

Diagnóstico ecográfico de mioma uterino en mujeres con síntomas ginecológicos

Ultrasound diagnosis of uterine myoma in women with gynecological symptoms

MsC. Katia Ramírez Fajardo, MsC. Grisell Torres Alfes, Dra. Yuleydis K. Frutos Ramírez

Hospital Docente Universitario "Carlos Manuel de Céspedes", Bayamo, Granma, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo y transversal de 76 pacientes atendidas en el Departamento de Ultrasonido del Hospital "Carlos Manuel de Céspedes" de Bayamo, Granma, desde junio de 2011 hasta enero de 2012, con vistas a describir las características ecográficas del mioma uterino en mujeres con síntomas ginecológicos. Entre las variables analizadas figuraron: edad, color de la piel, hallazgos ecográficos y correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y el ecográfico. En la serie prevalecieron las diagnosticadas con mioma uterino, el grupo etario de 15-45 años y las féminas de piel negra. Asimismo, predominaron los miomas múltiples y de localización intramural. Las complicaciones que primaron fueron la degeneración quística y las calcificaciones. No hubo total correspondencia entre las indicaciones médicas presuntivas de miomas y el diagnóstico ecográfico definitivo.

Palabras clave: mujer, mioma uterino, necrobiosis, degeneración sarcomatosa, atención secundaria de salud.

ABSTRACT

A descriptive and cross-sectional study was conducted in 76 patients attended in the Ultrasound Department of "Carlos Manuel de Céspedes" Hospital in Bayamo, Granma, from June 2011 to January 2012, in order to describe the sonographic characteristics of the uterine myoma in women with gynecological symptoms. Among the analyzed variables were age, race, sonographic findings and correspondence between the presumptive and sonographic diagnosis. Those diagnosed with uterine myoma, age group of 15-45 years and black women prevailed in the series. Also, multiple myomas and those of intramural location prevailed. Cystic degeneration and calcifications were the prevailing complications. There was not total correspondence between the presumptive medical indications of myomas and the final ultrasound diagnosis.

Key words: woman, uterine myoma, necrobiosis, sarcomatous degeneration, secondary health care.

INTRODUCCIÓN

Los leiomiomas uterinos (miomas) son los tumores más comunes encontrados en la mujer. Constituyen neoplasias sólidas benignas muy frecuentes que se desarrollan entre 20 y 50 % durante las edades reproductivas, aunque también se han notificado antes de la pubertad y después de la menopausia.¹

Su ocurrencia se incrementa con la edad, las manifestaciones clínicas son variables y la mayoría de ellos cursan asintomáticos. La sintomatología y su severidad dependen del tamaño, posición y número.¹

En efecto, los miomas uterinos están presentes en 25-30 % de las mujeres en edad fértil, constituyen los tumores más comunes del tracto genital femenino, razón por la cual la asociación mioma uterino-esterilidad es controvertida, pues la elevada frecuencia implica que muchas mujeres con esta afección pueden concebir sin dificultades. Se estima que aproximadamente 1 de cada 4 a 5 féminas de más de 35 años padecen de este tipo de tumores,² por lo que se hace extensivo para su diagnóstico, el uso de la ultrasonografía transvaginal y/o abdominal, dada la certeza y la inocuidad del método (Páez R. Histeroscopia. [trabajo de Terminación de Residencia]. 1982. Instituto Superior de Medicina Militar "Luis Díaz Soto", Ciudad de La Habana).

Los miomas se perciben por ultrasonido de distintos modos, la mayor parte de ellos aparecen como masas nodulares múltiples, bien definidas, hipoecogénicas y homogéneas. Los antiguos se hacen hiperecogénicos y algunos presentan un patrón ecográfico complejo a consecuencia de una necrosis central. Aquellos que crecen rápidamente, por ejemplo en el embarazo, pueden confundirse con quistes hipoecogénicos, otros son pedunculados y en ocasiones pueden deprimir la pared posterior de la vejiga. A menudo deforman el contorno normal del útero y la cavidad endometrial. También pueden formarse en el cuello del útero y deformar u obstruir el conducto cervical.^{3,4}

A pesar de que la mayoría de estos tumores cursan asintomáticos es frecuente que el médico de asistencia solicite una ecografía para descartar su presencia cuando las pacientes presentan síntomas, tales como: dolor pélvico, se palpan una masa pélvica, tienen sangrado vaginal y/o síntomas urinarios bajos, entre otros.^{4,5}

Resulta oportuno señalar que actualmente existen métodos diagnósticos disponibles para detectar estos tumores, entre los cuales figuran: ecografía transvaginal y abdominal, histeroscopia, histerosonografía e histerosalpingografía. También puede recurrirse a la resonancia magnética o la tomografía axial computarizada. Se trata de procedimientos indoloros y tolerables (aunque algunos pueden ser molestos), mediante los cuales, las imágenes obtenidas brindan información acerca de los fibromas y de su relación con órganos vecinos.^{6,9-13} El tratamiento dependerá del tipo, tamaño y localización del mioma, además de los deseos de fertilidad futura de la paciente y la habilidad quirúrgica del cirujano.^{4,7,9-12}

Gran cantidad de mujeres acude al Departamento de Ultrasonido del hospital antes mencionado, para que se le realice ecografía por presentar síntomas ginecológicos y sospecha de mioma uterino, lo cual motivó la realización de un estudio científicamente fundamentado acerca del comportamiento de esta afección en el municipio Bayamo.

De hecho, la realización de este trabajo contribuirá a demostrar la importancia de dicho examen para el diagnóstico precoz de esta enfermedad, la prevención de sus complicaciones, el uso racional del equipamiento médico, así como trazar estrategias que permitan perfeccionar constantemente el conocimiento del personal médico acerca del tema.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y transversal, con vistas a describir las características ecográficas del mioma uterino en mujeres con síntomas ginecológicos, atendidas en el Departamento de Ultrasonido del Hospital "Carlos Manuel de Céspedes" de Bayamo, Granma, desde junio de 2011 hasta enero de 2012.

El universo se conformó con 142 pacientes que acudieron con síntomas ginecológicos y la indicación de ecografía, la muestra quedó constituida por las 76 diagnosticadas con mioma uterino.

Se utilizaron métodos teóricos y empíricos como sigue:

- Métodos teóricos: se realizó una revisión bibliográfica relacionada con la imagenología, la ultrasonografía y los miomas uterinos, entre otras fuentes de interés para los autores.
- Métodos empíricos: se ejecutó el examen de ultrasonido con un equipo Toshiba, a todas las pacientes que acudieron con la indicación del examen por presentar síntomas ginecológicos y se exploró la presencia de mioma uterino, así como sus características ecográficas.

Entre las variables analizadas figuraron: edad, color de la piel, hallazgos ecográficos (número de miomas, localización, posibles complicaciones) y la correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y el definitivo.

La información obtenida del interrogatorio a las pacientes, las indicaciones médicas y los resultados del examen ultrasonográfico se reflejaron en una ficha creada a tales efectos. Los resultados se expusieron en tablas y se emplearon como medida resumen el porcentaje y los números absolutos. Además, se tuvieron en cuenta los principios éticos de autonomía beneficencia y justicia.

RESULTADOS

En la serie, del total de pacientes que acudió a la realización del ultrasonido, 76 (53,5 %) fueron diagnosticadas con mioma uterino, 46 (32,4 %) tenían otras afecciones ginecológicas y solo en 20 de ellas (14,1 %) el examen resultó ser negativo (tabla 1).

Tabla 1. Pacientes según diagnóstico de afecciones ginecológicas

Pacientes	No.	%
Con mioma	76	53,5
Otras afecciones ginecológicas	46	32,4
Negativo	20	14,1
Total	142	100,0

Como se muestra en la tabla 2, el grupo etario predominante fue el de 15-45 años, con 63 (82,9 %), seguido de las mayores de 45 años, con 13 (17,1 %). En cuanto al color de la piel, 50 (65,8 %) eran negras y solo 26 (34,2 %) blancas.

Tabla 2. Pacientes con miomas según edad y color de la piel

Grupo de edades (en años)	Color de la piel				Total	
	Blanca		Negra		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%
<15						
15-45	21	27,6	42	55,3	63	82,9
>45	5	6,6	8	10,5	13	17,1
Total	26	34,2	50	65,8	76	100,0

Al analizar el número de miomas y su localización topográfica (tabla 3), se constató que 59 pacientes (78,5 %) presentaron miomas múltiples y prevaleció el mioma intramural, en 71,0 %, seguido del subseroso, en 18,5 %.

Tabla 3. Pacientes según número y localización de los miomas

Número	Intramural		Subseroso		Submucoso		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Único	9	12,0	5	6,5	3	4,0	17	22,5
Múltiples	45	59,0	9	12,0	5	6,5	59	78,5
Total	54	71,0	14	18,5	8	10,5	76	100,0

Con respecto a los hallazgos ecográficos sugerentes de complicaciones (tabla 4), presentaron degeneración quística de los fibromas 46 de ellas (51,0 %), tuvieron calcificaciones 24 (27,0 %), necrobiosis 20 (22,0 %) y solo 9 (11,8 %) no presentaron signos de complicaciones.

Tabla 4. Pacientes con mioma según complicaciones

Complicaciones	No.	%
Degeneración quística	46	51,0
Calcificaciones	24	27,0
Necrobiosis	20	22,0
Posible degeneración sarcomatosa	2	2,6
Ninguna	9	11,8

Por otra parte, en cuanto a la correspondencia de las indicaciones médicas presuntivas de mioma y el diagnóstico ecográfico definitivo se observó que de las 142 pacientes que acudieron con síntomas ginecológicos al servicio de ultrasonido, 15 (19,7 %) tenían diagnóstico presuntivo de mioma uterino; sin embargo, a 76 se les diagnosticó dicha afección, lo cual demuestra que más de la tercera parte de estas féminas llegó al departamento con una impresión diagnóstica inadecuada.

DISCUSIÓN

La ecografía diagnóstica se ha convertido en una valiosa e importante herramienta para el ginecólogo, puesto que le permite la evaluación de la cavidad uterina y el diagnóstico de afecciones ginecoobstétricas que hasta hace algunos años solo podían ser evaluadas con procedimientos a ciegas y poco tolerados por las pacientes.^{13,14}

En este estudio, los hallazgos ecográficos fueron positivos en más de la tercera parte de las afectadas, lo cual demuestra la alta incidencia de estas enfermedades y en especial el mioma uterino.

Asimismo, el mayor número de casos con este tumor prevaleció en las féminas entre 15 y 45 años. Una de las características principales de esta afección es su dependencia de los estrógenos, razón por la cual habitualmente se presenta en la edad fértil de la mujer; es infrecuente que surja antes de la primera menstruación (menarquia) o luego de la menopausia.¹⁵

Este resultado coincide con trabajos realizados por Cutié Bressler ML *et al*,² los cuales encontraron una alta incidencia del mioma en igual grupo de edad. Por otra parte, Cabrera L *et al*¹⁴ en sus estudios obtuvieron que 67,3 % de los casos estaba en el rango de 31-50 años y, además, las pacientes premenopáusicas presentaron un promedio de número de miomas casi 3 veces mayor que las posmenopáusicas.

Katz VL *et al*⁵ y Viswanathan M *et al*⁶ encontraron un predominio de los miomas en mujeres de piel negra al igual que en este estudio; las causas del origen de esta enfermedad aún no están muy claras, pero algunos científicos afirman que van ligadas a una predisposición genética y a la influencia hormonal, lo cual podría explicar la prevalencia en determinadas razas o grupos familiares.

El mayor número de casos presentaron miomas intramurales sin distorsión de la cavidad uterina y menos de 50 % de ellos sobresalía en la superficie serosa del útero, pues el tamaño osciló entre 1,5 y 2,5 cm, lo cual coincide con un estudio realizado por Cabrera L *et al*¹⁴ que también encontraron con mayor frecuencia este tipo de miomas, con tamaño inferior a 2 cm.

Cabe agregar que la localización, tamaño y número de los diferentes leiomiomas pueden afectar el resultado reproductivo en diferente extensión; la influencia en la reproducción se manifiesta especialmente en los de tipo submucoso -- asociados con un aumento del riesgo de aborto espontáneo, parto pretérmino, presentaciones anormales, obstrucción del canal cervical, hemorragia posparto y sepsis puerperal--; sin embargo, el efecto de su presencia en la fertilidad es aún objeto de controversia. La distorsión de la cavidad uterina y los elementos antes mencionados determinan además, la conducta final en estas pacientes.^{7,8,14}

El crecimiento de los miomas durante el embarazo no se puede predecir; la localización y número de estos, especialmente en el segmento inferior del útero y las posiciones fetales inadecuadas, incrementan la probabilidad del nacimiento mediante cesárea.⁹

Los fibromiomas provocan alteraciones mecánicas, irritación del miometrio, alteraciones endometriales y déficit del flujo sanguíneo uterino que puede comprometer la viabilidad del embrión o del feto.^{8,16,17} En este estudio se halló que 10 % de los casos diagnosticados estuvieron asociados al embarazo.

Con respecto a las complicaciones es importante destacar que en más de 50 % de las pacientes con síntomas ginecológicos, tales como: dolor bajo vientre y trastornos menstruales de varios años de evolución, predominó la degeneración quística con aspecto anecoico y marcado refuerzo posterior; las calcificaciones se observaron en las afectadas de mayor edad, específicamente las más cercanas a la menopausia. Por otro lado, en las enfermas con historia de sangrados aparecieron zonas de necrosis. También, se consideró la posible degeneración sarcomatosa en las que presentaron gran distorsión de la cavidad uterina con miomas múltiples, de gran tamaño, las cuales refirieron que el abdomen le creció muy rápido en los últimos 6 meses o 1 año, estas mujeres presentaban además, un patrón ecográfico heterogéneo con calcificaciones, necrosis y zonas líquidas; todo lo anterior concuerda con las características descritas por Puertas Hernández N¹⁷ y Giné⁷ en sus estudios acerca de la degeneración maligna.

Se estima que la degeneración sarcomatosa de los miomas tiene una incidencia de 1 por cada 1000 diagnosticados, razón por la cual la frecuencia de malignidad es baja. Cabrera J *et al*,¹⁴ en un estudio realizado encontró que en 66,5 % de los casos no se evidenciaron alteraciones endometriales; sin embargo, en 51 de ellos (25,2 %), el mioma presentó algún tipo de degeneración, con mayor frecuencia la celular (8 %), considerada como presarcomatosa.

La no correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y el definitivo luego de la ecografía, se analizó a partir de 2 aspectos; uno de ellos pudiera ser que los miomas cursan de forma asintomática y generalmente constituyen un hallazgo ultrasonográfico^{18,19} y el otro, relacionado con el pensamiento médico que en este estudio estuvo orientado fundamentalmente a la búsqueda de quistes, endometritis, embarazos normales y ectópicos. Además, (a pesar de que no fue objetivo del estudio) llamó la atención que un gran número de indicaciones médicas no contenían los datos clínicos necesarios para la orientación adecuada al profesional que realizaría el examen y en muchas ocasiones solo de solicitaba realizar un ultrasonido ginecológico, lo cual evidencia algunas brechas en la aplicación del método clínico por estos profesionales de la salud.

Por todo lo anterior se concluye que en la casuística prevaleció el diagnóstico ecográfico de mioma uterino, el grupo etario de 15-45 años y las pacientes de piel negra. Predominaron los miomas múltiples e intramurales. Las complicaciones más frecuentes fueron: la degeneración quística y las calcificaciones. No hubo total correspondencia entre las indicaciones médicas presuntivas de miomas y el diagnóstico ecográfico definitivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bañuelos Álvarez R. Miomatosis uterina, un enfoque endocrinológico. Rev Endocrinol Nutr. 2000 [citado 6 Mar 2012];8(3):94-9. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2000/er003d.pdf>
2. Cutié Bressler ML, Figueroa Mendoza M, Almaguer Almaguer JA, Veranes Arias M. Estudio del factor uterino como causa de infertilidad femenina. Rev Cubana Obstet Ginecol 2000 [citado 6 Oct 2011];26(1):54-61. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/qin/vol26_1_00/qin09100.htm

3. Organización Mundial de la Salud, Palmer PES, Breyer B. Ginecología (pelvis femenina no gestante). En: Manual de diagnóstico ultrasónico. Ginebra: OMS; 1996. p. 195.
4. Miomas uterinos. [citado 6 Ener 2012]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000914.htm>
5. Katz VL, Lobo RA, Lentz G, Gershenson D. Comprehensive Gynecology. 5th ed. Philadelphia: Elsevier Mosby;2007. p. 441-47.
6. Viswanathan M, Hartmann K, McKoy N, Stuart G, Rankins N, Thieda P, Lux LJ, Lohr KN. Management of uterine fibroids: an update of the evidence. Evid Rep Technol Assess. 2007;154: 1-122.
7. Giné L, Sabrià E, Ponce J, Sanchez A, Fernández ME. Clínica y diagnóstico del mioma uterino. Estado actual. Ginecología y Obstetricia Clínica. 2009 [citado 6 Mar 2012];10(1):15-20. Disponible en: http://www.nexusmedica.com/web/resumen_ant.php?id_revista=664&id=17734&no=2009&Numero=1&sol=1
8. Oliva Rodríguez J, Hernández Méndez ML, Festary Casanovas A. Afecciones uterinas y pérdidas recurrentes del embarazo. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2003 [citado 6 Mar 2012];29(3). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol29_3_03/gin07303.htm
9. Loyola S, Fava M, Macaya R, Meneses L. Embolización de arterias uterinas en el tratamiento de miomas uterinos sintomáticos. Rev Chil Obstet Ginecol. 2007;72(4):236-40.
10. White A, Spies J. Uterine fibroid embolization. Tech Vase Interv Radiol. 2006;9(1):2-6.
11. Serden SP. Diagnostic hysteroscopy to evaluate the cause of abnormal uterine bleeding. Obstet Gynecol Clin North Am. 2000;27(2):277-86.
12. Keckstein J, Hucke J. Cirugía laparoscópica en ginecología. Madrid: Editorial Médica Panamericana;2003:377-393.
13. Valle RF. Office hysteroscopy. Clin Obstet Gynecol. 1999;42(2):276-89.
14. Cabrera J, Mucientes F, Klaassen R, Acosta S, Oliva JP. Leiomioma uterino: patología y epidemiología. Rev chil obstet ginecol;59(1):39-43.
15. Phelan JP. Myomas and pregnancy. Obstet Gynecol Clin North Am. 1995;22(4):801-5.
16. Harrison RF. Recurrent abortion: a review. Av Med Reprod. 1993;12:83-7
17. Puertas Hernández N. Ultrasonido gicoobstétrico. La Habana: Editorial Ciencias Médicas;2006. p. 26-33.
18. Towbin NA, Gviazda IM, March CM. Office hysteroscopy versus transvaginal ultrasonography in the evaluation of patients with excessive uterine bleeding. Am J

Obstet Gynecol. 1996;174(6):1678-82.

19. Sánchez Boccaccio C, Brito Pérez M. Histeroscopia diagnóstica y terapéutica. Experiencia de 10 años. Rev Obstet Ginecol Venez. 2006 [citado 6 Mar 2012];66(4). Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=s0048-77322006000400007&script=sci_arttext

Recibido: 12 de julio de 2012. □

Aprobado: 19 de julio de 2012. □

Katia Ramírez Fajardo. Hospital Docente Universitario "Carlos Manuel de Céspedes", carretera Km 1, Vía Santiago de Cuba, Bayamo, Granma, Cuba. Correo electrónico: katiarf@infomed.sld.cu