

Gn-Rh ANÁLOGOS EN GINECOLOGÍA: “Utilización antes de la histerectomía y en el sangrado uterino anormal”.

GONZALEZ-FABBRIZZI EA, medico

Key Words: analogos GnRH, histerectomia, mioma, sangrado uterino anormal.

INTRODUCCIÓN

El leiomioma uterino (fibroma) es uno de los tumores benignos más frecuentes en la indicación de la histerectomía. Es un tumor hormono dependiente y por lo tanto una de las indicaciones en el tratamiento medico con análogos previo a la cirugía.

Mas del 30% de las mujeres entre los 30 y 50 anos tienen miomas uterinos.(1)

Dependiendo de su tamaño y localización, los miomas pueden ser completamente asintomaticos o causar síntomas (20-50%) tales como dolor pelviano, dispareunia, tensión abdominal, disuria, e irregularidades menstruales. La incidencia de aborto espontaneo parece ser mayor en pacientes con miomas (41% versus 15% del grupo control)(2)

La hemorragia anormal (30% de frecuencia) es causada comúnmente por miomas submucosos o miomas intramurales voluminosos que alteran la normal contractilidad del miometrio y aumentan la cavidad uterina con el consiguiente aumento de la superficie endometrial sangrante, por lo general mas vascularizada que lo habitual.

La hemorragia anormal puede manifestarse como:

hipermenorrea (aumento de la cantidad menstrual),

menometrorragia (sangrado anormal prolongado en días (> de 7 días) y/o

metrorragia intermenstrual de variada intensidad

Secundariamente, cualquiera de estas manifestaciones producen marcada y persistente anemia con compromiso del estado general de la paciente.

El tamaño tumoral es otro de los elementos a tener en cuenta en la decisión terapéutica. A veces tumores voluminosos comprimen órganos vecinos y requieren imprescindiblemente de su extirpación.

PROPUESTAS TERAPÉUTICAS

La cirugía conservadora (miomectomía) o radical (histerectomía) suele ser el tratamiento de elección.

Para pacientes menores de 40 anos, que desean fertilidad se recomienda la miomectomía abdominal o vaginal., mientras que para aquellas pacientes de mayor edad con familia constituida se sugiere la histerectomía.

La miomectomía no asegura la solución definitiva del problema, 20-30% de las pacientes miomectomizadas pueden desarrollar nuevos y sintomáticos miomas a edad reproductiva tardía (2).

Ambas conductas quirúrgicas tienen sus riesgos y complicaciones. Uno de los mayores riesgos es la transfusión sanguínea, la cual es mayor su requerimiento en aquellas pacientes con miomas grandes y con anemia prequirurgica. Durante la histerectomía, el 8%-15% (3) de las pacientes pueden requerir transfusión sanguínea, mientras que con la miomectomía se puede necesitar de ella en aproximadamente el 18% (4).

Con el advenimiento de las técnicas quirúrgicas translaparoscópicas y con la cada vez mas acertada indicación de los análogos del Gn-Rh, la conducta en el manejo prequirurgico de la miomectomía, histerectomía y del sangrado uterino anormal han adquirido nuevos conceptos.

Idealmente, el tratamiento medico con análogos debe lograr los siguientes objetivos:

- 1.- Eliminar la necesidad de la cirugía, especialmente en aquellos casos perimenopausicos o en pacientes con alto riesgo anestésico-quirúrgico
- 2.- Aumentar las posibilidades de cirugía conservadora y hacer factible la cirugía conservadora transendoscópica (miomectomía, resectoscopia), cuando se desee.
- 3.- Disminuir los riesgos quirúrgicos propios de una técnica dificultosa y sangrante por el tamaño tumoral.
- 4.- Permitir la ablación endometrial con resectoscopia.
- 5.- Mejorar el estado anémico de las pacientes.

Muchos estudios han demostrado que, pacientes con miomas uterinos voluminosos tratadas con análogos Gn-Rh, redujeron el tamaño del tumor entre el 40-60% (5-6). La máxima reducción del volumen uterino habitualmente se logra después de 3 meses de tratamiento. La rapidez y la cantidad de volumen disminuido se correlaciona con el grado de hipoestrogenismo logrado durante el tratamiento (5).

La amenorrea que se logra durante el tratamiento, nos permite normalizar los valores hematológicos prequirúrgicos.(7) Durante el acto quirúrgico, sea conservador (miomectomía) o radical (histerectomía)

también se observa una menor pérdida de sangre (8).

Los efectos de los análogos sobre el tamaño tumoral uterino y la regularidad menstrual, son reversibles.

A los 3 meses de suspendido el tratamiento, el tamaño tumoral se recupera en un 90%. La menstruación se recupera a los 45-60 días de terminado el efecto de la última inyección en la formas de depósito (Lupron Depot 3,75 (acetato de leuprolide), Zoladex (goserelin).

ABLACIÓN ENDOMETRIAL

Son buenas candidatas a la ablación del endometrio, aquellas mujeres perimenopausicas que presentan una hemorragia uterina anormal persistente en las que el tamaño preoperatorio de la cavidad uterina mide entre 5 y 10 cm. La ablación puede realizarse con un resectoscopio de flujo continuo adaptado con un electrodo "roller-ball" o hanza similar "loop". El electrodo "loop" es utilizado para rasurar los miomas submucosos o intramurales a crecimiento submucoso o intracavitario. Una vez que esto se ha cumplido, se emplea el "roller-ball" para coagular toda la cavidad uterina. Los índices de amenorrea varían, dependiendo de la técnica utilizada y del tamaño de la cavidad uterina. La tasa de amenorrea es de alrededor del 60%-70% cuando la cavidad uterina preoperatoria es de 7 cm. o menos. Este índice disminuye hasta el 30% cuando la cavidad uterina es proporcionalmente mayor. Para reducir al máximo el mioma submucoso o la cavidad uterina antes de la cirugía endoscópica (resectoscopia), sugiero la utilización sistemática de los análogos por lo menos durante 3 meses antes. El hipoestrogenismo logrado, reduce el tamaño tumoral, atrofia el endometrio y disminuye la vascularización regional.

CONCLUSIONES

El uso de la histerectomía para tratar patología benigna del útero en mujeres SIN DESEOS DE FERTILIDAD no es aceptable para un número cada vez mayor de pacientes. La utilización de los análogos Gn-Rh y de las técnicas de cirugía conservadora endoscópica requieren diligencia y dedicación, pero permite proporcionar a las pacientes alternativas en relación con la cirugía mayor.

REFERENCIAS

- (1) GOLDFARB HA, GREIF J: The No-Hysterectomy Option: Your Body-Your Choice. New York, NY, John Wiley & Sons, 1990, pp 41-65
- (2) BUTTRAM VC, REITER RC. Uterine leiomyomata: Etiology, symptomatology, and management. Fertil Steril 1981, 36:433

- (3) DICKER RC, GREENSPAN JR, STRAUSSLT, et.al.: Complications of abdominal and vaginal hysterectomy among women of reproductive age in the United States. Am J Obstet Gynecol 1982; 144:841.**
- (4) BERKELEY AS, DeCHERNEY AH, POLAN ML. Abdominal myomectomy and subsequent fertility. Surg.Gynecol Obstet 1983; 156:319**
- (5) FRIEDMAN AJ, BARBIERI RL, BENACERRAF BR et al.: Treatment of leiomyomata with intranasal or subcutaneous leuprolide, a gonadotropin-releasing hormone agonist. Fertil Steril 1987, 48-560**
- (6) MAHEUX R, GUILTEAU C, LEMAY A et.al.: Luteinizing hormone-releasing agonist and uterine leiomyomata: A pilot study. Am J Obstet Gynecol 1985; 152-1034**
- (7) FRIEDMAN AJ, BARBIERI RL, DOUBILET PM et al. A randomized, double blind trial of gonadotropin-releasing hormone agonist (leuprolide) with or without medroxyprogesterone acetate in the treatment of leiomyomata uteri. Fertil Steril 1988; 49:404**
- (8) LUNSDEN MA, WEST CP, BAIRD DT: Goserelin therapy before surgery for uterine fibroids. Lancet 1987; 1:36**