

MIOMAS DEL ÚTERO

por el doctor

J. COMAS CAMPS

Médico Director del Hospital de la Magdalena

De cada ocho mujeres, una es portadora de formaciones miomatosas o fibromiomas del útero (estadísticas anatómopatológicas sobre cadáveres: ESSEN MÖLLER 12, 6 %, WINCKEL 12, 7 %).

¡Cuán lejos está tal comprobación de miles de autopsias, de la cifra de un 6 a un 10 % de mujeres ingresadas en el material de una clínica ginecológica, mujeres enfermas, afectas de miomas! ¡Cuántas y cuántas portadoras de fibromiomas uterinos no sufren molestia alguna o son ellas tan soportables que no les obligan a consultar al médico! Ello nos lleva como de la mano a establecer en el terreno de la práctica una división en la materia y forma de exposición de este trabajo dedicado al médico general, entre la *anatomía patológica* y la *clínica* de los miomas uterinos.

Muy breve será nuestra disertación sobre anatomía patológica expositiva, incluyendo en la parte clínica la que se relacione con los síntomas subjetivos y objetivos, pronóstico y orientación terapéutica.

Anatomía patológica. Los fibromiomas son neoplasias benignas que se desarrollan en el útero en forma de nódulos, que desde el *germen miomatoso* microscópico (0,02 mm.) pueden alcanzar dimensiones formidables que apreciadas en peso lleguen a 5-10-20 y hasta 50 kilos. Su tendencia espontánea es hacia la forma esférica, pero las circunstancias de su crecimiento y adaptación a las limitaciones de la vecindad, les pueden hacer adquirir las más variadas formas e irregulares contornos. Su punto de origen es casi siempre en pleno miometrio, pero su crecimiento les lleva hacia la superficie del útero. Mientras permanecen rodeados de miometrio apreciable y compacto, constituyen los *miomas intersticiales* y ésta es la sede de la mitad de los miomas y aún en estas condiciones pueden adquirir notable tamaño. El crecimiento del tumor hacia la superficie peritoneal del útero, insinuándose entre las fibrocélulas musculares, determinando su atrofia, siendo como exprimidos por las contracciones del miometrio hacia la vía de menos resistencia y levantando el peritoneo que los cubre y a ellos se adapta, determina la variedad *subserosa* de los miomas, ya en plena cavidad libre o entre las hojas del ligamento ancho. Su constante crecimiento puede llegar a pediculizarlos, a veces con pedículo muy largo y delgado, y aun en ocasiones, en los tumores intraligamentosos, romperse el tenue pedículo y continuar viviendo el tumor de la vascularización adquirida por su superficie en flogosis mecánica de protesta del vecindario.

Por un mecanismo semejante, el crecimiento y migración pueden hacerse hacia la cavidad uterina, el mioma se sitúa *submucoso* y sufre los efectos de las contracciones uterinas que tienden a expulsarlo y le hacen adquirir una forma alargada, piriforme, pediculizándolo y determinando complicaciones mecánicas y sépticas de las que nos ocuparemos en la parte clínica de esta exposición (figura 2).

Los miomas pueden desarrollarse en el cuerpo del útero (94 a 95 %), en el cuello (4 ó 5 %) y hasta en la porcio (1 %).

Histológicamente el mioma está constituido por tejido muscular liso en haces entrelazados en forma muy variada. En el campo del microscopio vemos fibras longitudinales, oblicuas, transversales, de dimensiones y suculencia tintórea muy diferentes. Un abundante tejido conjuntivo fibroso entrelaza, envuelve y a veces ahoga en superabundancia al tejido muscular (fibroma).

A pesar de todas las más o menos fundadas e ingeniosas teorías emitidas hasta la fecha, la etiología del mioma, como la de todas las demás neoplasias, continúa envuelta en el más completo misterio. La relación que el desarrollo de miomas uterinos pueda tener con los diferentes períodos y actividad de la vida genital femenina, es diversamente interpretada y apoyada en las más contradictorias estadísticas. Lo único universalmente admitido por ser expresión fiel de la realidad, es que el desarrollo del mioma uterino es propio de los años fecundos y una rareza su aparición antes de la menarquia o después de la menopausia. La edad de máxima frecuencia es entre los 35 y 45 años. (GARKISCH sobre 601 casos). Claro está que todas las estadísticas clínicas se refieren a la edad en que el mioma fué diagnosticado y por lo tanto su valor es muy relativo; no conocemos estadísticas sobre largas series de autopsias relacionadas con la edad. No es unánime entre los ginecólogos la apreciación de que la máxima frecuencia de miomas se presenta en mujeres nulíparas: SCHROEDER califica de fantástica tal afirmación e HINDERMANN la niega haciendo una crítica severa de la estadística de TROELL, el cual encuentra un 61 % de nulíparas entre las enfermas de mioma. Nuestra modesta estadística que alcanza 273 casos, coincide con la de TROELL, y como nuestro maestro FARGAS, opinamos que por lo menos el número de nulíparas cuyo mioma reclama nuestra intervención es muy superior al de mujeres que hayan tenido hijos.

Sintomatología de los miomas del útero. El mioma en sí es un tumor benigno completamente inofensivo, pero puede transformarse en molesta, peligrosa y aun gravísima enfermedad por los trastornos mecánicos de vecindad, complicaciones sépticas, degeneraciones malignas y anemias y miocarditis consecutivas a las hemorragias que determina.

Hemorragias (menorragia o hipermenorrea; metrorragias). El mioma influye poco sobre el ciclo menstrual y sobre la función que lo condiciona y dirige (maduración folicular, puesta ovular, muerte del óvulo). Las pequeñas variaciones de periodicidad dependen de la influencia de la neoplasia sobre la maduración del folículo y vitalidad del óvulo, pero estas relaciones son poco evidentes y no bien demostradas. Los miomas intersticiales y submucosos influyen extraordinariamente en la abundancia y duración de la hemorragia mens-

ma. La situación del tumor ocasiona los más variados síntomas urinarios: miomas de la cara anterior, bajos, que gravitan sobre la vejiga y ocasionan polaquiuria; otros estiran la pared posterior de la vejiga, su fondo e incluso la uretra y provocan retención parcial; cuando están enclavados, por compresión de la uretra y cuello vesical determinan retención con iscuria paradójica. La compresión del intestino es causa de estreñimiento y fenómenos generales de reabsorción tóxica. Pueden incluso estar comprimidos los vasos ilíacos y determinar varices y edemas de los miembros inferiores.

Dolor. Solamente un 25 a un 30 % de miomas provocan dolores que pueden ser intermitentes coincidiendo con la menstruación; es la dismenorrea de ciertos miomas cavitarios y la condicionada a los subserosos sesiles por estiramientos de la red nerviosa subperito-

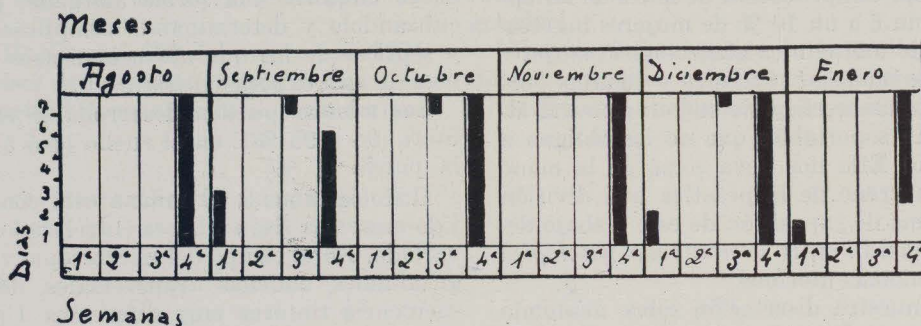


Figura 1
Esquema Comas Camps. — Hipermenorrea y ligera polimenorrea en un caso típico de mioma intersticial

trual (duración de 8 a 10 días, cantidad de un 25 a un 200 % superior a la normal). Tal hipermenorrea se explica perfectamente por la enorme congestión que determinan los miomas submucosos en la capa basal del endometrio y por la congestión del miometrio y dificultad en su contracción hemostática que condicionan los intersticiales (figura 1).

Las hemorragias sin ninguna relación cíclica—metrorragias—se observan en un 10 % de miomas y son debidas a ulceraciones del endometrio, endometritis por trastornos circulatorios, coincidencia con cáncer del cuerpo o del cuello o con pólipos mucosos. La metrorragia es síntoma de complicación y debe ser cuidadosamente estudiada, especialmente cuando se presenta en miomatosas menopáusicas.

Leucorrea. Los miomas no acostumbran a provocar leucorreas cervicales glerosas si no coinciden con antiguas cervicitis. La leucorrea acuosa, abundante, intermitente, a bocanadas, *hidrorrea*, es propia de los miomas submucosos cavitarios. Las pérdidas icorosas, nauseabundas, indican mortificación gangrenosa del tumor. Las linforragias citadas por Verr en los miomas linfangiectásicos, son excepcionales, no hemos podido comprobar ningún caso.

Trastornos mecánicos. Dependen del volumen del tumor y de su situación. Solamente por su volumen los grandes tumores, aun francamente abdominales, determinan compresión de las vísceras inmediatas y algunas veces incluso de las torácicas por empuje del diafrag-

neal. El enclavamiento de los miomas en la pelvis, es muy doloroso; y como rápidamente provoca flogosis y formación de adherencias, los dolores llegan a ser continuos e intolerables. En determinadas circunstancias el tumor del cuerpo uterino miomatoso, viene a ser pediculizado por el cuello y es posible una torsión que se manifiesta por grandes dolores y la consiguiente reacción peritoneal. Los miomas mortificados, inflamados, infectados, se vuelven dolorosos. Un mioma muy doloroso a la presión exploradora es seguramente asiento de mortificación o degeneración sarcomatosa.

Síntomas de exploración. La palpación abdominal pone en evidencia la presencia de un tumor cuando éste alcanza determinado volumen. En los grandes miomas de tiempos pasados, la inspección ya nos mostraba un abdomen abultado, en ocasiones como de un embarazo de 7 a 8 meses, la percusión nos informaba sobre la macidez y la palpación sobre la consistencia dura y no renitente. Hoy en día que el médico en general diagnostica muy bien y las enfermas se preocupan más de sus molestias y de modo especial se fijan en sus menstruaciones, la palpación abdominal sólo en una mitad de casos nos permite apreciar la presencia de un tumor intra-abdominal que no llega al ombligo y que puede ser movable o fijo, indoloro o muy sensible. En mujeres de paredes muy flácidas, la palpación abdominal permite penetrar en la pelvis y descubrir tumoraciones centrales o lateralizadas. El tacto vaginal nos descubrirá una ocupación tumoral del fondo de

saco de DOUGLAS en los miomas posteriores o la presencia de una masa retrosinfisiaria en los anteriores; en los incluídos hallaremos un fondo de saco lateral ocupado por tumor duro, regular, fijado, útero rechazado hacia el lado libre.

En los fibromiomas del cuello, el tacto vaginal nos pone de manifiesto la alteración de la posición del cuello y la consistencia, forma y dimensiones del tumor. En los pólipos uterinos en su primera fase intrauterina sólo apreciamos una blandura y deiscencia del hoci-co de tenca; en su segunda fase apreciamos la dilatación del cuello o el dedo puede alcanzar una tumora-ción; en la tercera fase o etapa vaginal el tumor ocupa la vagina, si es pequeño el dedo puede pasar entre el

dol), nos indicará la forma, dirección y regularidad de la cavidad uterina. Si en los grandes tumores practi-camos la inyección intrauterina de lipiodol y el cer-claje externo del contorno del tumor con un alambre de plomo sostenido sobre la piel del abdomen con tiras de esparadrapo, la radiografía nos indicará la posición del útero con relación al tumor y nos será de gran uti-lidad diagnóstica en casos de difícil palpación. La his-terografía es absolutamente inocua, no debe faltar en la hoja clínica de todo caso difícil y es de absoluta ne-cesidad en todo caso que se intente tratar con los rayos X.

Síntomas generales. La repercusión sobre el estado general no está en relación con el volumen del tumor,

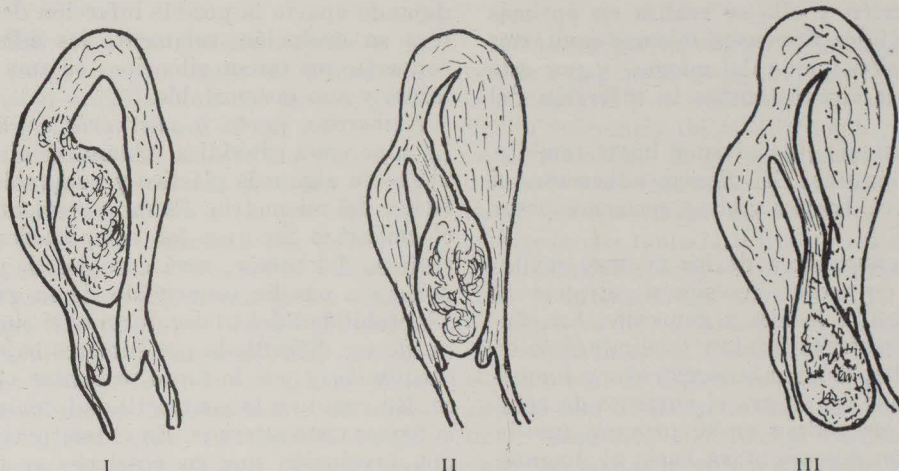


Figura 2
Las tres fases del pólipo fibroso

tumor y las paredes vaginales y puede contornear el cuello e incluso llegar hasta el pedículo.

La palpación combinada completa todos los datos de la palpación abdominal y tacto vaginal. Aprecia el tumor entre las dos manos, su volumen, consistencia, forma, situación, transmisión de movimientos al cuello, etc., etc.

Histerometría. La cavidad uterina sufre alargamientos considerables que pueden alcanzar 12, 15, 20 y hasta 25 centímetros. No hay que fiarse mucho de un solo cateterismo con cifras bajas, ya que el histerómetro puede ser obstaculizado por condiciones especiales del tumor.

Recomendamos mucha prudencia en la histerometría en los casos de grandes miomas intersticiales y en algunos submucosos muy sensibles, ya que la dirección de la cavidad uterina puede estar muy alterada; una presión exagerada puede provocar la perforación de la pared anterior en los fibromas posteriores (caso visto por nosotros) o de la posterior en los anteriores. Aconsejamos en estos casos practicar el cateterismo uterino con una sonda uretral de hombre del tipo semiblando y del calibre 15 ó 16.

Histerografía. La radiografía del útero mediante el relleno de su cavidad de una substancia opaca (lipio-

sino más bien con su situación y trastornos hemorrá-gicos que ocasiona, así como con los procesos de sepsis o mortificación que el mioma puede sufrir.

Anemia. Las pérdidas de sangre que se reproducen todos los meses en exageradas hipermenorreas y poi-menorreas y ello durante años, acaban por agotar la potencialidad reparadora del sistema hematopoyético. Las miomatosas presentan en estos casos la palidez ama-rillenta con ligero abotagamiento facial (palidez del mioma). Las enfermas están afectas de ánsnea (políp-nea) y estados vertiginosos.

El examen de la sangre nos demuestra disminución del índice de hemoglobina (hasta un 25 %), disminu-ción del número de glóbulos rojos (hasta un 2 y 1 y medio millones), *anemia secundaria*. Hay un grupo de miomatosas que con todo y no haber sufrido pérdidas de sangre apreciables, presentan un grado extraordi-nario de anemia, ¿miomas que vierten en la sangre li-poides hemolíticos? (Leith MURRAY), ¿miomas tóxicos con toxinas hemopoyetropas? (BIRBAUN y THALHEIN). Lo cierto es que el hecho clínico se observa algunas veces.

El corazón se resiente de la anemia y quizás de la intoxicación miomatosa. No creemos acertada la anti-gua calificación de *corazón miomatoso*; bien estudiados

los trastornos cardíacos y su anatomía patológica, poco difieren de los comprobados en otras anemias prolongadas: dilatación, soplo mitral, taquicardia, disnea de esfuerzo; tal es el cuadro de la cardiopatía miomatosa.

Lo que tenemos observado es la rápida aparición de estos trastornos en las miomatosas basedowianas y la agravación del hipertiroidismo por el mioma, así como de la diabetes; aunque no sea así apreciado por SCHROEDER.

Sintomatología especial condicionada por la complicación del mioma. La invasión del mioma por bacterias es tanto más probable cuanto su superficie está en contacto con cavidades que contienen gérmenes. Este es el caso de los miomas submucosos, cuya envoltura mucosa está tan expuesta a ulcerarse por trastornos circulatorios o infección y ello se realiza en óptimas condiciones en los pólipos fibrosos o miomas cavitarios en proceso de expulsión (parto del mioma) y por esto es frecuente en estas circunstancias la infección del tumor.

La infección del mioma puede tener lugar también por vía linfática o sanguínea. En flogisis adherentes al intestino pueden los colibacilos y otros gérmenes pasar al tumor e infectarlo.

La mortificación gangrenosa de los miomas cavitarios, de los pólipos en evolución vaginal, se pone de manifiesto por accidentes locales y generales. Los síntomas locales son la leucorrea fétida y la eliminación de fragmentos esfacelados, dolores hipogástricos y lumbares. La exploración nos demuestra el aumento de volumen del útero y en los pólipos en su primera fase la historia de la afección nos orientará hacia el diagnóstico de tumor intrauterino infectado. En la II y III fase, la exploración ya nos comprueba el tumor infracervical o vaginal, negruzco, violáceo y sangrante. Los síntomas generales tardan algunos días en manifestar-

se, tanto más cuanto sea el tumor más pediculizado; son síntomas de reabsorción tóxica, fiebre, escalofríos y finalmente un cuadro de septicemia pútrida.

En los miomas intersticiales la infección se podrá sospechar por los dolores espontáneos o provocados, la consistencia del tumor y un estado de septicemia con temperaturas más o menos altas.

La verdadera supuración del mioma, da el tipo de fiebre de supuración con grandes remitencias. Puede contraer adherencias con la pared del abdomen y abrirse espontáneamente al exterior; la abertura puede verificarse también a través de víscera hueca (intestino, vejiga) o en pleno peritoneo libre, con la consiguiente peritonitis.

La combinación del mioma con infecciones anexiales dejando aparte la posible infección del tumor, poco altera su evolución, solamente las adherencias pueden convertir un tumor silencioso en una enfermedad dolorosa y aun insoportable.

Embarazo, parto y puerperio en útero miomatoso. La hiperemia gravídica reblandece el mioma y lo convierte en algo más plástico y adaptable a las modificaciones del miometrio. Es muy corriente la idea de que el embarazo favorece las complicaciones y trastornos tróficos del tumor; será casualidad, pero nuestra experiencia nos ha convenido de la gran tolerancia y adaptabilidad del tumor durante el embarazo. El parto puede ser dificultado por tumores bajos que ocupen la excavación y por lo tanto presentar obstáculo mecánico. En cuanto a la contractilidad del miometrio, nunca la hemos visto alterada. En el puerperio el mioma sufre una involución que en ocasiones es tan considerable que casi determina la desaparición clínica del tumor. En raras ocasiones los insultos mecánicos del parto sobre el tumor se manifiestan en el puerperio bajo forma de necrosis o infección.