

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

**Tratamiento de la leiomiomatosis uterina en mujeres de 20 a 35 años del
servicio de ginecología del Hospital Básico IESS Durán del periodo 2023-
2024.**

AUTORES:

Gallardo Dueñas, Nathaly Fiorella

Vega Tutiven, Isaac Daniel

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
MÉDICO**

TUTOR:

Dra. Navas Hurel, Devie Sayonara

Guayaquil, Ecuador

26 de mayo del 2025



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Gallardo Dueñas, Nathaly Fiorella y Vega Tutiven, Isaac Daniel** como requerimiento para la obtención del título de **Médico**.

TUTOR (A)



Devie Sayonara
Navas Hurel



f. _____

Dra. Navas Hurel, Devie Sayonara

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Dr. Aguirre Martínez Juan Luis

Guayaquil, a los 26 del mes de mayo del año 2025



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotros, **Gallardo Dueñas, Nathaly Fiorella
Vega Tutiven, Isaac Daniel**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Tratamiento de la leiomiomatosis uterina en mujeres de 20 a 35 años del servicio de ginecología del Hospital Básico IESS Durán del periodo 2023-2024**, previo a la obtención del título de **Médico** ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 26 del mes de mayo del año 2025LOS

AUTORES

f.  firmado electrónicamente por:
NATHALY FIORELLA
GALLARDO DUEÑAS
Validar únicamente con Firma@C

Gallardo Dueñas, Nathaly Fiorella

f.  Isaac Daniel Vega
Tutiven
Time Stamping
Security Data

Vega Tutiven, Isaac Daniel



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Gallardo Dueñas, Nathaly Fiorella
Vega Tutiven, Isaac Daniel**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Tratamiento de la leiomiomatosis uterina en mujeres de 20 a 35 años del servicio de ginecología del Hospital Básico IESS Durán del periodo 2023-2024**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 26 del mes de mayo del año 2025

LOS AUTORES

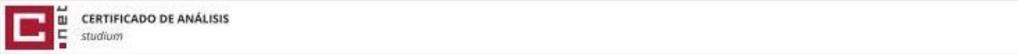
f.  Firmado electrónicamente por:
NATHALY FIORELLA
GALLARDO DUEÑAS
Validar únicamente con FirmasDC

Gallardo Dueñas, Nathaly Fiorella

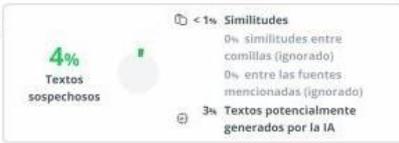
f.  Isaac Daniel Vega
Tutiven
Time Stamping
Security Data

Vega Tutiven, Isaac Daniel

REPORTE DE COMPILATIO



nathaly,gallardo,isaac,vega,TTP74,Manuscrito,final



Nombre del documento: nathaly.gallardo,isaac,vega,TTP74,Manuscrito,final.docx ID del documento: c333ea39cc5c180c8db341d2a803e808e8895b42 Tamaño del documento original: 224,17 kB	Depositante: Isaac Vega Tutiven Fecha de depósito: 16/5/2025 Tipo de carga: interface fecha de fin de análisis: 16/5/2025	Número de palabras: 8904 Número de caracteres: 60.767
---	--	--



Fuentes con similitudes fortuitas

N°	Descripciones	Similitudes
1	www.darwynhealth.com Comprender los inhibidores de la aromatasa: cómo funcionan y por qué se usan en el tratamiento del cáncer https://www.darwynhealth.com/cancer-care/diagnosis-and-management-of-cancer/treatment-of-cancer/aromatase-inhibitors-for-cancer-treatment/understanding-aromata...	
2	dx.doi.org Miomas uterinos: epidemiología actual, diagnóstico y tratamiento – revisión de la literatura http://dx.doi.org/10.56183/sa582d21	
3	repositorio.ug.edu.ec http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/68167/1/CD_3834-TAMAYO-COMAS,CLAUDIA-DEL-CARMEN.pdf	
4	reuma.pro Antinflamatorios NO ESTEROIDEOS: DESCUBRE su USO y BENEFICIOS https://reuma.pro/medicamentos/antinflamatorios-no-esteroides-que-son-y-como-se-utilizan/	

TUTOR (A)



Devie Sayonara Navas Hurel



f. _____

Dra. Navas Hurel, Devie Sayonara

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, queremos dar gracias a Dios por concedernos las fortalezas y bendiciones necesarias para culminar esta etapa, y por haber puesto en nuestros corazones el anhelo de servir a los demás. Así mismo, queremos expresar nuestra profunda gratitud a nuestros padres, los verdaderos protagonistas de este logro. Sin el apoyo incondicional que nos brindaron en estos últimos años, no habiéramos podido llegar hasta aquí. Gracias por cada sacrificio, por el esfuerzo constante para mantenernos en esta universidad y, sobre todo, por creer en nosotros, incluso cuando ni nosotros mismos confiábamos en nuestras capacidades. Las palabras se quedan cortas para agradecer todo lo que han hecho por nosotros.

A nuestros amigos, nuestros futuros colegas, si hay algo que realmente valoramos de todo este recorrido, es haber tenido la dicha de coincidir con personas tan increíbles. Gracias por compartir con nosotros las cargas del día a día, por hacer que los días largos se sintieran más livianos y las experiencias más gratificantes. Gracias por estar ahí, por su ayuda desinteresada, y por no soltarnos la mano, sin importar las circunstancias.

También queremos agradecer a todas aquellas personas que, de alguna forma, formaron parte de este largo camino. A quienes compartieron vivencias, nos acompañaron en los momentos difíciles, nos sacaron una sonrisa cuando más la necesitábamos, y le dieron color a tantos días grises dentro y fuera del aula.

Si hemos llegado hasta este punto, es gracias al apoyo, al impulso y al cariño que recibimos en cada tropiezo, en cada momento de duda, incluso cuando pensamos en rendirnos. Gracias, de corazón.

Nathaly Gallardo

Isaac Vega

DEDICATORIA

Le dedico este trabajo a mi papá, quien desde el primer momento en que decidí estudiar Medicina me apoyó incondicionalmente, pese a todas las dificultades que se presentaron en el camino. No hay mejor referente de esfuerzo, dedicación y constancia para mí en la vida. Siempre será mi mayor inspiración, y si hoy puedo decir que soy doctora, es gracias a él.

A mi mamá, por tenerme siempre en sus oraciones y por prepararme la comida con tanta dedicación, incluso cuando debía levantarse temprano o acompañarme en largas desveladas a altas horas de la noche.

A mis hermanas, que, en su corto conocimiento de la Medicina, trataron de comprenderme y motivarme en los pocos momentos que podíamos compartir. Les agradezco profundamente su paciencia y confianza en mí, aun cuando seguramente deseaban más tiempo en familia, cuando algún plan debía ser pospuesto o simplemente no podía realizarse por el estudio constante.

A quien encendió esa chispa de curiosidad en mí a los 17 años, cuando aún pensaba tomar otro camino: Dr. Eduardo Jácome. Las palabras me quedan cortas para agradecer todas sus enseñanzas y su dedicación al enseñarnos Medicina en el colegio. Si no hubiera sido usted mi profesor, tal vez no estaría aquí hoy. Me habría encantado tener aquella reunión que prometimos después de la graduación, pero sé que desde donde está puede ver el fruto de su enseñanza. Su memoria sigue viva en mí, y espero poder llegar a ser, al menos, la mitad de bondadosa de lo que usted era.

A José, mi novio, mi amigo y compañero en todo este camino. Aun cuando yo dudaba infinitamente de si algún día lograría terminar, él siempre estuvo ahí para recordarme que lo haría, y que cuando lo hiciera, estaría orgulloso de mí. Amor, gracias por tu paciencia, tu comprensión, tu amor, y por toda la motivación que me diste en esta etapa. Sin ti a mi lado, no habría podido seguir adelante. Espero que este no sea el primero ni el último logro que compartamos, sino uno de muchos más. Te amo.

A mi compañero de tesis, Isaac, quien también atravesó conmigo el largo año de internado. Gracias por escucharme, por consolarme y por acompañarme en todo momento. Si logré superar las dificultades de este último año, en parte fue por ti. A Nayomi, por de la misma manera escucharme, por su cariño y por ser mi amiga más cercana durante el internado. Aunque nuestra amistad empezó hace ya algún tiempo, hoy puedo decir que te conozco de una manera aún más especial.

A mis amigos y compañeros, incluso a aquellos con quienes ya no comparto palabras, gracias. Cada uno, a su manera, aportó con su granito de arena para que pudiera ser más fuerte y seguir adelante.

Y a mi angelito de cuatro patas, Lucky. Me hubiera encantado que estuvieras aquí, viviendo este logro a mi lado, ese del que tanto te hablaba. Pero tuviste que partir antes. Te agradezco por tu compañía durante once años, por las desveladas a mi lado, por siempre esperarme al volver de clases, por ser mi soporte cuando sentía que ya no podía más. A ti, que me diste todo tu tiempo y amor sin pedir nada a cambio, también te dedico gran parte de este trabajo.

Nathaly Gallardo

DEDICATORIA

Primeramente, a Dios, quien me dio la fortaleza en todo este camino lleno de pruebas para continuar cada día y por bendecirme con esta oportunidad de crecer. A mis padres, Galo Vega y Anita Tutiven, por su amor incondicional, su apoyo constante y por enseñarme el valor del esfuerzo y la perseverancia. Muchos de mis logros se los debo a ustedes entre los que se incluye este.

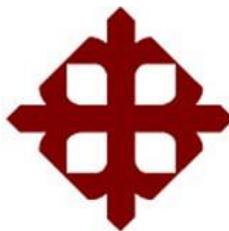
A mis hermanas, Karla y Lissette Vega, quienes con su apoyo, cariño y palabras oportunas estuvieron presentes en cada etapa de esta travesía. Gracias por creer en mí incluso cuando yo dudaba.

A mis amigos del colegio, “Squad” por acompañarme con risas, apoyo y comprensión a lo largo de esta etapa. Gracias por estar presentes hasta el día de hoy. A los amigos que he hecho en esta etapa académica, Paula, Ana, Víctor, Jonathan, Nayomi quienes han estado presentes como apoyo y fuente de aprendizaje.

A mi compañera de tesis, Nathaly, por ser una aliada leal, trabajadora y resiliente en este arduo pero significativo proceso.

Por último, pero no menos importante a George, mi fiel compañero de cuatro patas, que, con su presencia silenciosa, su ternura y compañía durante las madrugadas, ayudó a calmar mi ansiedad y a hacer más llevadero el peso de la universidad.

Isaac Vega



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____
(NOMBRES Y APELLIDOS)
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f.
(NOMBRES Y APELLIDOS)
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f.
(NOMBRES Y APELLIDOS)
OPONENTE

ÍNDICE

RESUMEN	XIV
INTRODUCCIÓN.....	2
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	3
Planteamiento del Problema	3
Objetivos	4
<i>Objetivo General</i>	4
<i>Objetivos Específicos</i>	4
Justificación.....	5
CAPITULO I MARCO TEÓRICO.....	6
1.1. Definición.....	6
1.2. Epidemiología	6
1.2.1. <i>Factores de Riesgo</i>	6
1.2.2. <i>Patogenia</i>	7
1.2.3. <i>Clasificación</i>	7
1.3. Manifestaciones Clínicas.....	8
1.4. Diagnóstico	8
1.5. Tratamiento	10
CAPITULO II MARCO METODOLÓGICO	22
2.1. Tipo de investigación	22
CAPITULO III.....	24
RESULTADOS.....	24
DISCUSIÓN.....	27
CONCLUSIONES.....	30
REFERENCIAS	31

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalización de variables del estudio	23
Tabla 2 Prevalencia de miomatosis uterina en el Hospital Básico Duran durante el periodo 2023 - 2024.....	26

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Edad de las pacientes atendidas en al área de Ginecología del Hospital Básico Duran	24
Figura 2 Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) utilizados para extraer la base de datos del Hospital Básico Duran.....	25
Figura 3 Tipo de tratamiento recibido por las pacientes atendidas en e área de Ginecología del Hospital Básico Duran.....	25
Figura 4 Sintomatología de las pacientes con miomatosis uterina del Hospital Básico Duran	26

RESUMEN

Los leiomiomas uterinos son la neoplasia benigna más común que afecta al aparato reproductor femenino, con una menor frecuencia durante el embarazo. Si bien son benignos, pueden afectar significativamente el bienestar físico y mental diario de quienes lo presenten. Se les vincula sobre todo a problemas hormonales en mujeres en edad reproductiva, así como anomalías del miometrio o variaciones genéticas de la paciente. Dentro de los factores que determinan la modalidad del tratamiento se encuentra la presentación clínica, la gravedad de los síntomas, así como los objetivos reproductivos de la paciente. Las opciones de tratamiento incluyen tanto intervención médica como quirúrgica. El objetivo de este estudio es analizar el manejo clínico de la miomatosis uterina en mujeres de 20 a 35 años atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Básico IESS Durán durante el período 2023-2024. Dada la importancia de la fertilidad y el impacto de los tratamientos en mujeres jóvenes, se consideran diferentes opciones terapéuticas, que incluyen tratamiento farmacológico, procedimientos mínimamente invasivos, y cirugías conservadoras. Los registros médicos de un total de 64 pacientes serán revisados, examinando variables como la edad, localización y tamaño del mioma, sintomatología, antecedentes clínicos, además del tipo de tratamiento recibido. Se analizará la influencia y prevalencia de los factores clínicos y personales, así como la eficacia que tienen los tratamientos.

Palabras Claves: *Leiomioma uterino - miomatosis - neoplasia benigna – embarazo - trastorno hormonal*

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con el National Institute of Child Health and Human Development, los leiomiomas, también denominados fibromas uterinos, son los tumores benignos más frecuentes en mujeres en edad fértil. Estos surgen a partir del crecimiento acelerado de células musculares lisas, fibroblastos y otros materiales que se desarrollan en la pared del útero o matriz, asociado a trastornos hormonales, específicamente por la elevación de niveles de estrógeno. Suelen presentarse solitarios o en múltiples formaciones. (1,2)

El predominio de los miomas uterinos varía significativamente de acuerdo con la edad. En un estudio realizado en China en el 2019, se determinó que aproximadamente el 50-60% de las mujeres en edad reproductiva pueden desarrollar estos tumores. Aun así, su incidencia puede aumentar hasta un 70% hasta el final de su edad reproductiva. (3)

Los fibromas uterinos, de acuerdo con su anatomía, se clasifican en submucosos, intramurales y subserosos, siendo los intramurales los más comunes y los submucosos los menos frecuentes. (4) Los miomas subserosos no afectan la fertilidad, mientras que los submucosos e intramurales que deforman la cavidad endometrial están asociados con menores tasas de embarazo y parto, además de aumentar el riesgo de infertilidad en mujeres sometidas a FIV. (5) La mayoría de los casos son asintomáticas y menos del 50% de las pacientes presentan sintomatología que dependerá de la ubicación, el tamaño y la cantidad de tumores presentes. (6)

El manejo de la miomatosis uterina debe centrarse en la paciente, tomando en cuenta su autonomía y beneficencia. Se deben identificar las características clínicas, los factores de riesgo predominantes, la edad de la paciente y el deseo de preservar la fertilidad, lo que contribuye a optimizar el enfoque médico y a ofrecer alternativas personalizadas que respondan a las necesidades reproductivas y de salud de las mujeres jóvenes en el Ecuador. Para mujeres que desean preservar su fertilidad, la miomectomía permite extirpar el mioma conservando el útero, sin embargo, en casos complicados o en pacientes que hayan logrado su deseo reproductivo, puede considerarse la histerectomía como opción terapéutica. (7,8,9). Es fundamental analizar otras opciones de manejo disponibles, como terapias médicas menos invasivas y conservadoras.

PLOBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Planteamiento del Problema

Actualmente, el manejo clínico de los leiomiomas uterinos está basado en tratamientos médicos o quirúrgicos, que se eligen de acuerdo con el cuadro clínico de la paciente o por sus deseos reproductivos. El manejo abarca desde tratamiento farmacológico dirigido a tratar la sintomatología del paciente, hasta procedimientos quirúrgicos invasivos que pudieran brindar una resolución total a la patología y una reducción del riesgo de recurrencia.

En el servicio de Ginecología del Hospital Básico IESS Durán se observa una alta incidencia de mujeres jóvenes, entre 20 y 35 años, diagnosticadas con miomas uterinos. Este rango de edad es particularmente relevante porque incluye a mujeres en su etapa reproductiva, y por la clara relación que existe entre los leiomiomas uterinos y la infertilidad.

Es por ello, que esta investigación tiene como objetivo analizar la adecuación del manejo clínico de la miomatosis uterina en mujeres de este grupo etario atendidas en el Hospital Básico IESS Durán durante el periodo 2023-2024, identificando los tratamientos óptimos para garantizar una buena calidad de vida, y aquellos que mejoren o mantengan la fertilidad.

Objetivos

Objetivo General

- Establecer las opciones de tratamiento y manejo clínico de la miomatosis uterina en mujeres de 20 a 35 años atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Básico IESS Durán durante el período 2023-2024.

Objetivos Específicos

- Identificar los tratamientos utilizados para el manejo de la miomatosis uterina en mujeres de 20 a 35 años en el Hospital Básico IESS Durán, diferenciado entre opciones médicas y quirúrgicas.
- Evaluar la prevalencia de la miomatosis uterina en mujeres de 20 a 35 años atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Básico IESS Durán durante el período 2024-2024.
- Determinar la sintomatología más prevalente de la miomatosis uterina en mujeres de 20 a 35 años en el Hospital Básico IESS Durán

Justificación

Los miomas uterinos (MIU) son el trastorno tumoral más común en las mujeres, afectando la calidad de vida diaria de millones en todo el mundo, ya que hasta un 70-80% de la población mundial femenina presenta un MIU antes de los 50 años. Por tal razón, es fundamental identificar factores de riesgo y síntomas claves que nos permitan realizar un diagnóstico temprano, y por ende un abordaje oportuno.

Durante las últimas décadas se han producido avances relevantes en el conocimiento de la fisiopatología de los fibromas uterinos, revelando nuevos potenciales enfoques diagnósticos y terapéuticos que pueden aportar un cambio paradigmático al manejo de esta enfermedad.

El manejo clínico de los miomas uterinos presenta desafíos significativos debido a la variabilidad en la presentación de los síntomas y los efectos adversos sobre la calidad de vida y la fertilidad de las pacientes. Existen tratamientos médicos, quirúrgicos y mínimamente invasivos en constante evolución, por lo que esta investigación puede contribuir a determinar la mejor opción terapéutica. Asimismo, investigar opciones terapéuticas más conservadoras podría reducir el impacto en la fertilidad, brindando alternativas que preserven la capacidad reproductiva de las pacientes.

En Ecuador, los datos sobre la incidencia de fibromas uterinos son escasos. Por lo que este tipo de estudios nos permitirá generar evidencia científica local, lo que nos puede orientar a la toma de decisiones en salud pública y estrategias de prevención. Finalmente, nos ayudará a promover la concientización y educación sobre los miomas uterinos, lo que resulta esencial para mantener informada a la población femenina, fomentando el diagnóstico oportuno y el acceso a tratamientos adecuados a sus requerimientos.

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. Definición

Los leiomiomas uterinos, o fibromas, son tumores benignos y comunes del músculo liso del útero. El crecimiento de los fibromas implica la expansión clonal de las células del músculo liso uterino junto con la producción de una gran cantidad de matriz extracelular. Los fibromas uterinos se presentan comúnmente después de la pubertad y disminuyen después de la menarquía. Los fibromas uterinos suelen volverse sintomáticos en las mujeres durante la cuarta y quinta década de la vida, y entre el 20% y el 40% de las mujeres desarrollan síntomas relacionados con sus fibromas. (11)

1.2. Epidemiología

Históricamente, la prevalencia de los fibromas ha sido subestimada debido a que muchos estudios epidemiológicos se enfocaron únicamente en mujeres con síntomas, dejando de lado a una gran proporción de mujeres asintomáticas o aquellas que no reportaban sus molestias. Esta limitación ha contribuido a una amplia variación en las cifras de prevalencia reportadas, que oscilan entre el 4,5% y el 68,6%, dependiendo del diseño del estudio, el método diagnóstico utilizado y las características raciales o étnicas de la población analizada. (12)

Investigaciones recientes realizadas en los Estados Unidos han demostrado que los fibromas se detectan mediante ecografía en más del 80% de las mujeres de ascendencia africana y casi el 70% de las mujeres blancas a la edad de 50 años. Se dispone de datos auto informados limitados sobre la prevalencia de fibromas en otros grupos raciales/étnicos, como las mujeres asiáticas e hispanas. (12)

1.2.1. Factores de Riesgo

Se han relacionado diversos factores de riesgo diferentes con la generación de miomas uterinos, incluidos factores biológicos, demográficos, reproductivos y de estilo de vida, como la edad, la obesidad, el sobrepeso, el consumo de cafeína, la edad temprana de la menarquía, la deficiencia de vitamina D, la raza negra, los antecedentes familiares, la hipertensión, diabetes, consumo de leche de soja, síndrome de ovario

poliquístico y consumo de carnes rojas. El manejo de los miomas uterinos depende principalmente de los síntomas, la localización y el tamaño del mioma. Además, los fibromas uterinos son una de las causas que contribuyen a las hospitalizaciones por trastornos ginecológicos y son el motivo más frecuente de histerectomía. (13)

1.2.2. Patogenia

En el crecimiento de los miomas uterinos se han reconocido tres posibles factores involucrados en su generación: la actividad de las hormonas esteroideas sexuales, mecanismos de cicatrización anómalos y la existencia de alteraciones genéticas. Estos eventos pueden generar cambios genéticos o epigenéticos somáticos en las células del miometrio, produciendo más sensibilidad a las hormonas y a los factores de crecimiento. Como resultado, estas células comienzan una fase de expansión e incremento, fomentada por la estimulación del entorno extracelular, el cual ofrece la base estructural necesaria para el aumento progresivo del tamaño del tumor. (14)

1.2.3. Clasificación

Los sistemas de clasificación de fibromas están destinados a transmitir el riesgo de morbilidad asociada a los fibromas. Actualmente no existe ningún sistema de estadificación totalmente aceptado internacionalmente para la categorización de los fibromas. El sangrado es una característica común de los fibromas clínicamente relevantes. Los fibromas uterinos se pueden clasificar según el sistema PALM-COEIN de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia en submucoso (0 – intracavitario pediculado, 1 – <50 % intramural, 250 % intramural) u otra ubicación (3 – contacta el endometrio 100 % intramural, 4 – intramural, 5 subseroso 50 % intramural, 6– subseroso <50% intramural, 7– subseroso pediculado, 8– otros). El número y el tamaño de los fibromas no están incluidos en este sistema. (11)

Por otra parte, el sistema de clasificación FIGO complementa el de la Sociedad Europea de Histeroscopia que ha clasificado los fibromas según la extensión luminal. Los miomas tipo 0 son tumores pediculados, submucosos, sin extensión intramural. Los fibromas tipo I son tumores submucosos sésiles con menos del 50% de extensión intramural. Los fibromas de tipo II son tumores submucosos sésiles con una extensión intramural del 50% o más. Esta clasificación indica qué tumores se resecan más fácilmente para el tratamiento del sangrado uterino asociado a fibromas. (11)

1.3. Manifestaciones Clínicas

Se estima que aproximadamente el 70% de los fibromas uterinos no generan síntomas y suelen detectarse de forma incidental durante estudios radiológicos indicados por otras razones. Estos casos, al no presentar manifestaciones clínicas, no requieren tratamiento ni seguimiento continuo. En contraste, los fibromas sintomáticos pueden producir diversos cuadros clínicos según su tamaño y localización en el útero, incluyendo sensación de presión pélvica, dolor abdominal o lumbar, plenitud, sangrado uterino anormal (SUA), dismenorrea, alteraciones urinarias o intestinales como frecuencia miccional aumentada o estreñimiento, y disfunción sexual. Además, su presencia puede estar vinculada a infertilidad y a complicaciones obstétricas, tales como parto prematuro, cesárea, hemorragia anteparto, presentación fetal anómala o restricción del crecimiento intrauterino. (12)

Diversos estudios han comprobado que las mujeres con miomas, como resultado de su sintomatología relacionada, tienen un mayor riesgo de sufrir de angustia emocional, depresión y ansiedad, lo que puede impactar fuertemente su calidad de vida. (12)

1.4. Diagnóstico

El diagnóstico depende de una combinación de antecedentes médicos, examen físico y estudios de imágenes como ecografía o resonancia magnética. (16)

Los métodos de diagnóstico comúnmente utilizados para los fibromas uterinos son:

1.1.1 Examen clínico

El examen clínico proporciona las características físicas del útero. Implica el historial médico completo del paciente para comprender los síntomas y la gravedad de la afección, incluidos los patrones menstruales, los antecedentes reproductivos y cualquier otra afección médica, si está presente. La inspección visual se realiza para inspeccionar los genitales externos en busca de anomalías visibles, como el agrandamiento del útero. Se realiza un examen pélvico para comprobar los órganos reproductores internos y evaluar el tamaño, la forma y el estado del útero. (16)

1.1.2 Estudios de imágenes

1.1.2.1 Ultrasonido

El ultrasonido sirve como la técnica radiológica inicial no invasiva utilizada con frecuencia para visualizar los fibromas uterinos porque puede proporcionar información sobre el número, tamaño, ubicación y características de los miomas y generalmente es suficiente para su diagnóstico. Nos permite determinar si los miomas son submucosos, intramurales o subserosos. La ecografía transvaginal, junto con la ecografía abdominal, suele ser el método de imagen inicial más utilizado para la detección de fibromas uterinos. Es la técnica más utilizada debido a su amplia disponibilidad, facilidad de uso y rentabilidad. Es significativamente beneficioso para valorar la expansión de los miomas, para asegurar el diagnóstico y omitir la posibilidad de neoplasia del ovario. (16)

1.1.2.2 Imágenes por resonancia magnética (MRI)

La resonancia magnética se destaca como la técnica más precisa para evaluar el útero, ofreciendo detalles completos sobre las dimensiones, posición, cantidad e irrigación sanguínea de los leiomiomas, además de identificar la presencia de otras anomalías uterinas. Proporciona una mejor visualización de los miomas individuales, pero es un procedimiento muy costoso. Su sensibilidad y especificidad son cercanas al 100%, por lo que son valiosas para la planificación quirúrgica. (16)

1.1.2.3 Tomografía computarizada por TC

La tomografía computarizada ofrece una utilidad limitada para visualizar con claridad la localización de los miomas en relación con el endometrio o el miometrio. Aunque esta técnica, basada en rayos X, produce imágenes transversales detalladas, no es el método de elección para este fin debido a la amplia disponibilidad de herramientas más adecuadas, como la ecografía y la resonancia magnética. (16)

Durante los últimos años se han introducido otras técnicas complementarias que facilitan realizar un mapeo completo de los miomas, permitiendo evaluar sus tamaños, la posición y características de estos. Entre esos tenemos la histeroscopia, la cual es una técnica endoscópica menos invasiva que facilita la observación directa de la cavidad uterina, a través de un histeroscopio, un tubo delgado con luz que se introduce a través de la vagina y el cuello. Es particularmente útil para evaluar fibromas de tipo submucoso, y presenta un alto nivel de precisión diagnóstica, además que facilita la obtención de muestras cuando se necesario. (16)

La laparoscopia es un procedimiento quirúrgico mínimamente invasivo. Se inserta una pequeña cámara a través de una pequeña incisión cerca del ombligo para ver los órganos pélvicos. Ayuda a identificar los fibromas en la superficie exterior del útero, es decir, los fibromas subserosa, pero puede no ser ideal para diagnosticar los fibromas submucosos. (16)

1.5.Tratamiento

1.1.3 Manejo Médico

El tratamiento médico se utiliza inicialmente para aliviar el sangrado menstrual abundante. Mejora la calidad de vida de la mujer y reduce la morbilidad quirúrgica posterior. El tratamiento médico también reduce el volumen uterino, lo que puede facilitar el tratamiento quirúrgico. El objetivo principal de esto es disminuir el sangrado uterino anormal AUB que ocurre debido a los fibromas. Se encuentra disponible una variedad de estrategias de manejo médico para el tratamiento de los fibromas sintomáticos, y se clasifican en dos categorías principales, hormonales y no hormonales. (15)

Las terapias hormonales incluyen anticonceptivos hormonales combinados, agonistas de GnRH de la hormona liberadora de gonadotropina, antagonistas de GnRH, progestágenos, moduladores selectivos de los receptores de progesterona (SPRM) e inhibidores de la aromataasa. Las opciones no hormonales son el ácido tranexámico y los AINE. (15)

1.1.3.1 Terapias hormonales

1.1.3.1.1 Anticonceptivos hormonales combinados

Los anticonceptivos hormonales combinados contienen estrógeno y progestina. Se utilizan principalmente como anticonceptivo, pero también pueden ser beneficiosos para los fibromas uterinos al disminuir el sangrado. Se utilizan habitualmente para el tratamiento de la SUA, incluso en mujeres con fibromas uterinos. Actúan manteniendo el endometrio delgado y disminuyendo la cantidad de desprendimiento de endometrio durante el ciclo menstrual. La reducción del engrosamiento endometrial puede, en última instancia, conducir a una pérdida de sangre más leve, pero no es adecuado para todas las mujeres con fibromas. (15)

1.1.3.1.2 Agonista de GnRH Hormona liberadora de gonadotropina

Los agonistas de GnRH son terapias médicas efectivas para los fibromas uterinos y generalmente se usan antes de la operación durante 3 a 6 meses en combinación con terapia con hierro para facilitar cirugía endoscópica o transvaginal. Los agonistas de GnRH se utilizan para controlar los miomas o fibromas disminuyen la producción de estrógeno y progesterona. (15)

Funcionan primero aumentando la liberación de gonadotropinas, es decir, la hormona folículo estimulante FSH y la hormona luteinizante LH, a lo que le sigue poco tiempo la desensibilización y la regulación negativa, lo que lleva a una disminución de la producción de gonadotropinas que posteriormente reduce el nivel de estrógeno y hormona progesterona, y esto produce un estado clínicamente parecido a la menopausia. (15)

Estos agentes reducen significativamente el tamaño del útero, generalmente entre un 35% y un 65%, y causan amenorrea en la mayoría de las mujeres. Sin embargo, después de la interrupción, se reanuda rápidamente la menstruación y se regresa al volumen uterino previo al tratamiento. Por lo tanto, los agonistas de GnRH se utilizan principalmente para permitir que la mujer se prepare para la cirugía reduciendo los fibromas y la anemia relacionada con el sangrado uterino. (15)

1.1.3.1.3 Antagonista de GnRH

Los antagonistas de GnRH tienen la ventaja adicional de la rápida aparición de efectos clínicos sin el efecto de exacerbación en comparación con los agonistas de GnRH. Los antagonistas de GnRH compiten con GnRH por los receptores en las membranas celulares gonadotrópicas, inhiben la transducción de señales inducida por GnRH y, en consecuencia, inhiben la secreción de GnRH. Por lo tanto, el efecto de exacerbación inicial observado con los agonistas de GnRH no ocurre con estos fármacos. (15)

Sin embargo, actualmente los antagonistas de GnRH sólo están autorizados para protocolos de inducción de la ovulación y no se encuentran disponibles preparados de acción prolongada. (15)

Mientras que los agonistas de GnRH actúan mediante la regulación negativa y la desensibilización de los receptores de GnRH, los antagonistas de GnRH actúan

mediante un mecanismo de bloqueo competitivo de los receptores de GnRH en la glándula pituitaria. (15)

Provoca una disminución rápida y reversible en la producción de hormonas LH y FSH, lo que provoca el encogimiento de los fibromas y una disminución del sangrado menstrual abundante, el dolor pélvico y la presión. Sólo se utilizan para el alivio de los síntomas a corto plazo porque el uso de antagonistas de GnRH como tratamiento para los fibromas requiere una evaluación adicional. (15)

1.1.3.1.4 Progestinas

Las progestinas son formas sintéticas de la hormona progesterona. Los tratamientos más comunes con progesterona sola para la SUA implican el uso de progestágenos orales, es decir, acetato de noretindrona, de 5 a 10 mg al día; acetato de medroxiprogesterona 10 mg al día; megestrol 40 mg al día y DIU liberadores de progesterona. Se unen a los receptores de progesterona y modulan los efectos de la progesterona, alterando el revestimiento del útero y afectando el crecimiento de los fibromas. Se utilizan para tratar el sangrado uterino disfuncional asociado con los fibromas al reducir la hiperplasia endometrial. Tanto la progesterona natural como las progestinas sintéticas disminuyen la pérdida de sangre menstrual en mujeres con fibromas. (15)

1.1.3.1.5 Moduladores selectivos del receptor de estrógeno (SERM)

Los Moduladores selectivos del receptor de estrógeno, son ligandos del receptor de estrógeno no esteroideos con efectos tanto agonistas como antagonistas dependiendo del tejido. Son principalmente conocidos por su uso en el tratamiento del cáncer de mama; por ejemplo, el tamoxifeno es el SERM ampliamente utilizado en el cáncer de mama y tiene un efecto antagonista, pero tiene propiedades agonistas en el útero. (15)

Si bien el raloxifeno ejerce efectos antiestrogénicos en los fibromas al reducir la proliferación celular y no tiene actividad agonista endometrial, es el SERM más estudiado para el tratamiento de los leiomiomas. Sin embargo, el uso de SERM para los fibromas uterinos aún se está estudiando y no existen SERM específicos aprobados únicamente para el tratamiento de los fibromas. (15)

1.1.3.1.6 Andrógenos

El danazol es un andrógeno sintético, utilizado más comúnmente para el tratamiento médico de la endometriosis, y puede ser útil al inducir amenorrea para controlar la anemia debido a la menorragia relacionada con los miomas. El danazol está químicamente relacionado con la 17- α etinil testosterona. Actúa compitiendo con los andrógenos naturales, como la progesterona y los glucocorticoides en la unión al receptor. (15)

El danazol provoca una reducción del volumen de los fibromas entre un 20% y un 25%. Aunque el uso de danazol para la reducción de los fibromas uterinos se ha descrito en estudios de cohortes, una revisión sistemática no encontró ningún ensayo aleatorizado que comparara su eficacia con placebo u otros tratamientos. (15)

1.1.3.1.7 Antagonistas de los receptores de estrógeno

Los antagonistas de los receptores de estrógeno se encargan de bloquear los efectos del estrógeno al unirse a dichos receptores y se utilizan principalmente en el tratamiento del cáncer de mama con receptores hormonales positivos. No obstante, fármacos como el fulvestrant también han mostrado un potencial terapéutico en el manejo de los fibromas uterinos. (15)

Fulvestrant promueve la degradación y la regulación negativa de los receptores de estrógeno en el útero, de tal manera que ralentiza el crecimiento de los fibromas. Sin embargo, Fulvestrant no fue tan eficaz como el agonista de GnRH goserelina para reducir el volumen uterino y de fibromas e inducir amenorrea. (15)

1.1.3.1.8 Acetato de ulipristal

El acetato de ulipristal (UPA; 5 mg/día), aprobado únicamente en Europa, es un modulador selectivo del receptor de progesterona indicado como terapia de pretratamiento para fibromas uterinos. Su acción se centra en los receptores periféricos de progesterona, donde induce apoptosis, inhibe la proliferación celular del fibroma y reduce el grosor del endometrio. (16)

El UPA se ha asociado con una reducción del 25-50% de los fibromas y un control del sangrado uterino superior al 90% en ensayos controlados aleatorizados (PEARL y

VENUS). Sin embargo, este fármaco enfrentó críticas debido a su suspensión temporal en 2017 y 2020 después de una aparente asociación con lesión hepática. (16)

Estudios posteriores han demostrado que el riesgo de tomar UPA es menor que el de la cirugía. A pesar de ello, el fármaco mantuvo su aprobación solo para el tratamiento de los fibromas uterinos, con restricción de su uso en pacientes que padezcan alguna patología hepática. (17)

1.1.3.2 Terapias no hormonales

1.1.3.2.1 Inhibidores de la aromatasasa

Los inhibidores de la aromatasasa originalmente son empleados en el tratamiento del cáncer de mama con receptores hormonales positivos, al bloquear la enzima responsable de convertir los andrógenos en estrógenos. De tal manera, que son considerados una alternativa complementaria al manejo de los fibromas uterinos ya que, al disminuir los niveles de estrógeno, interfieren indirectamente en el crecimiento de tejidos dependientes de esta hormona. (18)

Dentro de este grupo se incluyen al letrozol (2,5 o 5 mg diarios por vía oral) y el anastrozol (10 mg al día), los cuales inducen una reducción de los niveles de estrógeno, dando lugar a un adelgazamiento del endometrio y una disminución del sangrado menstrual. En general, estos agentes han demostrado una mejor tolerancia que los agonistas de GnRH, con menor frecuencia de efectos adversos graves a corto plazo. El letrozol logró reducir el volumen de los fibromas en un 46%, en comparación al manejo con un agonista de GnRH, que presentó un 32% de acción tras 12 semanas de tratamiento, sin embargo, estas diferencias no alcanzaron significancia estadística. (15)

1.1.3.2.2 Moduladores selectivos del receptor de progesterona (SPRM) y antiprogestinas

Los moduladores selectivos del receptor de progesterona (SPRM) y las progestinas son ligandos que pueden ejercer efectos agonistas, antagonistas o mixtos sobre dicho receptor. A nivel periférico, inducen apoptosis, inhiben la proliferación celular de los fibromas y contribuyen al adelgazamiento del endometrio. (15)

Varios ensayos clínicos han investigado la eficacia y seguridad de los SPRM y han demostrado que la mifepristona, el UPA, el asoprisnil y el acetato de telapristona son eficaces para reducir los fibromas y el volumen uterino. Los volúmenes de los fibromas se reducen entre un 17% y un 57% y el volumen uterino entre un 9% y un 53% después del tratamiento. (15)

Los SPRM controlan el volumen del tumor durante un período prolongado de hasta 6 meses después de la interrupción del tratamiento. Suprimen el sangrado más rápidamente que los análogos de GnRH en mujeres con fibromas. Los SPRM se están convirtiendo rápidamente en la opción médica estándar para los fibromas y se utilizan en el preoperatorio y como terapia médica a corto plazo en la mayor parte del mundo. Son particularmente útiles para mujeres que desean evitar los efectos relacionados con los estrógenos de otras terapias hormonales. (15)

1.1.3.2.3 Ácido tranexámico

El sangrado menstrual abundante asociado a los fibromas uterinos se atribuye, en parte, a procesos de fibrinólisis local; por ello, los antifibrinolíticos representan una opción terapéutica útil. El ácido tranexámico, un derivado sintético de la lisina, actúa favoreciendo la formación de coágulos al inhibir la fibrinólisis. Es uno de los tratamientos más tradicionales y ampliamente disponibles para el sangrado uterino anormal. (15)

Además, el ácido tranexámico es bien tolerado y tiene un perfil de seguridad favorable. Previene la degradación de la fibrina a nivel del sitio receptor de lisina del plasminógeno, lo que conduce a una reducción del flujo sanguíneo menstrual y a la mejora de los síntomas. Se asocia con efectos adversos poco frecuentes y leves, incluidos síntomas gastrointestinales y musculoesqueléticos, y está contraindicado en pacientes con daltonismo, sangrado activo, antecedentes de coagulación intravascular o hipersensibilidad al medicamento. Puede resultar especialmente útil para las mujeres que prefieren opciones de tratamiento no hormonales. (15)

1.1.3.2.4 Agentes antiinflamatorios no esteroideos

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) se emplean comúnmente para aliviar el dolor y reducir la inflamación. Aunque no actúan directamente sobre los fibromas uterinos, pueden ser útiles para controlar síntomas relacionados, como el dolor pélvico

y el sangrado menstrual abundante. Su efecto se basa en la inhibición de la enzima ciclooxigenasa, lo que reduce la síntesis de prostaglandinas proinflamatorias. (15)

Además de ser accesibles sin receta médica y económicos, los AINE más utilizados como el ibuprofeno y el naproxeno han demostrado ser más eficaces cuando se administran uno o dos días antes del inicio del sangrado y se continúan durante toda la menstruación. (15)

Sin embargo, son menos eficaces para reducir el sangrado menstrual que el ácido tranexámico y los anticonceptivos hormonales combinados. Proporcionan alivio sintomático y no afectan directamente el crecimiento de los fibromas. Los AINE deben evitarse en mujeres con hipersensibilidad conocida a esta clase de medicamentos, úlceras gástricas o pépticas activas o enfermedad renal. (15)

1.1.4 Manejo Radiológico

1.1.4.1 Embolización de la arteria uterina

La embolización de la arteria uterina (EAU) se puede recomendar como tratamiento mínimamente invasivo para el sangrado asociado a fibromas y síntomas masivos en mujeres que desean preservar su útero. Un agente embólico se administra mediante cateterización de ambas arterias uterinas para causar devascularización e involución de fibromas uterinos. (12)

Se han observado volúmenes de fibromas y útero, que fueron mantenido por hasta 5 años. El patrón de sangrado generalmente mejora después de la embolización y la esperanza de vida entre 2 y 5 años después del tratamiento es similar entre los pacientes sometidos a EAU, histerectomía o miomectomía. (12)

A pesar de la tasa de reintervención quirúrgica para los EAU es mayor que la de miomectomía, las tasas de las complicaciones posprocedimiento son menores en comparación con cualquier tipo de cirugía para los fibromas uterinos. (12)

La ablación por radiofrecuencia (ARF) de los fibromas es una técnica mínimamente procedimiento invasivo que utiliza calor generado a través de ondas de radiofrecuencia con guía ecográfica para inducir necrosis coagulativa en fibromas específicos para reducir su tamaño. La ARF puede administrarse por vía laparoscópica, transvaginal o transcervical dependiendo de la ubicación del fibroma. (15)

Las reducciones de volumen de UF han oscilado entre el 32 y el 66% a los 12 meses de seguimiento, y al 77% en momentos posteriores. La ARF mejora los síntomas asociados a la UF y calidad de vida. La tasa de reintervención quirúrgica a los 3 años es del 11,5%. Si bien la ARF parece ser una buena opción de gestión para los fibromas sintomáticos, el acceso a este procedimiento está actualmente muy limitado. Ambos métodos se basan en imágenes adecuadas para guiar el tratamiento. (15)

1.1.4.2 Cirugía de ultrasonido focalizado (FUS) guiada por resonancia magnética y ecografía

Las principales limitaciones del uso de FUS guiada por resonancia magnética radican en que solo una fracción de las pacientes con miomas cumple los criterios de inclusión, lo que podría comprometer la fertilidad futura. Numerosos estudios recientes promueven el uso de FUS guiada por ecografía; sin embargo, no se dispone de datos sobre resultados obstétricos. (19)

1.1.5 Manejo Quirúrgico

1.1.5.1 Miomectomía

La miomectomía es un procedimiento quirúrgico conservador que permite extirpar los fibromas manteniendo intacto el útero. Suele indicarse en mujeres que desean preservar su fertilidad, aunque también es una opción para quienes, habiendo completado su maternidad, desean conservar el útero por razones personales. Esta intervención mejora los síntomas en hasta el 80% de los casos y reduce temporalmente el volumen uterino; sin embargo, conlleva un riesgo de recurrencia del 27% tras la extirpación de un único fibroma, y superior al 50% cuando se eliminan múltiples lesiones. (12)

Las miomectomías en general se asocian con una baja tasa de complicaciones (1%-5%). La complicación más común es la pérdida elevada de sangre durante el procedimiento, para la cual la infiltración intrafibroide de vasopresina, Se ha demostrado que el misoprostol o dinoprostona intravaginal, el uso de agentes de profibrina/trombina o el uso de torniquete alrededor del cuello uterino o de los ligamentos infundíbulo pélvicos disminuyen la pérdida de sangre. Diferentes enfoques, como el histeroscópico, el laparoscópico (incluido el asistido por robot), y

se puede realizar una laparotomía para extirpar los fibromas. Los planes quirúrgicos se elaboran según el tamaño, el número y la ubicación del fibroma. (12)

La miomectomía histeroscópica es el tratamiento de elección para eliminar fibromas submucosos pequeños de tipo 0 o tipo 1. La posibilidad de una resección completa y el riesgo de recurrencia dependen del tipo, tamaño y número de fibromas presentes. Por su parte, la miomectomía laparoscópica, cuando está indicada, debería considerarse el procedimiento estándar para abordar fibromas intramurales y subserosos. (12)

Este enfoque se asocia con menor pérdida de sangre y morbilidad, estancia hospitalaria más corta y menos dolor postoperatorio que las miomectomías abiertas. Para las mujeres que desean preservar su fertilidad y las que tienen una modificación importante de la pared uterina durante la cirugía, se recomienda el parto por cesárea antes del inicio del trabajo de parto. Se recomienda sobre el parto vaginal debido a su asociación con un mayor riesgo de consecuencias maternas y neonatales devastadoras, como la rotura uterina (riesgo aproximado <2%). (12)

1.1.5.2 Histerectomía

La histerectomía sigue siendo el único tratamiento quirúrgico definitivo para los fibromas uterinos sintomáticos. No obstante, no es una opción adecuada para mujeres que desean conservar su fertilidad o su útero por razones personales. La mayoría de las pacientes reporta una mejora significativa en los síntomas y en su calidad de vida tan solo tres meses después de la intervención. Se pueden adoptar abordajes vaginales, laparoscópicos, robóticos y abiertos. Cuando es posible, se consideran las histerectomías vaginales y laparoscópicas como primera línea ya que se relacionan con una estancia hospitalaria menor, una recuperación más rápida y una mayor complacencia del paciente. (12)

Durante las miomectomías e histerectomías mínimamente invasivas, se pueden utilizar técnicas de morcelación cortante para extirpar los fibromas y/o los fibromas miomatosos. útero en mujeres bien asesoradas. Aunque la prevalencia del sarcoma es muy rara en los fibromas (<0,3%), el riesgo de dispersión de fragmentos de muestra con morcelación sigue siendo una preocupación grave y muy debatida que ha sido abordada por muchas sociedades internacionales. En general, las

histerectomías se asocian con una prevalencia relativamente baja en número de complicaciones, incluida una incidencia del 0,4% de complicaciones mayores, y una baja tasa de reintervenciones por adherencias, prolapso pélvico o fístulas. (12)

1.1.5.2.1 Tipos de histerectomía

- Histerectomía abdominal.
- Histerectomía vaginal.
- Histerectomía laparoscópica.

Histerectomía abdominal: la mayoría de las histerectomías se realizan mediante laparotomía (incisión abdominal). Se hace una incisión en la pared abdominal, la incisión es transversal (Pfannenstiel), por encima del hueso pélvico, cerca de la línea del cabello de la pelvis inferior. Este método se utiliza para extirpar todo el sistema reproductivo, ya que la incisión anterior proporcionará el mayor acceso al sistema reproductivo. El tiempo de recuperación de la histerectomía abierta es de 4 a 6 semanas. Las posibilidades de tener una infección son mayores con este procedimiento, pero debido a los avances en la práctica médica ahora no es motivo de preocupación y está bien controlado. (20)

Una histerectomía abierta es la técnica más eficaz para examinar la cavidad abdominal y ejecutar operaciones complejas. Antes de la mejora en la histerectomía vaginal y laparoscópica, sólo se conocía el procedimiento para el tratamiento. Sin embargo, el abordaje preferido en la mayoría de los casos es la histerectomía vaginal. (20)

Histerectomía vaginal: la histerectomía vaginal es el tipo de histerectomía más preferido en la mayoría de los casos. Se realiza a través del canal vaginal, se prefiere a la histerectomía abdominal debido a que presenta muy pocas complicaciones, la duración de la estancia hospitalaria es muy corta y su tasa de recuperación es más rápida que la histerectomía abdominal. (20)

Histerectomía laparoscópica: la histerectomía laparoscópica es un procedimiento más complicado que la histerectomía vaginal y tiene una mejor exploración del útero. La histerectomía vaginal asistida por laparoscopia comienza con la laparoscopia con la extirpación completa del útero, pero con o sin extirpación de los ovarios a través del canal vaginal. También se conoce como histerectomía total ya que también se extirpa

el cuello uterino junto con el útero. Una vez que se extraen tanto el cuello uterino como el útero, se sutura la parte superior de la vagina, lo que se conoce como manguito vaginal. (20)

1.1.6 Nuevas terapéuticas

La terapia dirigida se centra exclusivamente en las células de los fibromas uterinos para reducir las lesiones tumorales con una agresión mínima a los tejidos circundantes, sin interferir con las hormonas sistémicas ni la fertilidad. Se han propuesto terapias dirigidas a través de la inyección local de colagenasa de *Clostridium histolyticum* y terapia génica para administrar vectores virales diseñados. La colagenasa puede disolver las fibras de colágeno extracelular desorganizadas en los fibromas uterinos, y los estudios de prueba de principio han reducido significativamente el tamaño de los fibromas uterinos. (21)

Además, un ensayo clínico de fase I con 15 mujeres demostró la seguridad y la tolerabilidad de la colagenasa derivada de *C. histolyticum* (NCT02889848). La estrategia dirigida localizada a través de vectores de adenovirus modificados resultó en un tamaño tumoral reducido y mostró la ausencia de adenovirus en los tejidos circundantes, especificidad de la diana de los fibromas uterinos y un buen perfil de seguridad. (21)

También se ha utilizado adenovirus que expresan ER predominantemente negativos, y se observó inhibición del crecimiento de fibromas en ratones desnudos. Las nanopartículas magnéticas pueden mejorar la eficacia de la terapia génica contra células fibroides humanas diferenciadas y células madre iniciadoras de tumores. (21)

Utilizando una alternativa localizada no quirúrgica basada en adenovirus para el tratamiento de fibromas uterinos, la combinación de administración génica basada en virus y nanotecnología condujo a una focalización más eficiente de los tumores fibroides, la menor dosis viral requerida y, en consecuencia, un perfil general más seguro. Se necesitan nuevas terapias dirigidas contra los fibromas uterinos con un mejor perfil de eficacia, especialmente para mujeres afroamericanas. (21)

Investigaciones recientes han demostrado que los miomas uterinos pueden tratarse con estatinas, un medicamento antihiperlipidémico. Las estatinas causan apoptosis y suprimen el crecimiento de las células de los miomas a través de vías dependientes del

calcio. Además, dosis bajas de estatinas pueden inhibir la producción de proteínas de la matriz extracelular en los miomas. (22)

CAPITULO II MARCO METODOLÓGICO

2.1. Tipo de investigación

El estudio será de tipo descriptivo transversal de tipo retrospectivo. Este enfoque permite analizar las características, tratamientos aplicados y resultados obtenidos en el manejo de la leiomiomatosis uterina en mujeres jóvenes durante un periodo específico, identificando patrones y posibles áreas de mejora en el manejo clínico.

2.2. Población y muestra

La población estuvo conformada por 64 pacientes mujeres de entre 20 y 35 años diagnosticadas con leiomiomatosis uterina y atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Básico IESS Durán durante el periodo 2023-2024.

2.3. Método de recolección de datos

Se utilizará un muestreo no probabilístico por conveniencia, seleccionando a todas las pacientes dentro del rango de edad que cumplan los criterios de inclusión y exclusión.

2.4. Criterios de inclusión:

- 2.4.1. Mujeres diagnosticadas con leiomatosis uterina.
- 2.4.2. Pacientes que hayan recibido algún tipo de tratamiento clínico o quirúrgico en el periodo estudiado.

2.5. Criterios de exclusión:

- 2.5.1. Pacientes con diagnósticos incompletos o sin seguimiento clínico documentado.
- 2.5.2. Mujeres con enfermedades asociadas que puedan influir en los resultados del tratamiento, como trastornos hematológicos severos.

2.6.Operacionalización de las variables

Variable	Definición	Tipo	Indicador	Escala
Edad,	Rango de edad de las pacientes.	Cuantitativa,	Años cumplidos	Ordinal
Tipo de tratamiento,	Clasificación del tratamiento recibido (médico, quirúrgico o combinado).	Cualitativa,	Tipo de intervención aplicada,	Nominal
Prevalencia de miomatosis uterina	Frecuencia de casos de miomatosis uterina en mujeres	Cuantitativa	Número de casos diagnosticados.	Discreta
Sintomatología inicial,	Presencia y tipo de síntomas asociados (dolor, hemorragia, anemia, infertilidad).	Cualitativa,	Descripción de los síntomas,	Nominal

Tabla 1 Operacionalización de variables del estudio

2.7.Estrategia de análisis estadístico

- 2.7.1. Distribución de frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas (tipo de tratamiento, sintomatología inicial, resultados clínicos).
- 2.7.2. Los datos serán analizados con herramientas como Excel, según el alcance de las pruebas estadísticas requeridas.
- 2.7.3. Tablas y gráficos de barras o pastel para la distribución de frecuencias

CAPITULO III RESULTADOS

De acuerdo con la Figura 1, de las 64 pacientes que formaron parte de este estudio, se pudo observar que el mayor grupo etario fueron las mujeres de 35 años con un 25%, seguido las participantes de 34 años con un 22%, mientras que los grupos etarios con menor presencia fueron las pacientes debajo de los de 30 años.

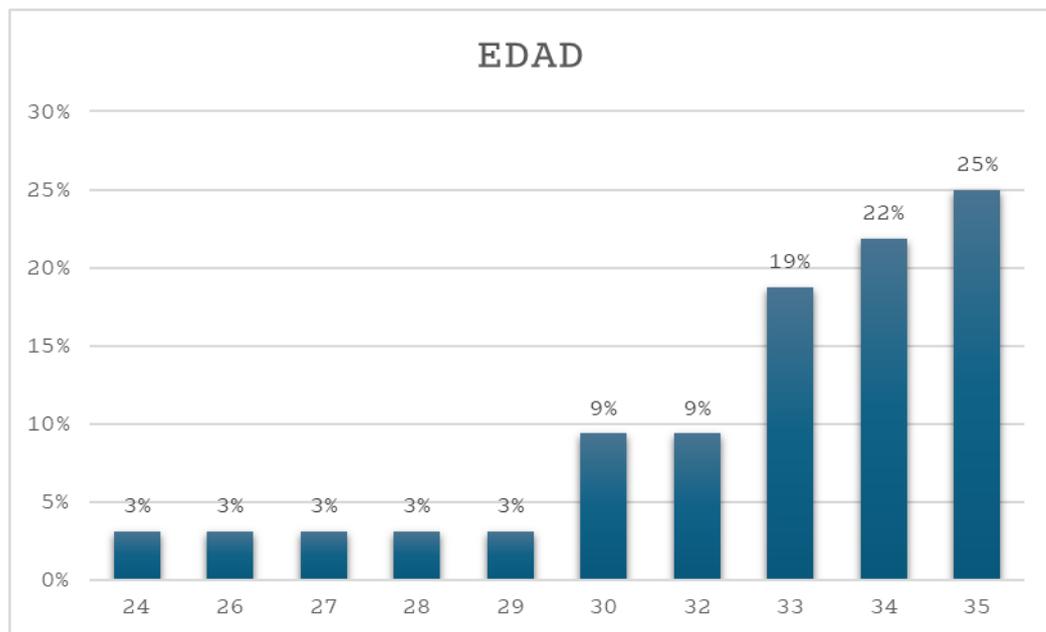


Figura 1 Edad de las pacientes atendidas en el área de Ginecología del Hospital Básico Duran

En base a la Figura 2, se demostró que los CIE-10 utilizadas para el estudio correspondieron a:

- 1) D250:Leiomoma submucoso del útero
- 2) D251:Leiomoma intramural del útero.
- 3) D259: Leiomoma del útero, sin otra especificación



Figura 2 Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) utilizados para extraer la base de datos del Hospital Básico Duran

Por otro lado, entre todos los tratamientos terapéuticos utilizados se pudo concluir que un 19% de las pacientes recibieron como esquema de tratamiento el uso de medidas generales, de ahí le seguía el uso de ecografía como control y la necesidad de una miomectomía con un 16%. Con un 3%, las opciones menos usadas correspondieron a Miomectomía vs Histerectomía, el uso de sales hierro, sulfato ferroso, suspender uso de anticonceptivos orales y transfusión sanguínea.

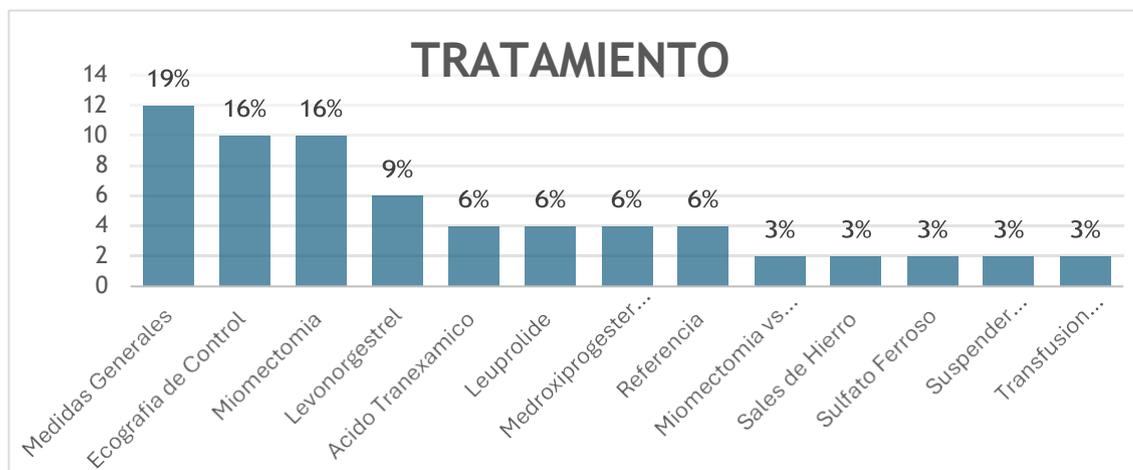


Figura 3 Tipo de tratamiento recibido por las pacientes atendidas en e área de Ginecología del Hospital Básico Duran

Con respecto a la Tabla 1, se puede observar la prevalencia de casos de miomas uterinos en el Hospital Básico Duran durante los años 2023 y 2024 en el área de consulta externa y específicamente la cantidad de casos reportados con los diagnósticos de leiomiomatosis uterina usados. En el año 2023 se atendieron a 6780 pacientes en el área de Ginecología y se reportaron 154 casos de miomas uterinos,

mientras que en el año 2024 fueron 5619 mujeres atendidas y 250 casos de leiomiomatosis uterina.

		Periodo			
		2023		2024	
		Número de casos	Porcentaje	Número de casos	Porcentaje
<i>Atenciones de especialidad</i>	Ginecología	6780	6,27%	5619	5,78%
<i>Diagnóstico</i>	Leiomioma de útero	154	2,27%	250	4,45%

Tabla 2 Prevalencia de miomatosis uterina en el Hospital Básico Duran durante el periodo 2023 - 2024

Por último, la Figura 4 representa las diferentes sintomatologías presentadas en las pacientes que acudieron al área de Ginecología por una sospecha de miomatosis uterina. La mayoría presentó hipermenorrea (66%), seguida del dolor pélvico (25%). Por el contrario, los síntomas menos referidos fueron la amenorrea (6%) y la sensación de masa abdominal (3%).

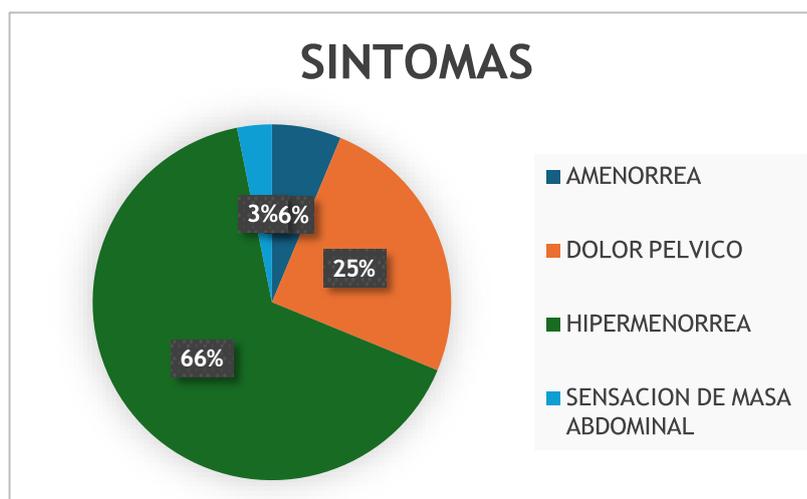


Figura 4 Sintomatología de las pacientes con miomatosis uterina del Hospital Básico Duran

DISCUSIÓN

Según los resultados del presente trabajo de investigación, la población seleccionada entre los 20 a 35 años que fue atendida en el servicio de ginecología del Hospital Básico IESS Durán, mostró una distribución de edades variada: el 25% tenía 35 años, el 22% 34 años, el 19% 33 años, el 9% se presentaba en un rango entre los 30 - 32 años, mientras que el 3% tenía entre 24 - 29 años. Esta distribución nos muestra, que la mayoría de las mujeres afectadas por los miomas en este estudio se encontraban en los rangos de edad más cercanos al final de la edad reproductiva, lo cual puede influir en las decisiones terapéuticas debido a factores relacionados con la fertilidad y los riesgos de complicaciones asociadas.

En cuanto a la localización de los miomas, el 25% de las pacientes presentaba un leiomioma intramural, el 6% un leiomioma submucoso, y el 69% fue diagnosticado como leiomioma uterino sin especificar el tipo exacto de localización. Este dato es importante ya que los leiomiomas intramurales y submucosos pueden tener un mayor impacto sobre la fertilidad, especialmente los submucosos, que pueden interferir directamente con la cavidad uterina, ya sea impidiendo la implantación exitosa, la supervivencia de un embarazo intrauterino, o incluso aumentando el riesgo de ciertas complicaciones obstétricas. La localización de los miomas, sumado al tamaño de estos, también van a influir en si la presentación de la patología sea asintomática a intensamente debilitante.

Se observó además que el manejo terapéutico de los miomas uterinos, efectuado en cada una de las 64 pacientes, difería de acuerdo con el tamaño y los factores de riesgo asociados a cada una de ella. Aquellas que correspondían al 19% del grupo estudiado, y que presentaban miomas menores a 2 cm, se les indicaron medidas generales como recomendaciones de higiene, signos de alarma y cambios en el estilo de vida, con un posterior control para el descarte de intervenciones farmacológicas o quirúrgicas necesarias. Al 16% de las pacientes se les realizó ecografía de control, resaltando la importancia de la monitorización, a fin de evaluar la evolución del tamaño de los miomas.

Para aquellas pacientes que presentaban miomas de mayor tamaño (entre 3-8 cm), la miomectomía fue la opción quirúrgica indicada en el 16% de los casos, lo que demuestra la prevalencia de esta técnica como tratamiento conservador para preservar

la fertilidad. En el 6% de las pacientes que presentaban miomas de mayor tamaño, se optó por el uso de análogos de la GnRh, como el leuprolide, para reducir significativamente el tamaño de los miomas antes de la intervención quirúrgica. De tal forma, Mallick (23), establece que de modo histórico la vía laparoscópica se consideraba para miomas más pequeños y de menos cantidad por las habilidades técnicas necesarias y ya que se han hecho muchas referencias en literatura sobre los límites confiables de la intervención laparoscópica.

Por otra parte, los tratamientos farmacológicos fueron aplicados de acuerdo con los síntomas y las necesidades individuales de cada paciente. Se indicó el uso de levonorgestrel en el 9% de las pacientes, y en el 6% se administró ácido tranexámico para controlar el sangrado abundante, mientras que el 6% recibió medroxiprogesterona como tratamiento adicional. A aquellas que presentaron menorragia con anemia leve, se les prescribió suplementos de hierro y sulfato ferroso, y en los casos más graves con hemoglobina inferior a 8, se realizó hospitalización para transfusión sanguínea. En relación con ello, Padrón (24) realizó un estudio en nuestro país en donde se determinó que los métodos terapéuticos más frecuentes para pacientes con miomas uterinos son: el uso de AINES, ácido tranexámico, terapia hormonal combinada, progestinas, moduladores selectivos de los receptores de progesterona y antiprogestinas, agonistas de GnRH, hierro, inhibidores de la aromatasa y vitamina D. De la misma manera, Mirello et al. (25), identificaron en su estudio de opciones no invasivas en pacientes jóvenes que quieran preservar su fertilidad, los suplementes combinados de vitamina D, EGCG y vitamina B6 disminuye el tamaño de los miomas y mejoro la calidad de vida de las mujeres sin efectos colaterales. Es importante destacar que un pequeño porcentaje de las pacientes, en un 3%, experimentaron un aumento en el tamaño del mioma y complicaciones asociadas al tratamiento con terapia hormonal combinada, lo que llevó a la suspensión de dicho tratamiento. En cuanto a los principales síntomas de la miomatosis uterina se pudo identificar que el síntoma más frecuente fue la hipermenorrea (66%), mientras que los menos reportados fueron la amenorrea (6%) y la sensación de masa abdominal (3%). Se destaca que Herrera (26), identificó en su estudio que dentro la sintomatología de las pacientes con miomas uterinas el dolor abdominal fue el principal síntoma presentado en la mayoría de los casos, seguido de la hipermenorrea, metrorragia, sensación de masa a nivel abdominal y dismenorrea sucesivamente.

Estela, DEV. Leiomiomatosis uterina: tratamiento quirúrgico, aspectos clínico-epidemiológicos. hospital regional de Huacho. periodo 2016 - 2020 [Internet]. 2021. Disponible en: <https://repositorio.unjfsc.edu.pe/handle/20.500.14067/4738>

CONCLUSIONES

- De acuerdo con la investigación, el manejo terapéutico de los miomas uterinos en mujeres en edad reproductiva debe ser individualizado, e ir orientado acorde al tamaño del mioma, la sintomatología y el deseo de fertilidad de la paciente.
- Existe un predominio en aquellas pacientes entre los 30 a 35 años, mientras que los grupos etarios con menor presencia fueron las pacientes debajo de los de 30 años.
- El síntoma referido con mayor frecuencia fue la menorragia en el 66% de los casos, seguido de dolor pélvico (25%), mientras que los menos frecuentes fueron la amenorrea (6%) y sensación de masa abdominal (3%).
- Las opciones de tratamiento abordadas en el servicio de ginecología del Hospital Básico IESS Durán en mujeres entre 20 a 35 años abarcan desde la vigilancia y tratamientos farmacológicos, como el uso de progestágenos, sales de hierro o incluso el uso de AINES en pacientes con miomas menores a 2 cm o que no presentaran sintomatología incapacitante.
- Para aquellas pacientes con miomas mayores de 3 cm, fue indicado análogos de la GnRh como el leuprolide e intervenciones quirúrgicas conservadoras como la miomectomía. Dichas pacientes fueron derivadas a una unidad de mayor complejidad por falta de capacidad resolutive del hospital al ser una unidad básica.
- El manejo a través de procedimientos quirúrgicos suele ser más eficaz para la mejoría de los síntomas que el tratamiento médico. No obstante, a causa del riesgo propio asociado a los procedimientos, el tratamiento médico suele ser una opción de tratamiento inicial adecuada.
- Es relevante destacar que la mitad de los casos de miomas uterinos se consideran no clínicamente significativos, por ende, pueden llegar a no requerir intervención médica ni quirúrgica. Por tal motivo, para evitar el sobretreatmento se recomienda iniciar con un manejo expectante acorde a la presentación clínica, en casos asintomáticos o en pacientes que presenten síntomas leves, posterior a una toma de decisiones compartida con el paciente.

REFERENCIAS

1. Grilli, M. N., Zencich, D., Mejías, C., Macció, J., Forestieri, O. Á., & Uranga, A. (2022). *Miomatosis uterina*. Universidad Nacional de La Plata (UNLP). [Citado 28 de julio de 2024] Disponible en: <https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/147699>
2. Xegay, V. S. R. (2022). Causes, diagnosis, conservative and operative treatment of uterine Myoma. Zenodo. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.7338849>
3. Churio, C. M. T., & Vélez, L. I. G. (2021). Miomatosis uterina: enfoque terapéutico. *Curso de Actualización en Ginecología y Obstetricia*, 25–34. [Citado 28 de jul. de 24] Disponible en: https://revistas.udea.edu.co/index.php/ginecologia_y_obstetricia/article/view/347149
4. Contegiacomo, A., Cina, A., Di Stasi, C., Barone, M., Scrofani, A. R., Barbieri, P., Punzi, E., & Manfredi, R. (2021). Uterine myomas: Endovascular treatment. *Seminars in Ultrasound, CT, and MR*, 42(1), 13–24. <https://doi.org/10.1053/j.sult.2020.07.002>
5. Freytag, D., Günther, V., Maass, N., & Alkatout, I. (2021). Uterine fibroids and infertility. *Diagnostics (Basel, Switzerland)*, 11(8), 1455. <https://doi.org/10.3390/diagnostics11081455>
6. Calderón León, M. F., Hidalgo Acosta, J. A., Baquerizo Godoy, M. F., Benítez Ormaza, Y. C., Mendoza Granda, R. I., & Valencia Escobar, M. N. (2022). Miomatosis uterina, un desafío terapéutico en ginecología y fertilidad. Artículo de revisión de la literatura. *Mediciencias UTA*, 6(2), 60. [Citado 28 de jul. de 24] Disponible en: <https://doi.org/10.31243/mdc.uta.v6i2.1626.2022>
7. Goitia M, Andres M, Aquesolo L, Azkuenaga A, Cearsolo A, De los Bueis J, et al.

Tratamiento médico de los miomas uterinos. Del presente al futuro. *Clínica E Investigación En Ginecología y Obstetricia* [Internet]. 1 de abril de 2023;50(2):100845. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gine.2023.100845>
8. Metwally, M., Raybould, G., Cheong, Y. C., & Horne, A. W. (2020). Surgical treatment of fibroids for subfertility. *The Cochrane Library*, 2020(1). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd003857.pub4>
9. Sangkomkarn, U. S., Lumbiganon, P., & Pattanittum, P. (2020). Progestogens or progestogen-releasing intrauterine systems for uterine fibroids (other than preoperative medical therapy). *The Cochrane Library*, 2020(11). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd008994.pub3>
10. Merino A. Manejo de miomatosis uterina. *Metro Ciencia* [Internet]. 30 de junio de 2023;30(2):92-5. Disponible en: <https://doi.org/10.47464/metrociencia/vol31/2/2023/92-95>

11. Otify M, Critchley HOD. Pathophysiology of Uterine Fibroids. In: Metwally M, Li T-C, editors. *Modern Management of Uterine Fibroids*. Cambridge: Cambridge University Press; 2020. p. 1–13.
12. Giuliani E, As-Sanie S, Marsh EE. Epidemiology and management of uterine fibroids. *International Journal Of Gynecology & Obstetrics* [Internet]. 21 de enero de 2020;149(1):3-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/ijgo.13102>
13. Subramaniyam NK, Kandluri V, Chadeve A, Modapu D, Dumpala AJ, Gudise BR, et al. Prevalence of Risk Factors for Uterine Fibroids at Tertiary Care Teaching Hospital: A Cross-sectional Study. *Journal Of Young Pharmacists* [Internet]. 30 de abril de 2020;12(1):86-9. Disponible en: <https://doi.org/10.5530/jyp.2020.12.17>
14. Grilli MN, Zencich D, Mejías C, Macció J, Forestieri OÁ, Uranga A. Miomatosis uterina [Internet]. 2022. Disponible en: <https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/147699>
15. Bano A, Wei CR, Memon AAQ, Osama M, Shaikh S, Shah Q, et al. A COMPREHENSIVE REVIEW OF UTERINE FIBROIDS: PATHOGENESIS, DIAGNOSIS, TREATMENT, AND FUTURE PERSPECTIVES. *Journal Of Population Therapeutics And Clinical Pharmacology* [Internet]. 10 de noviembre de 2023;1961-74. Disponible en: <https://doi.org/10.53555/jptcp.v30i18.3385>
16. Antonio Simone Laganà , Andrea Romano , Arne Vanhie , Celine Bafort , Martin Götte , Lauri A. Aaltonen , Aymara Mas , Christine De Bruyn , Thierry Van den Bosch , An Coosemans , Stefano Guerriero , Sergio Haimovich , Vasilios Tanos , Marlies Bongers , Fabio Barra , Ayman Al-Hendy , Vito Chiantera , Umberto Leone Roberti Maggiore; Manejo de fibromas uterinos y sarcomas: documento de posición de Palermo. *Gynecol Obstet Invest* 11 de abril de 2024; 89 (2): 73–86. Disponible en: <https://doi.org/10.1159/000537730>
17. Aleynikova EYu, Solovyeva AV. Uterine fibroids: modern methods of treatment, advantages and complications. *RUDN Journal Of Medicine* [Internet]. 27 de marzo de 2023;27(1):57-64. Disponible en: <https://doi.org/10.22363/2313-0245-2023-27-1-57-64>
18. Agrawal V, Deewani D, Jaiswal A. Management of Uterine Fibroid. *Journal Of Research In Medical And Dental Science* [Internet]. 2023;11(1). Disponible en: <https://www.jrmds.in/articles/management-of-uterine-fibroid.pdf>
19. Donnez J, Taylor H, Marcellin L, Dolmans M-M. Uterine fibroid-related infertility: Mechanisms and management. *Fertility and Sterility*. 2024 Jul;122(1):31–9. doi:10.1016/j.fertnstert.2024.02.049
20. Uimari O, Subramaniam KS, Vollenhoven B, Tapmeier TT. Uterine Fibroids (Leiomyomata) and Heavy Menstrual Bleeding. *Frontiers In Reproductive*

Health [Internet]. 4 de marzo de 2022;4. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/frph.2022.818243>

21. Qiwei Yang, Michal Ciebiera, Maria Victoria Bariani, Mohamed Ali, Hoda Elkafas, Thomas G Boyer, Ayman Al-Hendy, Comprehensive Review of Uterine Fibroids: Developmental Origin, Pathogenesis, and Treatment, *Endocrine Reviews*, Volume 43, Issue 4, August 2022, Pages 678–719, <https://doi.org/10.1210/endrev/bnab039>
22. Micić J, Macura M, Andjić M, Ivanović K, Dotlić J, Micić DD, Arsenijević V, Stojnić J, Bila J, Babić S, et al. Modalidades de tratamiento actualmente disponibles para los fibromas uterinos. *Medicina*. 2024; 60(6):868. <https://doi.org/10.3390/medicina60060868>
23. Mallick R, Odejinmi F. Pushing the boundaries of laparoscopic myomectomy: a comparative analysis of peri-operative outcomes in 323 women undergoing laparoscopic myomectomy in a tertiary referral centre. *Gynecol Surg*. 2017;14(1):22. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29200989/>
24. Victoria PEM. Manejo médico, radiológico y quirúrgico de los miomas uterinos en mujeres en edad reproductiva [Internet]. 2022. Disponible en: <https://dspace.ucacue.edu.ec/items/cf75d327-bfba-447c-a6b9-c3075dd2fca1>
25. Miriello D, Galanti F, Cignini P, Antonaci D, Schiavi MC, Rago R_ Uterine fibroids treatment: do we have new valid alternative? Experiencing the combination of vitamin D plus epigallocatechin gallate in childbearing age affected women. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2021;25(7):2843-51.
26. Estela DEV. Leiomiomatosis uterina: tratamiento quirúrgico, aspectos clínico epidemiológicos. hospital regional de Huacho. periodo 2016 - 2020 [Internet]. 2021. Disponible en: <https://repositorio.unjfsc.edu.pe/handle/20.500.14067/4738>



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Gallardo Dueñas, Nathaly Fiorella** con C.C: # **0930069802** y **Vega Tutiven, Isaac Daniel** con C.C: # **0941290033**, autores del trabajo de titulación: **Tratamiento de la leiomiomatosis uterina en mujeres de 20 a 35 años del servicio de ginecología del Hospital Básico IESS Durán del periodo 2023-2024**, previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, a los 26 del mes de mayo del año 2025



Firmado electrónicamente por:
NATHALY FIORELLA
GALLARDO DUENAS

Validar únicamente con Firma@C

f. _____

Gallardo Dueñas, Nathaly Fiorella
C.C: **0930069802**



Isaac Daniel Vega
Tutiven



f. _____

Vega Tutiven, Isaac Daniel
C.C: **0941290033**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Tratamiento de la leiomiomatosis uterina en mujeres de 20 a 35 años del servicio de ginecología del Hospital Básico IESS Durán del periodo 2023-2024.		
AUTOR(ES)	Gallardo Dueñas, Nathaly Fiorella Vega Tutiven, Isaac Daniel		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dra. Navas Hurel, Devie Sayonara		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Carrera de Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	26 de mayo de 2025	No. DE PÁGINAS:	32
ÁREAS TEMÁTICAS:	Medicina interna, Ginecología, Leiomiomas		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Leiomioma uterino, trastorno hormonal, miomatosis, neoplasia, benigna, embarazo.		
RESUMEN/ABSTRACT			
<p>Los leiomiomas uterinos son la neoplasia benigna más común que afecta al aparato reproductor femenino, con una menor frecuencia durante el embarazo. Si bien son benignos, pueden afectar significativamente el bienestar físico y mental diario de quienes lo presenten. Se les vincula sobre todo a problemas hormonales en mujeres en edad reproductiva, así como anomalías del miometrio o variaciones genéticas de la paciente. Dentro de los factores que determinan la modalidad del tratamiento se encuentra la presentación clínica, la gravedad de los síntomas, así como los objetivos reproductivos de la paciente. Las opciones de tratamiento incluyen tanto intervención médica como quirúrgica. El objetivo de este estudio es analizar el manejo clínico de la miomatosis uterina en mujeres de 20 a 35 años atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Básico IESS Durán durante el período 2023-2024. Dada la importancia de la fertilidad y el impacto de los tratamientos en mujeres jóvenes, se consideran diferentes opciones terapéuticas, que incluyen tratamiento farmacológico, procedimientos mínimamente invasivos, y cirugías conservadoras. Los registros médicos de un total de 64 pacientes serán revisados, examinando variables como la edad, localización y tamaño del mioma, sintomatología, antecedentes clínicos, además del tipo de tratamiento recibido. Se analizará la influencia y prevalencia de los factores clínicos y personales, así como la eficacia que tienen los tratamientos.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593979115328 +593995776426	E-mail: nafidu2009@hotmail.com isdvt_16@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Vásquez Cedeño, Diego Antonio		
	Teléfono: +593-98274221		
	E-mail: diego.vasquez@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			