

RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA

Fibromas uterinos: sus síntomas y tratamiento



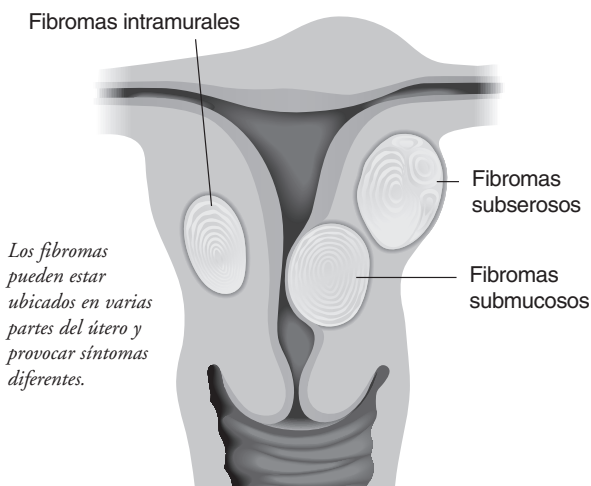
SOCIETY OF
INTERVENTIONAL
RADIOLOGY

Enhanced care through advanced technology®

Preguntas y respuestas acerca de los fibromas uterinos

P. ¿Qué son los fibromas uterinos?

R. Los fibromas uterinos son tumores no cancerosos (benignos) que se forman dentro de la pared muscular del útero. Aunque los fibromas no siempre provocan síntomas, su ubicación y tamaño pueden ocasionar problemas en algunas mujeres, entre ellos, dolor y sangrado abundante. Generalmente mejoran después de la menopausia cuando disminuye dramáticamente el nivel de estrógenos, la hormona femenina que circula en la sangre. Sin embargo, es posible que las mujeres menopáusicas que consuman estrógenos suplementarios (hormonoterapia de reemplazo) no sientan alivio en los síntomas.



Los fibromas varían en tamaño desde muy diminutos hasta alcanzar el tamaño de un melón o más grandes. En algunos casos, pueden provocar el crecimiento del útero hasta alcanzar el tamaño de un embarazo de 5 meses o más. Los fibromas pueden estar ubicados en varias partes del útero. Existen tres tipos principales de fibromas uterinos:

Fibromas subserosos, que se forman en la porción externa del útero y se expanden hacia afuera. Generalmente no afectan el flujo menstrual de la mujer, pero pueden resultar incómodos debido a su tamaño y a la presión que provocan.

Fibromas intramurales, que se forman dentro de la pared uterina y se expanden, lo que hace que el útero se sienta más grande de lo normal. Estos son los fibromas más comunes. Este tipo de fibroma puede provocar un flujo menstrual más abundante y presión o dolor en la zona pélvica.

Los fibromas submucosos se encuentran profundos dentro del útero, justo debajo de la pared de la cavidad uterina. Estos son los fibromas menos comunes, pero a

menudo provocan síntomas, entre ellos, períodos menstruales muy abundantes y prolongados.

Es posible que escuche que se refieran a los fibromas con otros nombres, incluidos mioma, leiomioma, leiomiomata y fibromioma.

P. ¿Cuáles son los síntomas típicos?

R. Según la ubicación, el tamaño y la cantidad de fibromas, pueden provocar:

- períodos menstruales abundantes y prolongados, y sangrado mensual poco común, a veces con coágulos. A menudo, esto conduce a la anemia;
- dolor pélvico;
- sensación de pesadez o presión en la zona pélvica;
- dolor en la espalda o en las piernas;
- dolor durante el acto sexual;
- presión en la vejiga que conduce a una necesidad constante de orinar;
- presión en los intestinos que conduce al estreñimiento y a la distensión abdominal;
- abdomen con agrandamiento anómalo.

P. ¿Quiénes están más propensas a padecer de fibromas uterinos?

R. Los fibromas uterinos son muy comunes, aunque a menudo son muy pequeños y no ocasionan problemas. Entre un 20 y un 40 por ciento de las mujeres de 35 años y mayores padecen de fibromas uterinos de un tamaño significativo. Las mujeres afroamericanas tienen mayor riesgo de padecer de fibromas: hasta el 50 por ciento padecen de fibromas de un tamaño significativo.

P. ¿Cómo se diagnostican los fibromas uterinos?

R. Por lo general, los fibromas se diagnostican durante un examen ginecológico interno. Su médico le realizará un examen pélvico para sentir si su útero está agrandado. La presencia de fibromas se confirma más a menudo con una ecografía abdominal. Los fibromas también pueden confirmarse al emplear las técnicas de diagnóstico por imagen de resonancia magnética (magnetic resonance, MR) y tomografía computarizada (computed tomography, CT). La ecografía, MR y CT son pruebas de diagnóstico indoloras. El tratamiento adecuado depende del tamaño y la ubicación de los fibromas, así como también de la gravedad de los síntomas.

P. ¿Cómo se tratan los fibromas uterinos?

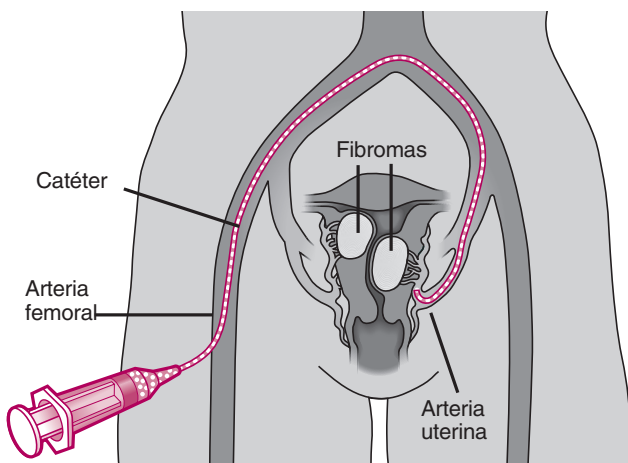
R. La mayoría de los fibromas no provocan síntomas y no se tratan. Cuando provocan síntomas, la terapia con fármacos es, a menudo, el primer paso en el tratamiento. Es posible que esto incluya una receta para pastillas anticonceptivas u otra terapia hormonal o el consumo de fármacos

antiinflamatorios no esteroideos como el ibuprofeno o el naproxeno sódico. En muchas pacientes, los síntomas se controlan con estos tratamientos y no se requiere ninguna otra terapia. Sin embargo, algunas terapias hormonales sí tienen efectos secundarios y otros riesgos cuando se utilizan en forma prolongada. Por lo tanto, se utilizan generalmente en forma temporal. A menudo, si se suspende la terapia, los fibromas vuelven a crecer.

El siguiente paso es intentar una terapia más invasiva. Las opciones de tratamiento más comunes son las siguientes:

Embolización de arterias uterinas (o fibromas).

Esta intervención mínimamente invasiva será analizada en detalle más adelante en este folleto. En resumen, un radiólogo intervencionista realiza una incisión diminuta en la ingle y coloca un pequeño tubo denominado catéter a través de la arteria. Cuando el catéter alcanza la arteria uterina, el radiólogo intervencionista lentamente inyecta partículas de plástico diminutas del tamaño de granos de arena en los vasos. Las partículas fluyen primero hacia los fibromas y se atascan en los vasos y no pueden dirigirse a otras partes del cuerpo. Esto bloquea el flujo sanguíneo hacia el tumor, lo que provoca que se contraiga.



Se inserta un catéter a través de una incisión en la piel hacia el interior de una arteria y se avanza hasta el útero.

Miomectomía. La miomectomía es una intervención que elimina los fibromas visibles de la pared uterina. La miomectomía, como la embolización de fibroma uterino (uterine fibroid embolization, UFE), deja al útero en el lugar, y por lo tanto, preserva la capacidad de la mujer de procrear. Existen varias maneras de llevar a cabo una miomectomía, entre ellas, la miomectomía histeroscópica, miomectomía laparoscópica y miomectomía abdominal.

Miomectomía histeroscópica: La miomectomía histeroscópica se utiliza solo para los fibromas que se encuentran justo por debajo de la pared del útero y que sobresalen hacia la cavidad uterina. No es necesaria una incisión quirúrgica. El médico introduce un tubo flexible (histeroscopia) en el útero a través de la vagina y el cuello

uterino, y elimina los fibromas al emplear herramientas quirúrgicas especiales adaptadas al tubo. Por lo general, esto se trata de una intervención ambulatoria que se lleva a cabo mientras la paciente se encuentra anestesiada e inconsciente.

Miomectomía laparoscópica: Puede que se emplee la miomectomía laparoscópica si el fibroma se encuentra en la parte exterior del útero. Las pequeñas incisiones se realizan para que el médico pueda introducir una sonda con una cámara diminuta adjunta y otra sonda adaptada con instrumentos quirúrgicos dentro de la cavidad abdominal y eliminar los tumores. Se lleva a cabo mientras la paciente se encuentra inconsciente y bajo los efectos de una anestesia general. El promedio de tiempo de recuperación es de aproximadamente dos semanas.

Miomectomía abdominal: Es una intervención en la que se realiza una incisión en el abdomen para acceder al útero y en la que se realiza otra incisión en el útero para eliminar el tumor. Una vez que se eliminan los fibromas, se puede coser y cerrar el útero. La paciente recibe anestesia general y está inconsciente durante esta intervención, lo que requiere que permanezca en el hospital durante varios días.

Si bien la miomectomía resulta exitosa con frecuencia para controlar los síntomas, mientras más fibromas haya en el útero de la paciente, generalmente, es menos exitosa la cirugía. Además, puede que los fibromas vuelvan a crecer muchos años después de la miomectomía

Histerectomía. Aproximadamente un tercio de más de medio millón de histerectomías que se realizan en los Estados Unidos cada año se deben a los fibromas.

En una histerectomía, se elimina el útero mediante una intervención quirúrgica abierta. Esta operación se considera una cirugía mayor y se lleva a cabo mientras la paciente se encuentra bajo los efectos de la anestesia general. Se requiere de tres a cuatro días de hospitalización y el promedio de recuperación es de aproximadamente seis semanas. Algunas mujeres son candidatas a otra intervención laparoscópica. El tiempo de recuperación para esta intervención es considerablemente más corto.

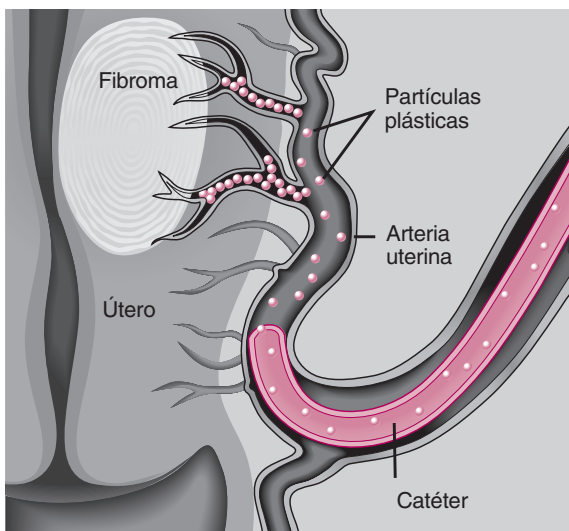
La histerectomía es la terapia actual más común para las mujeres que padecen de fibromas. Se realiza generalmente en mujeres que hayan completado sus años de maternidad, o bien en quienes entiendan que luego de la intervención no podrán quedar embarazadas.

P. ¿Qué es la embolización de fibroma?

R. Es una intervención mínimamente invasiva, lo cual significa que solo requiere una incisión diminuta en la piel. Se lleva a cabo mientras la paciente se encuentra consciente pero sedada: somnolienta y sin sentir ningún tipo de dolor.

La embolización de fibroma se lleva a cabo por un radiólogo intervencionista, un médico que se capacita especialmente para realizar esta y otras intervenciones mínimamente invasivas. El radiólogo intervencionista realiza una pequeña incisión en la piel

(menos de $\frac{1}{4}$ de pulgada) en la ingle e introduce un catéter dentro de la arteria. El catéter es guiado a través de la arteria hasta el útero mientras que el radiólogo intervencionista observa el progreso de la intervención a través de rayos X en movimiento (fluoroscopia). El radiólogo intervencionista inyecta partículas de plástico diminutas del tamaño de granos de arena en la arteria que suministra sangre al fibroma. Esto corta el flujo sanguíneo y provoca que el tumor (o los tumores) se encoja(n). Es entonces, cuando se trata la arteria que se encuentra al otro lado del útero.



Partículas diminutas atraviesan el catéter y se atascan en los pequeños vasos, lo que bloquea el flujo sanguíneo hacia el fibroma.

Por lo general, la embolización de fibroma requiere que permanezca en el hospital durante una noche. Los analgésicos y fármacos que controlan la hinchazón, generalmente, se recetan para continuar con el procedimiento de tratar los espasmos y el dolor, los cuales son los efectos secundarios más comunes. La fiebre es un efecto secundario ocasional y se la trata, por lo general, con acetaminofeno (paracetamol). Muchas mujeres reanudan algunas actividades livianas a los pocos días y la mayoría de las mujeres pueden regresar a sus actividades normales en el plazo de una semana.

Aunque la embolización para tratar fibromas uterinos se lleva a cabo desde 1995, la embolización del útero no es un procedimiento nuevo. Ha sido empleado con éxito por radiólogos intervencionistas durante 20 años para tratar las hemorragias abundantes posteriores al parto. La intervención está ahora disponible en hospitales y centros médicos en todo el país. Para encontrar un centro cercano, visite el sitio web de la SIR en www.SIRweb.org

P. ¿Qué tan exitosa es la intervención de embolización de fibroma?

R. Los estudios muestran que entre el 78 y el 94 por ciento de las mujeres que se someten a la intervención sienten alivio total o significativo del dolor, del sangrado abundante o de otros síntomas. La intervención también resulta efectiva para fibromas múltiples. Es muy poco común la reaparición de fibromas ya tratados. En un estudio en el que se les realizó un seguimiento a las pacientes durante seis años, ningún fibroma que había sido embolizado volvió a aparecer.

P. ¿Existen riesgos relacionados con la extirpación de fibromas?

R. La embolización de fibroma se considera muy segura; sin embargo, existen algunos riesgos asociados, como los hay para casi cualquier intervención médica. La mayoría de las mujeres sufren espasmos y dolores moderados a graves durante varias de las primeras horas posteriores a la intervención. Algunas sufren náuseas y fiebre. Con los medicamentos adecuados, se pueden controlar estos síntomas. Una pequeña cantidad de pacientes ha sufrido infección, la cual, por lo general, se puede controlar con antibióticos. También se ha informado que existe un 1 por ciento de posibilidad de lastimar el útero, lo cual puede conducir potencialmente a una histerectomía. Una pequeña cantidad de pacientes ha comenzado la menopausia luego de la embolización. Esto es más frecuente que suceda si la mujer se encuentra a mediados de los cuarenta o es mayor y ya se aproxima a la menopausia.

La miomectomía e histerectomía también suponen riesgos, entre ellos, la infección y el sangrado que conducen a una transfusión. Las pacientes que se someten a la miomectomía pueden sufrir adherencias, lo que provoca que el tejido y los órganos del abdomen se fusionen juntos, lo cual puede conducir a la infertilidad. Además, el tiempo de recuperación es mucho más largo para la miomectomía abdominal y, por lo general, varía de uno a dos meses.

Debe hablar con su médico acerca de los posibles efectos secundarios de cualquier procedimiento que pueda elegir.

P. ¿Se verá afectada mi fertilidad?

R. Un estudio reciente que compara la fertilidad de las mujeres que tuvieron una embolización de fibroma uterino con aquellas que tuvieron una miomectomía mostró cifras similares de embarazos exitosos para ambos grupos. Sin embargo, este estudio todavía no ha sido confirmado por ningún otro investigador y no se puede determinar completamente los efectos a largo plazo de la embolización de fibroma uterino (UFE) en la capacidad de la mujer para concebir.

P. ¿Pagaré mi seguro la intervención de embolización de fibroma?

R. La mayoría de las aseguradoras pagan la embolización de fibroma. Usted hablará con su radiólogo intervencionista acerca de esto antes de su intervención.

P. ¿Es la embolización de fibroma una intervención aprobada por la FDA?

R. La Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) no regula la práctica de la medicina, pero sí aprueba los dispositivos y medicamentos. Todos los dispositivos, equipos y medicamentos que se utilizan para la embolización de fibroma están aprobados por la FDA para su utilización en personas.

Muchas mujeres se preguntan acerca de la seguridad de dejar partículas de plástico en el cuerpo. Tranquiliza saber que las partículas más comúnmente utilizadas en la UFE han estado disponibles con la aprobación de la FDA durante más de 20 años. Durante este periodo de tiempo, se han empleado en miles de pacientes sin complicaciones a largo plazo.

P. ¿Qué es un radiólogo intervencionista?

R. Los radiólogos intervencionistas son médicos que se especializan en tratamientos mínimamente invasivos y dirigidos. Ofrecen el conocimiento más profundo sobre los tratamientos menos invasivos disponibles asociados con la experiencia clínica y de diagnóstico en todas las especialidades. Utilizan rayos X, imágenes por resonancia magnética (magnetic resonance imaging, MRI) y otras técnicas de diagnóstico por imagen para introducir un catéter en el cuerpo, por lo general, en una arteria, para realizar tratamientos en el origen de la enfermedad internamente. Al igual que los inventores de la angioplastia y del *stent* (malla) implantado por catéter, que fueron los primeros utilizados en las piernas para tratar la enfermedad arterial periférica, los radiólogos intervencionistas han sido los pioneros en la medicina moderna mínimamente invasiva.

Actualmente, muchas de las afecciones que en algún momento requirieron cirugía pueden ser tratadas en forma menos invasiva por radiólogos intervencionistas. Los tratamientos de radiología intervencionista ofrecen menos riesgos, menos dolor y menos tiempo de recuperación en comparación con la cirugía abierta. Visite www.SIRweb.org.

Usted o un miembro de su familia ha sido remitido a un radiólogo intervencionista para recibir tratamiento. Este folleto responderá algunas de las preguntas acerca de la especialidad médica y de cómo un radiólogo intervencionista puede ayudarlo.

Para obtener más información sobre radiología intervencionista, comuníquese con la Sociedad de Radiología Intervencionista (Society of Interventional Radiology, SIR) al www.SIRweb.org.

The logo consists of a dark green curved line above a white diagonal line that intersects the curve.

SOCIETY OF
INTERVENTIONAL
RADIOLOGY

Enhanced care through advanced technology®

Society of Interventional Radiology (Sociedad de Radiología
Intervencionista)

(703) 691-1805

Fax: (703) 691-1855

www.SIRweb.org

© 2002, 2008 por la Society of Interventional Radiology.

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación cubierta bajo los derechos de reproducción de este documento se debe reproducir o copiar de alguna forma o mediante algún método (gráfico, electrónico o mecánico, que incluye fotocopias, grabaciones o sistemas de recuperación y almacenamiento de información) sin el permiso por escrito de los editores.