a ocurrir un cuadro agudo abdominal que se sospeche responda a una complicación del mioma: torsión del pedículo, degeneración roja, etcétera.

Y finalmente si se determina alteración en el proceso reproductivo como abortos, partos inmaduros y/o prematuros. "Si la paciente no presenta algunas de estas indicaciones, sólo se someterá a un control ginecológico periódico (seis a doce meses) en el que se le practicará ultrasonografía pelviana y examen ginecológico".⁵²

⁵⁰ Norma C. Martínez, "Urograma Excretor", www.urologiaonline.com.ar, acceso 1-julio-2008.

⁵¹ "Tratamiento de miomas", <http://medlineplus.gov/spanish/>, acceso 30-junio-2008.

⁵² Alfredo Pérez Sánchez, *Ginecología*, pág. 141.



Menopausia artificial: GnRH y hormonas

Los síntomas anteriores son un lado de la moneda, pero ¿y el otro? Para desgracia de aquella mujer que presenta signos como sangrados abundantes, dolores agudísimos abdominales, incontinencias frecuentes urinarias o en su defecto un crecimiento del vientre anormal, son señales asociadas a los indeseables miomas. ¿Y qué medidas debe tomar el especialista ante estas circunstancias? De entrada controlar el sangrado y el dolor, y explicarle detalladamente a la paciente cuál es su estado de salud y las medidas que se deben tomar en cuenta.

Un testimonio es el de Cristina. Sabía acerca de tumores que aparecen en el útero pero nunca pensó pasar por una situación similar incómoda y desesperante:





Llegué al consultorio con un sangrado incontrolable y dolores insoportables en las piernas y en la cintura, no podía ni hablar, me dolía todo el cuerpo. Comencé a padecer estos síntomas desde hace seis meses. El doctor me palpó el vientre y sentía que me moría en ese momento; presentaba un cuadro de miomas y la mejor alternativa era retirar la matriz. En ese momento le dije al médico ¡pues de una vez porque ya no aguanto! Pero me sugirió un tratamiento de hormonas, anticonceptivos y vitamina k. Si los dolores no desaparecían, entonces se programaría una cirugía.

Y es que antes de recurrir a métodos más serios que impliquen la visita al quirófano –como última alternativa y a su vez carta de triunfo– para erradicar los miomas, se debe seguir un tratamiento médico, basado en pastillas e inyecciones. Los métodos más empleados por los especialistas son los compuestos capaces de incrementar la actividad de otro, como una hormona, un medicamento, etcétera.

Entre las más usuales la GnRH (por sus siglas en inglés), es una hormona que suelta gonadotropina o gonadotrofina. Es liberada por el hipotálamo cuyo centro de acción es la hipófisis. Por consiguiente el uso de agonistas de GnRH causa una baja de 40 a 60% del volumen uterino o induce la ausencia temporal o permanente del flujo menstrual. }La disminución de las hormonas estrogénicas producidas fundamentalmente por el ovario (hipoestrogenismo), resultante del tratamiento, se relaciona con una pérdida ósea reversible cuando se utilizan por periodos mayores de seis meses y síntomas que incluyen bochornos. El desgaste osteológico no constituye un problema en tratamientos menores a medio año. Los reportes indican que la combinación de un agonista GnRH y reposición hormonal a dosis bajas disminuyen en forma eficaz los efectos hipoestrogénicos, sin modificar la disminución del tamaño de los fibromas.



Los agonistas de la GnRH son fármacos potentes empleados para tratar miomas uterinos. Se han descrito resultados casi universalmente buenos después de su administración parental, inhalación o vaginal. La reducción del tamaño uterino ha sido del 60-70% según la dosis y la duración del tratamiento. Desafortunadamente con la interrupción de la terapia agonista, los miomas uterinos crecen de nuevo con rapidez. El crecimiento rápido del útero se debe probablemente a la gran disponibilidad de receptores de estrógenos en el tejido del mioma como resultado de la supresión de estrógenos durante el tratamiento.⁵³

Medicamentos más empleados para controlar un sangrado excesivo y resequead de miomas				
	Nombre	Descripción	Uso	Vía de administración
	Ergotrate (MALEATO DE ERGOTRAMINA)	Estimulante de la contractilidad uterina. Solución inyectable y tabletas.	Evita la hemorragia postparto; involución uterina.	Oral o intravenosa, 0.2 mg (puede repetirse la dosis cada 2 o 4 hrs.). VO, 0.2-0.4 mg cada 6-12 hrs por 48 hrs.
	Hemosin k (CARBAZOCROMO, SULFONATO SÓDICO DE VITAMINA K)	Antihemorrágico. Jarabe, solución inyectable, Tabletas.	Prevención y tratamiento de las hemorragias en el pre, trans y postoperatorio. Hemorragias espontáneas. Hemoptisis. Epistaxis. Hematomas. Hemorragias por hipoprotrombinemia.	Jarabe: 2 cucharaditas de 3 a 4 veces al día. Tabletas: 1 tableta 3 a 4 veces al día. Intramuscular o endovenosa. Inyectable Según el caso: Casos graves: Un frasco por vía endovenosa lenta o de 1 a 5 frascos en un litro de suero, por venoclisís lenta.
	Lutoral (CLORMADINONA)	Progestacional oral. Tabletas de 2 o 5 mg.	Progestacional oral. Indicado para amenorrea secundaria y sangrado uterino anormal debido a desbalance hormonal en ausencia de patología orgánica, por ejemplo, fibromas o cáncer uterino.	Premenopausia y alteraciones relacionadas: Tomar una tableta diaria siguiendo el orden secuencial, no interrumpir el tratamiento sin consultar a su médico.
	Noristerat ENANTATO DE NORETISTERONA	Anticonceptivo parenteral monohormonal para la planeación familiar. Solución inyectable.	Anticoncepción hormonal.	Debe administrarse a mujeres con historia de ciclos normales. Antes de iniciar el tratamiento debe efectuarse un detenido examen médico general y ginecológico (incluido la mama y citología cervical), descartando la presencia de un embarazo. Se recomiendan controles repetidos en intervalos de seis meses.

Fuente: Thomson, *Diccionario de especialidades médicas*, Editorial Thomson, México 2006.

⁵³ Williams, *op. cit.*, pág. 523.



Por otra parte, las pacientes con anemia para permitir su recuperación de una cifra normal de hemoglobina, es indispensable disminuir al mínimo la necesidad de transfusión o permitir la donación de sangre antes del proceso quirúrgico. Sin olvidar a aquellas cercanas a la menopausia en un intento para evitar la extirpación del útero (histerectomía).

Otro fármaco de apoyo son los medicamentos Antiinflamatorios No Esteroideos (AINES), como el ibuprofeno o el naprosín, recomendables para las mujeres que presentan cólicos o dolor con la menstruación. Se utilizan pastillas anticonceptivas (anticonceptivos orales) para ayudar a controlar los períodos menstruales abundantes y detener el crecimiento del fibroide uterino. Así mismo, los suplementos de hierro ayudan a prevenir la anemia en las adultas con menstruación abundante.

El uso de los análogos de GnRH durante los 3 a 4 meses antes de la cirugía de fibroma reduce el volumen uterino y el tamaño del fibroma. Son beneficiosos para corregir la anemia ferropénica preoperatoria, si existe, y reducir hemorragia intraoperatoria si el tamaño uterino es tal que se planifica una incisión mediana. Pero esto puede evitarse en muchas mujeres con el uso de los análogos de GnRH. Después del uso de estos agentes, las pacientes que se someten a la histerectomía tienen mayor probabilidad de un procedimiento vaginal.⁵⁴

Como se observa, los medicamentos agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina disminuyen el flujo sanguíneo hacia el útero y con esto privan a los fibroides de una importante fuente de crecimiento. Ya que estos medicamentos por lo general provocan efectos secundarios asociados con la menopausia —bochornos, resequedad vaginal, disminución de la libido—. Comúnmente son utilizados de tres semanas a seis meses. Si se dejan de consumir los agonistas GnRH, los fibroides aparecen varios días después y con un crecimiento descomunal a menos que el médico indique una dosis más elevada de medicamento o en su defecto una cirugía de emergencia. Estos antídotos son algunas veces utilizados para encoger a los fibroides antes de la cirugía, para que de esta manera el procedimiento sea menos difícil.

Otro recurso de los ginecólogos es el tratamiento con base en hormonas. Emplea agentes progestacionales causando disminución leve del tamaño del útero y ausencia de la menstruación o falta de períodos en una mujer de 16 ó más años (amenorrea). Permite así que se resuelva la

⁵⁴ "Medicamentos orales para contrarrestar hemorragias vaginales", www.update-software.com/AbstractsES/AB000547-ES.htm, acceso 07-julio-2008.



anemia con tratamiento férrico antes de la intervención quirúrgica definitiva, el lado negativo de esta modalidad terapéutica es muy limitado y por supuesto no curativo.

Un útero suturado: la miomectomía

En 1984, Leslie Hicks se quejó con su médico por dolencias en la parte baja de la espalda. Se le dijo que probablemente había levantado algo de manera incorrecta. Ella buscó una segunda opinión y un examen de ultrasonido. En esta ocasión se encontraron quistes, tejido endometrial y fibroides alrededor de los ovarios y fueron extirpados mediante una laparoscopia. En 1997, Leslie comenzó a experimentar problemas otra vez. Esta vez el culpable fue un fibroide del tamaño de una pelota de tenis sobre su útero.⁵⁵

Nelson Rodríguez Hidalgo, autor del libro *Cirugía laparoscópica ginecológica*, menciona: “un mioma siempre es un problema, y más si se está embarazada o en proceso de procrear un nuevo ser a este mundo”.⁵⁶ Y aquí es donde hay que visitar un lugar del cual nadie quisiera saber: el quirófano.

El diagnóstico de uno o varios miomas es de importancia trascendental para toda mujer en particular para aquellas con deseos de fertilidad. En estos casos se impone determinar la localización de los distintos nódulos, su tamaño, la recuperación de la anatomía y fisiología de la reproducción.

Un detalle importante por comentar con la paciente de uno o más miomas, es que estos tumores crean un problema en donde ningún médico posee una solución ideal, y sólo busca la fórmula más adecuada, dentro de la complejidad y características de cada caso en particular. Por supuesto —y como se ha expuesto en capítulos anteriores—, los miomas son neoplasias benignas (con probabilidades mínimas de volverse malignos) cuando no interesa conservar la fertilidad, el problema se limita a aplicar la técnica quirúrgica más sencilla y segura para reseca el útero.

Sin embargo, resolver las dificultades de estos tumores con sus degeneraciones y conservar un útero funcional es un reto para los ginecólogos y fertilistas. El asunto se complica porque generalmente, los miomas son muy numerosos, aunque antes se hubiesen resecado todos los tumores apreciables, es posible el surgimiento de otros nuevos.

La miomectomía es una operación eficaz y segura, aunque compleja y con múltiples inconvenientes que la convierten en una técnica de excepción. Sólo está indicada cuando se quiere

⁵⁵ Anne Martínez, “Hechos sobre los fibroides”, www.mbhs.org, acceso 13-julio-2008.

⁵⁶ Nelson Rodríguez Hidalgo, *Cirugía laparoscópica ginecológica*, pág. 349.



conservar la fertilidad, los miomas impiden el logro o el mantenimiento de la gestación y si los síntomas la hacen indispensable. La resección de un leiomioma debe ir seguida de un cierre meticuloso y cuidadoso del útero, generalmente en varios planos para lograr que la pared uterina mantenga la resistencia necesaria, de modo que no ceda ante la distensión gravídica y la aparición de contracciones energéticas.

La rapidez de los avances tecnológicos en instrumentos laparoscópicos hace suponer que será viable afrontar perfectamente y en varios planos la pared muscular del útero; pero esto aún no es posible al menos para el autor que llevará a cabo la operación, por lo cual no practica la miomectomía en los casos donde impliquen la enucleación de un nódulo que disminuya mucho y, por tanto, debilite la pared uterina, generando una rotura ante cualquier esfuerzo o por contracciones poco enérgicas, lo cual formaría una hemorragia bastante peligrosa.

La laparoscopia permite la resección de nódulos subserosos más o menos grandes, ya que los pequeños son más fáciles de extraer y así se evita su crecimiento.

Esta prueba debe repetirse semanas después de la primera, para liberar algunas adherencias formadas entre los genitales.

Se debe tener presente que la aparición de un mioma crea dificultades en el aparato reproductivo de la paciente, y nunca se tendrá la solución para ellas, “puesto que se es médico y no mago”.⁵⁷ Como sucede con frecuencia, las opiniones en la vida van cambiando. Hace años las pacientes embarazadas y con fibromas, tenían que mantenerlas acostadas y en reposo por todo el tiempo de la gestación.

Miomectomía	
	Mioma intramural histerotomía transvernal utilizando bisturí monopolar o fibra láser.
	Dissección del mioma.
	Coagulación del mioma con bipolar
	Sutura del miometrio

Fuente: Miomas uterinos, 25-junio-2007,
http://laparoscopiaginecologica.cl/?page_id=9,
acceso 01-noviembre-2008.

⁵⁷ *Ibidem*, pág. 350.



¿Cuáles problemas surgían? Muchas no se embarazaban, otras perdían el producto por abortos y/o partos prematuros, y sólo unas cuantas lograban un niño viable, en muchos casos prematuro. Hoy con mejores recursos de diagnóstico, la extensión y localización de los miomas, suturas de gran calidad inertes y duraderas, antimicrobianos más activos y excelentes técnicas anestésicas, son factores que permiten la libertad de realizar una miomectomía por cualquier ruta, pero sobre todo efectuar una pequeña apertura quirúrgica del abdomen (minilaparatomía).

Antes de practicar una miomectomía es imprescindible considerar lo siguiente: la aparición de un mioma es por sí sola una traba para la fertilidad futura. Aunque la presencia de éste no es sinónimo de esterilidad (las pacientes con miomas logran embarazarse). Sin embargo las circunstancias antes mencionadas no son causa de malformaciones fetales. “También se ha demostrado que los miomas generalmente crecen durante el embarazo, aunque mantienen el mismo tamaño o incluso, salvo algunas excepciones disminuyen su volumen”.⁵⁸

No siempre es posible realizar una miomectomía y dejar un útero funcional o capaz de lograr la gestación. Depende en mucho del tamaño y la localización de los miomas. Las técnicas de reproducción asistida amplían las posibilidades de conservación del útero. Con mucha frecuencia, algunos años después de la miomectomía aparecen nuevos fibromas que producen síntomas y hacen necesaria la histerectomía. El doctor Pedro Dorantes manifiesta su punto de vista en relación con la miomectomía:

A la doliente hay que decirle los riesgos que correrá durante esta operación. Cuando el ginecólogo explore el útero, se valorarán las condiciones en que éste se encuentra. En ese momento hay que tomar decisiones que le cambiarán la vida a la paciente. Si la matriz no está en condiciones fértiles, lo más seguro –y por el bien de la paciente– es retirar definitivamente ‘lo inservible’. Pero si desea tener más hijos, ya no depende de la mujer, sino de su matriz porque quedan frágiles sus paredes o con muchos agujeros.

Las adherencias postoperatorias son frecuentes sobre todo entre en la zona de implantación del fibroide. Poco tiempo después de la miomectomía son liberadas estas adherencias en el transcurso de la intervención laparoscópica que se realiza para revisar la evolución de la paciente.

A veces, el tamaño y el número de los miomas tienen menores relaciones con el resultado de la miomectomía que la localización de los mismos; los subserosos son los se resecan con más

⁵⁸ *Ibidem*, pág. 351.



facilidad. Cuando estos tumores son pequeños, no frecuentan infertilidad, pero al crecer sí desarrollan un conflicto de espacio ocasionando la pérdida del embarazo antes del término. Cenorina recuerda muy bien toda su odisea:

Cuando me embaracé la última vez, estaba muy contenta. Mis primeros dos hijos no tuve ningún inconveniente. Con este último sufrí bastante porque en el cuarto mes, me detectaron un tumor del tamaño de una toronja. El doctor estaba sorprendido porque no se me notaba el mioma a pesar de mi complexión delgada. Pero lo peor no era eso, sino que mi bebé al ir creciendo, ‘chocaría’ con el mioma y lo asfixiaría. Afortunadamente el bebé nació un poco prematuro, sano y salvo. Para mi mala suerte, en el momento del parto me retiraron la matriz.

En realidad, la separación de nódulos submucosos es sencilla; lo más difícil es lograr su fragmentación para extraerlos, pero ya existen instrumentos y técnicas que ayudan en este sentido. “Pero se debe tener presente que al cauterizar la base de los miomas pediculados es posible debilitar esa zona de la pared e interrumpirse el embarazo o el parto, por lo que es necesario cauterizar sólo lo necesario”.⁵⁹

Los miomas intramurales crean problemas dependiendo en primer lugar de su proximidad a los cuernos uterinos. Siempre se debe tener en cuenta el tamaño de las cicatrices uterinas, ya que el útero al crecer durante el embarazo tiende a sufrir una abertura espontánea por trabajo forzado, o una ruptura cuando se produzcan contracciones enérgicas. Este último hecho y las técnicas de sutura endoscópica, aún no han alcanzado un desarrollo suficiente que permita afrontar perfectamente en el miometrio después de extraído un nódulo intramural. Aquí no se recomienda la eliminación laparoscópica de los miomas asentados a este nivel.

Pasando a otro asunto, los miomas submucosos tienen dos características fundamentales: con gran frecuencia provocan metrorragias suscitando anemia y obligan a una intervención terapéutica.

En muchos casos constituyen causa de infertilidad. Estos fibromas submucosos entorpecen la fertilidad al disminuir el área normal del endometrio, incitando en la fecundación la dificultad o la alteración de moco cervical; además es posible la provocación de una reacción motivando la presencia de los macrófagos (célula del tejido conectivo capaz de atraer partículas para destruirlas o digerirlas), que atacan las células reproductivas como sucede al colocar un dispositivo intrauterino.

⁵⁹ Roberto J. Ahued Ahued, *Ginecología y obstetricia aplicadas*, pág. 302.



Los nódulos ubicados en el interior del útero, no son diagnosticados por laparoscopia. La ultrasonografía vaginal los ubica mejor, a su vez permite medirlos, determinar su localización precisa y saber cuál es el espesor de pared uterina que rodea a la lesión, detalle fundamental para definir si es posible la resección por histeroscopia con el resectoscopio (Instrumento delgado con forma de tubo que se usa para extraer tejido del interior del cuerpo. Tiene una luz y una lente para observar. Posee una herramienta para extraer tejido mediante una corriente eléctrica. Se inserta a través de la uretra para tratar la enfermedad de la próstata en los hombres, y a través de la vagina y el cuello del útero para tratar el sangrado anormal del útero en las mujeres);⁶⁰ si la pared es muy delgada, se corre riesgo de perforar el útero al resecar el mioma, o bien, dejar una zona muy débil rompiéndose en el curso del embarazo o en trabajo de parto.

Ante mujeres jóvenes con gran deseo de fecundidad, siempre vale la pena, antes de arriesgarse a una miomectomía incierta, hacer una histerosalpingografía para evaluar las trompas y saber si es posible conservar la capacidad funcional del útero. Antes de una miomectomía, esta prueba permitirá conocer la anatomía de la cavidad uterina (tamaño, deformidades, etc.) y determinar si hay permeabilidad tubárica.⁶¹

El objetivo fundamental de la miomectomía es amputar los miomas subserosos pequeños, no tanto por lo que representen en ese momento, sino por su repercusión en un futuro más o menos lejano. Aunque ya se ha dicho esto, conviene repetir las dificultades para lograr la sutura por planos en el útero y la complejidad de la extracción de los nódulos miomatosos grandes. Esto restringe el empleo de esta vía para suprimir miomas muy voluminosos, sobre todo cuando están ubicados dentro del miometrio.

Tecnología a la vanguardia: Focus ExAblate

Gracias a las ventajas de la tecnología con respecto al tratamiento de los miomas, ahora ya no es necesario hacer cortes o suturas que afecten tanto al útero como al vientre. México cuenta con avances tecnológicos de primer mundo, para el procedimiento y la “eliminación” de los molestos miomas. En este apartado hablaremos de Focus ExAblate o para la mayoría de los radiólogos Ultrasonido Focalizado Guiado por Resonancia Magnética.

Las ventajas históricas que la amputación ofrece de este método, han sido reconocidas por más de 60 años. Las investigaciones reportan en ocho décadas, estadísticas exitosas, tanto en

⁶⁰ “Infertilidad y miomas”, www.cancer.gov/espanol, acceso 25-julio-2008.

⁶¹ Esteban Altarriba J., *Licenciatura Ginecología*, pág. 256.

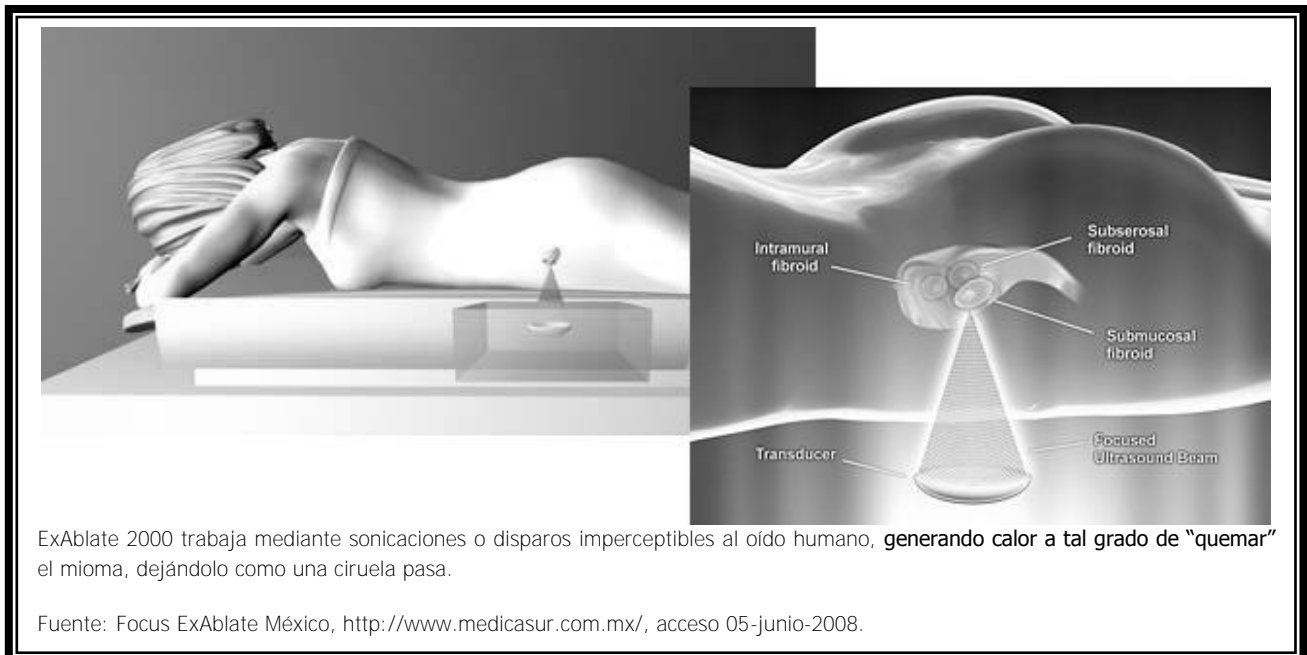


problemas de animales como en seres humanos. Los estudios demuestran su potencial de utilidad además de seguridad. Cuantiosos trabajos de escudriñamiento médico, reportan que la extirpación de miomas uterinos, hígado y tumores mamarios, han acelerado en forma importante la eficacia de Focus ExAblate; sin embargo, la ausencia en el seguimiento del procedimiento habían retrasado el uso de esta tecnología en años pasados. Pero en sí ¿qué es la cirugía por Focus ExAblate guiada por resonancia magnética? Es un medio NO invasivo [esto significa que no se hacen incisiones o aberturas]. Aplica ondas de alta energía ultrasónica logrando la destrucción del tejido anormal guiado con alta precisión por imágenes de R.M. A este procedimiento se le conoce también como:

- MRgFUS (magnetic resonance guided focus ultrasound)
- Focus Ultrasound (ultrasonido focalizado)
- Insigtec (Es la compañía quien fabrica este tratamiento)
- ExAblate 2000, siendo éste su nombre original y correcto.

La Food and Drug Administration (Administración de Drogas y Alimentos, por sus siglas en inglés FDA) ofrece ventajas significativas sobre todos los procedimientos existentes para el tratamiento en casos selectivos de la Miomatosis Uterina; además se siguen realizando protocolos de investigación para determinar la eficacia y seguridad de este innovador proceso en tumores benignos y malignos.

Focus ExAblate trabaja por medio de ultrasonido produciendo ondas de energía que pasan a través de la piel, el músculo, grasa y otros tejidos blandos. Si se utiliza con fines diagnósticos, las ondas ultrasonográficas son de muy baja intensidad, sin ocasionar efecto alguno en las células o



en las membranas. Cuando las frecuencias son de alta energía y enfocadas a un objetivo específico, se obtiene un efecto terapéutico debido a la elevación de la temperatura sobre el tejido anormal logrando destruirlo. Este procedimiento es similar a los rayos solares atravesando una lupa, creando aumento calorífico en el punto focal expuesto.

Las ondas ultrasónicas son fabricadas en un transductor (la energía eléctrica se convierte en energía ultrasónica) en un volumen focal pequeño. Al ser focalizado en un punto específico logra la desnaturalización protéica ocasionando muerte celular o necrosis coagulativa en el tejido a tratar. El calentamiento del tejido debe ser a una temperatura que permita la muerte celular, por tal razón es indispensable realizar estudios pre-procedimientos para determinar en la paciente ausencia de cicatrices o pliegues que impidan al paso del calor a través de la piel.

Las sonicaciones individuales cederán la destrucción del mioma y para saber si se han obtenido resultados satisfactorios, se tomarán nuevas imágenes de resonancia magnética con contraste endovenoso para evaluar la eficacia y éxito del método. Cada uno de los disparos se le denomina sonicaciones. La especialista Ingrid Vivas, opina sobre esta técnica:

El Ultrasonido Focalizado ya sea para diagnóstico o tratamiento, no debe realizarse con embarazo. Y si alguna paciente por alguna causa debe hacerse una resonancia, no hablemos de pelvis, sino de cualquier parte del cuerpo y está embarazada, se asume cierta responsabilidad. El procedimiento utiliza un imán gigante (magnetismo), entonces no hay radiación y no forman alteraciones propias en el feto.

¿Cuál es la sensación que se experimenta durante la “operación”? Primero la paciente debe acostarse sobre la mesa del resonador. Se le suministrarán algunos fármacos, consintiéndole relajarse y estar cómoda durante el tratamiento. Es primordial que permanezca despierta para entablar diálogo con los médicos durante todo el procedimiento haciendo uso del micrófono integrado al equipo. Esta comunicación es fundamental para evitar posibles quemaduras por sobrecalentamiento de la piel.

El médico le informará cuando el Focus ExAblate esté emitiendo ondas sónicas, Sentirá calor y en ocasiones sensación dolorosa en el abdomen y en la región pélvica. Durante el procedimiento, se ofrecen protectores auditivos porque la máquina emana ruidos molestos. Entretanto todo el tiempo la internada tendrá en su mano un botón a su alcance para informar dolor o molestia. La radióloga del área de resonancia magnética del hospital Médica Sur argumenta:

Después del tratamiento algunas pacientes experimentan un poco de dolor abdominal, cólicos y náuseas, por tal motivo es importante descansar las siguientes dos horas. Se le indica



qué medicamentos utilizar en caso de ser necesario. La fase de Focus ExAblate es de tres o cuatro horas; aún así se le indica permanecer en la unidad de resonancia magnética una o dos horas más.

A 75° todas las células del cuerpo mueren. El mioma es dividido en pequeñas zonas en forma de rejilla. Para generar la muerte de un tumor de aproximadamente cinco centímetros son dos horas de tratamiento. Finalizada la operación, se coloca contraste en la vena que se llama gadolinio y los tejidos vivos de manera natural se ven blancos, pero el mioma tratado queda de color negro. Quiere decir que ya no tiene vasos, ya murió. La mujer sometida a este proceso, sale con su mioma, pero inerte. Posteriormente el cuerpo se encarga de emblandecerlo, deshidratarlo y secarlo como una ciruela.

ExAblate 2000, posee un grado alto de efectividad en los miomas submucosos, subserosos e intramurales. Éstos podrán ser ablacionados en el mismo modo o en otra forma subsecuente.

No serán atendidos los miomas pediculados y aquellos cercanos a órganos sensitivos como la columna y el intestino, debido a la inaccesibilidad de su localización. El médico determinará cuáles miomas sí merecen ser sometidos a la extracción térmica con Focus ExAblate y esto se confirmará con la realización previa de un ultrasonido o para la discusión definitiva con una Resonancia Magnética Ginecológica que incluye medio de contraste no iodado llamado gadolinio. Mientras, en la operación se realizarán imágenes de resonancia del útero, permitiendo planear el procedimiento y ver en tiempo real los cambios en la temperatura dentro del cuerpo.

La combinación de Focus ExAblate y de IRM, ratifica que el médico lleve a cabo el proceso sin incisiones quirúrgicas. Al cabo de seis meses, el 88% de las mujeres han reportado avances significativos relacionados con los síntomas de los miomas uterinos (es importante enfatizar que no se les ha extraído el útero). En el lapso del primer mes después del trato, estas pacientes abandonaron aproximadamente uno o dos días de actividad cotidiana.

Antes de someterse a todo lo anterior es importante informar al médico si la paciente es alérgica a algún medicamento, así como comentar de la presencia de implantes metálicos o parches medicinales. Esta nueva alternativa ofrece la preservación del útero. No se efectúan incisiones, requiere hospitalización de uno o dos días como máximo, la reincorporación de actividades es de 24 a 36 horas, relevante disminución del sangrado, los cólicos desaparecen así como los dolores pélvicos.

Por otra parte, los riesgos y complicaciones en el instante de la operación son: la presencia de sangrado durante o después del tratamiento, dolores abdominales, sensación de vomitar



acompañado de fiebre, reacciones alérgicas a los medicamentos como por ejemplo al sedante, quemaduras leves en la piel y dolores en las piernas persistentes por algunos días.

México es el primer país en América latina donde se emplea Focus ExAblate, seguido de Brasil. En el mundo hay 74 máquinas instaladas. La novedad de esta alternativa es que no se limita solo a la Miomatosis Uterina, sino también al cáncer de mama y próstata; tumores cerebrales y de hígado, así como lesiones en los huesos. Pero si el útero ya se sometió a algunas de las opciones antes mencionadas y aún así las hemorragias hacen acto de presencia, acompañado de malestares incontrolables y los tratamientos hormonales (a pesar de ser ingeridos en grandes dosis) no detienen los síntomas, entonces se tiene que pensar en el último recurso:

Un vientre sin matriz: la histerectomía

Como recurso terminal está la histerectomía, que prácticamente es la extirpación de la matriz o útero. El Instituto del Mexicano del Seguro Social define así a esta intervención quirúrgica:

La histerectomía es una operación que afecta al sistema reproductivo femenino. Las más empleadas son las siguientes:

- Histerectomía subtotal: el útero se extirpa pero el cuello uterino no, los ovarios y las trompas de Falopio se dejan intactos.
- Histerectomía total: se extirpa el útero y el cuello uterino pero deja los ovarios y las trompas de Falopio intactos.
- Histerectomía radical: se extirpan el útero, el cuello uterino, los ovarios y las trompas de Falopio.
- La cicatrización y grado de dolor va depender del tipo de operación que se le efectuó.
- Los efectos secundarios dependen de varias circunstancias tales como edad, enfermedad, si aún menstrúa y tipo de procedimiento realizado. Si la mujer estaba menstruando antes de tener la histerectomía, los sangrados desaparecerán.
- Si no se extirpan los ovarios, los cambios hormonales seguirán presentes, pero no habrá sangrado.
- Si extirpan los ovarios, tendrá cambios similares a los que caracterizan la menopausia. Estos incluyen bochornos, sequedad vaginal, sudados nocturnos, cambios del estado de ánimo y otros.
- Asimismo, pudieran darse otras complicaciones típicas de cualquier operación tales como:
 - Infecciones
 - Exceso de sangrado
 - Lesiones a órganos cercanos⁶²

⁶² Instituto Mexicano del Seguro Social, www.imss.gob.mx/Mujer/Histerectomia.htm, acceso 19-julio-2008.

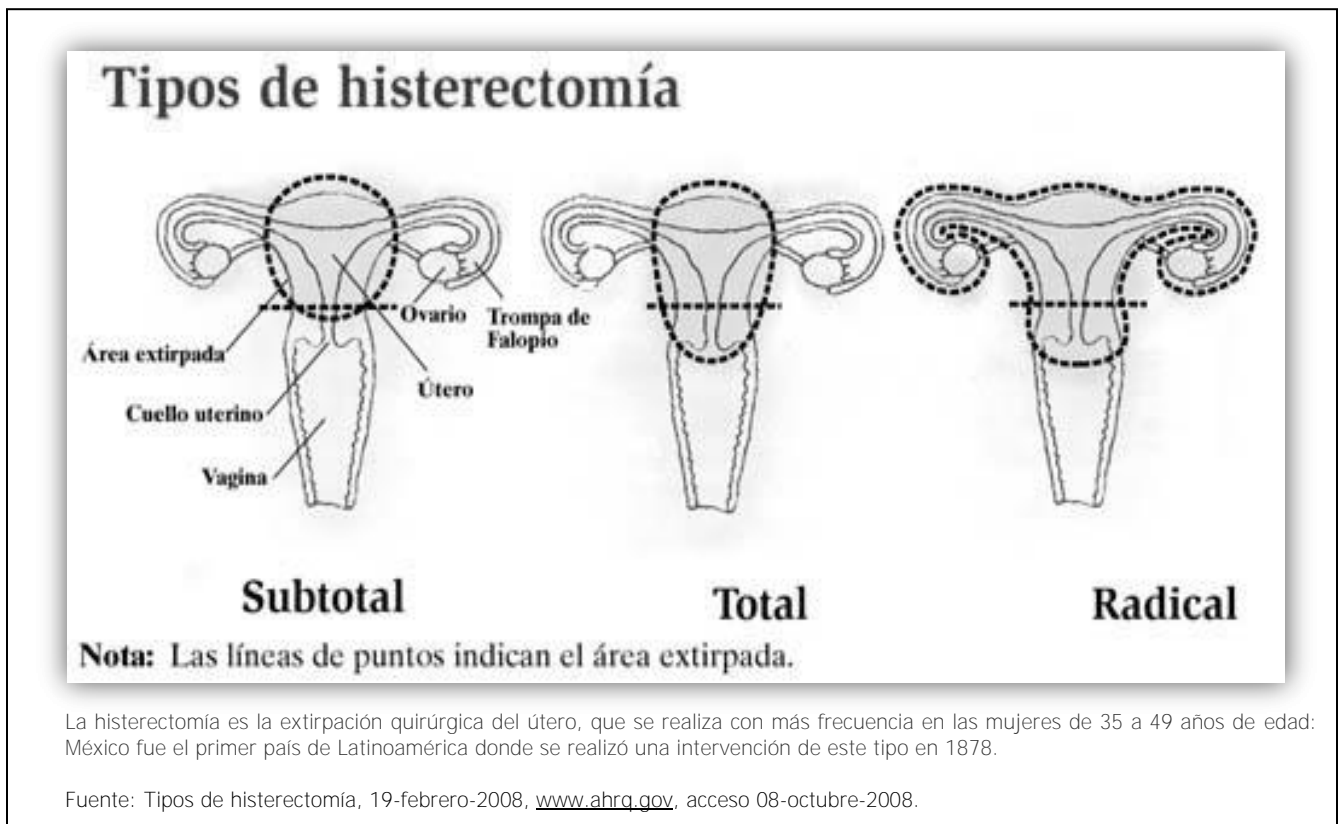


La histerectomía es la operación insignia de los ginecólogos; constituye una de las intervenciones más debatidas y controvertidas, además de ser una de las que más variantes técnicas ha acumulado, efectuándose a través del abdomen, la vagina y en fechas más recientes, por laparoscopia.

El primer problema del ginecólogo ante muchas afecciones consiste en determinar, en cada caso, si la histerectomía está indicada. Cuando considera que tal intervención es necesaria surge una nueva interrogante: ¿cuál es la mejor técnica en cada caso particular? Para tomar una decisión al respecto es necesario estudiar las características anatómicas y psicológicas de la paciente, así como las habilidades del cirujano y su dominio de los distintos procedimientos. Es decir, el cambio de conducta del doctor ante la necesidad de una histerectomía debe fundamentarse en dos elementos:

- Primero la indicación, si se trata de un decaimiento benigno del cuerpo uterino de los más frecuentes, y
- Segundo las técnicas y posibles complicaciones como resultados postoperatorios, entre la decisión de reseca el cuello uterino así como conservarlo.

Durante muchos años se consideró que al extirpar el cuello uterino también se debería reseca el cérvix, por el gran peligro de desarrollarse una neoplasia en el mismo de forma residual.



Por supuesto, no se conocía el factor casual de la afección, el virus del papiloma humano (VPH), con sus distintas cepas y formas de infección, ni las posibilidades terapéuticas. Ahora ya se manejan todos estos elementos y durante el preoperatorio se detecta el trastorno con certeza.

El cuello uterino es el anclaje fundamental del suelo pélvico; ocupa el centro de la pelvis y se encuentra fijo a las paredes laterales de ésta por los ligamentos cardinales, también llamados retináculos laterales o ligamentos de Mackenrodt, que tienen gran resistencia. Del propio cuello salen otros dos pares de ligamentos, uno es el de los vesicouterinos o pilares vesicales, que se dirigen hacia delante, envuelven la vejiga y llegan hasta la pared pélvica anterior; el otro lo forman los uterosacros, que nacen en la región posterior del cuello, se extienden hacia atrás, rodean el recto y se dirigen a éste. Sobre estos ligamentos se localizan los músculos que forman el suelo perineal y las paredes laterales de la pelvis y el perineo.⁶³

Antes de que la paciente sea sometida a cirugía, ya sea legrado, miomectomía, resonancia magnética o histeroscopia, es indispensable una explicación cuidadosa del motivo de la intervención quirúrgica, previamente de cualquier recomendación de tratamiento. Esto implica la familiaridad de la mujer con el proceso patológico y tácticas médicas indispensables.

Posteriormente debe usarse terminología común cuando es propio, en lugar de términos

La histerectomía es una de las intervenciones más antiguas. La primera testiguada fue practicada en Roma en torno al año 100 d.C. por el médico griego Arquígenes, actualmente es una operación rutinaria como la de cataratas y cesárea.

médicos complicados, aunque el nombre del trastorno (como por ejemplo Miomatosis Uterina) debe describirse y darse por escrito. A menudo son útiles esquemas de

anatomía pélvica, donde se observa la afectación.

El especialista debe anticipar los riesgos y beneficios de la intervención quirúrgica y la posibilidad de una evolución exitosa, no obstante debe aclarar a la paciente que la medicina y la cirugía no son ciencias exactas no hay garantía posible.

La ventaja de estar al tanto de todo esto determina por último si se hace o no histerectomía. Estas consideraciones de la calidad de vida son difíciles de cuantificar, pero son realmente motivantes. Deben argumentarse preguntas específicas con respecto a la operación planeada y hacerse un reporte



⁶³ Nelson Rodríguez Hidalgo, *op. cit.*, pág. 322.



escrito de ello. Como primer punto la urgencia: ¿es necesario realizar la operación la siguiente semana, el mes entrante, seis meses antes o después del tratamiento hormonal o sólo cuando los síntomas se intensifiquen? La cirugía es de aproximadamente dos horas.

- * En segundo lugar la posibilidad de transfusión y donación de sangre, ya que desde la aparición de los incontrolables sangrados y durante la cirugía, se ha perdido demasiada sangre.
- * En tercer lugar, abordaje quirúrgico vaginal o abdominal, dependiendo de la paciente y del ginecólogo a efectuar la operación.
- * Como punto número cinco la duración aproximada del periodo de recuperación y el grado de minusvalía.
- * Y por último deben discutirse los riesgos quirúrgicos potenciales de una histerectomía y ponerse en perspectiva para valoración cualitativa y cuantitativa como por ejemplo: las hemorragias, infecciones, otra cirugía a parte de la que se está efectuando de mayor complicación, lesión vesical o intestinal, complicación anestésica o en el peor de los casos un paro cardíaco.

La histerectomía es el procedimiento mayor que se realiza más a menudo. Por ello y por el impacto significativo en términos de factores económicos, psicológicos, emocionales, sexuales y es el foco de muchas controversias y altercados.

Las diferencias en el número de histerectomías que se realizan son notorias entre comunidades individuales, estados y regiones geográficas de México. En 1980, la tasa por 100 mil habitantes era más alta en el sur y la más baja en el noreste. Los motivos de estas diferencias geográficas no son claros y sin duda complejos, pero reflejan diferencias regionales en enfermedades uterinas y en la práctica quirúrgica.

Charles Clay, en Manchester, realizó la primera histerectomía en 1843. La paciente falleció a los 15 días debido a un diagnóstico equivocado.

Como en cualquier procedimiento quirúrgico mayor, la histerectomía tiene riesgo de complicaciones que van desde las menores hasta la más grave, la muerte. La incidencia global de dificultades considerables y menores por histerectomía va de 25 a 50%.

Los factores que modifican el riesgo son: edad, enfermedades médicas afines, abordaje quirúrgico ya sea vaginal o abdominal, experiencia, destreza y entrenamiento del cirujano, duración del procedimiento y uso profiláctico de antibióticos.



Se define como morbilidad febril una temperatura oral de 38° o más en cualquiera de los primeros días posteriores a la operación e incluye fiebre por infección de vías urinarias, de origen pulmonar, por infección de herida quirúrgica o de la cópula vaginal.

La morbilidad febril es la complicación más frecuente de la histerectomía, con tasas de hasta 40 por 100 operaciones. En un estudio no se encontró un origen claro de la infección en casi la mitad de las mujeres que padecieron esta complicación. La hemorragia como complicación de la histerectomía es frecuente, aunque difícil de distinguir por las dificultades en el cálculo clínico de la pérdida hemática.

Podría ser necesaria una intervención quirúrgica mayor no planeada para controlar la hemorragia o reparar lesiones intestinales o urinarias. Las lesiones ureterales varían de 0.2 a 0.5 por 100 histerectomías y rupturas vesicales. Este riesgo disminuye con atención médica constante a la localización de los uréteres. Es indispensable detectar heridas viscerales y repararlas de inmediato para lograr una curación sin complicaciones.⁶⁴

En 1853, Ellis Burnham, cirujano francés, realizó otra histerectomía como tratamiento de cáncer cervical con éxito. Esto alentó a seguir dicho procedimiento, sin embargo, de sus 15 intervenciones, sólo tres sobrevivieron.



Otras complicaciones relacionadas con la histerectomía incluyen retención urinaria, disminución pulmonar (atelectasia),⁶⁵ abertura espontánea de herida quirúrgica, y coágulo venoso profundo.

En muchos lugares clínicos de México, las pacientes permanecen en el hospital después de una histerectomía vaginal de tres a cuatro días y de cuatro a cinco después de una abdominal. Las posibles secuelas tardías de la histerectomía incluyen: reinternamiento por infección pélvica, hemorragia o tromboembolia.

En México la operación más empleada por los ginecólogos para erradicar definitivamente los miomas es la histerectomía. Debería extirparse sólo el útero. Pero si los tumores comienzan a invadir las tropas y los ovarios, la obligación del cirujano es retirar absolutamente todo, porque en los ovarios no se desarrollará un mioma, sino un cáncer de ovario y ahí el asunto es más complicado. Afirma el doctor de Medicina Familiar de la UNAM.

⁶⁴ Thomas G. Stovall MD., *op. cit.*, pág. 157.

⁶⁵ Dorland, *Diccionario enciclopédico ilustrado de medicina*, pág. 191.



Algunas pacientes después de la histerectomía registran síndrome de ovario residual. Los síntomas y signos incluyen dolor, relaciones sexuales dolorosas y tumor quístico ovárico. Se presenta en uno a cuatro pacientes por 100 histerectomías.

Los hallazgos típicos de esta intervención son adherencias extensas y crecimiento quístico de trompas de Falopio u ovarios residuales. En estos casos se ha recomendado extracción de un ovario o ambos (ooforectomía), y funcionamiento normal en el momento de la histerectomía, como método de prevención del síndrome de ovario residual y de carácter ovárico.

La llamada ooforectomía profiláctica (la extirpación preventiva de los ovarios) se considera beneficiosa para mujeres con alto riesgo de contraer cáncer ovárico porque tienen genes cancerígenos o una alta incidencia familiar de la enfermedad. No existen pruebas de que la extirpación de los ovarios beneficie a otras mujeres, que son la mayoría de las operadas, dijo el doctor William H. Parker, de la Universidad de California en Los Ángeles.

Usó datos de otros estudios sobre riesgos de mortalidad femenina en general y algunos que vinculaban los ataques cardíacos y la osteoporosis en las pacientes sometidas a ooforectomía. Parker creó un modelo para determinar cómo afectaría la extirpación de los ovarios a mujeres de diversas características y edades. La eliminación ovárica no mostraba beneficios evidentes para las mujeres, cualquiera que fuese su edad, dijo Parker. Aquellas que se sometieron a ooforectomía antes de los 65 años muestran un riesgo mayor de morir de enfermedad cardíaca, sostuvo el investigador.⁶⁶

Muchos ginecólogos recomiendan ooforectomía junto con histerectomía en todas las posmenopáusicas y para las premenopáusicas después de cierta edad (variable 40, 50, 60). Los riesgos y beneficios de tal procedimiento deben discutirse en forma individual con la paciente, así como la necesidad de tratamiento de reposición de estrógenos en el postoperatorio.

Estos son los métodos más usuales en México. Pero en el continente europeo, la doctora española Isabel Pinto, promueve una alternativa en donde lo principal es la conservación del útero a través de una nueva técnica: la embolización.

⁶⁶ Salud femenina, www.terra.com, acceso 14-julio-2008.



La embolización como una alternativa más

En Europa y principalmente en España, la Embolización es un nuevo método para la erradicación de los miomas. Aparentemente es una cirugía sencilla, solamente que en ésta sí se le considera como invasiva. Esto comprende hacer uno o varios cortes sobre la piel e introducir medicamentos y aparatos, para posteriormente suturar.

Esta intervención obstaculiza el flujo sanguíneo de las arterias que alimentan los miomas. Con este procedimiento las hemorragias desaparecen y se reduce el tamaño de los tumores. Por otra parte, se evitan procedimientos más agresivos como la miomectomía o la histerectomía.





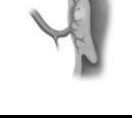
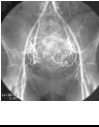

La parte sana del útero seguirá recibiendo sangre por otras arterias. ¿Y cómo se hace? La intervención es realizada por el radiólogo intervencionista, en una sala especial disponible con un equipo de Rayos X.

La paciente es ingresada el mismo día del procedimiento, y una vez en la sala de Radiología Vasculuar, se escoge una vena en el brazo por donde suministrarán los sedantes y analgésicos necesarios. También se le coloca una sonda en la vejiga, para eliminar el contraste que se va introduciendo y no interfiera en la visualización del radiólogo.

La operación se lleva a cabo a través de la ingle por donde pasa una arteria llamada femoral común. Después de desinfectar la zona, se inyecta un anestésico local.

Transcurrido un minuto, se procede a pinchar con aguja gruesa. Una vez dentro de la vena, se introduce un tubo muy fino de plástico (catéter), y se va navegando hasta llegar a las arterias que llevan la sangre al útero y a los miomas.

Todo esto se hace guiándose mediante una televisión conectada al equipo de Rayos X. Colocado el catéter en su sitio, se introducen unas partículas de muy

Embolización de miomas	
	Los tumores del útero causan problemas médicos.
	El tratamiento más avanzado para los miomas uterinos es el cateterismo y embolización.
	El catéter se lleva hasta la arteria que nutre al mioma.
	A través del catéter se inyecta alcohol polivinílico que tapaná la arteria.
	Al ocluirse la arteria el mioma disminuye de tamaño hasta desaparecer o dejar una cicatriz.
	Antes de la embolización se observa el mioma pintado con medio de contraste.
	Después de la embolización exitosa del mioma, el medio de contraste ya no puede penetrar, porque la arteria ya está ocluida.
Fuente: Clínica de miomas uterinos, http://www.cardiovascular.com.mx/miomas.php?lang=es , acceso 28-julio-2008.	



pequeño tamaño, cerrando las arterias así como la alimentación de los fibromas. Terminado el procedimiento, se quita el catéter y se hace una compresión local con la mano durante diez minutos.

A continuación, la paciente es llevada a su habitación, donde permanecerá de 18 a 24 horas recibiendo los analgésicos programados. Después de dormir una noche en el hospital, al despertar por la mañana, en general, la convaleciente ya se encuentra en condiciones de ser dada de alta. Cumplidos seis meses, se recomienda nueva resonancia magnética de la pelvis, para medir la reducción del volumen del útero y de los miomas.

La embolización está indicada para los miomas intramurales con pérdida de sangre. Se pueden producir trastornos temporales, como hematoma en el lugar de la punción, malestar, dolor en el vientre y fiebre.⁶⁷

La mayoría de las pacientes, en las horas siguientes al procedimiento, e incluso en los primeros días después de ser dadas de alta, sufren dolores cólicos en el bajo vientre, semejante a los dolores de la menstruación. Esto es debido al súbito corte en el abastecimiento sanguíneo de los miomas. La embolización es un procedimiento mínimamente invasivo, pero aun así sujeto a algunas complicaciones:

- Moretón en la ingle en el sitio de la punción. No suele requerir ningún medicamento y desaparece en unos días.
- En las 48 horas siguientes 20% de las pacientes, presentan malestar y dolor en el bajo vientre, a veces acompañado de fiebre. A esto se le llama síndrome postembolización.
- A veces un manchado vaginal sanguinolento emerge durante un tiempo limitado después de la intervención. Salvo algunas excepciones llega a ser crónico.
- Algunos tipos de miomas son expulsados a través de la vagina, en forma de coágulos o fibras acompañado de dolor, y sensación de presión en el bajo vientre. Esto ocurre en un 3% a 6% de las pacientes.
- Pérdida definitiva de la menstruación y como derivación la incapacidad de concebir.
- Infección que requiera cirugía y extirpación del útero (<1%).

“La reducción es progresiva. En el lapso de un año la embolización, se ha empequeñecido entre 70% y un 90%. Hay estudios que llegan a dar hasta 100%”.⁶⁸

⁶⁷ Amor Saez, “Miomas uterinos, ¿qué hay de nuevo?”, *Elle*, 21-julio-2008, pág. 131.

⁶⁸ Margarita Sáenz-Diez Trias, “Los miomas desaparecen si la sangre no los nutre”, *El Periódico*, 21-julio-2008, pág. 10.



El 87-90% de las mujeres embolizadas cesan de sangrar y les desaparecen los otros síntomas acompañantes, como dolor, sensación de opresión. El estado de convalecencia es mínimo. En una única sesión se tratan todos los miomas a la vez. La embolización se considera un proceso poco traumático ya que no se pierde el útero. Si la embolización no resuelve los problemas (5-10% de los casos), nada impide a la paciente someterse a otras intervenciones, para erradicar la Miomatosis.

Como podemos observar, el asunto de los tumores uterinos es toda una odisea. Si bien esta enfermedad no causa fallecimientos entre las mujeres, padecer esta situación resulta incómodo y en muchas de las veces desesperante y más si no se cuentan con los recursos económicos que implica un tratamiento hormonal o en su defecto una cirugía.

Determinar cuál será la mejor manera de abordar la salud de la paciente la tiene el médico y él es la única persona quien tiene la última palabra. Los métodos para curar a una mujer con Miomatosis Uterina son variados, unos gracias a aparatos sofisticados y otros se realizan en el quirófano. Hasta aquí es la parte que le toca al médico. Ahora no estaría de más ponerse en los zapatos de una mujer y preguntarse cómo vive sin una parte de su cuerpo; ¿sigue siendo la misma ahora que no lleva en su interior esa maquinita de procrear vida a nuevas personas? Y su vida sexual ¿es la misma? ¿Era necesario retirar su matriz? Son preguntas que solamente ellas logran responder.



Capítulo 5 Una vida diferente



Cristina cuenta su calvario durante y después de la operación:

En el quirófano yo permanecí consciente, pero la parte del vientre y las piernas no las sentía. Yo sólo veía a los doctores que platicaban entre ellos. Cuando la cirugía terminó, me trasladaron a una habitación para mi recuperación sintiendo en ese momento demasiada sed y hambre. Las piernas aún no las podía mover y no presentaba sensibilidad alguna. Transcurridas dos horas comencé a vomitar, seguido de un dolor descomunal en la parte del vientre a

tal grado de estallar en lágrimas. El doctor quien me operó colocó un analgésico y no supe nada hasta el día siguiente.

Como se explicó en el capítulo cuatro, el problema de los miomas posee como alternativas para su solución: tratamientos hormonales y en el peor de los casos proceso quirúrgico. En la primera opción (siempre y cuando la sintomatología no haga acto de presencia) implica sólo tomar pastillas e inyecciones hasta reducir los tumores.

Como último recurso la cirugía es la mejor opción dependiendo del estado en que se encuentre la paciente, si ésta es una mujer joven, hay un embarazo presente o en su defecto un útero definitivamente inservible.





En este irrevocable punto la extirpación o la suturación de un órgano aplicados a la matriz, representa para la mujer un golpe sumamente drástico tanto física como psicológicamente. En el caso del sexo masculino, perder un testículo o arreglar algún conducto por donde pasa la orina y los espermatozoides no causa impacto severo (salvo en la situación que sea cáncer de pene).

En cualquier enfermedad benigna o maligna, la vida cambia radicalmente cuando se detectan tumores benignos y más si se deben extirpar para mejorar la calidad de salud y ánimo del o la paciente, en esta circunstancia el útero es único e irremplazable.



Aun así, las alternativas anteriores son empleadas para que la mujer lleve aparentemente una vida normal. Dejar “remendado” o extraído el útero junto con los ovarios es un golpe emocional demasiado fuerte pero que es necesario si se quiere mejorar el bienestar de la misma. Ahora queda una pregunta por responder: ¿y ahora qué sigue? En el caso de las mujeres sometidas a una miomectomía o histerectomía, el proceso de reincorporación a las actividades cotidianas es lento y frustrante.

Después de cualquier cirugía y tan pronto como lo recomiende el médico, (normalmente es un día), la paciente debe levantarse y caminar para prevenir complicaciones, como neumonía o es su defecto la formación de coágulos en arterias y venas; de igual manera, es necesaria la administración de diversos medicamentos, destacando aquellos que previenen mareo y náusea (antieméticos),⁶⁹ analgésicos y antibióticos.

Algunos medicamentos postoperatorios recomendados por los ginecólogos son los siguientes:				
	Marca	Detalle	Empleo	Procedimiento de administración
	Benzal pomada Glicerina al 12.5%	Gel lubricante	<ul style="list-style-type: none"> • Alivia la sequedad vaginal y facilita las relaciones sexuales. • Fórmula hidratante. • pH balanceado. • Soluble en agua. • Sin olor, sin color y no graso. • No mancha. • No contiene hormonas ni ingredientes químicos agresivos. No irrita. • Compatible con preservativos. • No contiene espermicidas 	Se aplica con la yema de los dedos en la apertura vaginal y zona vaginal externa, tantas veces como sea necesario y antes de las relaciones sexuales.
	Pharmaton Cápsulas de gelatina blanda	<ul style="list-style-type: none"> • Minerales • Panax Ginseng • Vitaminas 	En el tratamiento relacionado con la disminución de la capacidad física y mejoramiento de las condiciones de respuesta al estrés, manifestada como: debilidad, cansancio, falta de atención. Antioxidante. Para las deficiencias de los componentes de la fórmula. Mejora el desempeño físico.	Se recomienda una dosis diaria de 1 cápsula con el desayuno. Vía de administración: oral. Léase instructivo anexo.
	Sixdin Comprimidos	(Estrógenos conjugados) Cada COMPRIMIDO contiene: Estrógenos conjugados 0.625 mg	SIXDIN está indicado en el tratamiento de los síntomas vasomotores asociados a la menopausia, vaginitis atrófica, craurosis vulvar, terapia de sustitución de hipogonadismo femenino, ooforectomía, insuficiencia ovárica primaria y osteoporosis posmenopáusica.	La dosis de mantenimiento es de un comprimido al día.
	Tylex 750 (Paracetamol)	Cada tableta contiene: Paracetamol 750 mg	TYLEX 750 está ajustado en el tratamiento de aquellos estados patológicos en donde existe dolor de leve a moderada intensidad y fiebre.	La dosis usual para el adulto es de 1 tableta cada 6-8 horas dependiendo de la severidad del dolor y de la respuesta del paciente.

Fuente: Thomson, *op. cit.*

⁶⁹ Mosby, *op. cit.*, pág. 102.



El tiempo de permanencia en la unidad de cuidados intensivos depende de las posibilidades de cada servicio público o particular, así como de las normas establecidas por los médicos anestesistas o intensivistas.

La permanencia en el hospital es de tres a cinco días aproximadamente, dependiendo del estado en que se encuentre la paciente, consiguiendo el equilibrio de sus constantes vitales como tensión arterial, pulso, entre otras circunstancias. Respecto a la alimentación se administra una terapia con base en sueros orales mejor conocida como dieta hídrica según lo tolere. Alimentos blandos en las 24 horas siguientes y paso progresivo a una comida cotidiana. Los movimientos deambulatorios comienzan transcurridas 48 horas de la intervención quirúrgica con ayuda del personal auxiliar.

En maniobras excesivamente traumáticas, debe iniciarse precozmente la movilización, aún cuando no pueda levantarse. La paciente podrá recuperarse totalmente transcurridos 45 días. Durante este lapso la convaleciente no podrá caminar como en los días anteriores a la operación y en caso de querer evacuar o tomar una ducha, es indispensable que alguien esté a su disposición para ayudarle a sostenerse en pie.

Aunque parezca increíble, el simple hecho de mantenerse erguido, es sumamente difícil, ya que el dolor en el área donde se trabajó o se extirpó el vientre, impide a la convaleciente permanecer totalmente enderezada. Asimismo, la afectada deberá evitar levantar objetos sin importar el tamaño que éstos tengan, hacer limpieza, ir de compras, conducir o agacharse; de lo contrario podría abrirse la herida o colgarse los órganos alojados en la pelvis. Aunque el corte de la cirugía es del tamaño de una cesárea, es difícil distinguirla a simple vista.

El personal clínico le dice a la paciente cuándo levantarse, tomar la medicación, comer, bañarse, recibir visitas, etcétera. Los trabajadores de la salud indagan sobre aspectos personales tales como la micción, la defecación o la eliminación de flatos o dolores abdominales que surgen en ocasiones al realizar ejercicio físico (esto último es mejor conocido como “dolor del caballo”).⁷⁰

Por otra parte, en caso de que se hayan retirado los ovarios, la convaleciente deberá recibir terapia de reemplazo hormonal. Previamente a la cirugía dichos órganos se encargaban de producir estrógenos, los cuales ayudaban a evitar cardiopatías⁷¹ y osteoporosis, además de permitir la lubricación vaginal. Lo más difícil de retirar la matriz o extirpar sólo los miomas, es el estado

⁷⁰ Alba Llaca y Fernández, *Obstetricia clínica*, pág. 231.

⁷¹ Masson, *op. cit.*, pág. 347.



anímico y físico de la paciente. Algunas por desgracia o fortuna ya no poseerán una parte de su cuerpo, esa máquina de creación de vida, y otras experimentarán cierto “vacío” sintiéndose “incompletas” como antes del proceso quirúrgico. Es indispensable remarcar que durante la recuperación, la mujer presentará además de cambios físicos, perturbaciones emocionales sumamente notorias que si bien con el apoyo y la comprensión de la familia requiere en ocasiones un tratamiento terapéutico.

El periodo crítico del curso postoperatorio de un paciente abarca las 72 horas después de la operación. El monitoreo preciso de los sistemas cardiovasculares, renal y respiratorio proporciona la información más valiosa acerca de la condición postoperatoria. El índice de morbilidad después de la cirugía logra reducirse mediante una evaluación preoperatorio del candidato quirúrgico. Es necesario advertir e identificar pacientes en riesgo de desarrollar trombosis venosas y administrar la profilaxis indicada. También se ha demostrado que la mejoría del estado nutricional durante los periodos preoperatorio y postoperatorio facilita la cicatrización de la herida y acelera el tiempo de recuperación.⁷²

Situación física

En lo referente al indicador físico, se ha observado que las mujeres después de cualquier operación para remediar la miomatosis, se enfrentan con un dolor extremo en el vientre. Por tal razón, la paciente, durante los primeros tres meses, debe permanecer exclusivamente en reposo sin hacer esfuerzos físicos, podríamos llamar a esto unas pequeñas vacaciones obligatorias.

Algunas mujeres se sentirán por decirlo de algún modo improductivas y en especial aquellas dedicadas al cuidado del hogar, la familia o trabajo. Es indispensable que la convaleciente repose y se concentre exclusivamente en su pronta recuperación.

Durante este trimestre de reposo, la paciente debe seguir una serie de instrucciones para su rápida rehabilitación. Algunos especialistas recomiendan usar toallas sanitarias o pañuelos para absorber la sangre (a menos que el cirujano indique lo contrario), que brota algunas veces por la vagina y no por los miomas, esto debido al tiempo de coagulación y cicatrización de las heridas tanto internas y externas en el vientre, tratándose en especial de una miomectomía o histerectomía. De igual manera es importante mover así como elevar las piernas sin importar la altura. Todo el esfuerzo empleado mientras se descansa en la cama, ayudará a reducir el riesgo de

⁷² Danforth, *op. cit.*, pág. 198.





coágulos sanguíneos en las venas profundas. Y aunque se escuche como un comercial de televisión, es peligroso ingerir medicamentos contra el dolor a menos que el doctor los recomiende y por cuántos días, El cuerpo de cada mujer es diferente y es incierto saber cómo reaccionará por ejemplo con un paracetamol, ibuprofeno o analgésico de cualquier índole.

El baño diario es una actividad que no representa riesgo alguno. Pero cuando alguien está convaleciente y en este caso la operada acaba de salir del hospital, realizar esta actividad requiere no sólo un esfuerzo, sino la ayuda de alguien para llevarla a cabo. Una ducha es recomendable para descansar más cómodamente, sin olvidar de limpiar el área de la incisión delicadamente con un jabón suave todos los días.

Aunque muchas mujeres disfrutan tener un volante de automóvil en sus manos, se debe evitar conducir por dos semanas después de la operación y en un lapso de cuatro a siete días después de una cirugía laparoscópica.

En primera instancia la paciente no consigue agacharse para abordar su vehículo, aunque fuese un medio de transporte pequeño. Si se tratara de una camioneta, simplemente no podría brincar, y en las peores situaciones si ya estuviera dentro de su auto sentada “cómodamente” (la parte media del cuerpo oprime el área de la cirugía), los topes y baches en los distintos puntos de circulación, impedirían un óptimo traslado, haciendo de esto un calvario. Aunque parezca exagerado también hay que abstenerse de actividades sencillas como barrer, cocinar y en especial evitar el calor emitido por la estufa y la plancha por seis semanas después de la operación.

Recomendaciones que hacen las pacientes que han pasado por una cirugía.			
Nombre	Ingredientes	Modo de preparación	Manera de uso
<p>Té de árnica</p>  <p>Esta bebida ayuda a calmar los dolores internos debido a una intervención quirúrgica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Flor de árnica (de preferencia flor natural seca y no de sobre). • 1 litro de agua 	<p>Colocar una rama de árnica dentro del litro de agua hasta hervir.</p>	<p>Dejar reposar por cinco minutos y dar a la paciente como un brebaje ordinario. El efecto de este líquido es mejor sin azúcar.</p>
<p>Pulpa de sábila</p>  <p>El contenido de esta planta ayuda a cicatrizar y desinflamar la parte externa del vientre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Una penca de sábila 	<p>Cortar la sábila en trozos chicos o medianos.</p> <p>Después se calientan sin agua de cinco a diez minutos.</p>	<p>Con mucho cuidado, se colocan los trozos del lado de la pulpa en la zona inflamada, masajeando suavemente, hasta que éstos se enfrien o ya no tengan néctar. (Algunas veces causa comezón.)</p>
<p>*Todo esto a partir del primer mes de la operación, durante dos meses aproximadamente. Fuente: Tratamientos curativos naturales, 10-septiembre-2009, www.revista.unam.mx, acceso 04-octubre-2009.</p>			



El retiro de los puntos quirúrgicos se hará normalmente entre el sexto y séptimo día posterior a la operación y en casos especiales para mujeres obesas se pospone la retirada de los puntos días más tarde.

Para ayudar a acelerar la recuperación y rehabilitación, es recomendable regresar a las actividades normales (incluyendo el trabajo) tan pronto como se sienta capaz después de la cirugía. La recuperación básica y recomendable es de tres meses. Incluso la actividad cotidiana requiere mínimo cinco meses. Algunos médicos proponen un lapso recomendado de un año, todo esto bajo la atención de medicamentos como analgésicos, desinflamatorios, estrógenos y progesterona.

Se dice o se cree que una mujer sometida a una cirugía y más a una histerectomía, padece otros cambios en su organismo. Rubén Ibarra, especialista en ginecología y obstetricia, comenta:


Uno de los grandes mitos que rodea a una mujer después de una operación y más si se trata de histerectomía es el aumento de su masa corporal. Llegan a acrecentar a causa de una depresión. En nuestro ambiente el hecho de que una mujer tenga matriz es símbolo de valores. Si no la tienes ya no se es mujer, no hay posesión de valores. Mucha gente piensa (y en especial el género masculino) en un vientre hueco, que ya no sirven para nada, incluso para la pareja se es inútil. La mujer sigue siendo tan mujer como siempre. En este caso para la cuestión de pareja es más rico porque ya no tienes que estar esperando si ya sangró o no. Si lo vemos desde el punto de vista dramático, si se quedaron con ganas de tener un bebé y no se pudo por la extirpación del útero es un golpe durísimo. Algunas aumentan de peso porque están tan deprimidas que se la pasan comiendo todo el día. Y para subir de peso son dos circunstancias: comer demasiado o enfermarse de la tiroides. No depende si está operada o no, sino de la reacción anímica de la cirugía.

¡Ya no soy mujer!

El impacto sensitivo de cualquier operación y en especial de la miomectomía o la histerectomía, debe considerarse para cada mujer individualmente. Está constatado que la extirpación del útero, ovarios y en algunas ocasiones el cérvix, es una intervención quirúrgica con amplias secuelas psicológicas, afectando no sólo a la mujer que la padece sino también a su pareja y por ende a toda su familia.



Una vez confirmado el diagnóstico de la miomatosis, la mujer pasa por diversos estados, desde angustia, enojo y desesperación finalizando con el intento de afrontar la enfermedad que va a depender de las características previas de la personalidad de la mujer y de su capacidad para



Los síntomas postoperatorios más comunes son:

- Tristeza
- Pesadillas y mal humor durante el día
- Incapacidad de concentración
- Poco apetito
- Bajo interés sexual
- Palpitaciones o dolores en el pecho
- Ansiedad
- Cansancio
- Dolores de cabeza y nuca
- Estrés severo

Fuente: Tomado del libro Alba Llaca y Fernández, *Obstetricia Clínica*, 1998.

encarar situaciones como el estrés. La mayoría de estos casos presenta problemas de comunicación con el esposo o la familia recibiendo éstos la noticia incluso con mayor angustia. La adulta no está exenta naturalmente de presentar cuadros depresivos.

Como se expuso en el capítulo anterior, la histerectomía es una intervención quirúrgica en donde se extirpa un órgano de gran importancia para la reproducción, complemento e integridad psicobiológica de la mujer, con gran significado visto desde un punto emocional y social. A través de los años, algunos autores han confirmado mediante sus investigaciones las alteraciones producidas en la vida racional de las mujeres histerectomizadas. Los cambios más notorios son: depresión, cambios en el autoconcepto, deficiencias fisiológicas, mal funcionamiento de la vida sexual entre otras.*

Entre los primeros escritos que enfatizan creencias acerca del útero y poseedor de un especial significado en el autoconcepto de la mujer se mencionan los de de Richard Von Krafft-Ebing, quien afirmó que la capacidad del aparato reproductor femenino, permanecía siempre vigente en la vida psicológica de la mujer y por lo tanto cuando esta posibilidad resultaba anulada, las consecuencias se manifestaban en daño de tipo emocional. El útero representa simbólicamente la femineidad y consecuentemente la histerectomía produce sentimiento de castración en la mujer.

En el caso de aquellas mujeres que se les han practicado miomectomía, tal vez el estado anímico más notable es la incertidumbre; haber retirado los miomas no significa un estado de salud pleno y seguro. El peligro en esta situación es vista desde dos puntos:

* El útero es fuente de juventud, fuerza y bienestar porque regula la salud general del organismo. Por tal motivo, terminantes mujeres consideran perdida su juventud y vigor, debido a la suturación y/o extirpación de la matriz.



- a) La aparición de un nuevo tumor tal vez no en el lugar de la cirugía pero sí en otra parte del aparato reproductor femenino, y
- b) El choque u obstrucción del producto con el tumor, generando muchas ocasiones abortos. Aún así la paciente logra encontrar un punto emocional a su favor: la esperanza.

Un factor psicológico común en una convaleciente hysterectomizada, es el acto de sentirse rechazada o aislada de afecto por parte de una persona significativa en su medio social como pueden ser los hijos, hermanos, padres o pareja. Así la hysterectomía no sólo significa la pérdida de roles tan esenciales como la sutileza, maternidad o el papel de ser esposa.

La respuesta psicológica en la mayoría de las pacientes es la depresión. Esta reacción aparece habitualmente de forma retardada después de transcurrir cierto tiempo hasta que comprendan las implicaciones de su condición; tal desplome suele ser grave y vinculado con intensos sentimientos de desabrigo, desesperanza y pérdida. Otras exposiciones revelan que los estudios traumáticos en el caso de la hysterectomía se deben a los sentimientos encontrados de mutilación, en este caso a la pérdida del útero. La privación de la matriz provoca un proceso análogo al duelo.

Por otra parte, el estrés aparece como consecuencia de eventos serios y traumáticos en la vida haciendo énfasis principalmente en la respuesta emocional a intervenciones quirúrgicas que tienen como objetivo la extracción de órganos generativos tomando como ejemplos la hysterectomía o la ooforectomía. Encontrando diferentes tipologías bajo las cuales clasificaron a las mujeres en:

- a) Aquéllas en donde no presentan síndrome de respuestas al mismo estrés. Conceden a la hysterectomía una alternativa para aliviar sus síntomas físicos. Su deseo a la procreación está hecho o no existe, tienen apoyo de sus familiares y son generalmente valoradas por su trabajo y sus logros. Se perciben hacia sí mismas femeninas y competentes.



Para las mujeres, la personalidad, maternidad, útero, ovarios, mamas y vagina, operan en armonía para atraer a un compañero y finalmente desarrollar y crear un ser. La pérdida inminente de estas estructuras físicas a causa de una enfermedad o de su disfunción crea un sentimiento de ansiedad profunda.

Fuente: Tomado del libro Gina Lombroso, *El alma de la mujer*, 1995.



- b) Mujeres que perciben levemente el indicio. Dan la impresión de poseer suficiente inteligencia práctica, la cual les resulta necesaria al tratar de elaborar la importante pérdida. Algunas de éstas utilizaron la histerectomía como un momento en sus vidas permitiéndoles cierta reorganización emocional hasta la llegada de una nueva experiencia difícil.
- c) Las cónyuges con severa respuesta al estrés son generalmente personas aisladas pertenecientes a familias donde se carece de apoyo y cohesión. Mientras en su infancia se ubicaron cerca de sus madres, creyendo en la actualidad que la procreación de los hijos es una función central de toda mujer sana y fuerte.
- d) Ante el impacto de la cirugía pueden proseguir e incluso agravarse los problemas de autoestima y seguridad que suelen ir recuperándose según los diversos casos individuales y el nivel de apoyo social, familiar y médico adecuado. Una vez más la información juega un papel esencial.

Los puntos desfavorables en cuanto a una salud mental después de una cirugía ginecológica son en total trece: comenzando por a una reacción negativa al estrés de cirugía genital, identidad sexual, reacciones previas adversas al estrés, lapsos depresivos, antecedentes de síntomas físicos múltiples especialmente por dolor lumbar, numerosas internaciones y cirugías, edad menor de 35 años en el momento del tratamiento, temor a la pérdida de el libido, falta de vocación de o entretenimientos.

De hecho el cáncer ginecológico es vivido como un serio asalto a la identidad femenina. Se percibe físicamente menos atractiva, con una sensación de pérdida de autonomía y asexualización. Desde el momento del diagnóstico hasta la situación postquirúrgica, la adulta pasa por diversos estados de ánimo.⁷³

No obstante el 90 por ciento de las mujeres a quienes se les practicó una miomectomía o extirpación de alguna parte del aparato reproductor, desean recibir información acerca de su enfermedad. Como por ejemplo el significado de sus síntomas, cuándo y el lugar donde se llevará a cabo la operación, implicaciones de la misma, consecuencia en el trabajo actividad sexual u ocio y demás derivaciones.

Las intervenciones médicas (resonancia magnética, la miomectomía y en especial la histerectomía), resultan buenas opciones para desaparecer algunos problemas ginecológicos; afectarán la disminución de progesterona, la depresión y estrés, así como el peligro de abortar es

⁷³ Héctor Mondragón Castro, *Ginecología básica Ilustrada*, pág. 151.



potencial. Esto no significa que perderán su feminidad, placer sexual o carisma. Lo mejor es erradicar las ideas negativas y darse cuenta de que la matriz es un órgano para guardar y/o brindar vida a un nuevo ser humano.**

Sexualidad

Bastantes mujeres llegan a notar cambios en sus relaciones sexuales después de una histerectomía, a causa de la desaparición de las contracciones uterinas que solían sentir durante el orgasmo; para los sexólogos, el retiro de la matriz no es motivo de preocupación sexual debido a la conservación del clítoris, zona de máximo placer al momento de estimularla correctamente.

En cambio, las féminas que sí asumen algunos problemas, son aquellas a quienes se les practicó una ooforectomía o extracción de los ovarios. Generalmente les impide producir estrógenos y al no existir éstos, presentan resequedad vaginal, causando dolor durante el coito; en estas condiciones, además de recurrir a la terapia de reemplazo hormonal, se usan lubricantes de preferencia elaborados con agua.***

A diferencia de los casos anteriores, hay quienes aseguran experimentar mayor placer en sus relaciones sexuales, lo que podría deberse no temen quedar embarazadas y a la libertad de la molesta menstruación. Según la disposición y temperamento individual de la mujer, será la reacción en sus encuentros íntimos. Así como el comportamiento proporcionado de su pareja. Como punto principal está la actividad pasiva hacia la mujer en relación con su orgasmo, dependiendo si se presenta de manera débil o tardía. Victoria Cruz Vera, doctora en medicina familiar, opina respecto a este asunto:

Es difícil tocar este punto para una mujer que padece tumores en la matriz. Se deben tomar dos partes importantes: reproductivo y sexual. El primero ante el peligro de abortar involuntariamente sin lograr la creación de un nuevo ser, además de sumar el apuro de perder una parte esencial característico a las mujeres. Si abordamos el aspecto sexual en materia de hurtar la matriz, se cree que ya no sentirá satisfacción o un orgasmo. Esto último es una mentira. Se aísla el útero y no la vagina. Una pieza que no se retira es el clítoris, siendo uno de los órganos principales para llegar a un orgasmo. Si a esto le agregamos las caricias y el momento en sí, se disfrutan todavía más los encuentros íntimos.

** La elasticidad del útero alcanza más de 100 veces su tamaño para proteger a ese bebé en formación.

*** Benzal Gel Lubricante Vaginal, permite una rápida hidratación vaginal, facilitando las relaciones sexuales. Su uso diario y continuo ayuda a prevenir las molestias que aparecen como consecuencia de la resequedad vaginal.



Algunas opciones de tratamiento incluyen el estiramiento gradual de la vagina, uso de lubricantes elaborados mediante acuosa, así como el reemplazo de terapias hormonales y como punto principal, probar posiciones sexuales como por ejemplo: la de la mujer encima del hombre ya que permite a ésta controlar la profundidad de la penetración. Inclusive para algunos hombres mal informados, la actividad sexual con una mujer “histerectomizada” ya no va a ser la misma. El género femenino, con o sin matriz, logra disfrutar de una vida sexual satisfactoria, donde lo primordial es la comunicación de pareja.

El psiquiatra alemán Krafft-Ebing (1840-1902) fue uno de los primeros que estudiaron sistemáticamente las variantes prohibidas del deseo sexual. En las amenas y minuciosas historias clínicas de sus pacientes, retrata la agitada vida de un conjunto de personajes perseguidos por la justicia e internados en manicomios. En ocasiones son seres inofensivos, pero sin lugar en la sociedad puritana de la época; otras, criminales brutales. Él fue quien acuñó términos como fetichismo, sadismo o masoquismo. Y aunque participó en la corriente medico-psiquiátrica que en el siglo XIX se encargaba de problematizar la sexualidad no procreativa (buscaba, por ejemplo, el origen de toda desviación en supuestas taras genéticas y en las prácticas masturbatorias) siempre mantuvo una actitud más comprensiva y abierta que la de sus contemporáneos.⁷⁴

No al bisturí

La cirugía es una actividad de la profesión médica, donde la mano (del griego *quiros*) aparece como un ingrediente esencial del acto quirúrgico, el cual sin duda representa una invasión y agresión cruenta en el o la paciente, con el objetivo supremo de beneficiar, curar, remediar, mejorar, etcétera, con la convicción absoluta de que es la mejor y en ocasiones la única opción terapéutica para cada caso en particular, ofreciendo dentro de lo humanamente posible la eliminación de una patología, bajo el sustento de una consciente capacidad profesional y comportamiento ético, además de evitar al máximo los riesgos.

Si a lo anterior se anexa el acto de emplear una operación “necesaria” sin importar si es histerectomía, miomectomía, resonancia magnética o embolización, genera un desacuerdo no sólo en la mujer, sino también en el médico, es aún más difícil un consenso en cuanto al concepto correspondiente de una cirugía innecesaria. La calidad de vida en mujeres con miomas, es una consideración que se modifica de acuerdo con su salud física y mentalmente.

⁷⁴ “Psychopathia sexualis de Richard Von Krafft-Ebing”, www.identidades.org/fundamentos/ebing.htm, acceso 09-sep-2008.



Actualmente, se recomiendan segundas opiniones quirúrgicas en algunos planes de seguros en un intento por eliminar o llegar a una operación superflua. En México una de cada tres mujeres ha sido intervenida quirúrgicamente en especial por histerectomía al cumplir los 60 años de edad y dos tercios de estos procesos se realizan por vía abdominal abierta. La miomectomía representa no sólo en México sino en el mundo la segunda operación más frecuente en mujeres en período de crear un nuevo ser, luego de la cesárea. Esto significa que un sector importante del sexo femenino, ha sido sometido a la extracción o suturación del útero.

La obligación del ginecólogo (y de todas las ramas de la medicina) es prevenir que una enfermedad avance hasta alcanzar un daño irreversible. En los miomas, el control mediante pastillas es efectivo en algunas dolientes.

Si la sintomatología impide la realización de las actividades cotidianas, lo más seguro y efectivo será la intervención quirúrgica, esto como un recurso definitivo o con carácter de urgencia. Antes de tomar una decisión determinante la última palabra la tiene el especialista, proporcionando una serie de pasos y medidas para no llegar a ese recurso final, informando a la mujer o familia los puntos en favor y en contra de la última alternativa.

En el caso de las mujeres histerectomizadas, es indispensable que se entregue la matriz a un familiar o acompañante finalizada la operación. La doctora Cruz añade el porqué:

Siempre que se practica una cirugía y se extrae alguna parte como por ejemplo un tejido, intestino o tumor, se debe llevar al laboratorio clínico para estudiar esa porción detenidamente y cerciorarse de la inexistencia de una enfermedad más complicada como un cáncer maligno. El aparato reproductor femenino no se escapa de esto, pudiendo presentar un cuadro de cáncer cervicouterino.

Como se observa, los miomas representan hasta cierto punto una complicidad que afecta a un sector importante de las mujeres. Son escasos los tumores que llegan a convertirse en malignos. Sí son incómodos al momento de realizar las actividades cotidianas. Incluso la revisión semestral consigue ser tediosa o frustrante.

Los métodos para combatir este mal son variados; desde tratamientos hormonales, obstrucción de los conductos arteriales, y en el peor de los casos están las intervenciones quirúrgicas, teniendo como factor principal la edad y estado reproductivo de la paciente.

La sintomatología va a ser el punto medio entre controlar de manera sencilla el malestar o tomar una práctica “necesaria” para una erradicación definitiva. Es obligatorio tener en cuenta que la mejor ayuda para sobresalir de esta enfermedad es el apoyo hogareño y/o de pareja.



Una mujer ante todo no pierde su esencia por el simple hecho de no tener hijos o en su defecto por la extracción de alguna parte de su cuerpo como un seno o en este caso el útero mejor conocido como matriz.

La ayuda de un buen cirujano, seguido del apoyo familiar y de pareja, ayudará a una mujer con padecimiento de Miomatosis Uterina, superar una prueba que si bien no genera muerte, sí suscita toda una odisea en estudios y medicamentos que le cambiará mucho o poco su vida de ahora en adelante.



LEIOMIOMA INTRAMURAL DEL UTERO. Corte de útero que muestra un tumor bien delimitado en el espesor del miometrio. El tejido tumoral es rosado blanquecino, de estructura arremolinada.

Fuente: LEIOMIOMA INTRAMURAL DEL UTERO, 17-noviembre-20065, <http://escuela.med.puc.cl>, acceso: 01-12-2008.



A manera de conclusión

Antes de indagar sobre la miomatosis uterina, en el capítulo primero investigué acerca de cómo es una mujer, vista desde el aspecto psicológico y social. La investigación documental, especialmente de los libros de psicología, me ayudaron a comprender de manera general su vida, así como los procesos difíciles que debe someterse para mejorar su salud. También el género masculino juega un papel en la vida una fémina: gusta y admira de la belleza femenina sin importar si es bebé, adolescente o adulta. Inclusive, a la anciana se le imagina en cierta etapa de su vida: ¡se ve que en su juventud fue muy hermosa! Sin embargo, también una parte de las groserías, chistes y albures, están vinculados con ellas. En ocasiones el varón se pregunta o analiza sobre el estado anímico de una mujer cuando está en su periodo de menstruación, ciclo de embarazo, o en sucesos extremos, tomar la dura decisión de someterse a una cirugía para retirarles una parte interna dañada.

En el capítulo segundo, conocí cómo un tumor no benigno, pero sí molesto, comienza a crecer en diversas partes de la matriz, tipología de acuerdo a su ubicación, alteraciones más frecuentes y la afectación de órganos cercanos como la vejiga y los intestinos. Los libros de ginecología, revistas de salud, secciones de Ciencia en periódicos, y las opiniones de los doctores, hicieron que comprendiera mejor el camino de una paciente con miomas.

Posteriormente, en el tercer capítulo observé los síntomas de una mujer ya con la enfermedad en proceso. Este padecimiento es engañoso porque las hemorragias y dolores, forman parte del ciclo menstrual. Gracias a las entrevistas realizadas a los doctores, me sirvieron de apoyo para comprender que un mioma viene acompañado de otros y están invadiendo velozmente el interior del útero. Los testimonios fueron parte fundamental. Hubo mujeres de diferentes edades quienes me relataron su experiencia. Algunas nunca pensaron en perder su fertilidad a la edad de 25 años; otras de cuerpo esbelto, tenían en su interior miomas del tamaño de una manzana. Hay incluso, quienes padecen miomas de diversas cantidades, tamaños y formas, pero no presentan síntomas.

En el cuarto capítulo me apoyé de la investigación documental y de campo. Constaté los avances de la medicina y su aportación a los diferentes medicamentos para mejorar las condiciones de salud del útero, pero no todos los hospitales cuentan con estos privilegios: visitar clínicas, unidades de medicina familiar, hospitales públicos y privados, me permitieron conocer los obstáculos a los que se topa la gente cuando solicita ayuda médica. Por un lado los lugares donde el servicio de salud es de carácter privado, las instalaciones adquieren la apariencia de centros comerciales, las ambulancias se ven nuevas, y en los pasillos de estos hospitales no hay gente esperando una cama,



un cuarto o equipo médico. Pese a estas maravillas, los costos de estos sistemas son extremadamente elevados. En los hospitales públicos, los pasillos están repletos de heridos, convalecientes sin sitios de descanso, personal insuficiente, falta de aparatos quirúrgicos y largas jornadas de desatención. El último recurso y por el cual nadie desearía afrontar es una cirugía. Muchas personas tropiezan con estas dificultades, impidiendo su pronta recuperación o en ocasiones agravar todavía más su enfermedad.

Finalmente los testimonios de mujeres quienes tuvieron como único recurso de alivio la miomectomía o la histerectomía, complementaron el quinto capítulo, donde noté el estado físico y mental de una mujer sin su útero. En una ocasión, durante la investigación de este apartado, para mi fortuna encontré en internet, el comentario de una mujer, a quien le habían retirado su aparato reproductor por causa de los miomas. Dijo que se sentía como “una flor”, porque se terminaron los bochornos, hemorragias y cólicos. Invitó a todas las mujeres con este padecimiento a operarse, a no temer por comentarios e ideas generadas por la sociedad. Algunas se librarán de todos esos malestares una vez extirpado el útero. Para otras, este órgano es símbolo de feminidad y creador de vida. El hecho de no poseer esta parte interna, origina estados anímicos de inutilidad, vacío y depresión, debido a que la “única” tarea del sexo femenino (generado por nuestro medio cultural), es el cuidado del hogar, esposo, hijos y objeto sexual. Si no cumple con estos requisitos, aparece una frase terrible, ofensiva, humillante y patética: no es una mujer completa.

Los medios de comunicación difunden día a día, enfermedades como cáncer de mama, cáncer cérvico-uterino, diabetes, y promueven campañas de prevención, así como consultas gratuitas. Desafortunadamente, el problema de los miomas ya es un problema que afecta a un número considerable de mujeres en este momento. Aunque muchas son asintomáticas, la enfermedad comienza (dependiendo de cada organismo) a desarrollarse de manera discreta y/o veloz. En la radio se promueve un método no invasivo, pero solamente como un tratamiento más, para evitar que el útero sea extirpado: Focus ExAblate. Este anuncio radiofónico, debe ser el punto de partida para fabricar folletos, comerciales y spots, que mencionen la manera de prevenir la miomatosis uterina. Toda esta odisea es posible evitarla, de la misma manera como se hace con las otras enfermedades mediante anuncios en el metro e internet, revistas, periódicos, al inicio de una película en el cine, artículos íntimos de higiene personal, etcétera.

Es raro que una mujer pierda la vida por los miomas. El escaso conocimiento de la miomatosis uterina, origina en aquellas con este problema a no acudir con el especialista debido a la vergüenza, miedo y comentarios de la sociedad. No obstante, sería todavía mejor divulgar esta información para



generar entre la gente la cultura de la salud; evitando así ver a una madre, hermana, prima o amiga deba acudir al hospital por causa de este malestar.

Este reportaje es el inicio para futuras generaciones quienes pretendan encaminarse y dedicarse al periodismo de carácter científico y tecnológico. Hallé en la miomatosis uterina, la necesidad y la oportunidad de divulgar con el apoyo de asignaturas, métodos y técnicas, una información que es indispensable dar a conocer a la brevedad posible, a todos los sectores de la población, para evitar que esta epidemia se convierta en una pandemia a corto plazo.

El tema de la miomatosis uterina me permitió indagar y conocer acerca del organismo de una mujer, así como algunas de sus capacidades físicas e intelectuales y de ciertas enfermedades benignas en el útero. No obstante, falta conocer más sobre estos padecimientos y la manera de prevenirlos. Generar entre la población la cultura de la salud, va a ser una tarea difícil de realizar, incluso pasarán varios años para que esto suceda. Los medios de comunicación van a jugar un papel indispensable en la divulgación constante y clara de estos padecimientos, brindándonos el conocimiento de las características, síntomas y posibles soluciones de estos malestares, de la misma manera como ya se está realizando con la reciente influenza AH1N1, la diabetes, el alzheimer, el mal de Parkinson, la obesidad, etcétera.



Glosario

Anoxia: Término general para los estados de oxigenación insuficiente.

Atelectacia: Disminución pulmonar.

Autólogo: tomado de los propios tejidos, células o ADN de un individuo.

Climaterio: Conjunto de fenómenos que acompañan la función reproductiva de la mujer o la actividad testicular del hombre.

Dehiscencia: Abertura espontánea de una zona que se había suturado durante una intervención quirúrgica.

Distender: Causar una tensión violenta, en los tejidos, membranas, etcétera.

Edema: Acumulación de líquido (excesivo) subcutáneo y espacio intersticial en el tejido celular. Hinchazón producida que se caracteriza por conservar la hueva de la presión del dedo.

Embolización: Obstaculización del flujo sanguíneo de las arterias que alimentan a los miomas.

Endógeno: Originado del organismo, independiente de los factores externos.

Enucleación: Extirpación de un órgano, glándula, quiste, extrayéndolo de donde está alojado.

Estenosis: Estrechez, estrechamiento de un conducto orgánico.

Etiología: Las causas de las enfermedades.

Exéresis: separación natural, accidental o quirúrgica de una parte del cuerpo. Se denomina también escisión o resección.

Exógeno: Que se origina en el exterior, que es debido a una causa extrema.

Fibroma: Sinónimo de mioma.

Hialina: Vítreo o casi transparente.

Hipercromático: Forma de degeneración del núcleo celular en la que éste se llena de partículas pigmentarias.

Histoquimia o histoquímica: Estudio químico de los tejidos organizados.

Irrigación: Riego de una parte con agua o líquidos medicinales con fin terapéutico.

Isquemia: Detención de la circulación arterial en una parte y estado consecutivo de la misma.

Laparoscopia: Técnica que permite la visión de la cavidad pélvica-abdominal con la ayuda de un lente óptico.



Licuefacción o licuación: Transformación de un gas o un sólido en líquido, fusión de un cuerpo sólido.

Menarca: Establecimiento o comienzo de la menstruación.

Metástasis: Cambio de lugar de uno o más focos morbosos secundarios u otro primitivo con o sin desaparición de éste, en regiones o partes no contiguas al punto de evolución del foco primitivo.

Mielocitos: Célula típica de la médula ósea, originado del mieloblasto, mayor que un leucocito.

Miomatosis: Tumores benignos del músculo uterino (matriz), que tienen formas, localizaciones y tamaños variables, lo que produce la gran cantidad de síntomas propios de ellos.

Miomectomía: Es un procedimiento quirúrgico, mediante el cual se extirpan los fibromas para dejar limpio el útero y abrir la posibilidad de un embarazo.

Mitosis: División celular.

Necrobiosis: Muerte fisiológica de las células o tejidos dependiente de cambios relacionados con el desarrollo, envejecimiento, uso, etcétera.

Necrosis: Mortificación de un tejido en general.

Neoplasia: Neoformación o nuevo crecimiento de tejido, en el que la multiplicación de las células no está totalmente controlada por los sistemas reguladores del organismo y tiene un carácter a veces progresivo.

Nulípara: Se llama así a la mujer que no ha tenido partos.

Ocluir: Cerrar un conducto u orificio, de modo que no pueda abrirse naturalmente.

Ooforectomía: Es la extirpación de un ovario. Puede ser unilateral, cuando se extirpa únicamente uno de los dos ovarios, o bilateral cuando ambos ovarios son extirpados.

Periferia: Espacio glandular que rodea un núcleo no determinado. Es la zona localizada en los alrededores de una materia.

Recurrencia: Situación que se presenta igual o de distinta forma en varias ocasiones dentro de un lapso continuo.

Sarcomatosa: Tumores de gran malignidad.

Síndrome postembolización: Consiste en fiebre (hasta 102° F [39° C]) que puede acompañarse de pérdida del apetito y náuseas y vómitos. Ocurre más a menudo cuando se emboliza un tumor sólido. Los síntomas en general desaparecen dentro de tres días, pero a veces duran más y es necesario dar medicamentos para aliviarlos. Estos síntomas son la reacción del cuerpo a los productos de la degradación de los tumores, y son más comunes cuando se embolizan tumores grandes.



Tejido conjuntivo o conectivo: Tejido de sostén, derivado del mesoblasto, formado por fibras conjuntivos y elásticos y células o fibroblastos que comprende el tejido conjuntivo propiamente dicho con sus dos variedades laxo y denso y los tejidos adonoideo, adiposo, óseo, elástico y cartilaginoso.

Trígono: Área o espacio triangular.

Tromboembolia: Formación de un coágulo sanguíneo o trombo en una vena profunda.

Tumor: Tumefacción, bulto o hinchazón de carácter patológico. Uno de los cuatro signos de la inflamación. Neoformación o nuevo crecimiento de tejido en el que la multiplicación de las células no está totalmente controlada por los sistemas regulares del organismo y tiene un carácter general progresivo en este caso también se llama neoplasia.

Uterosacro: Ligamento de fijación del útero en su cara posterior.

Vascularización: Producción de vasos o aumento del número de éstos.



Fuentes de consulta

Bibliográficas

- Ahued Ahued, Roberto J., *Ginecología y obstetricia aplicadas*, Editorial JGH Editores, México, 2000.
- Alpizar Castillo, Rodolfo, *El lenguaje de la medicina: usos y abusos*, Editorial Clavero, Salamanca, 2005.
- Altarriba, J., Esteban, *Licenciatura ginecología*, Editorial SALVAT, España, 1990.
- Angier, Nathalie, *Mujer. Una geografía íntima*, Editorial Debate, Barcelona, 2001.
- Anónimo, *Las mil y una noches*, Editorial Porrúa, México, 2006.
- Barry G., Wren, *Manual de obstetricia y ginecología*, Editorial Interamericana, McGrawHill, México, 1991.
- Benson M.D., Ralph C., *Manual de ginecología y obstetricia*, Editorial El Manual Moderno, México, D.F., 1985.
- Botella, Luisiá J., *Tratado de ginecología*, Editorial Díaz de Santos, s/l y s/a.
- Boyd E., Mark, *Cirugía ginecología*, Editorial Prado, México, s/a.
- Calatroni, Carlos J., *Ginecología*, Editorial Panamericana, Buenos Aires, 1994.
- Danforth, *Tratado de obstetricia y ginecología*, Editorial McGrawHill, México, 2006.
- Dexeus, Santiago, *La mujer, su cuerpo y su mente. Guía de psicología, sexualidad y ginecología*, Editorial Temas de Hoy, España, 2001.
- Enciclopedia Médico Quirúrgico, *Ginecología-obstetricia*, Editorial Científiques et Medicales Elsevier, s/l, 1999.
- Escalante, Beatriz, *Curso de redacción para escritores y periodistas*, Editorial Porrúa, México, 2005.



- Giménez Jimeno, Enrique, *Fundamentos de ginecología y padecimientos de la mama*, Editorial Méndez Cervantes, México, 1980.
- Hugo, Víctor, *Los miserables*, Editorial Porrúa, México, 2006.
- Hyde, Janet Sh., *Psicología de la mujer. La otra mitad de la experiencia humana*, Editorial Morata, Madrid, 1995.
- Llaca y Fernández, Alba, *Obstetricia clínica*, Editorial McGraw Hill, s/l, 1998.
- Llewellyn-Jones, Derek, *Texto ilustrado de ginecología y obstetricia*, Editorial Harcourt, España, 2000.
- Lombroso, Gina, *El alma de la mujer*, Editorial Emecé, Argentina, 1995.
- Masson, *Diccionario terminológico de ciencias médicas*, Editorial Masson, Barcelona, 2002.
- Mondragón Castro, Héctor, *Ginecología básica ilustrada*, Editorial Trillas, México, 2004.
- Mosby, *Diccionario mosby pocket de medicina, enfermería y ciencias de la salud*, Editorial Elsevier, España, 2004.
- Pérez Sánchez, Alfredo, *Ginecología*, Editorial Mediterráneo, Santiago de Chile, 1999.
- Pernoll M. D., Martin L., *Diagnóstico y tratamientos gineco-obstétricos*, Editorial El Manual Moderno, México, 1993.
- Rasovsky, Arnaldo, *Conocimiento de la mujer*, Editorial Orión, Buenos Aires, 1975.
- Stovall MD, Thomas G., *Manual clínico de ginecología*, Editorial Interamericana. McGrawHill, México, 1995.
- Ussher, Jane M., *La psicología del cuerpo femenino*, Editorial Arias Montano, España, 1991.

Hemerográficas

- “Atiende Rovirosa miomas con novedosa técnica”, *El Heraldo de Tabasco*, Sección: Ciencia y Tecnología, Tabasco, 18/julio/2008, pág. 12.



- Aparicio Daniel, “Embolizar miomas uterinos reduce la estancia y el riesgo”, *Diario Médico*, Sección: Tecnología médica y sanitaria, Madrid, 28/febrero/2003, pág. 17.
- Comisión Nacional de Arbitraje Médico, “Cuestionario”, *Recomendaciones para la paciente con miomas en el útero (“matriz”)*, México, 30/septiembre/2008.
- Domínguez González Raúl, “Alenco/tipos de miomas”, *El Siglo de Torreón*, Sección: Nosotros, Coahuila, 15/julio/2007, pág. 46.
- Ostrosky-Solís, Feggy, “¿Qué es una mujer?”, *Quo*, Sección: Maravillas del cerebro, marzo 2009, pág.12.
- “Miomas uterinos”, *El Periódico de México*, Sección: Mujer, México, 26/octubre/2006.
- Montero, Lariza, “Cerebro femenino”, *Quo*, Sección Neuropsicología, febrero 2009, págs. 54-58.
- Operarse sí o no, “Extirpación del útero”, *OCU- Salud*, España, febrero 2005.
- “Pacientes con fibromas uterinos ya pueden evitar la histerectomía”, *La Jornada*, Sección: Ciencias, México, 1/agosto/2008, pág. 15.
- Pinto, Isabel, “Es muy difícil que un mioma se convierta en maligno”, *Salud Vital*, Editorial Aurum, España, Número 16.
- Sáenz-Diez Trias, Margarita, “Los miomas desaparecen si la sangre no los nutre”, *El Periódico*, Sección: Opinión, España, 14/febrero/2006, pág. 10.
- Sáez, Amor, “Miomas uterinos. ¿Qué hay de nuevo?”, *Elle*, Sección: Última hora salud, Madrid, 30/julio/2008, pág. 131.
- Sagan, Carl, *Quo*, Sección: Prágmata Tecno, México, febrero 2009, pág. 24.
- “Una nueva técnica evita la extirpación del útero en el tratamiento de los miomas”, *ABC*, Sección: Salud, Madrid, 8/febrero/2003.



Cibergráficas

- _____, “Concepto de Eneucción”, <http://www.rae.es>, acceso 11/marzo/2008.
- _____, “Concepto de Nulípara”, <http://es.mimi.hu/medicina/nulipara.html>, acceso 03/marzo/2008.
- ¿Qué es la histerectomía?, <http://www.imss.gob.mx/mujer/histerectomía.htm>, acceso 19/julio/2008.
- “Investiga especialista de la UAEM impacto de la histerectomía en mujeres”, <http://www.galeriasiete.com/index.php/mujeres/52-mujeres/278-investiga-especialista-de-la-uaem-impacto-de-la-histerectomia-en-mujeres>, acceso 21/septiembre/2008.
- “Tratamiento endovascular de la miomatosis uterina”, <http://www.mioamssincirugía.com/>, acceso 30/junio/2008.
- “Tratamiento preoperatorio con análogos GnRH antes de la histerectomía o la miomectomía para los fibromas uterinos”, <http://www.update-software.com/abstractsES/AB000547.ES.htm>, acceso 7/julio/2008.
- 8 de Marzo: Día Internacional de la Mujer, <http://www.csi-csif.es/andalucia/Article4689.html>, acceso 01-octubre-2008
- Agencias Córdoba Veracruz, “Un mal oculto: miomas uterinos”, <http://www.elmundodecordoba.com/>, acceso 20/julio/2008.
- Becerril, Ana Cecilia, “Medicina Preventiva. Análisis clínicos: Biometría Hemática Completa, Química sanguínea y glucosa en sangre”, <http://www.fitness.com.mx/medicina0141.htm>, acceso 30-junio-2008.
- Cardiovascular, “Clínica de miomas uterinos”, <http://www.cardiovascular.com.mx/miomas.php?lang=es>, acceso 27/julio/2008.



- Chuaqui, Rodrigo, "Capítulo 6. Anatomía Patológica del Aparato Genital Femenino. Patología especial del cuerpo uterino", <http://escuela.med.puc.cl>, acceso 18/enero/2009.
- Cirugía no invasiva para fibromas uterinos. Cirugía con ultrasonido focalizado guiada por RM para una mejor calidad de vida, <http://www.uterine-fibroids.org/es/about-es.html>, acceso 10/mayo/2008.
- Concepto de hematocrito. <http://es.wikipedia.org/wiki/hematocrito>, acceso 05/mayo/2008.
- Concepto de tamizar, <http://www.rae.es>, acceso 17/mayo/2008.
- Definición de Biopsia endometrial, <http://www.clinica-morales.com/htm/documentos.htm>, acceso 29-junio-2008.
- Definición de histerómetro, <http://www.iqb.es/diccio/h/hi5.htm#histerometro>, acceso 10 agosto-2008.
- Definición de mioma, www.gineco.com.br, acceso 2-mayo-2008.
- Diccionario ilustrado de términos médicos, <http://www.iqb.es/diccio/h/hi5.html>, acceso 6/mayo/2008.
- Embolización de miomas, <http://www.cardiovascular.com.mx/miomas.php?lang=es>, acceso 30-septiembre-2008.
- Etimología de imbricado, <http://etimologías.dechile.net/>, acceso 05-mayo-2008.
- Galarza Vázquez, Karla, "Histerectomía, ¿Cuándo es necesaria?", <http://www.saludymedicinas.com.mx/nota.asp?id=1121>, acceso 30/agosto/2008.
- Gómez de Lara, José Luis, "Tratamientos curativos naturales", <http://www.revista.unam.mx>, acceso 04-octubre-2009.
- Histerectomía, http://www.ladosis.com/artículo_interno_nd.php?art_id=1270, acceso 1/septiembre/2008.
- Imágenes, <http://www.clinicadam.com/>, acceso 25/diciembre/2008.



- Instituto Nacional del Cáncer, “Miometrio”, <http://www.cancer.gov/espanol>, acceso 03/marzo/2008.
- Martínez, Anne, “Hechos Sobre los fibroides”, <http://www.mbhs.org/>, acceso 7/julio/2008.
- Medicinas Naturistas, “Definición y tipos de Cáncer”, <http://www.medicinasnaturistas.com>, acceso 01/abril/2008.
- Menorragia, excesivo sangrado menstrual, <http://www.esmas.com>, Sección: Salud, acceso 5/mayo/2008.
- Mimi.hu, “Concepto de Neoplasia”, <http://es.mimi.hu/medicina/neoplasia.html>, acceso 03/marzo/2008.
- Minusvalía, <http://www.definicion.org/minusvalia>, acceso 21/septiembre/2008.
- Mioma uterino como tumor previo en el parto, <http://www.zambon.es/areasterapeuticas/03mujer/atlas/fichas/6121.htm>, acceso 30-abril-2008.
- Miomas Uterinos, http://laparoscopiaginecologica.cl/?page_id=9, acceso 01-noviembre-2008.
- Mitos y falsas creencias sobre la menstruación, <http://www.planetamama.com.ar>, acceso 9-nov-2008
- Perineo, "descubriendo el cuerpo femenino", http://www.bbc.co.uk/spanish/specials/1434_female_body/, acceso 17/mayo/2008.
- Plenilunia, “Dudas sobre histerectomía”, <http://www.plenilunia.com/welcome.php>, acceso 30/agosto/2008.
- Psicopathia sexuales de Richard Von Kraft-Ebing, <http://www.identidades.org/fundamentos/ebing.htm>., acceso 09/septiembre/2008.
- Real Academia Española, “Concepto de Cáncer benigno y maligno”, <http://www.rae.es>, acceso 03/marzo/2008.
- Remoción de tumor fibroide, <http://healthlibrary.epnet.com/>, acceso 1/septiembre/2008.



- Salud hoy, “Miomas e Histeromía, <http://www.golf.mx/adminhomeopatía/>, acceso 30/junio/2008.
- Significado de Histeroscopia, <http://www.miginecologo.com>, acceso 30-julio-2008.
- Significado de Pielograma, <http://www.nlm.nih.gov>, acceso 20-septiembre-2008.
- Terra, “100 ventajas de ser mujer”, <http://www.terra.es/personal/gmalpart/chorrada/esp/100.htm>, acceso 01/noviembre/2006.
- Tipos de histerectomía, <http://www.ahrq.gov/consumer/spanhyst/hstshel4.htm>, acceso 08-octubre-2008.
- Torres Valadez, Fernando, “El problema ético de la cirugía innecesaria”, <http://www.facmed.unam.mx/eventos/>, acceso 21/septiembre/2008.
- W., Parker, “Revisión sobre los miomas uterinos”, <http://www.bago.com/BagoArg/Biblio/ginecoweb416.htm>, acceso 14/marzo/2008.

Audiografía

- Las mañanas en el Once
Salud
Conductora: Gabriela Ramírez
Paloma de la Torre
Alejandro Vázquez Alanís
17 a 21 de noviembre 2008
De lunes a viernes de 9:00 a 13:00 hrs.
- La hora nacional
Día internacional de la mujer
Conducen: Charo Fernández y Víctor Manuel Espinosa
Julio César Gustavo Díaz
Alejandra Robles
Alejandro Sasa
8/marzo/2009
Domingos de 10:00 pm a 11:00 pm

Documentos

- Guía para la paciente, *Focus ExAblate México*, México, D.F., 2008.
- Médica Sur, *Focus ExAblate México. Cirugía no invasiva para miomas uterinos con ultrasonido focalizado y guiado por resonancia magnética*, México, D.F., 2008.



Fuentes vivas

- Andrés Martínez Albarrán anesthesiólogo del Hospital Gustavo Baz Prada, 16-febrero-2008.
- Cecilia Avilés empleada doméstica, 21 agosto-2008.
- Cenorina Santos maestra de educación básica, 02-junio-2008.
- Cristina Martínez ama de casa, 01-marzo-2008.
- Diego Meraz Ávila ginecólogo Clínica Santa Teresa-Médica Sur, 22-julio-2008.
- Érica Rascón Mogo profesora de Educación Física, 30-abril-2008.
- Ingrid Vivas Bonilla Radiología e Imagen, Resonancia Magnética Médica Sur, 05-junio-2008.
- Lilia De Barrón ama de casa, 20-abril-2008.
- Mónica Romero Sánchez estudiante de preparatoria, 30-septiembre-2008.
- Pedro Dorantes Barrios profesor del Departamento de Medicina Familiar de la UNAM, 28-febrero-2008.
- Victoria Cruz Vera médico general de Clínica Materno-familiar, 18-marzo-2008.
- Viridiana Carrillo Tavera estudiante de Diseño Gráfico, 22-octubre-2008.

