

# MIOMATOSIS UTERINA

*Uterine myomatosis*

José Manuel Espinal Rodríguez<sup>1</sup>, José Manuel Espinal Madrid<sup>2</sup>,  
Jessica Erlinda Sabillón Vallejo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>GinecoObstetra. Sala de Ginecología Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa, Honduras.

<sup>2</sup> Médico general. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras.



Paciente de 34 años, Núbil, que acude con historia de sangrado transvaginal de abundante cantidad, acompañado de coágulos, rojo rutilante, provocando síndrome anémico secundario, manejada con tratamiento conservados con sulfato ferroso sin mejoría, se realiza estudios de imagen reportando mioma uterino por lo que se plantea realizar miomectomía, sin embargo durante el transoperatorio se observan múltiples miomas de diferente tamaños, por lo que se decide la remoción del útero mediante Histerectomía Abdominal total (Figura 1), sin complicaciones.

La miomatosis uterina también conocida como leiomiomatosis, fibromiomas, leiiofibromiomas y fibroleiomiomas, es la causa más común de tumores pélvico sólidos en mujeres y se da en el 20 a 40 % de mujeres en edad reproductiva dándose la mayoría de los casos entre la cuarta a quinta década de la vida. De hecho es raro encontrarlos durante la pubertad y son más prevalentes durante la edad fértil con regresión en la menopausia. En mujeres con historia familiar de leiomiomatosis se presenta en forma múltiple: cuatro o más leiomiomas con menores problemas para el embarazo y la fertilidad, en tanto que en mujeres sin historia familiar se presenta como un solo leiomioma de mayor tamaño. Los factores de riesgo son retraso en el inicio de la menstruación, menopausia, obesidad, inicio tardío en la vida reproductiva y nuliparidad. Están compuesto por grandes cantidades de matriz extracelular (colágeno, fibronectina y proteoglicanos). La etiología de

los miomas aún se desconoce. Claramente está asociado con la exposición de estrógeno y progesterona circulante y otros de origen cromosómico siendo aproximadamente el 60 % normales con cariotipos 46xx y el 40% restante por anomalías cromosómicas. Pueden crecer en cualquier posición dentro del miometrio, siendo la presentación más común el mioma confinado a la pared miometrial, a los cuales se denomina miomas intramurales se presentan de forma múltiple y puede haber distorsión considerable de la arquitectura y tamaño del útero. Los que crecen en estrecha proximidad a la mucosa endometrial o a la serosa se denominan submucosos o subserosos, respectivamente, y desde esas posiciones pueden prorrumpir, ya sea hacia la cavidad uterina o hacia la cavidad peritoneal. La mayoría no produce síntomas y las principales manifestaciones clínicas son hipermenorrea atribuible a las alteraciones endometriales, dolor que cuando está presente se atribuye a torsión de un leiomioma pediculado y síntomas gastrointestinales como constipación secundaria a leiomiomas de grandes elementos. El manejo incluye medicamentos como análogos de la gonadotropina coriónica (GnRH) y componentes progestágenos, así como procedimientos quirúrgicos: miomectomía, histerectomía y embolización de la arteria uterina, dependiendo de las condiciones de la paciente. La leiomiomectomía se prefiere en pacientes jóvenes nulíparas, con predisposición a abortos recurrentes por leiomiomas de gran tamaño que interfieran con la implantación del óvulo.

## REFERENCIAS

1. Montiel-Jarquín A J, <sup>1</sup>García-Ramírez U N, <sup>2</sup> Morales-Castillo J C. Leiomiomatosis uterina de grandes elementos en una paciente joven. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2008; 46 (6): 677-680.
2. Ortiz Ruiz M E, Matute Labrador A, Martínez-Consuegra N, Miomatosis Uterina, An Med (Mex), 2009; 54(4): 222 - 233.

Recibido para publicación 8/2015, aceptado 10/2015  
Dirigir correspondencia a: Dr. José Manuel Espinal Madrid  
Correo electrónico: joespinal89@hotmail.com