

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

Guía de Referencia Rápida

SEDENA

SEMAR

Diagnóstico y Tratamiento de Miomatosis Uterina

GPC

Guía de Práctica Clínica

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica IMSS-082-08

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

D25.X Leiomioma del Útero

Diagnóstico y Tratamiento de Miomatosis Uterina

GPC

ISBN en trámite

DEFINICIÓN

Miomatosis uterina: Tumores benignos del músculo liso del útero, ocasionalmente malignizan ($\leq 1\%$). Su tamaño es variable, van desde milímetros hasta grandes tumores que ocupan toda la cavidad abdominal. Están asociados a períodos menstruales abundantes, síntomas de compresión y ocasionalmente dolor. Son dependientes de estrógenos y progesterona, generalmente tienen regresión en la menopausia.

FACTORES DE RIESGO

- El rango de edad de aparición de los miomas uterinos puede ir desde los 20 a 70 años, con mayor incidencia entre los 35 a 45.
- La nuliparidad es un factor de riesgo para el desarrollo de miomatosis uterina
- La obesidad y sobrepeso incrementan el riesgo de desarrollar miomas por el efecto estrogénico sostenido.
- Las condiciones que aumentan la exposición a estrógenos durante la edad reproductiva son factores de riesgo para desarrollar miomatosis uterina; tales como menarca temprana, menopausia tardía, tumores ováricos productores de estrógenos, ingesta de altas dosis y por tiempo prolongados de hormonales orales

DIAGNÓSTICO

- El 50% de las miomatosis uterinas son asintomáticas
- La hemorragia uterina anormal se presenta en el 21.4% de las pacientes con miomatosis uterina. Los síntomas de compresión dependen de su localización anatómica y tamaño. El 33% de las pacientes presentan dolor pélvico.
- El tacto bimanual (recto-vaginal) tiene una alta sensibilidad cuando el mioma mide más de 5 cm.
- La exploración ginecológica armada coadyuva a llegar a un diagnóstico diferencial.

EXÁMENES DE LABORATORIO

- El ultrasonido abdominal o transvaginal tienen una sensibilidad hasta del 85% para detectar miomas de 3 o más centímetros
- Dado que no existe ninguna evidencia que sustente el uso de la histerosalpingografía para diagnóstico de miomatosis uterina no se recomienda su uso rutinario
- Realizar histeroscopia si los estudios previos no son concluyentes para miomatosis uterina y persiste la sintomatología
- Se recomienda usar la resonancia magnética, en casos justificados (casos con dificultad diagnóstica o de investigación).
- A toda paciente mayor de 35 años se sugiere realizar biopsia endometrial para descartar patología maligna.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- Los análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRh) reducen significativamente el tamaño de los miomas de hasta 35 al 60%. Utilizarlos en las pacientes que van a ser sometidas a miomectomía, pero no por más de 6 meses, por sus efectos secundarios
- Prescribir la medroxiprogesterona en pacientes perimenopáusicas y exclusivamente para manejo de la hemorragia.
- El uso de los AINES se recomienda en pacientes con sintomatología leve y/o en espera de tratamiento definitivo.
- La aplicación de dispositivos endoúterinos de progestágenos puede ser útil en el manejo de la hemorragia, con una reducción del 85% a los 3 meses. Su indicación es en pacientes con alto riesgo quirúrgico, perimenopáusicas o con deseo de conservar el útero.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

- La miomectomía es un procedimiento que se realiza en las pacientes que desean conservar el útero o con paridad insatisfecha.
- La miomectomía se indica sobre todo en miomas de medianos y grandes elementos, reservamos la vía laparoscópica para miomas subserosos de pequeños elementos. La miomectomía vaginal se prefiere en miomas cervicales pediculados.
- La miomectomía histeroscópica puede considerarse como la primera línea para el manejo quirúrgico conservador en miomas intracavitarios sintomáticos
- La embolización de la arteria uterina es una alternativa de tratamiento que debiera realizarse en casos seleccionados
- Debe ofrecerse como tratamiento definitivo la histerecomía , en mujeres con miomatosis uterina sintomática y paridad satisfecha, refiriendo alternativas y riesgos
- La ablación de endometrio es una opción terapéutica de bajo riesgo quirúrgico en pacientes con miomatosis uterina de pequeños elementos que presentan hemorragia uterina anormal.

REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

1.-Deben ser referidas a 2do nivel de atención a las pacientes que curse con:

- Hemorragia uterina anormal
- Anemia
- Dolor pélvico crónico (dismenorrea, dispareunia)
- Compresión abdominal
- Dolor agudo por torsión de mioma pediculado prolapso de mioma submucoso
- Sintomatología urinaria (hidronefrosis) crecimiento de mioma
- Infertilidad sin más hallazgos que el mioma

2.- El envío de la paciente a 2° nivel debe incluir:

- Resumen clínico
- Citología cérvico-vaginal
- Ultrasonido pélvico
- Biometría hemática completa
- Perfil de coagulación (tiempo de protrombina y de tromboplastina parcial)
- Gonadotropina coriónica (sub-unidad β)

3.-Se referirá a tercer nivel de atención aquellas pacientes con miomatosis uterina complicada con patología de fondo que no pueda ser resuelta en 2do nivel o que amerite procedimiento especial o recurso tecnológico.

SEGUIMIENTO Y VIGILANCIA

- Se deberán realizar revisiones cada 6 a 12 meses de acuerdo a las características propias de la paciente con ultrasonido de control en primer nivel de atención
- Las pacientes sometidas a histerectomía deben recibir consejería psicosexual antes y después del procedimiento, por parte del médico tratante en segundo nivel de atención y a largo plazo por parte del médico de primer nivel; solo en casos seleccionados enviarlos a psicología y/o psiquiatría.
- El retiro de material de sutura se llevará a cabo en unidades de medicina familiar (área de curaciones), llevando indicaciones precisas por escrito del médico tratante, indicando en que casos debe acudir al servicio de urgencias de segundo nivel (probables complicaciones de la intervención quirúrgica).
- Citar a la paciente al Servicio de Consulta Externa de Especialidades a los 21 días posteriores al evento quirúrgico, para revisión de las condiciones generales de la paciente, del estudio de histopatología, valorar egreso con contrarreferencia y seguimiento en primer nivel de atención.

INCAPACIDAD

- Las pacientes sometidas a miomectomía por vía abdominal o laparoscópica o con histerectomía laparoscópica se sugiere una protección con incapacidad de 14 días.
- Cuando el mioma es de más de 4 cm. y la miomectomía es por vía histeroscópica, el tiempo aproximado de recuperación comprende 7 días, por lo que se tendrá que cubrir este periodo con incapacidad.
- El tiempo estimado de recuperación en la histerectomía abdominal y vaginal va de las 3 a 6 semanas, por lo que se sugiere una cobertura de incapacidad por 21 días; con individualización de cada paciente.

ESCALAS

CUADRO I. CLASIFICACIÓN ANATÓMICA DE LA MIOMATOSIS

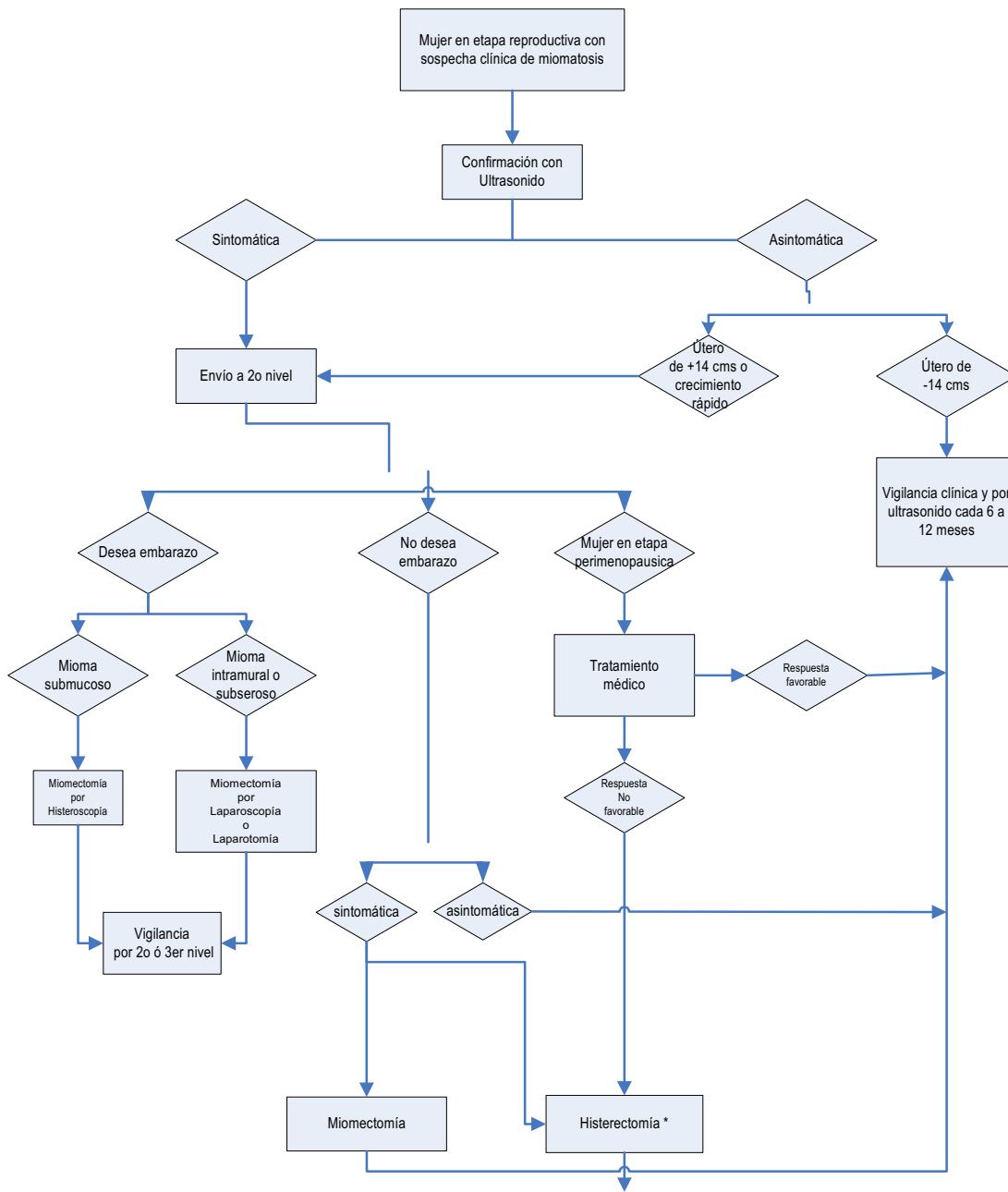
| CLASIFICACIÓN | LOCALIZACIÓN ANATOMICA |
|---|--|
| • Submucoso | Por debajo de la capa mucosa. |
| • Intramurales | En el espesor de la capa muscular del útero. |
| • Subserosos | Por debajo de la capa serosa. |
| • Otros: <ul style="list-style-type: none"> ○ Cervical ○ Cornual ○ Intraligamentoso corporal | |

CUADRO II. CLASIFICACIÓN RADIOLÓGICA DE LOS MIOMAS

| | |
|-----------------------------|------------------------------------|
| Mioma de pequeños elementos | Diámetro igual o menor de 2 cm. |
| Mioma de medianos elementos | Diámetro entre 2 y 6 cm. |
| Mioma de grandes elementos | Diámetro mayor a 6 cm hasta 20 cm. |
| Miomatosis gigante | Diámetro mayor de 20 cm. |

Tomado de: Costa BL, Silva BF, Ávila FE. Mioma uterino gigante. Ginecol Obstet Méx 2005;73(10):563-565.

ALGORITMOS



* En paciente perimenopáusica y/o con factores de riesgo valorar salpingooforectomía