

RESUMEN CONAREM: LEIOMIOMA Y LEIOMIOSARCOMA

Bibliografía base: Williams Ginecología. 4.ª edición. Cap. 9 y 10.

I. LEIOMIOMA (Mioma uterino)

1. Epidemiología (muy preguntado)

Tumor más frecuente

Tumor pélvico benigno más frecuente en mujeres.

Edad de incidencia

Máxima incidencia entre 35–45 años.

Prevalencia racial

Mayor prevalencia en mujeres afrodescendientes.

Evolución hormonal

Regresión posmenopausia por disminución hormonal.

2. Fisiopatología (lo esencial para examen)

- Tumores monoclonales derivados del músculo liso.
- Dependientes de estrógeno y progesterona.
- Aumentan en embarazo; disminuyen tras menopausia.
- Mutaciones frecuentes: HMGA2, MED12.

❏ **CONAREM pregunta típico:** Crecen con estrógenos/progesterona → se reducen tras menopausia.

3. Clasificación FIGO (muy útil en preguntas)

1	2
Submucosos (0-2) Protruyen hacia cavidad endometrial.	Intramurales (3-5) Dentro del espesor miometrial.
3	4
Subserosos (6-7) Hacia serosa.	Otros tipos Cervicales, parasitarios.

Más síntomas: los submucosos (sangrado + infertilidad).

4. Clínica

Síntomas principales

- Hemorragia uterina anormal (menorragia).
- Síntomas compresivos (vejiga/recto).
- Infertilidad (principalmente submucosos).
- Dolor por degeneración o torsión.

Dato importante

Hasta **50% son asintomáticos**.

5. Diagnóstico

01

Ecografía

Método de elección.

02

Sonohisterografía

Útil para submucosos.

03

RM

Mapeo prequirúrgico.

04

Histeroscopia

Diagnóstico + tratamiento de submucosos.

6. Tratamiento (punto clásico CONAREM)

Médico

DIU-LNG

Primera línea para sangrado.

ACO/gestágenos

Controlan sangrado, no reducen tamaño.

Análogos GnRH


Reducen tamaño (30–60%); uso prequirúrgico.

AINes / ácido tranexámico

Sintomáticos.

Quirúrgico

- Miomectomía: mujeres con deseo reproductivo.
- Resección histeroscópica: submucosos.
- Laparoscopia/laparotomía según tamaño.
- Histerectomía: tratamiento definitivo.
- Embolización de arterias uterinas: alternativa sin deseo gestacional.

 **PREGUNTA CONAREM FRECUENTE:** Manejo de mioma submucoso sintomático → resección histeroscópica.

7. Complicaciones



Torsión

Sobre todo subserosos pediculados.



Degeneración roja

Dolor agudo en embarazo.



Infertilidad

Asociada a miomas submucosos.

II. LEIOMIOSARCOMA

1. Epidemiología

Frecuencia

Tumor maligno raro (<5% de tumores uterinos).

Origen

No deriva de un leiomioma (dato CONAREM).

Edad

Edad media: ~50 años.

2. Clínica



Sangrado uterino anormal.



Crecimiento rápido del útero, especialmente en posmenopausia.



Dolor pélvico.



Masa pélvica.



CONAREM pregunta típico: Útero que crece rápidamente en posmenopausia → sospechar leiomiosarcoma.

3. Diagnóstico

Difícil de diferenciar de mioma por imagen.

RM puede sugerir malignidad: necrosis, bordes irregulares.

Diagnóstico definitivo: histología postquirúrgica.

Criterios histológicos clásicos:

Alta tasa mitótica

>10/10 CGA.

Necrosis tumoral

Atipia celular marcada

4. Tratamiento

- Histerectomía total abdominal.
- En posmenopáusicas: salpingooforectomía bilateral.
- **Evitar morcelación (disemina tumor).**
- Quimioterapia: doxorrubicina, gemcitabina/docetaxel.
- Radioterapia: papel limitado.

5. Pronóstico

Mal pronóstico en general.

Supervivencia 5 años:

50-60%

Estadio I

<20%

Estadio avanzado

III. TABLA COMPARATIVA (FORMATO CONAREM)

Característica	Leiomioma	Leiomiosarcoma
Naturaleza	Benigno	Maligno
Edad típica	35–45 años	>50 años
Crecimiento	Lento, hormonal	Rápido, autónomo
Síntomas	SUA, compresión	SUA, masa rápida
Infertilidad	Sí (submucosos)	No típico
Imagen	Bien delimitado	Heterogéneo, necrosis
Diagnóstico	Clínico + imagen	Histología
Tratamiento	Médico/quirúrgico	Histerectomía
Deriva de mioma	No aplica	No, surge de novo

IV. PERLAS CONAREM

- El mioma más sintomático → submucoso.
- DIU-LNG reduce sangrado hasta 90% en miomas.
- **El leiomioma no se maligniza.**
- Uterus en crecimiento posmenopausia → leiomiosarcoma hasta demostrar lo contrario.
- Análogos GnRH reducen tamaño pero efecto reversible.
- Mioma subseroso pediculado → riesgo de torsión.
- Leiomiosarcoma no puede distinguirse con certeza por imagen; diagnóstico es anatomopatológico.
- Evitar morcelación si existe sospecha de malignidad.