

# Entendiendo la Miomatosis uterina

Volumen 1, nº 3

JUNIO 2021

## Puntos de interés especial:

- Los miomas se forman a partir del propio tejido uterino.
- Las hormonas (estrógenos), favorece su crecimiento.
- Los síntomas que producen, no están tanto en función de su tamaño, sino de su localización.
- En ocasiones pueden ser un obstáculo para la fertilidad.

## Contenido:

- ¿Qué son los miomas uterinos? 1
- ¿Porqué crecen los miomas? 1
- ¿Existen alternativas a la cirugía? 2
- ¿Cuáles son las opciones de tratamiento? 2
- Otras opciones 2
- No toda hemorragia es igual a miomas. 3

## ¿Qué son los miomas uterinos?

Los miomas uterinos, también conocidos como leio-miomas o “fibromas”, son tumores sólidos que afectan al cuerpo uterino, (matriz). Constituyen la tumoración benigna más frecuente en la especie humana, pueden encontrarse hasta en el 30% de las mujeres, es decir: En tres de cada 10 mujeres entre los 30 y los 50 años de edad. Es relevante mencionar que dos terceras partes de esas mujeres nunca lo sabrán, ya que los miomas presentan sintomatología sólo en el 30% de las ocasiones; el resto (70%) son asintomáticos, es decir que no presentan manifestaciones. Estas tumoraciones habitualmente se presentan entre la cuarta y quinta décadas de la vida, aunque en ocasiones pueden presentarse en edades más tempranas. Se diferencian de los “quistes” ya que éstos últimos son tumoraciones llenas de líquido, en cambio los miomas cómo ya se ha mencionado son tumoraciones sólidas. Esta

solidez se debe, a que los miomas se forman del mismo músculo que constituye al útero. Característicamente presentan una forma “arremolinada”, son duros y de aspecto blanco-grisáceo. Cuando llegan a presentar sintomatología, dichas manifestaciones no son dadas tanto por su tamaño, sino por su localización, es decir: En ocasiones “crecen hacia afuera del útero, pudiendo llegar a alcanzar tamaños bastante considerables antes de dar manifestaciones clínicas. En otros casos crecen únicamente dentro del espesor de las paredes uterinas, llegando a tener tamaño moderado, lo que puede condicionar inflamación abdominal persistente e incremento del sangrado, frecuentemente acompañado de coágulos. Finalmente, existen los miomas que tienden a crecer hacia adentro de la cavidad uterina, lo que suele condicionar hemorragias profusas desde el inicio, aún cuando



Imagen que muestra la presencia de miomas que crecieron predominantemente hacia el interior del útero.

do dichos tumores sean muy pequeños, lo que habitualmente “obliga” a las pacientes a buscar atención temprana.

## ¿Porqué crecen los miomas?

Anteriormente se pensaba que el crecimiento de los miomas estaba determinado por la presencia de “altos niveles hormonales” (estrógenos y progesterona); lo cual esta condicionado por factores hereditarios. Actualmente se sabe que los miomas se desarrollan en pacientes con “altos, medios y aún con bajos niveles hormonales”. Lo

que parece suceder, es que las hormonas, (en este caso los estrógenos y progestágenos) no actúan libremente en cualquier parte del organismo, sino únicamente en los tejidos en donde existen “receptores” para ellos. Por ello es que las hormonas circulan libremente por el torrente sanguíneo, pero solo ejercen su acción en determina-

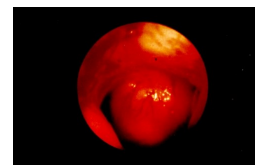
dos sitios, como si supieran exactamente en donde actuar. En las pacientes con la predisposición para la formación de miomas, los receptores para estas hormonas se encuentran sumamente incrementados en número, lo que condiciona que se dé una respuesta exagerada del tejido uterino a su acción, formándose así los miomas.

## ¿Existen alternativas a la cirugía?

En la década de los 80's se incorporó al arsenal clínico un nuevo grupo de medicamentos llamados "análogos de la GnRH". Dichos medicamentos entre otras acciones, provocan una disminución muy importante en la síntesis de los estrógenos y progesterona, (que cómo ya se ha mencionado son quienes estimulan el crecimiento de los miomas en personas susceptibles). Sin embargo los resultados de estudios clínicos llevados a cabo en nuestro país, mostraron lo siguiente: 1) hubo reducción de los miomas en el 60% de las pacientes que fueron sometidas a los análogos de la GnRH durante seis meses. 2) Dicha re-

ducción en promedio fue de un 40% del volumen inicial. 3) Al suspender el tratamiento, (al cabo de los seis meses), los miomas previamente reducidos, volvieron a crecer a su tamaño original o más aún. Además el procedimiento quirúrgico posteriormente realizado vio incrementada su dificultad técnica. El tratamiento con análogos de la GnRH no debe prolongarse más allá de los tres a cuatro meses por los efectos secundarios que pueden causar, (principalmente osteoporosis). La única indicación coherente para la utilización de los análogos de la GnRH es cuando se pretende reducir un poco el

tamaño de los miomas que crecen hacia el interior del útero, para posteriormente realizar una cirugía mínimamente invasiva conocida como histeroscopia, que consiste en introducir a través de la vagina y el cuello uterino un instrumento óptico, que permite extirpar los miomas intracavitarios sin necesidad de abrir el abdomen, En 2016 apareció el fármaco llamado acetato de ulipristal, (Esmya) que tiene indicaciones similares y su modo de actuar es modulando los receptores para la progesterona, sin embargo estudios recientes lo han relacionado como causante de insuficiencia hepática.



**Mioma intracavitario visto a través de un instrumento llamado "histeroscópio", que se introduce por vía vaginal sin necesidad de realizar incisiones.**

## ¿Cuáles son las opciones de tratamiento?

Cómo ya se mencionó el 70% de los miomas no presentan síntomas; por ello el simple hecho de encontrarlos no implica que se tengan que tratar, en la mayoría de las ocasiones simplemente hay que mantenerlos en vigilancia. Ahora bien, cuando los miomas originan hemorragia o molestias, hay que individualizar el tratamiento para cada caso en particular, tomando en cuenta varios aspectos: La edad de la paciente, la gravedad del sangrado, la

severidad de los síntomas, el deseo de embarazo y la complejidad de la patología que se padezca. En el caso de que se busque la preservación del útero, se puede efectuar únicamente la remoción de los miomas mediante un procedimiento llamado "miomectomía", en el cual lo único que se quita son los tumores. Sin embargo vale la pena mencionar que se extirpa el mioma, pero lo que no puede "extirparse" es la predisposición hereditaria que

se tiene para continuar formándose. Por ello las cirugías conservadoras como la miomectomía, se plantean solo en el caso de que se deseé un embarazo en corto o mediano plazo, ya que los miomas pueden volver a desarrollarse. Cuando conservar la matriz no es una prioridad, se realiza la remoción completa del útero, que se conoce como "histerectomía", con lo cual aunque los ovarios continúan trabajando, la menstruación y las hemorragias ya no se presentarán más.

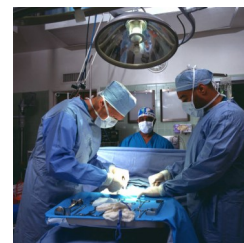
**"No todo procedimiento quirúrgico implica forzosamente la remoción del útero"**

## Otras opciones

En algunas ocasiones, cómo por ejemplo en la cercanía de la menopausia (a partir de los 46 años), se puede intentar un tratamiento farmacológico "paliativo" (es decir un tratamiento que controle los sangrados y la inflamación), con la finalidad de dar tiempo a que las hormonas vayan disminuyendo conforme avanza el climaterio, ya que como se ha mencionado reiteradamente, los miomas son estimulados en su crecimiento por estas hor-

monas y una vez que comienzan a disminuir, los miomas dejan de crecer y pueden presentar cierto proceso "involutivo", lo que suele ser muy benéfico, ya que los síntomas disminuyen. Estos "tratamientos conservadores" habitualmente se implementan con diferentes fármacos que van encaminados a disminuir hemorragia e inflamación y deben ser evaluados para cada caso en particular. Cuando a pesar del tratamiento médico,

la hemorragia regresa o se incrementa, vale la pena considerar otro tipo de opción terapéutica, ya que una hemorragia continua puede traer como consecuencia un síndrome anémico y poner en peligro la estabilidad y la salud de la paciente. Es entonces cuando deben considerarse las diferentes opciones quirúrgicas de que se dispone, para elegir la más adecuada para cada paciente en particular.



**Cuando el tratamiento farmacológico no ha funcionado, se hace necesario considerar alguna de las diferentes opciones quirúrgicas.**



DR. RUBEN TLAPANCO BARBA  
GINECO OBSTETRA • PERINATOLOGO • BIOLOGIA DE LA REPRODUCCION

Hospital Angeles Pedregal  
Camino a Santa Teresa N° 1055,  
Centro de Especialidades  
Quirúrgicas, Consultorio 482  
Héroes de Padierna, México,  
10700, D.F.

Teléfonos: 5568-3777, 5135-4956  
5449-5500 Ext. 4482

Correo: drtlapanco@femsalud.com  
Sitio Web: femsalud.com

Cédulas Profesionales y Registros:  
Médico Cirujano: 831062  
SSA.: 103840  
Ginecología y Obstetricia:  
AEIE 02279, CMGO-433  
Perinatología Obstétrica: 3270833  
Biología de la Reproducción  
Humana: CMGO-006



## Resumen curricular y puestos desempeñados

Gineco-obstetra con sub-especialidades en Perinatología obstétrica, (embarazo de alto riesgo) y Biología de la Reproducción Humana, egresado del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE.

Presidente y socio Titular Emérito de la Asociación Mexicana de Medicina de la Reproducción, A.C.

Secretario General de la Federación Latino Americana de Sociedades de Esterilidad y Fertilidad.

Tesorero y Colegiado Titular Emérito del Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, A.C.

Miembro del Cuerpo de Gobierno y Tesorero del Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia, A.C.

Miembro del Comité de Biología de la Reproducción del Consejo Mexicano de Ginecología y obstetricia, A.C.

Profesor Asociado del Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia, A.C.

Tesorero de la Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología, A.C.

Jefe del Departamento de Infertilidad del Instituto Nacional de Perinatología.

Subdirector de Gineco obstetricia del Instituto Nacional de Perinatología.

Director Médico del Instituto Nacional de Perinatología.

Profesor Titular de la Especialidad de Ginecología y Obstetricia por la Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto Nacional de Perinatología, U.N.A.M.

Profesor Adjunto de la Especialidad de Biología de la Reproducción por la Universidad Nacional Autónoma de México.

Profesor Titular del Diplomado en Infertilidad por la Universidad Nacional Autónoma de México.

Editor del Boletín de la Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, A.C. y del Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia, A.C.

Miembro del Comité Editorial de la Revista Ginecología y Obstetricia de México.

Fellow del American College of Obstetricians and Gynecologists.

Membership de la American Society for Reproductive Medicine.

Miembro de la Sociedad Médica del Hospital Angeles del Pedregal.

## No todas las hemorragias uterinas corresponden a miomas...

Existen otras enfermedades que pueden producir hemorragia uterina anormal. Se define como "hemorragia uterina anormal" al sangrado que no guarda correspondencia con la periodicidad, duración y cuantía de la menstruación. Dichos sangrados anormales pueden ser debidos fundamentalmente a tres cosas: 1) Alteraciones anatómicas, como la presencia de miomas, pólipos, hiperplasias del endometrio, úlceras cervicales, quistes ováricos, etc. 2) Alteraciones hormonales, es decir, casos en los que hay una hemorragia anormal, pero no se logra evidenciar una alteración estructural que la origine y la causa puede ser debida a una regulación hormonal inadecuada. 3) Trastornos de coagulación u otras patologías. Cuando se presenta una hemorragia uterina anormal, la labor del

ginecólogo será determinar si existe alguna alteración anatómica que la esté condicionando y solo cuando esta se haya excluido, deberá sospecharse una alteración de tipo hormonal. Para realizar un estudio



Ultrasonido contrastado con la instilación de líquido llamado "Sonohisterografía", en el que se aprecia un pólipo al interior del útero.

líquido) y en ocasiones de otros procedimientos como la "histeroscopia" que como ya se ha dicho consiste en la introducción a través de la vagina y el cuello del útero, de un instrumento óptico que nos permite visualizar y extirpar muchas de las alteraciones que pueden ser las responsables de la hemorragia uterina anormal.

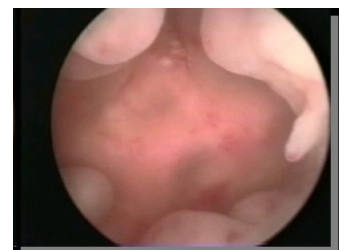


Imagen obtenida mediante "histeroscopia" en la que se aprecian una cantidad importante de pólipos intrauterinos.

completo en muchas ocasiones nos valemos del ultrasonido (ya sea simple o contrastado con