



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 UTERINO

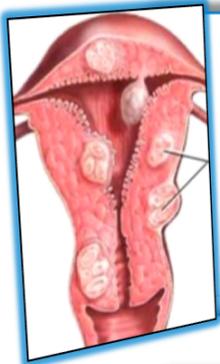
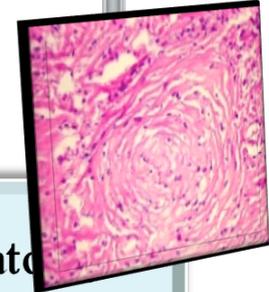
Servicio de Ginecología y Obstetricia

Dr. Jose Sevilla Ros



DEFINICIÓN

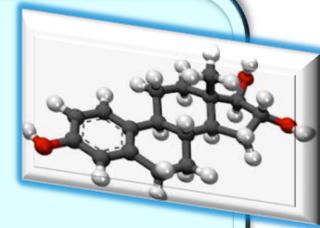
El mioma uterino es un tumor **BENIGNO** de la serie mesenquimatoide, constituido principalmente de fibras musculares lisas (miometrio) y un estroma variable de tejido conjuntivo.



*SE UBICAN EN **CUALQUIER PARTE** (principalmente en cuerpo uterino).
SE DESARROLLA EN FORMA DE **NODULOS**.
DE CONSISTENCIA **FIRME**.
ÚNICOS O MÚLTIPLES. TAMAÑO VARIABLE.*

Influencia esteroidea evidente

No se observa antes de la pubertad.
Regresión después de la menopausia.
Poseen receptores para esteroides (estrógeno y progesterona)
Crecen con durante el embarazo.
Se reduce con hipogonadismo médico.





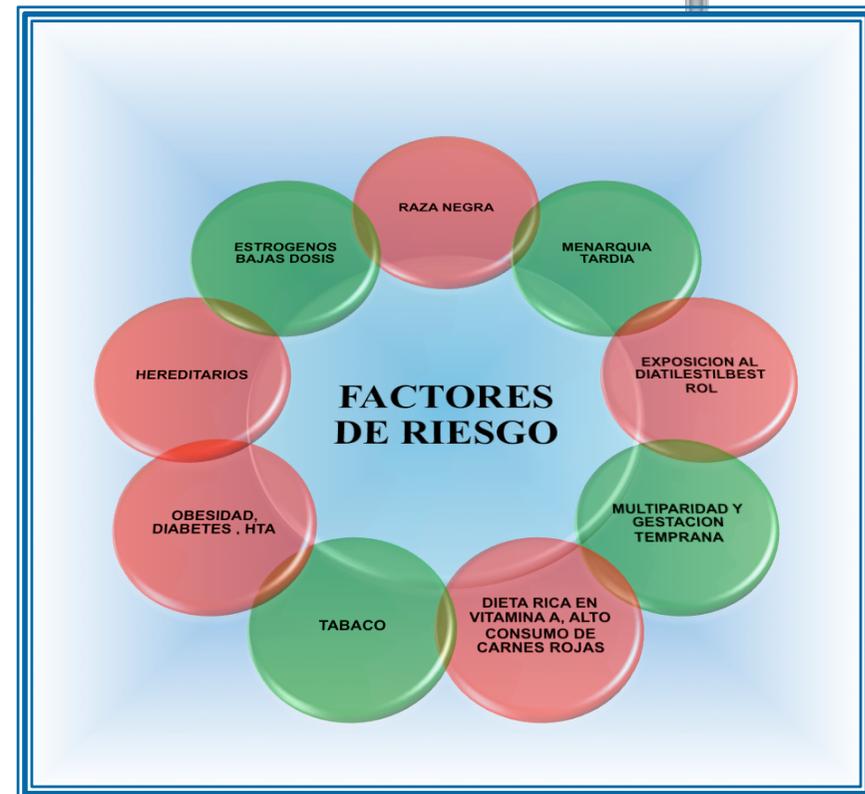
EPIDEMIOLOGÍA



*Es la neoformación más frecuente del aparato genital femenino
50% de las autopsias*

*Primera causa de cirugía ginecológica, 5-25% de las cirugías.
La indicación más común de HT en países desarrollados.
5% de las consultas ginecológicas.*

*20-30% de mujeres en edad reproductiva.
Con mayor frecuencia 30-45 años.
Raro antes de los 20 años y menopausia
No existen previo a la menarquia.*



Caso clínico I.



Mujer de 56 años, asintomática.

Sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés.

G3A1P2. Menopausia a los 51 años.

Acude a consulta de atención primaria refiriendo que está diagnosticada de miomas uterinos estables de 7, 4 y 3 cm, en los últimos controles. Último control hace 2 años.

1. *¿Cuál es la actitud a seguir?*



- A/. Remitir a consulta de ginecología para valoración.
- B/. Control clínico por su médico de Atención Primaria.
- C/. Solicitar ecografía ginecológica.
- D/. Ninguna es correcta.



A/. Remitir a consulta de ginecología para valoración.

B/. Control clínico por su médico de Atención Primaria.

C/. Solicitar ecografía ginecológica.

D/. Ninguna es correcta.

MANEJO DE LOS MIOMAS ASINTOMATICOS



SINTOMATOLOGÍA

*Los miomas son frecuentemente asintomáticos.
La clínica dependerá de la localización, tamaño,
número de miomas y alteraciones degenerativas*



SANGRADO

DOLOR

**SÍNTOMAS
COMPRESIVOS**

ESTERILIDAD / INFERTILIDAD

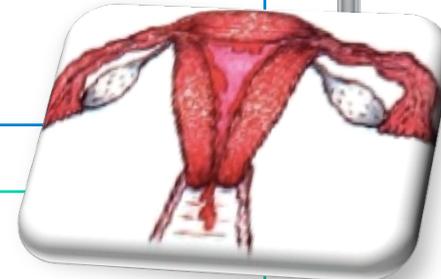
SINTOMATOLOGÍA

SANGRADO

50%

MECANISMO

Aumento de tamaño de la superficie endometrial (submucosas)
Mayor vascularización uterina
Interferencia con la contractilidad uterina (miometriales)
Ulceración del endometrio (submucosas)
Compresión del plexo venoso miometrial
Disfunción vascular y angiogénesis



TIPO

Menorragia, hipermenorrea, polimenorrea, ... **ANEMIA**
Cuando más submucoso más frecuentes e intensos los sangrados

CARACTERÍSTICO

Incremento gradual del sangrado menstrual

SINTOMATOLOGÍA

DOLOR



Segundo síntoma más frecuente

AGUDO

Torsión mioma pediculado

Parto del mioma

Degeneración (necrosis)

Compresión de nervios

CRÓNICO

Persistente tipo compresivo

Localizado
zona lumbar baja, hipogastrio

Dispareumia

Dismenorrea

SINTOMATOLOGÍA

SÍNTOMAS COMPRESIVOS

*Depende del tamaño y localización del mioma
Clínicamente visible > de 14 semanas*

Síntomas urinarios

Disuria, tenesmo, poliaquiuria
IUE, urgencia miccional
Dificultad micción
Compresión de uréteres
CRU, hidronefrosis



Síntomas intestinales

Estreñimiento
Colitis
Disquecia
Oclusión intestinal

Síntomas vasculares

Edemas EEII, varices pélvicas y EEII,
hemorroides
Dispareumia

Síntomas nerviosos

Compresión del nervio Sacro
Compresión del nervio obturador
....

Caso clínico I ..



Mujer de 56 años, asintomática.

Sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés.

G3A1P2. Menopausia a los 51 años.

Acude a consulta de atención primaria refiriendo que está diagnosticada de miomas uterinos estables de 7, 4 y 3 cm en los últimos controles. Último control hace 1,5 años.

En el caso de que dichos miomas no fueran estables o que no hubiese hecho ningún seguimiento de los miomas desde su diagnóstico

¿Cual sería la actitud a seguir por parte del médico de atención primaria?

2. *¿Cuál es la actitud a seguir?*



- A) Remitir a consulta de ginecología para valoración.
- B) Control clínico por su médico de Atención Primaria.
- C) Solicitar ecografía ginecológica.
- D) Ninguna es correcta.

III JORNADAS
DE
GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA

para Atención
Primaria

A través de casos
clínicos

24 de Noviembre
2014



- A) Remitir a consulta de ginecología para valoración.
- B) Control clínico por su médico de Atención Primaria.
- C) Solicitar ecografía ginecológica.
- D) Ninguna es correcta.

Caso clínico II ...



III JORNADAS
DE
GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA

para Atención
Primaria

A través de casos
clínicos

24 de Noviembre
2014

Mujer de 39 años.
Sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés.
G12P1C1.TM 5/28-30. Ligadura tubarica bilateral

Acude a consulta sensación de peso desde hace unos meses.
Comenta que le diagnosticaron de dos miomas de pequeño tamaño en el
último embarazo hace 2 años.

¿Cual es la primera actitud a seguir?

3. ¿Cuál es la PRIMERA actitud a seguir?



- a/. Remitir a consulta de ginecología para valoración.
- b/. Control clínico por su médico de atención primaria.
- c/. Solicitar ecografía ginecológica.
- d/. Ninguna es correcta.



a/. Remitir a consulta de ginecología para valoración.

b/. Control clínico por su médico de atención primaria.

c/. Solicitar ecografía ginecológica.

d/. Ninguna es correcta.

DIAGNÓSTICO



**ANAMNESIS
EXPLORACIÓN
95%**



Exploración abdominal: determina tamaño, forma, consistencia de útero y miomas
Tacto vaginal bimanual: determina tamaño, regularidad, movilidad del útero

ECOGRAFÍA

Método más útil,
Precisa el tamaño, localización,
complicaciones, etc.
Dependiendo del grado de tejido
conectivo mayor ecogenicidad

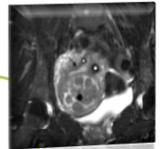
ECOGRAFÍA DOPPLER
Grado vascularización del mioma

ECOGRAFIA 3D



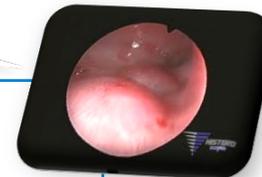
RMN

Mejor técnica para visualizar todos los miomas y localización.
Permite diferenciar miomas de adenomiomas y sarcomas, así como diagnosticar posibles complicaciones de los miomas.



HSC

Útil en miomas submucosos,
Técnica diagnóstica y
terapéutica



TAC

Útil para diagnóstico diferencial
con otras masas pélvicas

Caso clínico II ...



Mujer de 39 años.
Sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés.
G12P1C1.TM 5/28-30. Ligadura tubarica bilateral

Acude a consulta refiriendo sensación de peso desde hace unos meses.
Comenta que le diagnosticaron de dos miomas de pequeño tamaño en el
último embarazo hace 2 años.

**A la exploración se observa un útero de 12 sem, movil y no doloroso.
Ecografía doppler: miomas subserosos de 5 cm y 4 cm, y mioma
submucoso tipo I de 2 cm , todos con escasa vascularización.**

¿Cual es la actitud a seguir?

4. ¿Cuál es la actitud a seguir?



A/. Revisión a los 6 meses

B/. Revisión al año

C/. Solicitar RMN

D/. Alta y seguimiento clínico por atención primaria.



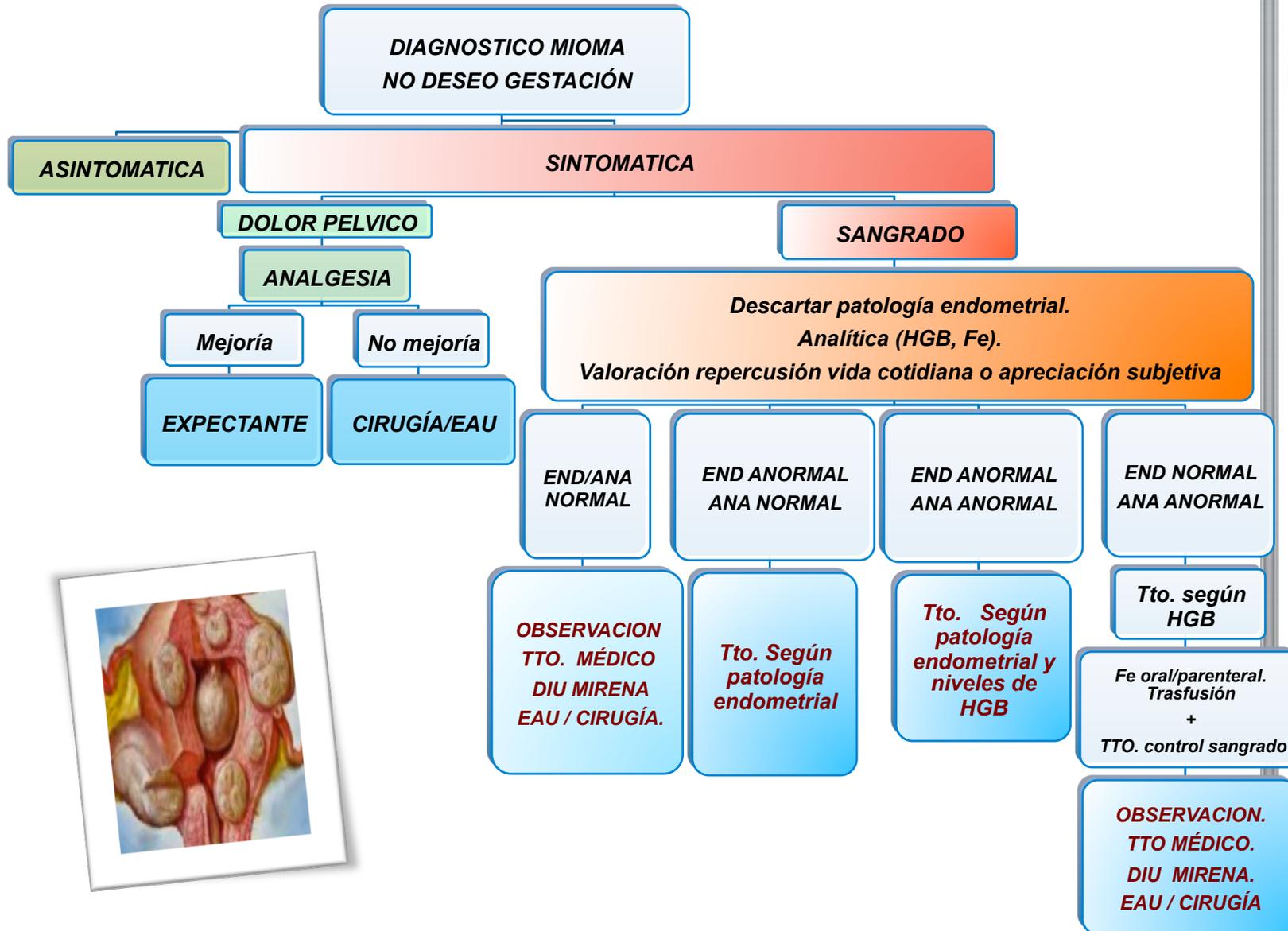
A/. Revisión a los 6 meses

B/. Revisión al año

C/. Solicitar RMN

*D/. Alta y seguimiento clínico por atención
primaria.*

MANEJO DE LOS MIOMAS SINTOMATICOS



Caso clínico II ...



Mujer de 39 años.
Sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés.
G12P1C1.TM 5/28-30. Ligadura tubarica bilateral

Acude a consulta refiriendo sensación de peso desde hace unos meses.
Comenta que le diagnosticaron de dos miomas de pequeño tamaño en el
último embarazo hace 2 años.

A la exploración se observa un útero de 12 sem, movil y no doloroso.
Ecografía doppler: miomas subserosos de 5 cm y 4 cm, y mioma submucoso
tipo II de 2 cm , todos con escasa vascularización.

A los 6 meses:

Hipermenorreas TM 8/28, y desaparición de la sensación de peso
Ecografía: Miomas subserosos de 5 y 4 cm, y submucoso tipo I de 2 cm.

ANA:con HGB 11.8

Biopsia endometrial sin alteraciones.

5. ¿Cuál es la actitud a seguir?



- A/. Iniciar tratamiento médico vía oral / DIU levonogestrel.
- B/. Tratamiento quirúrgico.
(miomectomía vía HSC de mioma submucoso)
- C/. Revisión en 6 meses.
- D/. Tratamiento quirúrgico (miomectomía múltiple LPS/LPM).



A/. Iniciar tratamiento médico vía oral / DIU levonogestrel.

**B/. Tratamiento quirúrgico.
(miomectomía vía HSC de mioma submucoso)**

C/. Revisión en 6 meses.

D/. Tratamiento quirúrgico (miomectomía múltiple LPS/LPM).

RESUMEN:



- ✓ *En los miomas asintomáticos no es preciso tratamiento, ni controles periódicos, salvo diagnóstico reciente, hipervascularización, o crecimiento de su volumen >50%.*
- ✓ *El seguimiento es principalmente de la sintomatología.*
- ✓ *En los miomas sintomáticos, de inicio, tratar la sintomatología con tratamientos médicos y si no mejoría valorar tratamientos quirúrgicos.*

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

