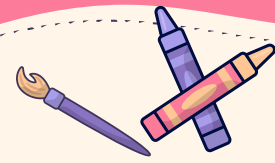
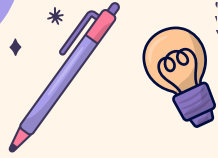


Patología del cuerpo uterino y endometrial

Hannia del carmen salazar jimenez



Mioma.

1. El mioma es un tumor benigno compuesto fundamentalmente de fibras musculares lisas.
2. Son los tumores más frecuentes de todo el tracto genital femenino y, probablemente, el tumor benigno más frecuente en la mujer.
3. Tiene una prevalencia de un 20-25% en la raza blanca, siendo mayor en la raza negra (50%).



ETIOPATOGENIA

1. Se desconoce la etiopatogenia de los miomas, aunque se acepta que tanto los estrógenos como la progesterona aumentan el tamaño de los miomas
2. Tienden a involucionar tras la menopausia
3. Los miomas en mujeres que toman anticonceptivos orales no aumentan de tamaño.
4. Parece haber una influencia genética de base como la distribución racial (más frecuente en raza negra), la asociación familiar y el descubrimiento de anomalías citogenéticas de las células miomatosas.





ÍA PATOLÓGICA.

se distinguen:

Subserosos (40%): situados bajo el peritoneo visceral uterino. Pueden alcanzar gran tamaño siendo poco sintomáticos

Intersticiales: son los más frecuentes (55%) y proliferan en la porción central del miometrio.

Submucosos (5-10%): hacen protrusión en la cavidad uterina, por lo que son los más sintomáticos. Pueden ser pediculados y salir a través del orificio cervical (mioma parido).

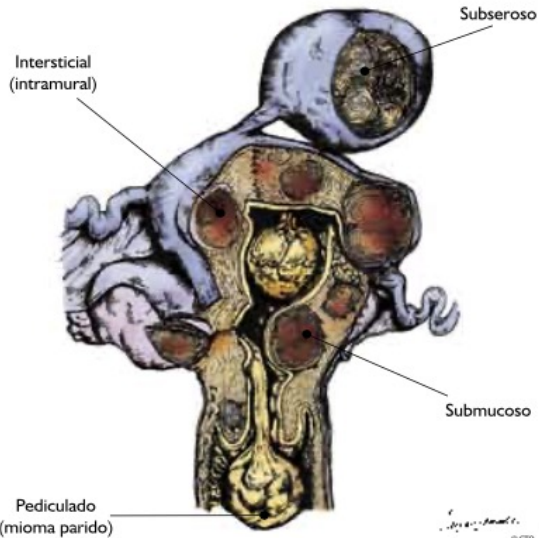


Figura 19. Tipos de mioma según localización.

CAMBIOS DEGENERATIVOS



Debido a alteraciones vasculares, infecciones o degeneración maligna.

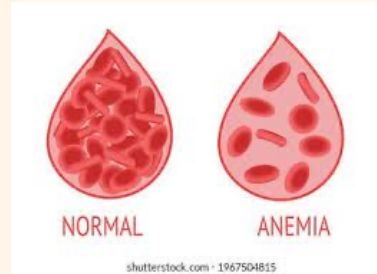
1. Degeneración hialina. Es la más frecuente (65%). Se sustituye el tejido miomatoso por material hialino acelular. Ocurre con más frecuencia en los miomas subserosos.
2. Degeneración quística (4%). El tejido hialino se licúa y forma cavidades quísticas.
3. Degeneración por calcificación (4-10%). Es más común en las mujeres menopáusicas, al igual que la atrofia miomatosa.
4. Degeneración roja. Es una forma de degeneración por necrosis que ocurre cuando el mioma crece mucho en poco tiempo, produciéndose un infarto muscular agudo que provoca dolor e irritación peritoneal. Es la degeneración más frecuente durante el embarazo
5. Degeneración maligna o sarcomatosa. Es poco frecuente (0,5%).



CLÍNICA.

Alrededor de un 50-80% de los miomas son asintomáticos.

1. Hemorragias uterinas. Es el síntoma más frecuente. Las hemorragias más intensas son las debidas a miomas submucosos. Las hemorragias que se asocian a miomas con más frecuencia son las menorragias.
2. Dolor. Suele ser el resultado de torsión de mioma pediculado, de una dilatación cervical producida por la salida de un mioma a través del segmento inferior cervical (mioma parido) o de degeneración del mioma o de compresión nerviosa.
3. Síntomas de compresión. Síntomas urinarios por compresión vesical. Puede existir estreñimiento por compresión intestinal.
4. Aumento del volumen abdominal.
5. Anemia. Es frecuente la anemia hipocrómica secundaria a hipermenorreas. Puede existir poliglobulia, así como trombocitosis.



EMBARAZO Y MIOMA.

1. Infertilidad: el mioma puede impedir la fecundación o la implantación. El riesgo de aborto está aumentado.
2. Crecimiento: el 20% de los miomas crecen durante el embarazo y regresan tras el parto.
3. Necrosis: es más frecuente, especialmente la degeneración roja.
4. Parto: está aumentada la incidencia de partos pretérmino, abrupcio placentae, anomalías de la presentación fetal (transversa y nálgas), dolor, distocias dinámicas, retención de placenta, etc. Si la situación baja del mioma impide el parto vaginal, estará indicada la cesárea (aunque no hay consenso, no parece adecuado hacer miomectomía en las cesáreas).



DIAGNÓSTICO.

1. **Historia clínica y exploración física.** La sintomatología nos orienta y por tacto vaginoabdominal detectamos tamaño, forma y consistencia. Se palpan mejor los miomas subserosos (son accesibles a la exploración).
2. **Ecografía.** Es el método más útil, ya que podemos determinar su tamaño, localización y muchas de sus complicaciones. En ocasiones podemos completar el estudio con resonancia, sobre todo si pensamos en la embolización como un posible tratamiento.
3. **Histeroscopia.** Sirve para el diagnóstico y tratamiento de los miomas submucosos.



TRATAMIENTO.

1. Conducta expectante. En miomas pequeños y asintomáticos, con revisiones periódicas cada 6 meses. También en miomas durante el embarazo.
2. Tratamiento quirúrgico. Cirugía conservadora (miomectomía) en mujeres jóvenes sintomáticas y/o con miomas de gran tamaño, pero con deseos de descendencia. La miomectomía puede ser por laparotomía, por laparoscopia en casos seleccionados o por histeroscopia en miomas submucosos. Cirugía radical (histerectomía): está indicada en pacientes con deseos reproductivos cumplidos con miomas sintomáticos o de gran tamaño, o si fracasa el tratamiento conservador.
3. Otros tratamientos utilizados son sintomáticos: AINEs y antifibrinolíticos como el ácido tranexámico para disminuir la cantidad de sangrado, preparados con hierro para la anemia y analgésicos.





02

Pólipo endometrial.



DEFINICIÓN.

Son protusiones benignas del endometrio. Contienen abundantes vasos sanguíneos, por lo que son causa frecuente de metrorragia en la menopausia. La transformación maligna del pólipo endometrial es rara (<5%) aunque es frecuente la asociación con adenocarcinoma de endometrio (10-30%).



CLÍNICA.

La edad más frecuente de aparición es entre 30-60 años.
A menudo son asintomáticos.
El síntoma más frecuente es la metrorragia.



DIAGNÓSTICO.

Es anatomopatológico, aunque la ecografía transvaginal o histeroscopia nos pueden poner ante la sospecha.

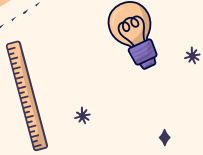


TRATAMIENTO.

Extirpación quirúrgica mediante histeroscopia, realizando estudio histológico en todos los casos. (En casos seleccionados de mujeres asintomáticas se puede adoptar una conducta expectante con control periódico).

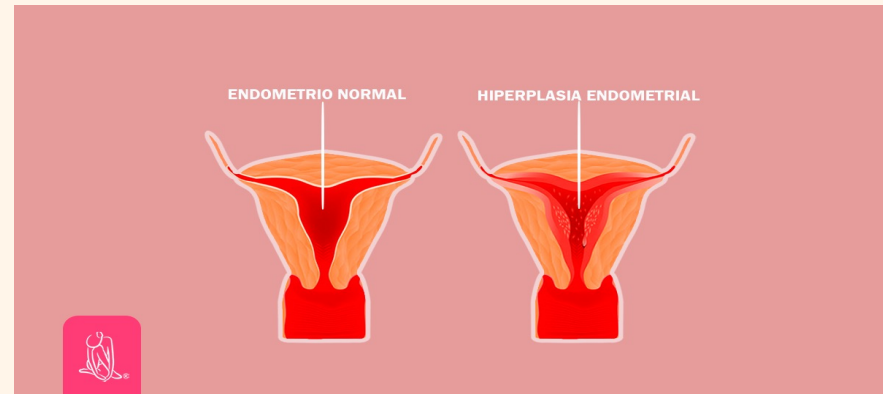


Hiperplasia endometrial



DEFINICIÓN.

Consiste en una proliferación del endometrio, originada por el estímulo de los estrógenos no compensados por una adecuada secreción de progesterona



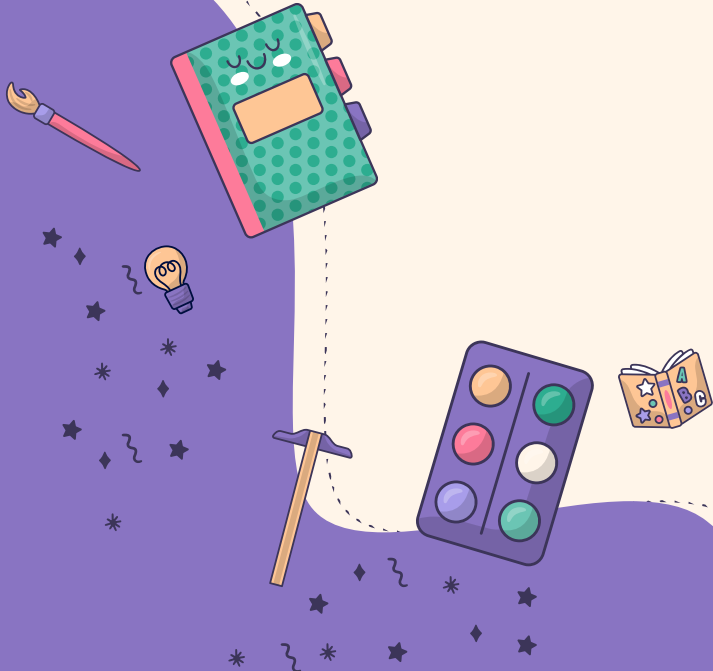
CLASIFICACIÓN.

- Hiperplasia simple (sin atipia).
- Hiperplasia compleja (sin atipia).
- Hiperplasia simple atípica.
- Hiperplasia compleja atípica.



FACTORES DE RIESGO.

obesidad, diabetes, hipertensión, anovulación (SOP, hemorragias disfuncionales perimenopáusicas) Y administración de estrógenos no compensados con progesterona (es el mismo proceso que ocurre en la anovulación: secreción de estrógenos continua sin compensación de progesterona al no haber ovulación).



Diagnostico

Es anatomopatológico: ante una metrorragia en paciente postmenopáusica se debe obtener material para estudio anatomopatológico mediante histeroscopia con biopsia dirigida (de elección), legrado diagnóstico o por aspiración con cánulas flexibles tipo Cornier o Pipelle.

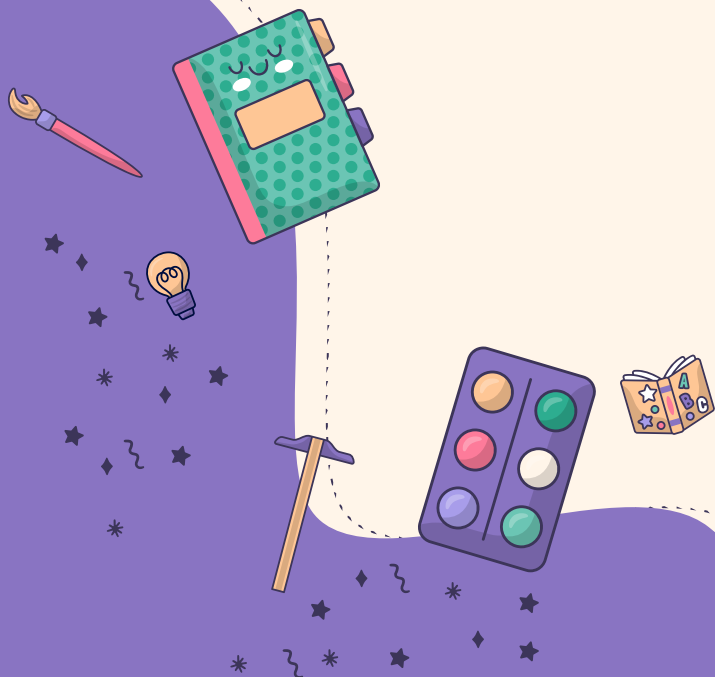
También deben realizarse estas técnicas si el diámetro del endometrio por ecografía vaginal es mayor de 15 mm en premenopáusicas y de 5 mm en postmenopáusicas.



Tratamiento

- En hiperplasias simples o complejas sin atipias, damos acetato de medroxiprogesterona a dosis de 10 mg al día durante 14 días en segunda fase del ciclo (es lógico: si estamos ante una patología causada por una hiperestimulación estrogénica sin compensación de progesterona, el tratamiento médico será administrar esa progesterona); otros gestágenos son el acetato de noretisterona, acetato de ciproterona y progesterona micronizada.

- En caso de no respuesta al tratamiento médico se puede realizar ablación endometrial mediante histeroscopia.
- En hiperplasias con atipias: se realizará histerectomía



Thanks!

