

MIOMECTOMIAS¹

Por

Dr. Oscar Robert Aguilar*

Dr. Otto Valverde Acosta**

Dr. Arnaldo Foumier Solano***

INTRODUCCION

En vista de los pocos estudios que se han presentado en nuestro medio sobre este tema y por ser una de las afecciones más frecuentes en la patología ginecológica, tratamos de revisar la conducta conservadora en el tratamiento de dichos tumores, haciendo un estudio basado en los archivos del Instituto Materno Infantil Carit así como de la literatura reciente sobre este tópico.

Hablar del mioma uterino es una tarea difícil, por ser un tema tratado ampliamente en muchos países, por tratarse de la patología tumoral benigna más frecuente de la mujer y de cuya etiología todavía no se sabe mucho.

Hasta 1920, la cirugía del mioma era poco practicada por su gran mortalidad. Luego, con el advenimiento de la radioterapia se desechó casi el tratamiento quirúrgico sustituyéndolo por ésta, pero debido a los malos resultados y a partir de la publicación hecha por William Mayo en 1927, sobre 900 miomectomías, volvió a tener auge el tratamiento quirúrgico y fue creciendo hasta el año 1946 en que hay innumerables publicaciones de pioneros de la cirugía conservadora como Rubin, Martius, Víctor Bonny y Cotte.

Posteriormente, viene una nueva época con el resurgimiento de las nuevas técnicas de radioterapia y en los años de 1940 a 1945 aparecen muchas publicaciones tratando los miomas por este procedimiento.

¹ Trabajo presentado en el XXXVI Congreso Médico Nacional.

* Jefe de Clínica Servicio Ginecológico I.M.I.C. Profesor Adjunto, Cátedra de Ginecología U. de C. R.

** Asistente del Servicio de Ginecología I.M.I.C. Docente Cátedra de Ginecología, U. de C. R.

*** Residente del Servicio de Ginecología, C.C.S.S.

Desde 1945 se inicia la era del tratamiento quirúrgico del mioma por los cirujanos generales, grandes técnicos operadores, quienes casi en su totalidad siguen la conducta radical de la histerectomía.

MATERIAL Y METODOS

Al revisar los expedientes clasificados como miomectomías, en los archivos del Servicio de Ginecología del Instituto Materno Infantil Carit, en los años de 1960 a 1966 inclusive, tomando como datos principales la indicación de la operación, edad, paridad, técnica operatoria y porvenir obstétrico de la miomectomizada, se estructuraron las siguientes gráficas:

MIOMECTOMIAS

Total de casos:	26
-----------------	----

EDAD

Edad mínima	19 años
Edad máxima	45 años
Edad promedio	33.4 años

PARIDAD

Múltiparas	15 casos		
Múltiparas	11 casos		
		Virgenes	6 casos
		Infértiles	<u>5 casos</u>
			11 casos

TECNICA OPERATORIA

Vía abdominal	22 casos
Vía vaginal	4 casos

LOCALIZACION DEL MIOMA

Vía abdominal:

Intramural	9 casos
Subserosos	5 casos
Mixtos	4 casos
No descritos	4 casos

Vía vaginal:

Cervical	2 casos
Submucosa pediculado	2 casos

PORVENIR OBSTETRICO

Múltiparas:

total de casos	15	
Casos controlados	10	Total embarazadas 5 (todas a término)
Casos no controlados	5	

De los 10 casos que tuvieron control posterior, en 2 se practicó salpingectomía bilateral al mismo tiempo de la miomectomía.

En otros 3 de estos se practicó histerectomía por recidiva.

Nulíparas-Virgenes:

Total de casos	6	
Casos controlados	3	Total embarazadas 1 (cesárea)
Casos no controlados	3	

De los tres casos controlados, dos pacientes permanecieron solteras.

Nulíparas-Infértiles:

Total de casos	5	
Casos controlados	3	Total embarazadas 3
Casos no controlados	2	

En los casos de embarazo, uno terminó en aborto y dos llegaron a término; de estos uno se resolvió en forma espontánea y otro mediante operación cesárea.

A la conducta propuesta anteriormente agregamos lo expuesto por John M. Brown de la Clínica Mayo, que hace un estudio de las miomectomías practicadas en dicha clínica en los años de 1946 a 1960, y concluye que de 131 casos de miomectomías en 80 hubo embarazos post-miomectomía, con un 63% de partos con fetos vivos y únicamente 9% de abortos; de estos partos fueron por vía vaginal 43, haciendo únicamente 9 cesáreas, las cuales él indica exclusivamente en los casos de que el tumor obstaculice el canal del parto. Manifiesta no haber presen-

tado en ningún caso ruptura uterina, a pesar de que en 10 intervenciones se abrió el endometrio al practicar la miomectomía.

Una conclusión importante del Doctor Brown es la de que el porcentaje más alto de recidiva del mioma y que por tal caso finalizó en histerectomía, fue en los casos en que la intervención conservadora se practicó en mujeres de más de 35 años de edad. Por lo tanto, él es partidario de no hacer miomectomías, salvo en casos muy especiales, en mujeres mayores de 35 años.

CONCLUSIONES

Antes de practicar esta operación, deben tomarse en consideración muchos factores tales como:

Edad
 paridad
 sintomatología
 tamaño del mioma
 su localización en el útero
 complicaciones
 coincidencia con embarazo
 patología orgánica pélvica asociada (hiperplasia glanduloquistica del endometrio, carcinoma endometrio, hidrosalpinx, pio-salpinx, etc.).

También deben agotarse todos los métodos de diagnóstico con que se puede valorar los distintos enunciados.

En los casos de esterilidad, deben investigarse minuciosamente otros factores como causa de ésta, antes de proceder a la miomectomía.

CONDUCTA TERAPEUTICA ANTE EL MIOMA

Para un ginecólogo parece muy fácil tomar una decisión frente a un caso de Mioma, pero si la misma enferma consulta diferentes médicos, uno le dirá que debe operarse, otro que no permita la cirugía, otro le aconsejará tratamiento médico y de entre los que aconsejan cirugía, unos harán cierta clase de operación diferente a la que harían otros. Lo anterior prueba que hoy en día existe una absoluta falta de unidad en el criterio de cómo tratar los miomas uterinos, y es debido también a la batalla entre el cirujano general y el cirujano ginecológico; el primero, con gran habilidad y sin preocuparse mucho del problema médico, es radical ciento por ciento, mientras que el ginecólogo tiene un criterio más conservador debido al convencimiento de la importancia funcional de este órgano, y valora exhaustivamente cada caso en particular para así poder dar a la mujer el mejor provecho con la menor mutilación, sin

olvidar nunca que no hay que ser demasiado conservador y exponerla a las lesiones neoplásicas malignas que tienen frecuentemente asiento en este órgano. Esto se confirma con lo expresado por el Profesor Alfonso Alvarez Bravo, quien dice: "El fin de una miomectomía es conservar un órgano funcional y no una patología".

1.—MUJER DE 20 A 30 AÑOS

Mioma asintomático: observación periódica cada 4 o 6 meses.

Mioma con crecimiento rápido: indicación para miomectomía, evitando la histerectomía, para no privarla del derecho de la maternidad.

Mioma sintomático: recomendamos tratamiento médico, especialmente debido a que la mujer joven con o sin miomas suele tener trastornos menstruales por disendocrinias. Es conveniente en estos casos la terapia hormonal, enfocada principalmente a tratar los ciclos anovulatorios (No usar gestágenos).

Cuando no se puede hacer el diagnóstico exacto de la disendocrinia (imposibilidad de biopsia de endometrio, de estudios de citología funcional o practicar dosificaciones hormonales) se trata de mejorar el síntoma, practicado legrado instrumental y biopsia endometrio si se es factible; si no, proponemos la miomectomía; ésta también la indicamos en los casos de recidiva de la sintomatología después del legrado.

2.—MUJER NULIPARA DE 30 A 40 AÑOS:

Iguales principios que para la mujer de menor edad, con la única excepción de considerar el tamaño; si éste es mayor a una gestación de 4 meses, recomendamos tratamiento quirúrgico con el siguiente plan: si técnicamente es posible, practicar miomectomía; en caso contrario, hacer histerectomía menstruo-conservadora en la mujer que la menstruación es de gran importancia desde el punto de vista síquico. Sin embargo, es conveniencia tratar estos casos con histerectomía abdominal total, si no existe el factor síquico mencionado, siempre conservando los ovarios.

MULTIPARA:

Dependiendo de su sintomatología, se hará legrado biopsia con fines diagnósticos y terapéuticos, y si persiste el síntoma, se hará histerectomía abdominal total, conservando ambos ovarios y trompas, si no hay patología en ellos.

Agotar todo el estudio de esterilidad en la pareja y hacer miomectomía si sólo se encuentra éste como posible causa del factor de esterilidad o infertilidad.

4.—MIOMA Y EMBARAZO:

Conducta conservadora, vigilada muy de cerca debido a la posible degeneración roja factible en el embarazo, la cual se puede determinar principalmente por dolor, crecimiento brusco y aumento en la eritrosedimentación globular. Si esto sucede, tratamiento médico, y si no cede a éste, miomectomía. Siempre se advierte la posibilidad de aborto, de parto prematuro y sangrado post-alumbramiento. Se indicará cesárea sólo en los casos de que el mioma sea causa de distosia. La miomectomía post-parto debe hacerse después de transcurridos como mínimo 4 meses, debido a que en el post-parto los miomas se reducen notablemente de tamaño.

5.—MUJER PRE O POST-MENOPAUSICA:

Cuando clínicamente es conocida, y se sabe que no hay crecimiento rápido ni síntomas, se continúa la observación periódica, se inicia sintomatología, hacer legrado biopsia y si ésta persiste, se practica histerectomía total abdominal.

Clinicamente desconocida, sin síntomas, legrado biopsia de endometrio y observación periódica, debido a la frecuente disminución de los miomas en el post-climaterio.

Con síntomas, legrado biopsia de endometrio y si persiste la sintomatología de sangrado o aumento de tamaño, histerectomía total abdominal.

6.—MIOMA EN MUJERES CON CONTRA INDICACION MEDICA PARA CIRUGIA

Menores de 40 años: tratamiento médico, llegando en estos casos hasta la terapia androgénica.

Mayores de 40 años: practicar roentgenterapia.

BIBLIOGRAFIA:

- FARRAR H. K., NEDOSS B. R.—Bening tumors of the uterine cervix. *Am. J. Obst. Gyn.*, 1961 81: 124-135.
- BRIGGS D. W.—Abdominal myomectomy in the treatment of uterine myomas. *Am. J. Obst. Gyn.*, 1965, 95: 769-776.

- ROBERT H.—Indications and Methods of surgical Uterine fibromas. *Presse Medicale*, 1964, 72: 2777-80.
- JACK W. W., SLEE V. M., HEADLY P. D.—Gynecological surgery: Its profile. *Am. J. Obst. Gyn.* 1964, 89: 186-198.
- MATHIEU J.,—90 Usselon J. Le traitement du fibrome uterine avant 40 ans, 1962, 57: 439-44.
- STEVENSON C. S.—Myomectomy for improvement of fertility. *Fertil Steril*, 1964, 15: 367-84.
- LAUROS N. C.—Conservative Myomectomy. *Post Graduate Medicine*. 1964, 35: 52:56.
- GRAY L. A.—Conservative versus Definitive Approach of Bening Tumors (Year Book of Obst. Gyn. 1960-1961). *J. Kentucky M. A.* 57: 1052-1058. Sept. 1959
- BROWN J. M.—Abdominal Myomectomy *Am. J. Obst. Gyn.* 1967, 99: 126-199.
- INGERSOL F. M.—Fertility following Myomectomy. *Fertil. Steril.* 1963, 14: 596-602.
- HIILESMA V. et al.—Abdominal Myomectomy in treatment of Uterine fibroids. (Year book of Obst. Gyn. 1961-1962, Greenhill), *Ann. Chir. Gyn.*, 1960, 49: 254-269.
- BOTELLA LLUSIA J.—El Mioma de útero. Ed. José Janés. 1951.
-