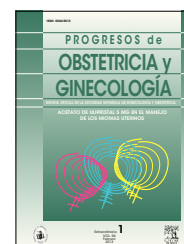


## PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



### Introducción

José M. Lailla Vicens

*Presidente de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*

El mioma uterino es el tumor benigno más frecuente que puede presentar la mujer, pero en numerosas ocasiones se acompaña de síntomas o complicaciones muy molestos que obligan a los ginecólogos a tomar medidas terapéuticas que no se llevarían a cabo por la sola presencia del tumor.

La conducta médica actual en todos los terrenos tiende a ser más conservadora que en tiempos anteriores. Los que ya asumimos alguna experiencia por los años tenemos muy presente haber realizado más de una histerectomía con la única indicación de la simple presencia de un mioma, hecho que en la actualidad se consideraría como una actuación médica, al menos, no justificable.

Ante la presencia de un mioma o de un útero miomatoso, son varias las premisas que debemos plantearnos antes de indicar un tratamiento. En primer lugar, como he dicho con anterioridad, la presencia de síntomas y la importancia de estos, principalmente en cuanto a afectación de la calidad de vida de la mujer. También hay que valorar el tamaño, la localización y el crecimiento de la tumoración, la edad de la paciente y su deseo genésico, así como la coexistencia con otro tipo de patologías que nos condicionen la conducta a seguir.

En el momento actual hay la suficiente evidencia científica para no actuar ante miomas asintomáticos, excepto cuando este produzca complicaciones, como una hidronefrosis moderada o severa, por compresión del uréter pélvico o en las mujeres con deseo de gestación, y la única causa que se encuentra es la presencia de un mioma submucoso resecable por histeroscopia. También hay acuerdo unánime en la adopción de una conducta conservadora en los miomas asintomáticos de la mujer posmenopáusica.

El dilema surge cuando nos planteamos la necesidad de realizar un tratamiento, ya que la indicación quirúrgica de hace unos años ha pasado, al menos, a ser discutida al disponer actualmente de terapéuticas farmacológicas eficaces no solo en el control de los síntomas, principalmente de los hemorrágicos, sino también en la reducción del volumen tumoral. El posicionamiento anterior de indicar los tratamientos farmacológicos del mioma con el único objetivo de controlar los síntomas hemorrágicos y así corregir los cuadros anémicos acompañantes y preparar a la paciente para

una cirugía continúa siendo válido, pero además nos puede ofrecer la posibilidad de evitar la histerectomía o permitirnos un mayor porcentaje de posibilidades quirúrgicas conservadoras del útero.

En la actualidad disponemos de productos farmacológicos como los agonistas-antagonistas de las gonadotropinas y los moduladores de los receptores de los progestágenos, que actúan controlando la hiperplasia endometrial que acompaña a los miomas, causante de la mayoría de trastornos hemorrágicos, sin producir alteraciones de ningún tipo en él.

Estudios publicados en los últimos 2 años demuestran que estas sustancias, entre las que se encuentra el acetato de ulipristal, producen cambios endometriales, tanto en la estructura histológica como en la composición bioquímica de las células; es decir, podríamos definir que se produce una nueva morfología endometrial inducida por los moduladores de los receptores de la progesterona que desaparece cuando se deja el tratamiento. En los seguimientos efectuados a más largo tiempo se ha comprobado que en ningún momento se ha producido una malignización de la hiperplasia endometrial ni de los cambios producidos por la terapia farmacológica.

Considero que estamos ante un nuevo ciclo en la conducta del mioma uterino, mucho más conservador, con mayor seguridad y aportando a la paciente un mayor número de beneficios, sin asumir más riesgos ni complicaciones. Pero mi opinión es de cautela para el futuro; sin duda avanzaremos en el terreno de los tratamientos conservadores, pero reconociendo que tenemos un límite, principalmente si nos atenemos a los más recientes estudios biológicos centrados en la estructura más íntima de los miomas, en donde se ha demostrado que en su origen hay cambios genéticos de origen monoclonal, con factores de reordenación genéticos que se traducen en translocaciones recíprocas observadas en la región 12q14-15 y, además, las implicaciones hormonales que tienen que ver en el inicio y crecimiento de estos no solo se limitan a los esteroides gonadales, sino que también están implicadas las gonadotropinas y los andrógenos y varios factores de crecimiento como los IGF I y II y el EGF, lo cual pone de manifiesto la dificultad de que con un solo fármaco se pueda controlar todo este conjunto de factores fisiopatológicos.