

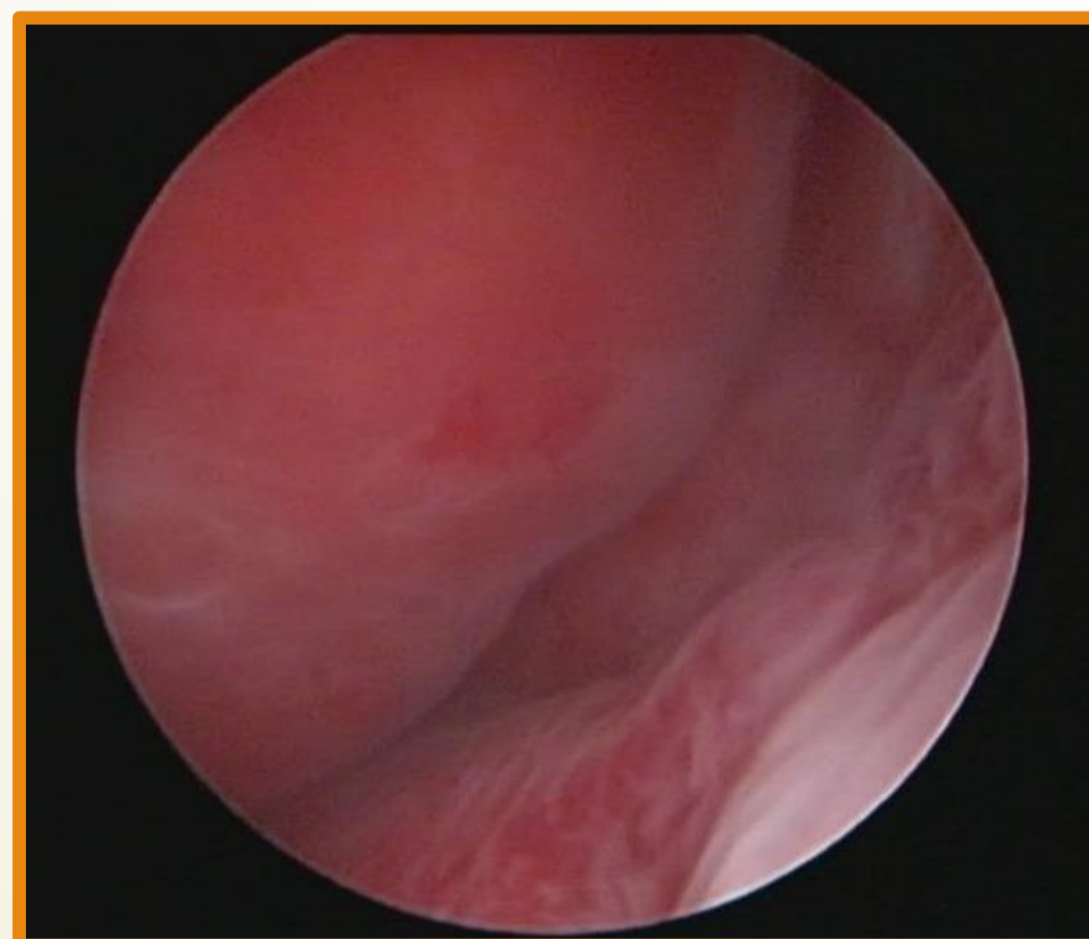
# MIOMECTOMÍA VAGINAL

Madrid Gómez de Mercado; MD; Gazabat Barbado, E; Nieto Meca, L; Peces Rama, A; Montoya Martínez, JL; Guerrero Mercader, L; Machado Linde, F; Nieto Díaz, A.

*Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia)*

## CASO CLÍNICO

- Mujer de **47 años** acude a Urgencias del Hospital Maternal por **sangrados menstruales muy abundantes y duraderos** desde hace 6 meses.  
No antecedentes personales ni familiares de interés.  
Ultima revisión ginecológica hace 2 años, con citología, normal. G1P1.
- A la exploración vaginal con especuloscopia se visualizan escasos restos hemáticos en vagina sin sangrado activo.  
Se realiza ecografía transvaginal: útero de ecoestructura normal con endometrio hipertrófico de 38 mm que presenta abundante hipercaptación con doppler. Anejos normales. No líquido libre en Douglas.
- Se remite a consulta de ginecológica y se realiza **ecografía transvaginal** en unidad, donde se visualiza mioma intracavitario tipo 0 en vías de parirse de 32 x 54 x 42 mm, con eje vascular en cara anterior. Además, se visualiza formación de 67 x 57 x 42 en ovario izquierdo compatible con cistoadenoma seroso.
- Posteriormente, se realiza **histeroscopia** donde se observa nódulo intracavitario que dilata OCI, superior a 50 mm y base no precisa, cubierto de mucosa endometrial compatible con mioma submucoso con 90% de componente intracavitario.  
En dicho momento no presenta criterio de miomectomía HSC por el tamaño, pautándose tratamiento con análogos de GnRH para ver respuesta.
- La paciente consulta en URMA durante el siguiente año, en varias ocasiones, por sangrados abundantes.  
Se realizan controles ecográficos en los que se visualiza mioma pariéndose.  
Se realiza nueva histeroscopia en la que se visualiza mioma submucoso que asoma por OCE un 60% con pedículo grueso que nace en cara anterior.
- Se decide finalmente intervención quirúrgica, realizándose **miomectomía vía vaginal y ligadura posterior de pedículo**, que cursó sin incidencias.



## DISCUSIÓN

Los miomas son tumores benignos, cuya incidencia oscila desde 5,4 % a 77 % en las diferentes etapas de la vida reproductiva de la mujer.

Dichos tumores son dependientes de estrógenos y pueden crecer bajo su influencia hasta un tamaño considerable.

Los miomas submucosos se encuentran localizados parcial o totalmente dentro de la cavidad uterina; su incidencia es alrededor del 10 %, pero a pesar de esta relativa baja incidencia, los síntomas derivados de su presencia, son la principal causa para tratarlos. Han sido implicados como causa de sangrado uterino anormal (SUA), infertilidad, pérdida recurrente de la gestación y dolor pélvico, entre otras.

Los miomas submucosos tipo 0 son los que ocupa más del 75% de la cavidad uterina.

En ocasiones algunos autores recomiendan uso de análogos de GnRH antes o entre los dos tiempos quirúrgicos. De entre las diferentes terapias médicas, los análogos de la GnRH es la más efectiva a día de hoy, produciendo un estado de hipogonadismo hipogonadotropo y niveles de estradiol similares a los de la menopausia.

### Bibliografía:

-Griffiths AN, D'Angelo A, Amso NN. Surgical treatment of fibroids for subfertility. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3. Art. No: CD003857.

-Golan A. GnRH analogues in the treatment of uterine fibroids. Hum Reprod. 1996;11(Suppl 3):33-41.

-Muñoz JL, Jiménez JS, Hernández C, Vaquero G, Pérez Sagaseta C, Noguero R, et al. Hysteroscopic myomectomy: Our experience and review. JSL 2003;7:39-48.