

134

deji



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES  
HOSPITAL DE LA MUJER  
DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA MEDICA



*[Handwritten signature]*

TESIS DE POSGRADO

HOSPITAL DE LA MUJER  
JEFATURA DE ENSEÑANZA

MIDMECTOMIA ABDOMINAL. EVALUACION DE  
SUS RESULTADOS EN EL HOSPITAL DE  
LA MUJER

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

Beatriz Elisa Ramírez López B IV GO

ASESOR: ESTEBAN GARCIA RODRIGUEZ M.J.O.



MEXICO. D. F.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

278428



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.

## I N D I C E

I. INTRODUCCION .....	1
II. ANTECEDENTES .....	3
III. MATERIAL Y METODOS .....	11
IV RESULTADOS .....	13
V. DISCUSION .....	22
VI. CONCLUSIONES .....	24
VII. BIBLIOGRAFIA .....	26

## INTRODUCCION

Los leiomiomas uterinos son los tumores pélvicos más frecuentes en la edad reproductiva y aparecen en el 20 al 50% de las mujeres. No todas aquellas que los padecen cursan sintomáticas por lo que se desconoce la prevalencia real. La incidencia más alta se registra entre los 35 a 54 años (90%) es raro antes de los 20 años y excepcional antes de la pubertad. Es común en mujeres nuligestas o infértiles y sufren algún grado de involución después de la menopausia. (3,9,14)

Por lo general los tumores uterinos de músculo liso son neoplasias benignas desde el punto de vista histológico y clínico. Los patólogos los diagnostican como leiomiomas, pero a menudo se les llama mionas, fibromas o fibroides, debido a su consistencia dura, fibrosa y a su alto contenido en fibras colágenas. En ciertos casos se originan de células musculares lisas de los vasos sanguíneos uterinos, los leiomiomas son relativamente raros. Pueden encontrarse una variedad de características macro y microscópicas en tumores benignos y malignos que no deben confundirse con leiomiomas. (8,14)

En casi el 66% de las mujeres con leiomiomas uterinos, estos son múltiples y su presentación clínica depende de su tamaño y localización. las pacientes con leiomiomas acuden con diversos signos y síntomas que se caracterizan por dolor, menorragia, metrorragia, dismenorrea, trastornos urinarios y estreñimiento. Se asocian con un aumento en la incidencia de trastornos de la función reproductiva entre ellas esterilidad, aborto espontáneo y parto pretérmino. Otras complicaciones asociadas durante el embarazo son presentaciones fetales anormales, ruptura prematura de membranas y trastornos del trabajo de parto. (2,3,8,14)

La exploración ginecológica es el principal método para el diagnóstico de miomatosis uterina, sin embargo el diagnóstico que se hace es tan solo de un tumor pélvico; es importante obtener confirmación objetiva antes del tratamiento. La ultrasonografía pélvica es un método imagenológico de confirmación muy útil, sin embargo la calidad del estudio puede ser variable y depende del ultrasonografista. Otros recursos son la histerosalpingografía que informan sobre la presencia o ausencia de miomas submucosos pero está no es una indicación primaria para la histerosalpingografía. (5,7)

La resonancia magnética se considera la técnica de imagen más precisa para la detección y localización de los leiomiomas, se pueden identificar lesiones tan pequeñas como de .3 cms. además permite calcular el volumen uterino total y de cada uno de los miomas. En la actualidad el costo de este estudio limita su utilidad. (7)

La histeroscopia diagnóstica, es un recurso moderno, en particular para la valoración de una hemorragia uterina anormal, permite detectar tumores con precisión y es muy útil para plantear el tratamiento (7,15)

Las recomendaciones tradicionales establecen que los fibromas uterinos de un tamaño arbitrario equivalente a 12 semanas de gestación son indicaciones de intervención quirúrgica, sin embargo esta recomendación carece de bases científicas. Otras indicaciones tradicionales para la intervención en caso de fibromas uterinos es el cambio rápido en el tamaño lo cual resulta inapropiado por dos

motivos, no se ha establecido la velocidad normal de crecimiento de los miomas uterinos, tampoco se ha establecido la confiabilidad de los cambios del tamaño uterino para el diagnóstico de sarcoma. Las indicaciones actuales para el tratamiento quirúrgico de los miomas que pueden apoyarse en parámetros clínicos y científicos son; menorragia, compresión o dolor pélvico, infertilidad o aborto habitual y afección a órganos adyacentes (3,6,7)

#### ANTECEDENTES

La miomectomía abdominal si bien con más de 100 años de antigüedad se ha visto plagada de preocupaciones; procedimiento complejo, pérdida significativa de sangre, complicaciones posoperatorias y una tasa alta de recurrencias. De hecho a inicios del siglo la miomectomía abdominal se vinculaba con una mortalidad de hasta el 40% en comparación con la histerectomía (1,3,17)

Amuistra realiz6 por primera vez esta cirugía. La técnica se le acredita a W.L. Atless en 1944. El fundamento de la técnica se le aplica a William Alexander en 1889 y fue hasta 1920 en los Estados Unidos con Kelly e Isidore Rubin en donde se aplica esta técnica quirúrgica en los casos de esterilidad. En los años veinte, Víctor Bonney recomendaba intensamente este método para tratar los miomas uterinos. En decenios recientes a habido una mejora espectacular de la técnica quirúrgica y de la evolución de esta operación, lo que se refleja por la experiencia de Lamorte y colaboradores (2,3,8)

motivos, no se ha establecido la velocidad normal de crecimiento de los miomas uterinos, tampoco se ha establecido la confiabilidad de los cambios del tamaño uterino para el diagnóstico de sarcoma. Las indicaciones actuales para el tratamiento quirúrgico de los miomas que pueden apoyarse en parámetros clínicos y científicos son; menorragia, compresión o dolor pélvico, infertilidad o aborto habitual y afección a órganos adyacentes (3,6,7)

#### ANTECEDENTES

La miomectomía abdominal si bien con más de 100 años de antigüedad se ha visto plagada de preocupaciones; procedimiento complejo, pérdida significativa de sangre, complicaciones posoperatorias y una tasa alta de recurrencias. De hecho a inicios del siglo la miomectomía abdominal se vinculaba con una mortalidad de hasta el 40% en comparación con la histerectomía (1,3,17)

Amnustra realizó por primera vez esta cirugía. La técnica se le acredita a W.L. Atless en 1944. El fundamento de la técnica se le aplica a William Alexander en 1889 y fue hasta 1920 en los Estados Unidos con Kelly e Isidore Rubin en donde se aplica esta técnica quirúrgica en los casos de esterilidad. En los años veinte, Víctor Bonney recomendaba intensamente este método para tratar los miomas uterinos. En decenios recientes a habido una mejora espectacular de la técnica quirúrgica y de la evolución de esta operación, lo que se refleja por la experiencia de Lamorte y colaboradores (2,3,8)

El crecimiento de los miomas uterinos es usual durante el embarazo y durante la vida reproductiva lo que demuestra su dependencia de los estrógenos, etapas donde la producción de estrógenos es máxima. (12,13)

Los mecanismos implicados en la génesis de la esterilidad asociados a miomatosis uterina no estan satisfactoriamente explicados y se citan entre ellos: localizaciones que alteran la relación entre el ovario y el orificio tubario así como la localización supracervical que puede modificar la posición del cuello uterino, otros mecanismos implicados son, la distorsión de la cavidad endometrial, interferencia en la implantación y alteraciones de la nutrición embrionaria con pérdidas tempranas de los productos. (3,7)

Los miomas uterinos como cualquier otra tumoración pélvica requieren la aplicación de un diagnóstico diferencial apropiado. Es importante recordar que con gran frecuencia los miomas uterinos son asintomáticos y no constituyen un riesgo para el bienestar de la mujer. (2,8,6)

Los signos y síntomas de los miomas uterinos son generalmente hemorragia anormal, dolor agudo, rara vez crónico, compresión genitourinaria, compresión gastrointestinal, compresión pélvica. El síntoma crónico más frecuente es la hemorragia uterina anormal que se caracteriza por una perdida sanguínea abundante y prolongada, la magnitud de dicha hemorragia tiende a ser progresiva y a vincularse con la expulsión de grandes coágulos, que causan dismenorrea secundaria. (3,7,12)

Las complicaciones a largo plazo son la posibilidad de crear nuevas causas de esterilidad, como la alteración anatómica de la porción intersticial de la trompa, adherencias y recurrencias, que se reportan hasta un 30% sin embargo, Buttran y Reiter demostraron recurrencias en promedio de 15%. No obstante lo anterior, la miomectomía parece ser la solución de aproximadamente 30 a 50% de las parejas estériles en quienes no se encuentra otra causa que explique su problema (2,3)

La miomectomía abdominal no debe considerarse un procedimiento peligroso de aplicación limitada. A toda paciente se le debe explicar la necesidad potencial de hacer una histerectomía, mientras se intenta una miomectomía abdominal, esta necesidad surge como consecuencia de una hemorragia no controlada y a pesar de su rareza actual, cuando sucede la hemorragia intraoperatoria grave, la histerectomía puede considerarse un procedimiento que salve la vida de la paciente, por lo cual si la histerectomía no se acepta como un procedimiento de urgencia en el caso de hemorragia no controlada en el curso de una miomectomía abdominal, no debe ofrecerse la miomectomía electiva (3,8).

Es importante la corrección preoperatoria de la anemia, recomendable el tratamiento con hierro oral, así como el control de la hemorragia, ya sea utilizando análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) o progestágenos, como medroxiprogesterona de depósito o acetato de megestrol. Múltiples estudios han demostrado disminución del volumen uterino mediante el tratamiento con análogos de GnRH con efectos variables sobre la densidad mineral ósea y perfiles lípidos. La variación del efecto en el decremento del volumen uterino es de 25 a 80% como máximo a las 12 semanas pero aproximadamente cuatro meses después de interrumpir el tratamiento ocurre incremento nuevamente en el volumen uterino y retorno de los síntomas.(3,4,8)

A las tres semanas de iniciar la administración de un análogo de GnRH, ocurre un estado de hipogonadismo hipogonadotrófico. El hecho de que estados hipoestrogénicos naturales como la menopausia causen disminución del tamaño de los leiomiomas llevo a considerar a los análogos de GnRH como posible agente terapeutico (3,6,7,10,13)

#### TECNICA DE MIOMECTOMIA ABDOMINAL INCISIONES ABDOMINALES Y UTERINAS

Una incisión transversal baja, brinda una exposición adecuada en casi todas las circunstancias; no obstante cuando el útero se extiende por arriba del ombligo o cuando se espera la presencia de adherencias extensas, es aconsejable una incisión vertical amplia. Se recomienda una sola incisión en el útero, vertical anterior, siempre que sea posible, debe evitarse la incisión posterior, porque se relaciona con un aumento de adherencias anexiales (1,4,8)

Se sugiere extraer tantos tumores como sean posibles a través de una incisión, sin embargo este esquema se ha puesto en duda, con base en que crea múltiples bolsas, difíciles de reparar en la pared uterina y que causa en el posoperatorio mayor morbilidad febril y una cicatriz uterina más débil. (7,8)

#### HEMOSTASIA TRANSOPERATORIA

La morbilidad vinculada con la miomectomía abdominal se debe a la incapacidad para controlar la pérdida sanguínea transoperatoria. Un buen control de la pérdida sanguínea se logra con la excisión cuidadosa y la reparación utilizando estándares microquirúrgicos. (7,9)

Existen varios esquemas médicos y mecanismos para la hemostasia entre ellos vasoconstrictores como pitresina u oxitocina, inyectando alrededor de los tumores en el momento de la operación. Los métodos mecánicos como la pinza Bonny diseñada para comprimir las arterias uterinas, a través de espacios incididos en el ligamento ancho, pinzamiento transverso de las arterias ováricas. Es evidente que tanto los vasoconstrictores como la constricción mecánica resultan eficaces. (7,8,9)

#### PREVENCION DE ADHERENCIAS

Como cualquier operación pélvica, la miomectomía conlleva el riesgo de producir adherencias significativas. Se han sugerido varias técnicas para prevenir adherencias.

Kably Ambe recomienda una técnica microquirúrgica depurada, la irrigación continua con soluciones antiadhesivas, la peritonización de superficies desnudas y el uso de antibióticos y corticoides en forma rutinaria.

Acién y Querreda sugieren el lavado de la cavidad pélvica con una solución salina o una solución Ringer lactato heparinizada y el uso de barreras como interceed, cubriendo el sitio de sutura, finalmente la instalación en la cavidad peritoneal de 100ml. de solución como Rheomacrodex al 10% o dextrans de bajo peso molecular.

Togas Tulandí utiliza la instalación de 500ml de solución Ringer lactato en la cavidad peritoneal.

Smith y Uhlir realizan una irrigación continua con una solución Ringer lactato heparinizada y antes de cerrar peritoneo dejan en la cavidad 100 ml de dextrán 70. No utilizando en forma rutinaria antibióticos o corticoesteroides.

Wallach E. prefiere en forma personal una combinación de dexametasona (20mg) y prometazina (25 mg) por vía intravenosa inmediatamente antes de la operación y luego otras nueve dosis posoperatorias separados por intervalos de 4 hrs. También lleva a cabo una administración intraperitoneal de estos dos agentes en las mismas dosis diluidos en en 75 a 100 ml de una solución Ringer lactato inmediatamente antes de la última sutura peritoneal, este régimen antiadherencias fue descrito originalmente por Replegle y col.

Johnson and Johnson (Arlington, TX) ha desarrollado un tejido compuesto por celulosa regenerada oxidada, que puede ser colocada sobre un área desperitonizada a fin de minimizar la formación de adherencias, el Interceed. Hutchins F. no recomienda las barreras para evitar adherencias del tipo Interceed y Gortex ( W L Gore, Flagstaff, AZ) por las siguientes razones; ambos son caros y si no se logra una hemostasia absoluta, Interceed en realidad promueve la formación de adherencias. En el caso de Gortex, la principal desventaja es la necesidad de fijarlo con sutura, para retirarlo en un momento ulterior. Además desalienta el uso de Dextrán de bajo peso molecular, ya que logra su efecto teórico al crear una variación osmótica y producir ascitis fisiológica. La simple instalación de líquidos en el momento del cierre puede lograr el mismo efecto con menos gasto. El recomienda el método de flotación al inyectar 500 a 1000ml. de solución Ringer después de la irrigación copiosa de todo el material sanguinolento del campo quirúrgico.

## INSTRUMENTOS PARA INCISION

En años recientes se han utilizado varios tipos de láseres y son preferidos por su capacidad para lograr algún grado de hemostasia, así como disminuir al mínimo las lesiones de la serosa y el miometrio subyacente. El uso de bisturí electroquirúrgico con punta de aguja, permite incisiones que tienen profundidad limitada de lesión térmica, logrando hemostasia de vasos pequeños por vaporización. (7)

## TECNICA DE SUTURA

La técnica de sutura aconsejada por Wallach es el cierre en capas con puntos separados y material de sutura absorbible no reactivo para controlar la hemorragia y obliterar el espacio muerto se aconseja una serie de suturas de colchonero o en ocho.

También puede usarse una sutura en jarreta para obliterar una cavidad profunda del miometrio, una vez que se llega a la región de la serosa, esta se cierra con una sutura continua y puntos de beisbol. Esta sutura continua atraviesa la parte interna de la serosa y luego se pasa a través de la superficie bilateral a lo largo de todo el cierre de la serosa, como alternativa puede colocarse una sutura subserosa con material no reactivo absorbible 5-0 o 6-0 para aproximar las bases de la serosa. (17)

Ación y Querada utilizan una o dos líneas de sutura ininterrumpida con sutura absorbible (Catgut 1-0) la serosa es suturada con material no absorbible calibre 3 o 4 ceros (prolene)

Togas Tulandí cierra el defecto uterino con ácido poliglicólico 1-0 y la serosa la aproxima con ácido poliglicólico 4-0.

Smith y Uhlir, ellos eligen como material de sutura para la reconstrucción del miometrio vicryl 2-0 o 4-0 y para la serosa ellos utilizan vicryl 4-0 ocasionalmente 6-0.

#### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El motivo del presente estudio es evaluar los resultados clínicos y de fertilidad de las pacientes sometidas a miomectomía abdominal como tratamiento de la miomatosis uterina sintomática en nuestro hospital.

#### HIPOTESIS

La miomectomía abdominal es un tratamiento alternativo, seguro en pacientes con miomatosis uterina sintomática que desean conservar el útero con fines reproductivos.

#### OBJETIVOS

Evaluar el cuadro clínico de las pacientes con miomatosis uterina sometidas a miomectomía.

Conocer hallazgos quirúrgicos de las pacientes sometidas a miomectomía.

Analizar las complicaciones de las pacientes sometidas a miomectomía.

Conocer la evolución del cuadro clínico y la fertilidad ulterior de las pacientes sometidas a miomectomía.

#### JUSTIFICACION

La tendencia a concebir en una fase de la vida más tardía, justifica la preocupación del efecto de la miomatosis uterina en la vida reproductiva y su relación con procedimientos quirúrgicos como la miomectomía abdominal como tratamiento de la miomatosis uterina sintomática.

#### TIPO DE ESTUDIO

Este estudio es de tipo: retrospectivo, observacional y descriptivo.

#### METODOLOGIA

Se estudiarón todos los expedientes de pacientes operadas de miomectomía abdominal de Enero de 1993 a diciembre de 1996. En el Hospital de la Mujer

Analizar las complicaciones de las pacientes sometidas a miomectomía.

Conocer la evolución del cuadro clínico y la fertilidad ulterior de las pacientes sometidas a miomectomía.

#### JUSTIFICACION

La tendencia a concebir en una fase de la vida más tardía, justifica la preocupación del efecto de la miomatosis uterina en la vida reproductiva y su relación con procedimientos quirúrgicos como la miomectomía abdominal como tratamiento de la miomatosis uterina sintomática.

#### TIPO DE ESTUDIO

Este estudio es de tipo: retrospectivo, observacional y descriptivo.

#### METODOLOGIA

Se estudiarón todos los expedientes de pacientes operadas de miomectomía abdominal de Enero de 1993 a diciembre de 1996. En el Hospital de la Mujer

#### CRITERIOS DE INCLUSION

- a) Expedientes de pacientes sometidas a miomectomía de Enero de 1993 a Diciembre de 1996 en el Hospital de la Mujer.
- b) Que el expediente cuente con Historia Clínica completa.
- c) Que se indique la técnica y hallazgos quirúrgicos.
- d) Que el expediente sea completo y legible.

#### CRITERIOS DE EXCLUSION

- a) Expedientes de pacientes operadas antes o después de las fechas señaladas.
- b) Expedientes incompletos o no legibles.
- c) Expedientes de pacientes que no cuenten con seguimiento.

#### VARIABLES

- a) Edad
- b) Fertilidad anterior
- c) Cuadro clínico
- d) Localización, tamaño y número de miomas,
- e) Fertilidad posterior.
- f) Complicaciones trans y posquirúrgicas.

## RESULTADOS

Se revisarán 36 expedientes de pacientes que fueron programadas para miomectomía de Enero de 1993 a Julio de 1996. Del número total de expedientes revisados se excluyeron siete, dos por haber realizado la miomectomía por vía laparoscópica, tres por no contar con un expediente completo y dos por haber realizado otra cirugía a la programada.

La edad promedio de los casos estudiados fue de 29.8 años con una media de 30 y un rango de 23. Fig (1)

El 58.6% (17) de las pacientes eran nulíparas y el 6.8 no habían iniciado vida sexual.

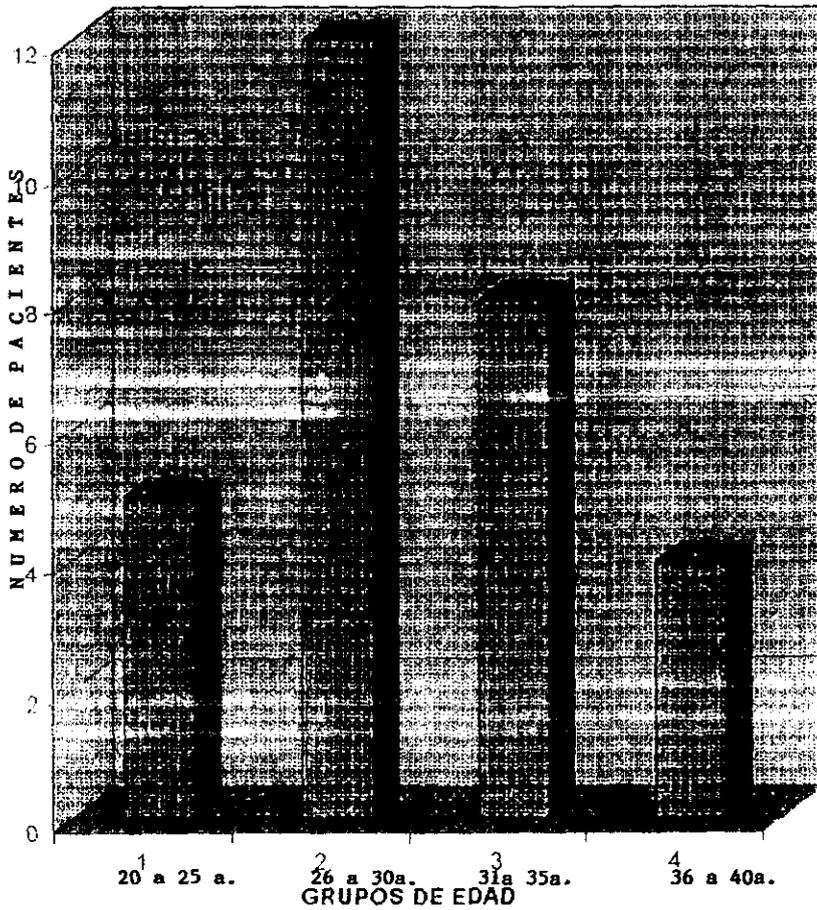
El 27.5 (8) tenía como antecedente legrado uterino instrumental por aborto espontáneo el 75% de estos abortos se presentaron en el primer trimestre y el resto en el segundo trimestre. Fig (2) Cuadro I. Tres de estas pacientes habían presentado embarazos previos dos de ellas con productos a término y partos eutócicos, una de ellas con el antecedente de cesárea por situación transversa.

CUADRO I  
ANTECEDENTE DE ABORTO.

Número de pacientes	Número de abortos
5	1
2	2
1	3
Total 8 27.5%	Total 12.

# GRAFICA I EDAD DE LAS PACIENTES CON MIOMATOSIS SINTOMATICA

HOSPITAL DE LA MUJER. 1993-1996.



Series1

## GRAFICA II PACIENTES CON ANTECEDENTE DE ABORTO

HOSPITAL DE LA MUJER 1993 1996

MIOMATOSIS UTERINA SINTOMATICA

Núm. Abortos

1

2

3

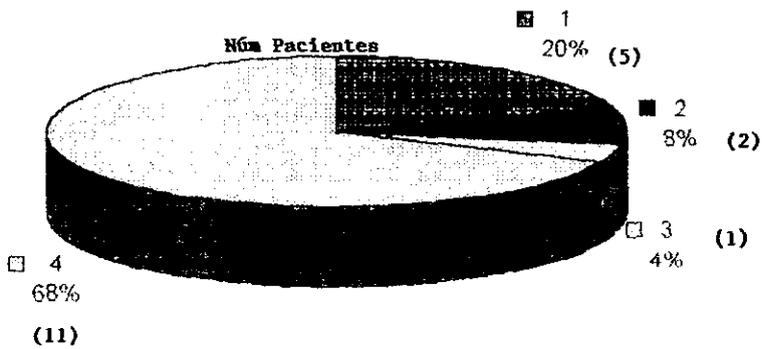
SIN ABORTOS

■ 1

■ 2

□ 3

□ 4



(15)

Dentro del cuadro clínico los trastornos menstruales fueron los más frecuentes 82.7% (24) manifestando las siguientes alteraciones hiperpolimenorrea 41.5% (12) dismenorrea incapacitante 20.6% (6) metrorragia 20.6% (6) Fig (3) Cuadro II

El dolor se manifestó como síntoma principal en el 72,4%(21) de las pacientes refiriendolo como de tipo agudo. Fig (4)

CUADRO II  
TRANSTORNOS MENSTRUALES

Número de pacientes	%	Alteraciones
12	41.5	Hiperpolimenorrea
6	20.6	Dismenorrea
6	20.6	Metrorragia
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>82.7%</b>

Las alteraciones urinarias se presentaron en el 37.9% (11) de las pacientes Fig (5) Cuadro III. Otras complicaciones fueron esterilidad 27.5%, Infertilidad 6.6%, compresión pélvica y gastrointestinal 17.2% y estreñimiento 10.3%. Fig (4)

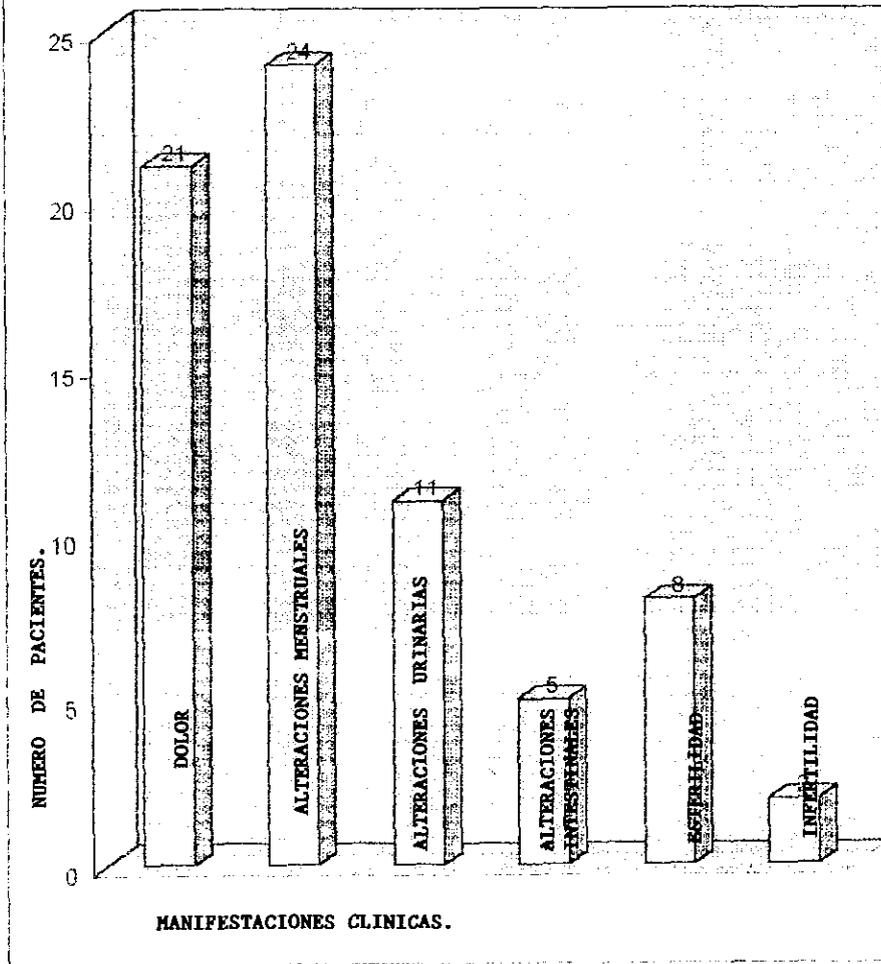
CUADRO III  
ALTERACIONES URINARIAS

Número de pacientes	%	ALTERACION
6	20.6%	Disuria
2	6.8%	Urgencia urinaria
3	10.3%	Tenesmo vesical
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>37.9%</b>

GRAFICA III

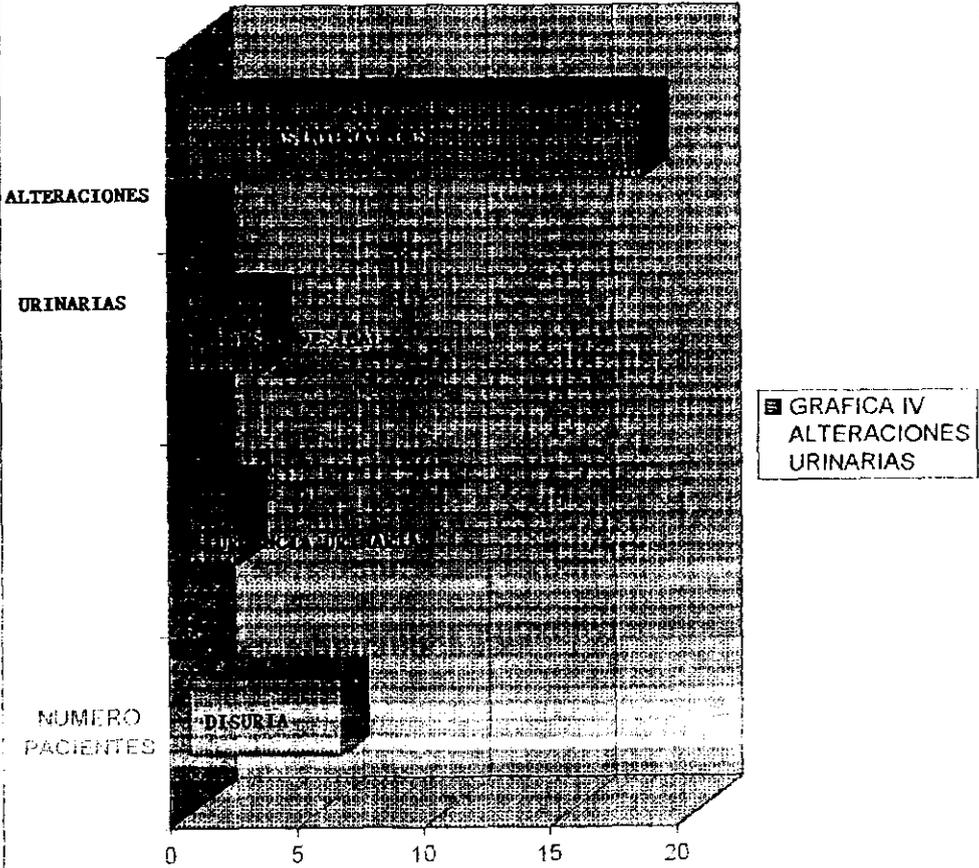
MANIFESTACIONES CLINICAS DE PACIENTES CON MIOMATOSIS  
UTERINA SINTOMATICA

HOSPITAL DE LA MUJER. 1993 1996



GRAFICA IV ALTERACIONES URINARIAS

HOSPITAL DE LA MUJER  
1993 1996  
PACIENTES CON MIOMATOSIS UTERINA SINTOMATICA.



El 96.5% de las pacientes tuvo como método diagnóstico complementario un ultrasonido pélvico, en un solo caso se realizó histerosalpingografía como método diagnóstico exclusivo. En el 24.1% (7) se realizaron ambos estudios de gabinete. El 27% de las histerosalpingografías reportadas no manifestó defectos de llenado ni otras alteraciones.

Solo en un caso se indico tratamiento médico con danazol 200 mgs día durante 4 meses sin presentar mejoría clínica ni en hallazgos quirúrgicos 10.3% de los casos fueron sometidos a laparoscopia diagnóstica.

#### HALLAZGOS QUIRURGICOS

Los hallazgos quirúrgicos reportados fueron los siguientes el 51.7% de las pacientes sometidas a miomectomía presentaron miomas únicos, el resto presento miomatosis múltiple con un promedio de 3 miomas. La localización fue la siguiente. Cuadro IV Fig (5)

CUADRO IV  
HALLAZGOS QUIRURGICOS

LOCALIZACION DE LOS MIOMAS	NUMERO DE PACIENTES	%
Intramurales	14	48.2
Subserosos	7	24.1
Submucosos	2	6.8
Intraligamentarios	2	6.8

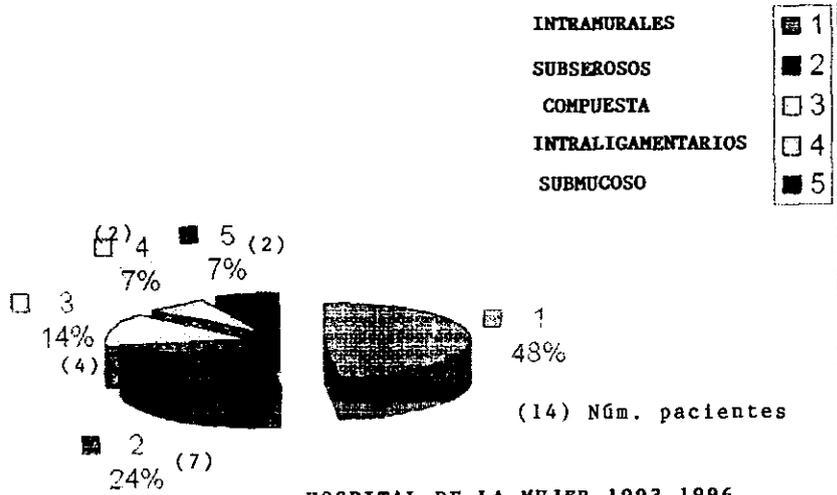
En cuatro pacientes se reportaron localizaciones compuestas intramurales y subserosas.

En relación al tamaño de los miomas reportados, se clasifico de acuerdo a Rosenfield con los siguientes hallazgos Cuadro V.

ESTA TESIS NO DEBE  
 SALIR DE LA BIBLIOTECA

PACIENTES CON MIOMATOSIS UTERINA SINTOMATICA.

GRAFICA V HALLAZGOS QUIRURGICOS LOCALIZACION



CUADRO V

CLASIFICACION DE LOS MIOMAS POR TAMAÑO

Pequeños elementos	6	20.6%	-5 Cms.
Medianos elementos	13	44.8%	de 5 a 10 cms.
Grandes elementos	4	13.7%	+ 10cms.

En seis pacientes, 20.6% se encontraron una combinacion de miomas de diversos tamaños.

Otros hallazgos reportados fueron adherencias en el 6.8% de los casos, endometriosis en el 6.8%. En una paciente además de miomectomía se realizó ooforectomía por un teratoma maduro.

El promedio de sangrado reportado fue de 488 ml. con un rango de 70 a 2000ml. se reporto la realización de una histerectomía por la presentación de miomatosis intraligamentaria con amplia zona de necrosis.

Las complicaciones posquirúrgicas se presentaron en una sola paciente con una evolución de abdomen agudo a las 8 hrs posteriores a la cirugía. por lo que se realizó laparotomía exploradora e histerectomía total abdominal encontrando un hemoperitoneo de 1500cc. Otros síntomas indeseables reportados durante el posquirúrgico fueron náuseas y vómito en el 6.8% de las pacientes.

En el 82.7% de las pacientes se reportó una evolución favorable con ausencia de síntomas en el momento de su consulta de control, se reporto en el 10.3% recidivas valoradas por USG.

En relación a su fertilidad posterior a la miomectomía abdominal 13 pacientes 44.8% presentaron embarazo, nueve de ellas 31% tuvieron un embarazo a término con vía de resolución la cesárea. 10.3% presentaron abortos espontáneos del primer trimestre.

#### DISCUSION

La miomectomía para el tratamiento de los miomas uterinos sintomáticos, es un tratamiento alternativo en mujeres que desean conservar su función reproductiva. En nuestra serie se logro el 44.8% de embarazos pero solo el 31% llego a término. En algunos estudios se ha reportado hasta un 59% de embarazos satisfactorios después de la miomectomía, siendo en estos casos sustitutiva de la histerectomía (4,6)

La miomectomía por vía abdominal, da una resolución mayor del 80% en los síntomas vinculados con la miomatosis uterina como son dolor pélvico, compresión pélvica, trastorno menstruales, síntomas urinarios o intestinales. En nuestras pacientes se reporto una evolución satisfactoria después de la miomectomía en el 82.7% acorde con lo señalado en otros estudios (8,12).

Se considera a la miomatosis uterina como factor contribuyente a la esterilidad y perdida gestacional hasta en un 10%, nuestros resultados reportan 27.5% de pacientes con esterilidad y 6.6 con infertilidad (4,6)

En relación a su fertilidad posterior a la miomectomía abdominal 13 pacientes 44.8% presentaron embarazo, nueve de ellas 31% tuvieron un embarazo a término con vía de resolución la cesárea. 10.3% presentaron abortos espontáneos del primer trimestre.

#### DISCUSION

La miomectomía para el tratamiento de los miomas uterinos sintomáticos, es un tratamiento alternativo en mujeres que desean conservar su función reproductiva. En nuestra serie se logro el 44.8% de embarazos pero solo el 31% llevo a término. En algunos estudios se ha reportado hasta un 59% de embarazos satisfactorios después de la miomectomía, siendo en estos casos sustitutiva de la histerectomía (4,6)

La miomectomía por vía abdominal, da una resolución mayor del 80% en los síntomas vinculados con la miomatosis uterina como son dolor pélvico, compresión pélvica, trastorno menstruales, síntomas urinarios o intestinales. En nuestras pacientes se reporto una evolución satisfactoria después de la miomectomía en el 82.7% acorde con lo señalado en otros estudios (8,12).

Se considera a la miomatosis uterina como factor contribuyente a la esterilidad y perdida gestacional hasta en un 10%, nuestros resultados reportan 27.5% de pacientes con esterilidad y 6.6 con infertilidad (4,6)

La intensidad de los síntomas experimentados depende del número, tamaño y localización de los tumores, debido al tamaño de ciertos miomas puede ser difícil la valoración de tumores ováricos durante la exploración pélvica, en nuestro estudio se presentó un caso de teratoma que no había sido reportado en el ultrasonograma, realizándose ooforectomía (5,10)

Los síntomas más frecuentes reportados fueron los trastornos menstruales y esto es con frecuencia el resultado de distorsión de la cavidad endometrial o la compresión de los plexos venosos del endometrio o miometrio adyacente (7,8)

Los miomas conllevan un riesgo mayor de aborto espontáneo y de pérdidas recurrentes que pueden estar en relación con una mayor irritabilidad y contractilidad uterina ya sea por crecimiento rápido o por degeneración de los miomas que pueden afectar el curso de la gestación, el antecedente de aborto se presentó en el 27.5% de nuestras pacientes (4)

El tratamiento médico con análogos de GnRH brindan algunos beneficios, como la disminución de la pérdida sanguínea transoperatoria y disminución del tamaño de los miomas. En nuestra serie estudiada solo una paciente recibió tratamiento médico pero no existió alguna modificación clínica relevante. (7,8)

Se reportan en los hallazgos al mioma único en el 51.7% de los casos, siendo la localización intramural la más frecuente, respecto al tamaño el mioma de medianos elementos es el más común 44.8%, lo cual es acorde con hallazgos en otras series (12)

La complicación más frecuente es el sangrado y como consecuencia en algunos casos la realización de una histerectomía que se reporta en la bibliografía del 16 al 32%. En nuestro estudio se realizaron dos histerectomías pero solo una fue por sangrado que se presentó el posquirúrgico después de 8 hrs de evolución. La mayor parte de las histerectomías transoperatorias se deben a hemorragia no controlable, sin embargo en nuestra serie se reporta la realización de una histerectomía por miomatosis de localización intraligamentaria con degeneración y zonas amplias de necrosis. Haward y Blanchette también reportan en una serie 69 miomectomías, la realización de una histerectomía debido a una miomatosis extensa, que no permitía la ejecución de una miomectomía meticulosa ni preservaba el potencial reproductivo.

La tasa de recidivas son variables se reportan hasta el 25% en miomectomías múltiples en nuestras pacientes se presentó en el 10.3%.

#### CONCLUSIONES

La miomectomía resulto un procedimiento adecuado para el tratamiento de la miomatosis uterina sintomática con una evolución favorable en más del 80% de los casos estudiados.

La miomectomía por vía abdominal ofrece una exposición adecuada para la excisión de grandes miomas con la posibilidad de una reconstrucción de la anatomía pélvica con un potencial de fecundidad óptimo.

Es común la localización transmural y la miomatosis de medianos elementos cuando esta es sintomática.

La complicación más frecuente es el sangrado y como consecuencia en algunos casos la realización de una histerectomía que se reporta en la bibliografía del 16 al 32%. En nuestro estudio se realizaron dos histerectomías pero solo una fue por sangrado que se presentó el posquirúrgico después de 8 hrs de evolución. La mayor parte de las histerectomías transoperatorias se deben a hemorragia no controlable, sin embargo en nuestra serie se reporta la realización de una histerectomía por miomatosis de localización intraligamentaria con degeneración y zonas amplias de necrosis. Haward y Blanchette también reportan en una serie 69 miomectomías, la realización de una histerectomía debido a una miomatosis extensa, que no permitía la ejecución de una miomectomía meticulosa ni preservaba el potencial reproductivo.

La tasa de recidivas son variables se reportan hasta el 25% en miomectomías múltiples en nuestras pacientes se presentó en el 10.3%.

#### CONCLUSIONES

La miomectomía resulto un procedimiento adecuado para el tratamiento de la miomatosis uterina sintomática con una evolución favorable en más del 80% de los casos estudiados.

La miomectomía por vía abdominal ofrece una exposición adecuada para la excisión de grandes miomas con la posibilidad de una reconstrucción de la anatomía pélvica con un potencial de fecundidad óptimo.

Es común la localización transmural y la miomatosis de medianos elementos cuando esta es sintomática.

El método de imagen más adecuado para complementar el diagnóstico clínico es la ultrasonografía y en casos menos frecuentes la histerosalpingografía.

La sintomatología experimentada por las pacientes esta en relación directa con el tamaño, número y localización de los tumores.

Las complicaciones por miomectomía son comparables a otras cirugías, siendo la principal el sangrado que en raras ocasiones hace necesario la histerectomía

Las recidivas se presentan frecuentemente en las miomatosis múltiples 10.3%.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ación P, Quereda F: Abdominal myomectomy: result of a simple operative technique, Fertility and Sterility 1996; 65:41
- 2.-Burton CA, Grimes DA, March CM: Surgical management of leiomyomata during pregnancy. Obstet Gynecol 1989;74:707
- 3.-Buttram VC, Reiter RC: Uterine leiomyomata; Etiology Symptomatology and Management. Fertility and Sterility 1981;36:433
- 4.-Chung KT, Chan YM, Stock IA: myomectomy in the treatment of postpartum haemorrhage. British Journal of Obstetrics and Gynecology. 1994;101:73
- 5.- Exacoustos C, Rosati P: Ultrasound Diagnosis of Uterine Myomas and complication in Pregnancy. Obstet and Gynecol 1993;82:97
- 6.-García CR: Management of symptomatic fibroid in women older than 40 years of age. Hysterectomy or myomectomy? Obstetrics and Gynecology Clinics of North America 1993;20(2):337
- 7.-Hutchins FL, Greenberg MD: Miomatosis Uterina Clínicas de Ginecología y Obstetricia Temas Actuales 1995;4:721
- 8.- Inverson RE, Chelmos D: Relative Morbidity of Abdominal Hysterectomy and myomectomy for Management of Uterine Leiomyomas. Obstet and Gynecol 1996;88:415
- 9.- Kabli AA, Anaya CH: Miomectomia abdominal y fertilidad subsecuente. Ginecología y obstetricia de México 1990;58:274

- 10.-Koutsiller M, Michaud J: Preferential mitogenic activity for fibroblast - like cells can be extracted from uterine leiomyoma tissues. Am J. Obstet and Gynecol 1990;163:1665
- 11.- Langer R, Golan A: The effect of large uterine fibroids on urinary bladder function and symptoms. Am J Obstet and Gynecol 1990;163(4):1139
- 12.- Ramos AA, Arredondo CM, Leiomiomatosis uterina informe de 77 casos. Ginecología y Obstetricia de México 1990;58:138
- 13.-Rauk NP, Surti U: Mitogenic effect of basic fibroblast growth factor and estradiol on cultured human myometrial and leiomyoma cell. Am J Obstet and Gynecol 1995;173:571
- 14.-Rosenfeld DL: Abdominal myomectomy for other wise unexplained infertility. Fertility and Sterility 1986;46:328
- 15.-Tena AG, Torres del TB: Miomectomía histeroscópica; Manejo Médico Quirúrgico. Presentación de un caso. Ginecología y Obstetricia de México 1995;63:381
- 16.-Tulandi T, Murray C, Guralnick M: Adhesion formation and reproductive outcome. After Myomectomy and Second - Look Laparoscopy. Obstet and Gynecol 1993;82(2):213
- 17.-Wallach EE: Myomectomy. In Thompson JD, Rock JA, eds TeLinde's operative gynecology 7th ed. 1992;79:481