

marzo - abril 2008

# BODAS™

año 13, edición 45

11  
años

## EDICIÓN DE COLECCIÓN

SUPLEMENTO PASO A PASO • CD MULTIMEDIA

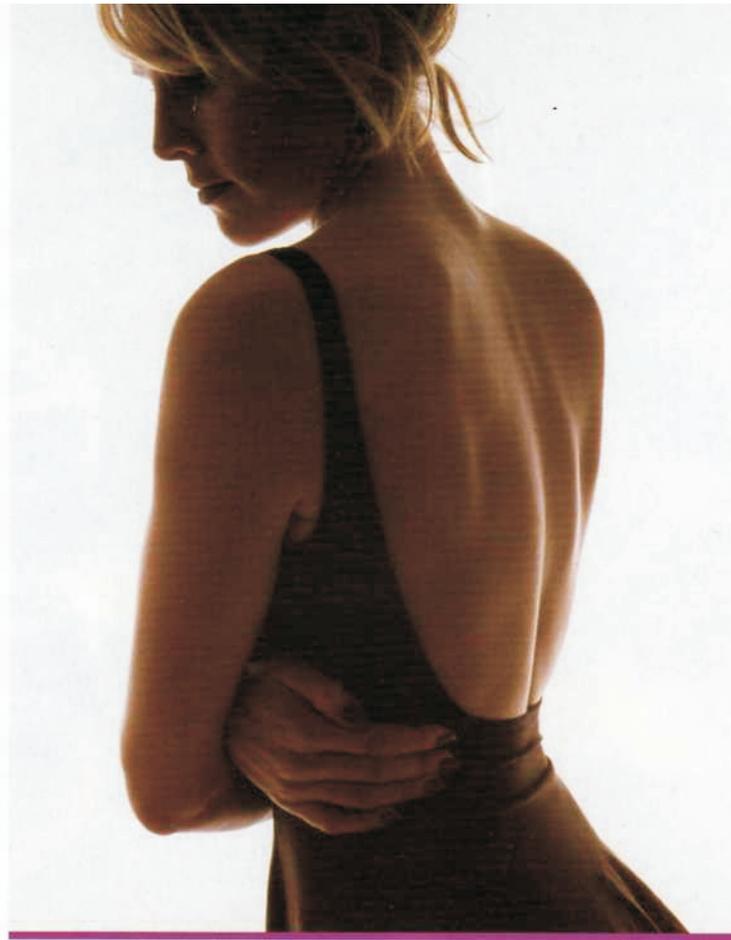
MODA - NOVIOS EN LA FORTALEZA

INDIGO  
PUBLICACIONES



PERU S/. 18.00  
ECUADOR US\$ 6.50  
www.revistabodas.com

717506991342761



## Miomatosis Uterina e Infertilidad

Los leiomiomas uterinos (fibromas) son los tumores más comunes encontrados en la mujer. Su ocurrencia se incrementa con la edad; y se encuentran presentes entre un 20% a 50% de las mujeres mayores de 30 años de edad. Las manifestaciones clínicas de estos tumores benignos son variables y la mayoría de ellos son asintomáticos. La sintomatología y su severidad dependen del tamaño, posición y cantidad. El Doctor Luis Bernuy, Ginecólogo especialista en Reproducción Humana, nos amplía el panorama acerca de los miomas y sus consecuencias.

■ por dr. luis bernuy Chávez  
instituto de ginecología y reproducción  
lbernuy\_7@hotmail.com  
t: 436-1574 / c: 9875-3941

La influencia de los fibromas uterinos en reproducción se manifiesta en varias vías. Los fibromas uterinos, especialmente los de tipo submucoso, están asociados con un aumento de riesgo de aborto espontáneo, parto pre-término, presentaciones anormales durante el trabajo de parto, obstrucción del canal cervical, hemorragia posparto, sepsis puerperal. Sin embargo, el efecto de su presencia en la fertilidad es aún objeto de controversia.

Estos tumores están presentes tanto en mujeres fértiles como en infértiles. Sin embargo, un número significativo (43%) de mujeres embarazadas con fibromas tienen historia de infertilidad antes del embarazo.

Esta revisión se enfocará en el papel de los tumores en el comportamiento reproductivo de la mujer y la justificación de realizar miomectomía en el momento que la mujer desee fertilidad.

### Patogénesis

Los fibromas son tumores benignos compuestos de fibras musculares lisas. Townsen y Cols en 1970, demostró usando la isoenzima 6-glucosa fosfato deshidrogenasa, que cada una de las células dentro del leiomioma se origina de una sola célula miometrial. Estudios citogenéticos también sugieren que la transformación y crecimiento neoplásico de un mioma es el resultado de arreglos cromosómicos en células del miometrio.

Las diferentes tasas de crecimiento son el resultado de distintas anomalías citogenéticas dentro de cada leiomioma. La mayoría de estos tumores tienen un cariotipo normal, mientras múltiples miomas dentro del mismo útero no tienen relación citogenética y por tanto cada uno se origina independientemente.

### Clasificación de los leiomiomas

Los diferentes leiomiomas pueden afectar el resultado reproductivo en diferente extensión, y los resultados de las intervenciones quirúrgicas para cada tipo pueden variar. Los leiomiomas se pueden clasificar en submucosos, intramurales, o subserosos. Desafortunadamente no hay consenso en la literatura acerca de cómo definir estas categorías.

La clasificación sugerida para los leiomiomas de acuerdo a su localización en el útero es la siguiente:

- **Submucoso.** Un leiomioma submucoso es aquel que distorsiona la cavidad uterina.
- **Intramural (intersticial).** Un leiomioma que no distorsiona la cavidad uterina y menos de un 50% de él sobresale en la superficie serosa del útero.
- **Subseroso.** Un leiomioma es considerado subseroso si más del 50% del leiomioma sobresale de la superficie serosa del útero. El leiomioma subseroso puede ser sésil o pedunculado.

### Leiomiomas e Infertilidad

El papel de los leiomiomas como causa posible de infertilidad ha sido objeto de un debate considerable.

Punto Celeste



El detalle para  
un día inolvidable

Calle Los Geranios 258, Lince

Telf.: 222 5557 / 222 5558

[www.puntoceleste.com.pe](http://www.puntoceleste.com.pe)

Mientras muchas mujeres se embarazan fácilmente, otras tienen problema para ello. La localización anatómica de los leiomiomas es altamente relevante en cuanto a la posibilidad de producir infertilidad; en orden decreciente sería: submucoso, intramural y subseroso.

Varios mecanismos se han propuesto para explicar los posibles efectos adversos de los leiomiomas en infertilidad:

- Distorsión de la cavidad endometrial.
- Aumento de la distancia en el viaje de espermatozoides para alcanzar las trompas uterinas.
- Obstrucción del ostium tubárico.
- Alteración en transporte de los gametos.
- El aumento del tamaño y contorno del útero puede alterar la implantación.
- Alteración en el suministro sanguíneo al endometrio, afectando así la nidación.
- Interferencia con la función de la unión uterotubárica, comprometiendo flujo sanguíneo, o causando irritabilidad endometrial.

Los leiomiomas, según The American Fertility Society Guideline for Practice, pueden estar asociados en un 5% a 10% de casos de infertilidad, pero los leiomiomas como factor único solamente están presentes en un 2% a 3% de los casos de infertilidad.

#### Leiomiomas y su resultado reproductivo

- Se ha observado que aproximadamente de 1% a 4% de los embarazos están asociados con leiomiomas. En general, el 80% de leiomiomas uterinos presentes durante el embarazo permanecen del mismo tamaño, o se vuelven más pequeños durante el curso del embarazo.
- Los leiomiomas pueden producir complicaciones diversas durante el embarazo. La primera de ellas son los abortos. La tasa de abortos espontáneos es alta si la implantación ocurre sobre un mioma submucoso. Los leiomiomas próximos a la placenta están asociados a sangrados tempranos y abortos espontáneos.
- La localización de leiomioma con relación a la placenta parece ser más importante que su tamaño. Los miomas intramurales o subserosos menores de 3 cm son considerados a menudo de poca significación clínica.

#### Impacto de los leiomiomas en fertilización asistida

De la información disponible hasta el momento se concluye que a pacientes con miomas submucosos o intra murales, se les deben retirar antes de la FIV, mientras que aquellos con miomas subserosos pueden estar tranquilos que es improbable que estos tengan un efecto adverso en la tabla de implantación y de nacimientos. Los miomas mayores de 5 cm se deben considerar individualmente, teniendo en cuenta la historia reproductiva, por ejemplo número de abortos.

#### Tratamiento:

##### Miomectomía por Laparotomía

La miomectomía por laparotomía debe ser la ruta de elección cuando se tiene un mioma subseroso o intramural mayor de 7 centímetros, cuando se tiene que remover múltiples miomas mayores de 5 centímetros y cuando se supone que se va a entrar a la cavidad uterina. La tasa de embarazo reportada después de miomectomía en varios estudios retrospectivos, está entre 50% y 68%, con una tasa de aborto espontáneo del 6% al 40%, y una tasa de nacimientos del 57% al 93%, calculada como porcentaje del número total de embarazos.

La operación cesárea fue el modo de nacimiento en cerca del 50% de las mujeres después de miomectomía (86/177). En dos amplias revisiones realizadas por Verkauf y más recientemente por Vercollini, estos sugieren que más del 50% de las pacientes con infertilidad o abortos espontáneos conciben después de miomectomía. El corto intervalo entre la cirugía y la concepción sugiere que la miomectomía tiene un importante valor en el tratamiento de pacientes con fibromas sin ninguna otra causa de infertilidad inexplicada.

##### Miomectomía por histeroscopia

Neuwirth y Amin (1976) fueron los primeros en sugerir que la miomectomía histeroscópica era el tratamiento de elección de los miomas submucosos. Los miomas submucosos son responsables del 5% de todos los fibromas, aunque en grupos seleccionados puede ser tan alto como 18%.

Comparada con la miomectomía abierta, la miomectomía histeroscópica está asociada a una menor incidencia de operación cesárea, ya que no hay escisión de la pared uterina. Se evitan la formación de adherencias pélvicas, las cuales son de ocurrencia común durante la miomectomía abierta. Los resultados totales, incluyendo las tasas de embarazo (55%) y tasas de nacimientos (80%) son muy similares a aquellos obtenidos de miomectomía por laparotomía. Se encontró una tasa significativamente alta de embarazo y de nacimientos

cuando se resecan fibromas mayores de 2 centímetros comparados con mujeres a quienes se les resecan fibromas menores de 2 centímetros en mujeres con cavidad uterina normal.

Además, se observó que el tiempo para alcanzar la concepción después de la cirugía, fue mucho menor en mujeres con grandes fibromas. No se encontró diferencia en las tasas de aborto espontáneo después de tratamiento en esos dos grupos.

Estos autores sugieren que es preferible una miomectomía abierta a una resección histeroscópica cuando se tiene que remover un fibroma submucoso con predominio intramural. La miomectomía histeroscópica es procedimiento, efectivo y relativamente simple para restaurar la fertilidad. No obstante fibromas submucosos mayores de 5 centímetros, puede no ser conveniente manejarlos quirúrgicamente por histeroscopia. Si se considera la cirugía histeroscópica en esta situación, es esencial tener a la mano control laparoscópico y un cirujano histeroscopista muy experimentado.

#### Miomectomía Laparoscópica

En el momento actual es posible realizar miomectomía laparoscópica de miomas subserosos o intramurales. Nezhat y Wallach han sugerido que el manejo laparoscópico es apropiado para miomas pedunculados o subserosos, pero también anotaron que la remoción de miomas pedunculados subserosos asintomáticos puede no estar justificado ya que ellos no necesariamente pueden ser causa de infertilidad o aborto recurrente.

El cierre adecuado del miometrio es indispensable para evitar el riesgo de ruptura uterina en un futuro embarazo. La miomectomía laparoscópica de miomas intramurales requiere de un cirujano laparoscopista muy experimentado, si esto no es

posible lo mejor es hacer la remoción de estos por laparotomía. Una técnica intermedia es realizar la remoción de los miomas por laparoscopia, y posteriormente hacer la extracción de estos mediante una micro laparotomía, y luego hacer el cierre de la incisión del miometrio utilizando la técnica microquirúrgica para evitar posteriormente la formación de adherencias post-cirugía.

El resultado reproductivo después de la miomectomía laparoscópica ha sido examinado en seis estudios. Las tasas de embarazo y nacimiento (47% y 76% respectivamente) son comparables a aquellas obtenidas después de miomectomía abierta o por histeroscopia. Una vez nuevamente, la mayoría (más del 80%) de las mujeres se embarazan durante el primer año después de la miomectomía.

Es importante realizar una evaluación cuidadosa de los riesgos y beneficios de la cirugía, antes de ofrecer cualquier procedimiento al paciente. Una valoración apropiada del paciente es indispensable. Se debe realizar un estudio de los problemas de infertilidad o de los abortos recurrentes antes de realizar cualquier cirugía.

La historia clínica reproductiva detallada se debe complementar con estudios ecográficos, laparoscopia, histeroscopia y/o histerosalpingograma. Esto ayudará a determinar el tamaño, número y localización de los miomas, con el fin de terminar la opción de manejo correcta, incluyendo la selección quirúrgica.

La mujer con infertilidad o una historia obstétrica pobre, a menudo considera medidas temerarias que puedan mejorar su resultado reproductivo. Las mujeres deben ser asesoradas a fondo y estar completamente informadas de las diferentes opciones terapéuticas.

El médico debe ser capaz de discutir las tasas de éxito esperadas, así como las posibles complicaciones.



“Solo para novias exigentes”

Av. El Golf Los Incas # 338  
Surco (Frente a C.C. La Fontana)  
Telfs: 436 4530 / 816\*3189  
mariferentacar@hotmail.com  
www.mariferentacar.com.pe