



Hospital Universitario Infanta Elena

Comunidad de Madrid

III JORNADAS
DE
GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA

para Atención
Primaria

A través de casos
clínicos

24 de Noviembre
2014

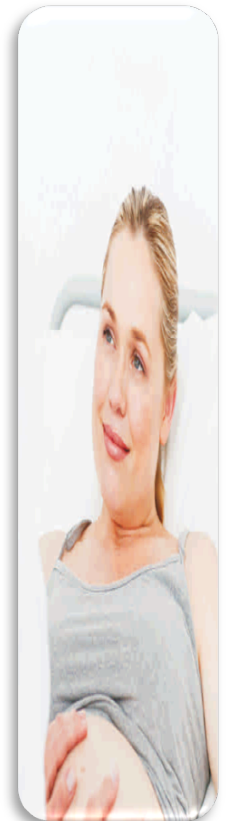
MIOMA

GESTACIÓN Y ESTERILIDAD



Servicio de Ginecología y Obstetricia

Dr. Jose Sevilla Ros



Caso clínico I.



Mujer de 37 años, que acude a consulta solicitando consejo preconcepcional.

No antecedentes médico-quirúrgicos de interés.

Asintomática, TM 4/28, GO

Refiere estar diagnosticada desde hace años de mioma intramural-subseroso de 6 cm y otro intramural de 3 cm, ambos estables en los últimos controles realizados

¿Cómo deberíamos actuar?

1. *¿Cuál es la actitud a seguir?*



III JORNADAS
DE
GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA

para Atención
Primaria

A través de casos
clínicos

24 de Noviembre
2014

A/ Desaconsejar gestación

B/. No contraindicar gestación

C/ Aconsejar tratamiento quirúrgico (miomectomía) previo a gestación

D/. Ninguna es correcta



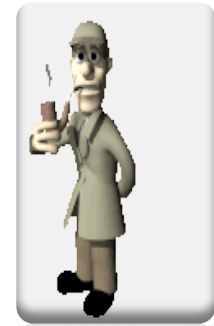
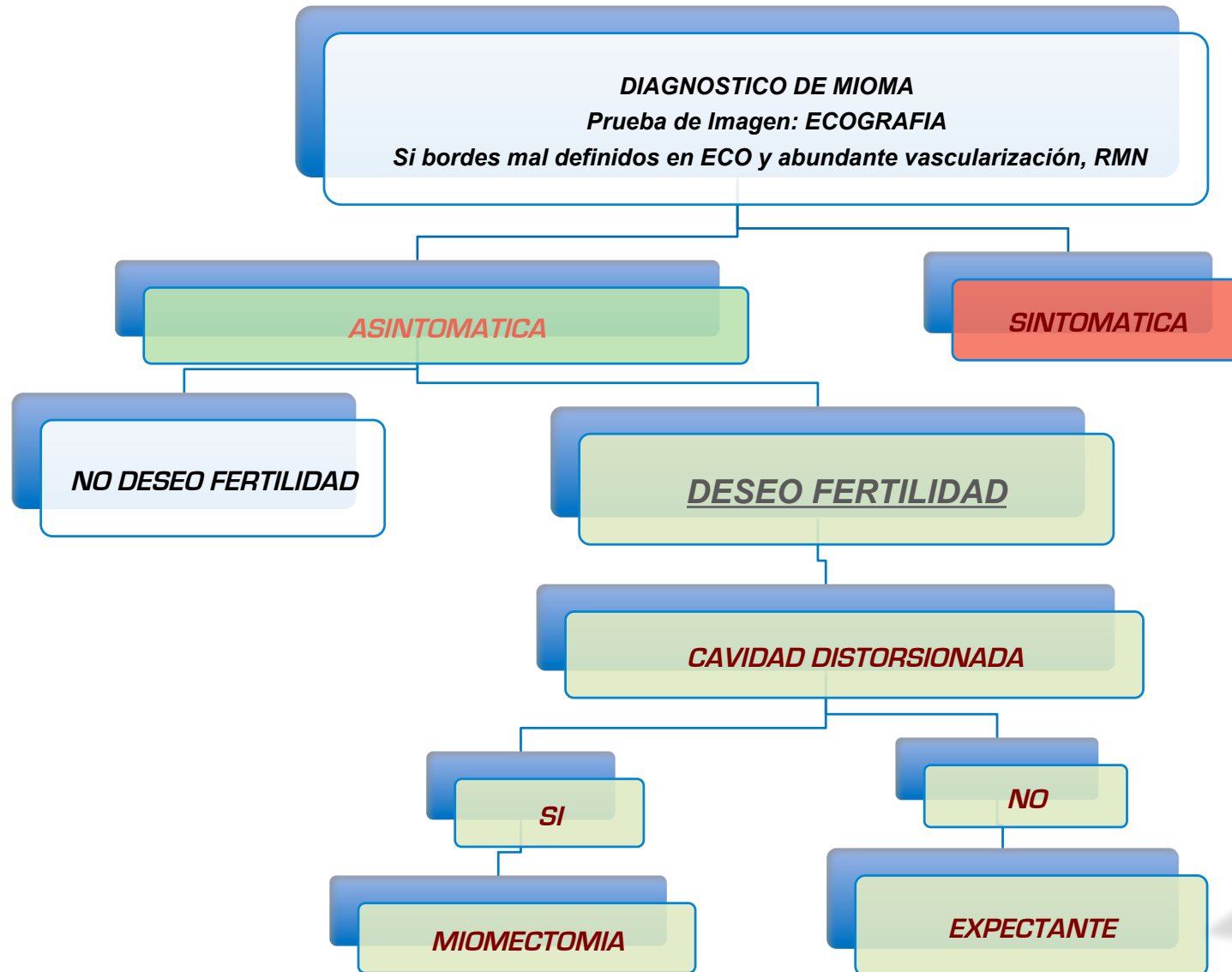
A/ Desaconsejar gestación

B/. No contraindicar gestación

C/- Aconsejar tratamiento quirúrgico (miomectomía) previo a gestación

D/. Ninguna es correcta

MANEJO DE LOS MIOMAS ASINTOMATICOS



SINTOMATOLOGÍA

COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO

Partos prematuros (10-15% atribuibles a miomas).
Metrorragias del 1º trimestre, abortos.
Rotura prematura de membranas.
DPPNI.
RN pequeños para edad gestacional.
Malposición y presentaciones anómalas del feto.

COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO

Depende del tamaño y localización del mioma
Los miomas cervicales, intraligamentarios y subserosos
pediculados pueden obstaculizar el parto
Disdinamias, enlentecimiento del período de dilatación.
Mayor índice de cesáreas.

MIOMA
EMBARAZO



COMPLICACIONES DURANTE EL PUERPERIO

Mayor riesgo de hemorragia puerperal por
retención de restos ovulares o atonía
uterina
Degeneración e infección de los miomas
Acretismo placentario

SINTOMATOLOGÍA



COMPLICACIONES DEL MIOMA

DEGENERACIÓN ROJA DEL MIOMA

AP: Necrosis y hemorragia intratumoral.
Típico en mitad de gestación.

El mioma se vuelve súbitamente doloroso, agrandado y sensible de forma aguda.

Clínica de vómitos, malestar general, febrícula, cede en 3-10 días.

Tratamiento conservador (reposo, hielo, espasmolíticos)

Diagnóstico diferencial (apendicitis, CRU, pielonefritis,...)



CRECIMIENTO DE MIOMA

Tamaño	1º Trimestre	2ª Trimestre	3ª Trimestre
2-6 cm	Aumentan	Aumentan	Disminuyen
6-12 cm	Aumentan	Disminuyen	Disminuyen



Caso clínico II .



Mujer de 37 años, que acude a consulta solicitando consejo preconcepcional.

No antecedentes médico-quirúrgicos de interés.
Asintomática, TM 4/28, G0

Refiere estar diagnosticada desde hace años de mioma intramural-subseroso de 6 cm y otro intramural de 3 cm, ambos estables en los últimos controles realizados.

A los 6 meses acude de nuevo por no gestación.
Asintomática.

ECO: miomas estables y uno nuevo submucoso tipo I de 1,2 cm.

CLASIFICACIÓN DE LOS MIOMAS:

SUBMUCOSOS
(Por debajo del endometrio)
5-10%

INTRAMURALES
(Espesor del miometrio)
50-55%

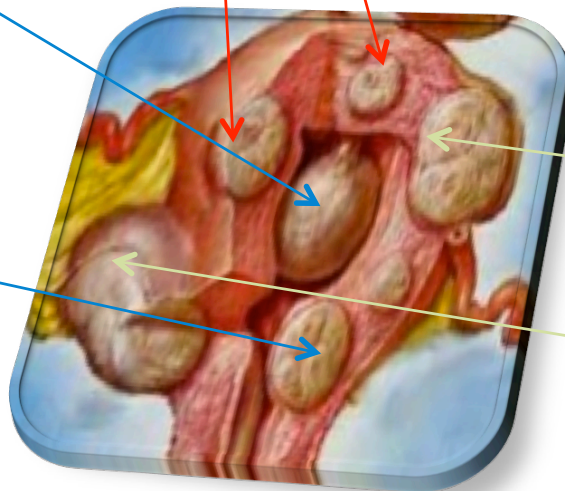
SUBSEROSOS
(debajo serosa)
40%

Tipo 0 100%

Tipo I <50%

Tipo II >50%

CERVICAL
5%



PEDICULADOS
Independiente útero con pedículo

SESILES
>50% volumen en miometrio

INTRALIGAMENTARIOS
Entre 2 hojas lig. ancho

MIGRATORIOS
Pediculo largo

2. ¿Cuál es la actitud a seguir?



A/. Desaconsejar gestación, remitir a consulta de ginecología para valorar tratamiento quirúrgico del mioma submucoso (miomectomía HSC).

B/. No desaconsejar gestación

C/. Desaconsejar gestación, remitir a consulta para tratamiento quirúrgico de miomas (miomectomía múltiple LPS/LPM).

D/ Desaconsejar gestación y recomendar tratamientos conservadores de los miomas (médicos, EAU, miolisis con ultrasonidos,...)



- A/. Desaconsejar gestación y remitir a consulta ginecología para valorar tratamiento quirúrgico del mioma submucoso (miomectomía HSC).

- B/. No desaconsejar gestación

- C/. Desaconsejar gestación y remitir a consulta para valoración de tratamiento quirúrgico de miomas (miomectomía múltiple LPS/LPM).

- D/ Desaconsejar gestación y recomendar tratamientos conservadores de los miomas (médicos, EAU, miolisis con ultrasonidos,...)

SINTOMATOLOGÍA



**ESTERILIDAD
INFERTILIDAD**

5-10%

Los miomas son más frecuentes en mujeres infértiles.

Se ha planteado si la esterilidad es la causa de los miomas o viceversa o si ambas tienen una causa común.

El tratamiento de elección de los miomas en la esterilidad/infertilidad es el quirúrgico.

Autores dicen que el 40% tienen posibilidad de gestación después de miomectomía.

Mecanismos:

Cambios en el transporte de gametos y embriones

*Oclusión/distorsión tubárica. Alargamiento y deformidad de la cavidad.
Distorsión anatómica del cervix. Incremento de la contractibilidad.*

Distorsión del endometrio afectando la implantación.

Alteraciones endocrinas, vasculares o mecánicas.



Caso clínico III .



Mujer de 37 años, que acude a consulta solicitando consejo preconcepcional.

No antecedentes médico-quirúrgicos de interés.

Asintomática, TM 4/28, G0

Refiere estar diagnosticada desde hace años de mioma intramural-subseroso de 6 cm y otro intramural de 3 cm, ambos estables en los últimos controles realizados.

A los 6 meses acude de nuevo por no gestación. Asintomática.
ECO: miomas estables y uno nuevo submucoso tipo I de 1,2 cm.

A LOS 6 MESES ACUDE DE NUEVO POR NO GESTACIÓN
Asintomática, miomas estables (subseroso 6 cm e intramural 3 cm)

1. ¿Cuál es la actitud a seguir?



A/. Remitir a ginecología para realizar miomectomía de ambos miomas.

B/. Remitir para realizar estudio de esterilidad.

C/. Tranquilizar a la paciente y control en 6 meses.

D/ Remitir para realizar histeroscopia diagnóstica para valorar cavidad post-cirugía previa.

1. ¿Cuál es la actitud a seguir?



A/. Remitir a ginecología para realizar miomectomía de ambos miomas.

B/. Remitir para realizar estudio de esterilidad.

C/. Tranquilizar a la paciente y control en 6 meses.

D/ Remitir para realizar histeroscopia diagnóstica para valorar cavidad post-cirugía previa.

RESUMEN:



El tratamiento de elección en la esterilidad/infertilidad es la MIOMECTOMIA.

No hay evidencia científica que el tratamiento médico de los miomas mejore la fertilidad. Se acepta tto prequirúrgicos (análogos GnRH ciclos cortos o acetato de ulipristal).

III JORNADAS
DE
GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA

para Atención
Primaria

A través de casos
clínicos

24 de Noviembre
2014

MUCHAS GRACIAS

III JORNADAS
DE
GINECOLOGÍA
Y
OBSTETRICIA

para Atención
Primaria

A través de
casos clínicos

24 de
Noviembre
2014



Tel. 91 894 84 10 Extensión 2472, 2229, 2473



ginecología.hie@idcsalud.es

