

**DOCUMENTO INFORMATIVO PARA EL TRATAMIENTO DE LOS MIOMAS
UTERINOS MEDIANTE EMBOLIZACIÓN**



*Tratamiento no quirúrgico de los miomas uterinos
Unitat de Radiologia Intervencionista
Servei de Ginecologia i Obstetrícia
Corporació Sanitària Parc Taulí*

¿QUÉ ES UN MIOMA UTERINO?

Los fibromas o miomas uterinos, también conocidos como leiomiomas o fibromiomas, son tumores no cancerosos (benignos), que se desarrollan en la pared muscular del útero. A pesar de que los miomas no siempre causan síntomas, dependiendo de su tamaño y localización pueden producir dolor y hemorragia importante. Con la menopausia mejoran ya que disminuye el nivel de estrógenos circulantes en sangre. Los síntomas pueden no mejorar en las mujeres que han tomado hormonas (estrógenos) como tratamiento en la menopausia.

El tamaño de un mioma es variable desde pocos centímetros (aceituna) hasta 15-20 centímetros. Se desarrollan en alguna de las tres capas de la pared del útero. Los miomas subserosos (más externos) crecen hacia fuera del útero y no producen síntomas hemorrágicos, pero sí molestias abdominales. Los miomas intramurales (en medio), que son los más frecuentes y crecen en el espesor de la pared del útero pueden producir alteraciones en el flujo menstrual, dolor y peso pelviano. Finalmente, los submucosos (más internos) que crecen en una capa fina que recubre la cavidad uterina y se desarrollan hacia ella.

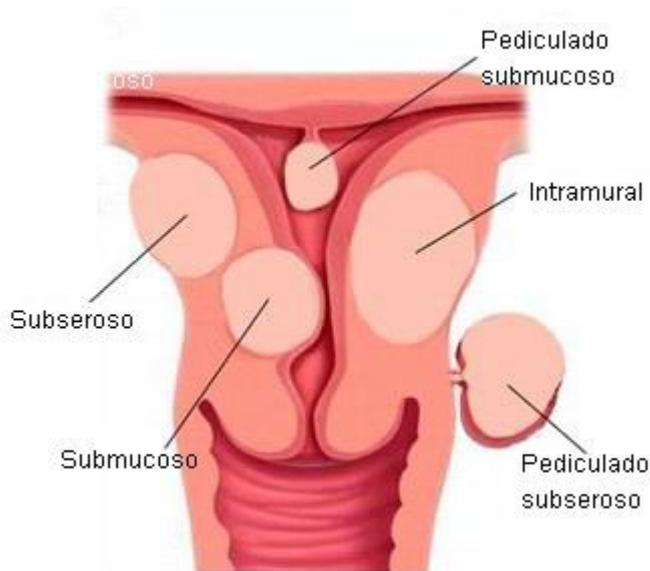


Fig. 1. Esquema del útero y situación de los diferentes tipos de miomas.

¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS MÁS FRECUENTES?

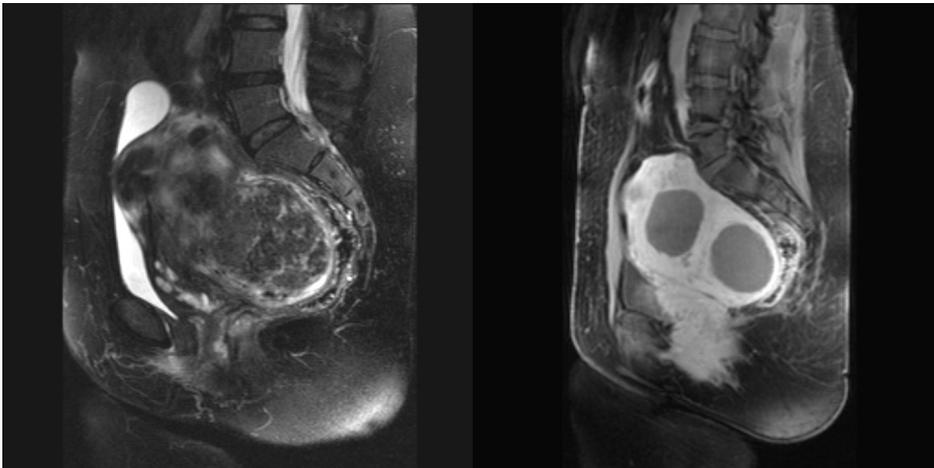
Los síntomas dependen del tamaño del mioma y de la localización del mismo (subseroso, intramural o submucoso). Los miomas son muy comunes entre las mujeres mayores de 30 años y la gran mayoría no causan problemas. Los síntomas más frecuentes e importantes son:

- Hinchazón del abdomen.
- Dolor y peso en la región inferior del abdomen.
- Dolor de espalda y de piernas.
- Dolor durante la realización del acto sexual.
- Alteraciones en la menstruación con hemorragias prolongadas y copiosas, incluso, con coágulos de sangre. Esta hemorragia puede llegar a provocar *anemia*.

- Compresión sobre la vejiga urinaria produciendo constantes y/o frecuentes ganas de orinar.
- Compresión sobre el intestino produciendo estreñimiento.

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA UN MIOMA UTERINO?

Los miomas uterinos se sospechan habitualmente en el examen ginecológico rutinario y se confirman mediante técnicas de imagen: ecografía transvaginal, tomografía computarizada y resonancia magnética. Para el control y seguimiento de miomas de pequeño tamaño y asintomáticos es suficiente la ecografía y el control médico. Miomas de gran tamaño y con muchos síntomas pueden requerir otras técnicas de imagen. La resonancia magnética y la ecografía son inocuas y así mismo indoloras.



¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO DE LOS MIOMAS UTERINOS?

La gran mayoría de miomas no causan problemas y no requieren tratamiento. Los miomas sintomáticos, de tamaño reducido se pueden controlar con diversos fármacos: anticonceptivos, antiinflamatorios no esteroideos (Ibuprofeno, etc.) y hormonoterapia. Estos tratamientos, en general, mejoran los síntomas y controlan el crecimiento del mioma, mientras se toman. Sin embargo, los síntomas reaparecen y el tumor vuelve a crecer en el momento que se abandonan.

Cuando los síntomas persisten, a pesar del tratamiento médico, cuando éstos son muy importantes o cuando el tamaño supera un cierto límite hay que tratarlos con técnicas más invasivas.

La cirugía ha sido el tratamiento tradicional de los miomas de útero. Los tumores de gran tamaño, intramurales casi siempre requerían extirpación del útero, mientras que los pequeños se pueden resear conservándolo.

Actualmente las técnicas quirúrgicas han evolucionado y ciertos miomas se pueden resear sin necesidad de intervención quirúrgica convencional (abrir el abdomen). La extirpación exclusivamente del tumor se denomina miomectomía y consiste en acceder al útero por diversas vías, resear el tumor, extraerlo y suturar la incisión en el útero. En general, la miomectomía mejora los síntomas, pero no garantiza la

posibilidad de nuevos miomas transcurridos unos años. Esta intervención puede ser realizada por diversas técnicas:

Técnica histeroscópica. La intervención se realiza mediante un tubo flexible, equipado con luz y diversas herramientas quirúrgicas (pinzas, elementos de corte, etc.) que se introduce en el útero a través de la vagina y que se denomina histeroscopia (histero = útero y scopia = visión). Se puede realizar de forma ambulatoria, si bien el paciente necesita anestesia y sedación. Esta intervención tan sólo se puede aplicar para los miomas que crecen en la cavidad del útero (submucosos).

Técnica laparoscópica. Se realiza mediante el laparoscopio que consiste en un tubo metálico, equipado con una pequeña cámara de vídeo y con pequeño instrumental quirúrgico. Se introduce en la cavidad abdominal a través de pequeñas incisiones que se realizan en la pared del abdomen. Requiere ingreso y se realiza con anestesia general. Con esta técnica se pueden reseca miomas que están en la superficie externa del útero (miomas subserosos).

Técnica quirúrgica convencional. Consiste en abrir el abdomen con técnicas de cirugía convencional, acceder al útero, abrirlo y extraer el tumor. Requiere anestesia general y varios días de ingreso hospitalario. Con esta intervención se pueden extirpar todo tipo de miomas (submucoso, subserosos e intramurales).

Cuando el tumor es grande o múltiple, y afecta a una mujer perimenopáusica, se puede practicar la extirpación del útero en su totalidad. Esta intervención se denomina histerectomía y consiste en abrir el abdomen por cirugía convencional y extirpar el útero. Se realiza bajo anestesia general y requiere varios días de hospitalización y de convalecencia. Los miomas son la causa de aproximadamente un tercio de histerectomías que se practican anualmente.

En los últimos años, una nueva técnica se ha incorporado al arsenal terapéutico de los miomas. **La embolización** de las arterias uterinas que irrigan (aportan sangre) al mioma, consiste en la oclusión total y de forma permanente de dichas arterias. La embolización produce falta de flujo de sangre en el tumor y reducción importante del tamaño tumoral. No necesita anestesia general ni sedación y requiere 12-36 horas de hospitalización. Es necesaria una potente y continuada analgesia que se puede realizar por vía epidural. Con esta técnica se tratan todo tipo de miomas uterinos.

¿EN QUÉ COSISTE LA EMBOLIZACIÓN DE LOS MIOMAS UTERINOS?

Se realiza por técnicas de Radiología Intervencionista que requieren una mínima invasión. Se punciona la arteria femoral en la ingle y se deja un tubo menor de 2 mm de diámetro a través de cual se introduce un catéter que, navegando por las arterias, con control de rayos X (fluoroscópico) nos conducirá hasta los vasos que irrigan el tumor. Muy próximos a la entrada del tumor, se lanzarán por el catéter unas pequeñas esferas de gelatina o plástico que obstruyen las pequeñas arterias del propio tumor. Es necesario tratar las dos arterias uterinas (derecha e izquierda), si bien, esto se puede realizar desde el mismo abordaje, sin necesidad de puncionar las dos ingles. El dolor y la hinchazón abdominal son dos efectos comunes de esta técnica. Ocasionalmente, aparece fiebre durante 24-48 horas que puede ser tratada con paracetamol (Termalgin) o con metamizol magnésico (Nolotil). Para combatir el dolor se utilizan analgésicos potentes por vía epidural, venosa y oral.

En nuestra experiencia la analgesia epidural proporciona unos resultados mejores y más prolongados durante el procedimiento. Posteriormente se administran durante una semana analgésicos por vía oral.

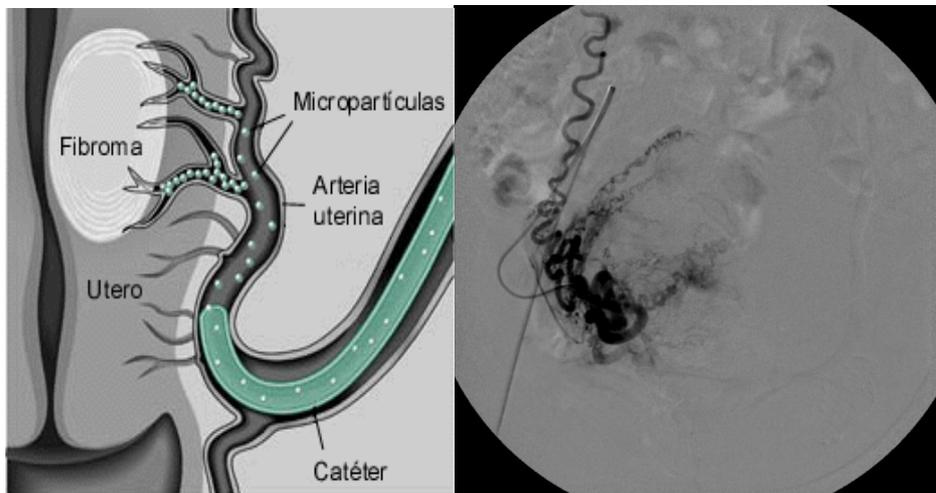


Fig. 2 técnica de embolización del Mioma con partículas de esféricas..

¿QUÉ ES Y CÓMO SE REALIZA LA ANALGESIA EPIDURAL?

El dolor es el efecto indeseado más importante en la embolización de las arterias uterinas para tratar el mioma. Se produce por la falta de riego en todo el útero (isquemia muscular). La percepción del dolor es especial para cada persona, pero en general, este dolor se describe como fuerte e importante. Algunos grupos de médicos lo controlan con analgésicos intravenosos y orales con resultados satisfactorios. En nuestro grupo los médicos anestesiólogos son los encargados de controlar el dolor mediante analgesia introducida a través de una punción en la espalda (anestesia peridural) por lo que lo controla de forma rápida y eficaz.

Para ello es necesario introducir un pequeño catéter (tubo) en el espacio peridural en la espalda. Con anestesia local se punciona en un espacio intervertebral lumbar y se inserta el catéter que conectará con reservorio de anestesia que lo introducirá en el espacio peridural constantemente según la programación preestablecida.

Este catéter se dejará 12-24 horas para que la analgesia dure no sólo durante la intervención, sino también en el periodo post-intervención.

El procedimiento y el control de este tipo de analgesia lo realiza el médico especialista en anestesia.

¿QUIÉN REALIZA LA EMBOLIZACIÓN?

El procedimiento lo realiza el Radiólogo Intervencionista. Sin embargo, en el proceso diagnóstico y terapéutico intervienen otros profesionales médicos (ginecólogos, anestesistas, radiólogos generales, etc.). Los Radiólogos Intervencionistas son médicos que tienen un entrenamiento especial para diagnosticar y tratar procesos, utilizando minúsculas y sofisticadas herramientas guiados por rayos X u otras técnicas de imagen.

Las técnicas intervencionistas, en general, son menos invasivas y más seguras con menores tiempos de hospitalización y de convalecencia para el paciente. El Radiólogo Intervencionista trabaja estrechamente con el resto de especialistas para estar seguro que el paciente recibirá la mejor atención y cuidados posibles.

¿DÓNDE SE REALIZA LA EMBOLIZACIÓN DE MIOMAS?

La sala de Radiología Intervencionista es una estancia hospitalaria que reúne unas condiciones especiales de asepsia. Dispone de un sofisticado equipamiento de imagen (rayos X y ecografía) así como de personal humano y de medios técnicos de control vital y reanimación adecuados para garantizar la seguridad del paciente.

¿CUÁLES SON LOS RESULTADOS MÉDICOS DE LA EMBOLIZACIÓN?

Los trabajos médicos demuestran que entre el 80 y 95 % de las pacientes mejoraron los síntomas. Más del 70% de las pacientes redujeron de forma importante el volumen de sus miomas. No se han descrito recurrencias de miomas en el seguimiento de más de seis años post-embolización.

¿EXISTEN RIESGOS EN LA EMBOLIZACIÓN DE MIOMAS?

La embolización de la arteria uterina es una técnica segura, pero como la gran mayoría de procedimientos médicos también puede tener algunas complicaciones. El dolor, como ya se ha comentado, puede ser importante requiriendo analgesia especial. En las primeras horas pueden aparecer náuseas, vómitos y fiebre que se controlan generalmente con la medicación adecuada. Un pequeño porcentaje de pacientes presentó infección que se controló con antibioterapia. En tan sólo el 1% de las pacientes ante la alteración uterina se consideró la histerectomía como tratamiento potencial. Finalmente, se ha descrito en un 2% de los casos, menopausia inducida post embolización.

No se debe olvidar que la histerectomía y la miomectomía también pueden presentar complicaciones infecciosas, hemorrágicas, creación de adherencias de tejidos y órganos abdominales.

¿SE PUEDEN TENER HIJOS DESPUÉS DE LA EMBOLIZACIÓN?

No hay estudios concluyentes en este sentido. Se aconseja que durante los primeros meses después de la embolización se evite quedar embarazada. Pero algunas mujeres tuvieron embarazos a término sin complicaciones tras la embolización de las arterias uterinas para el tratamiento de un mioma.

Para mayor INFORMACIÓN puede consultar a su ginecólogo (Tel. 93 745 83 60) o a la Unidad de Radiología Intervencionista (Tel. 93 745 84 84)