



MIOMECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

La miomectomía laparoscópica se considera una técnica avanzada que debe ser realizada por laparoscopistas expertos. Esto se debe principalmente al posible sangrado abundante durante el procedimiento y a la complejidad en la sutura del defecto miometrial.

INDICACIONES

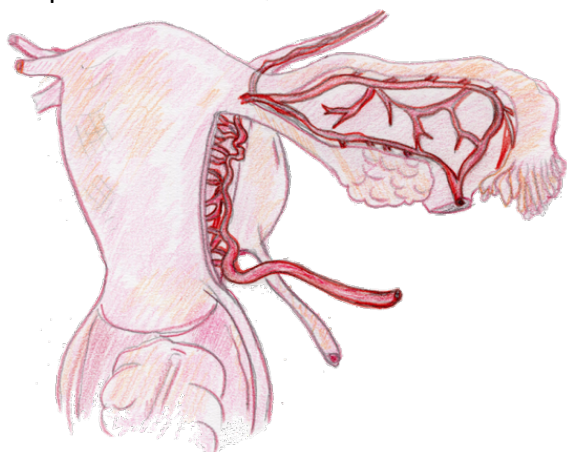
La decisión de realizar una miomectomía depende, sobre todo, de la sintomatología de la paciente y del deseo genésico de la misma, como se expone en el tema de “Miomias uterinos”.

Sin embargo, la vía de abordaje dependerá del tamaño y localización del tumor y, sobre todo, de la experiencia del cirujano. El límite razonable para vía laparoscópica son miomas únicos de 12cm o más de 3 miomas de 6cm. En la laparoscopia, siempre que se precise morcelación, se debe realizar en bolsa, por el riesgo de diseminación fuera del útero de tejido canceroso inesperado, en los raros casos en los que se tratase de un sarcoma uterino. *(En próximos vídeos hablaremos de la miomectomía histeroscópica y de la miomectomía laparotómica).*



VASCULARIZACIÓN DEL MIOMA

Debemos conocer bien la distribución de la vascularización uterina a la hora de realizar una miomectomía. La arteria uterina discurre en dirección craneal a lo largo del lateral del útero, por lo que debemos tratar de evitar las incisiones en esta región.



Se ha creído comúnmente que existe un pedículo vascular en la base de cada mioma y que la ligadura de este pedículo logrará la hemostasia durante la miomectomía. Sin embargo, en la mayoría de los casos los miomas están rodeados completamente por una capa vascular densa que irriga el mioma. La clave para reducir la pérdida de sangre es permanecer debajo de la cápsula del mioma al enuclear un mioma, ya que una vez que penetramos a través de la cápsula el sangrado suele ser mínimo.



MINIMIZAR EL SANGRADO

Existen algunas estrategias para minimizar el sangrado durante la miomectomía, algunas preoperatorias y otras intraoperatorias. Si bien es cierto que estas estrategias también son válidas para la cirugía laparotómica o histeroscópica, cobran especial interés en la laparoscopia, ya que el sangrado profuso puede dificultar mucho la cirugía, aumentando el riesgo de necesitar reconversión.

ANÁLOGOS DE LA GNRH: El uso preoperatorio de agonistas de la GnRH puede reducir el tamaño del mioma, así como su vascularización, facilitando su exéresis. Sin embargo, tras el uso de análogos, el plano de disección entre el mioma y el miometrio subyacente se hace más difuso, pudiendo dificultar el procedimiento.

ACETATO DE ULIPRISTAL: los moduladores selectivos de los receptores de progesterona como el acetato de Ulipristal, reducen el sangrado intraoperatorio. Además, los miomas se suelen ablandar tras el uso de este fármaco, lo que simplifica la resección histeroscópica. Sin embargo, los casos reportados de toxicidad hepática han limitado en gran medida el uso de este fármaco.

VASOPRESINA: algunos simpaticomiméticos como la vasopresina pueden ser eficaces para reducir a cantidad intraoperatoria de sangrado. La vasopresina se inyecta intramiometrial en el sitio de incisión, produciendo una contracción del músculo liso vascular y minimizando el sangrado.

Se debe tener cuidado para evitar la inyección intravascular. La dosis máxima segura de vasopresina no está bien establecida y se han informado complicaciones cardiovasculares, algunas severas, aunque no son frecuentes. El uso de vasopresina puede estar contraindicado en pacientes con comorbilidades médicas (p. ej., enfermedad cardiovascular, vascular o renal). Por todo ello, el uso de vasopresina no está aprobado por la FDA con este propósito. La efedrina y la bupivacaína parecen tener resultados similares.

OTROS FÁRMACOS: No existen suficientes estudios para recomendar el uso de misoprostol u oxitocina para reducir el sangrado durante el procedimiento, aunque parece que el primero es más prometedor. Tampoco existe evidencia que respalde el uso de ácido tranexámico para reducir el sangrado durante las miomectomías, ya que los estudios disponibles han arrojado resultados contradictorios.

CLAMPAJE DE LA UTERINA: El clampaje de la arteria uterina puede minimizar el sangrado intraoperatorio, permitiendo una intervención más precisa y segura durante los procedimientos laparoscópicos ginecológicos. Sin embargo, es esencial que esta técnica se realice por cirujanos con experiencia para evitar complicaciones. (Se explica esta técnica en un vídeo aparte)

TÉCNICA QUIRÚRGICA

INCISIÓN: La orientación de la incisión no parece influir en el sangrado. La decisión de como realizar la incisión en el útero está determinada por la sutura posterior, ya que intentaremos que la sutura resulte lo más cómoda posible, ya que es el paso probablemente más complejo de la cirugía. En



general, una incisión miometrial transversal es más sencilla de suturar que una longitudinal. (En caso de cirugía robótica se minimiza el impacto ergonómico de la dirección de la incisión)

ENCONTRAR EL PLANO: Es habitual que los cirujanos poco experimentados profundicen poco en el miometrio. No alcanzar la cápsula del mioma puede provocar un sangrado más profuso durante el procedimiento y una cirugía más laboriosa. Debemos incidir en profundidad hasta que identifiquemos claramente tejido del mioma, siendo entonces más sencillo encontrar el plano avascular justo por debajo de la cápsula del mioma.

ENUCLEACIÓN Y EXTIRPACIÓN DEL MIOMA: Cada cirujano tiene sus propios trucos para facilitar la extirpación del mioma, pero en general se utiliza un tenáculo para traccionar del mioma, realizando disección roma justo por debajo de la cápsula.

SUTURA: la coagulación excesiva del tejido miometrial puede aumentar el riesgo de mala cicatrización y de rotura uterina en embarazos posteriores. Es por ello preferible controlar el sangrado mediante varias capas de sutura.

Utilizaremos, por lo tanto, entre una y tres capas de sutura de reabsorción lenta, en función de la profundidad del defecto en el miometrio. Algunos cirujanos prefieren la utilización de sutura barbada, lo que podría reducir el tiempo empleado en el procedimiento, y por lo tanto la cantidad de sangrado.

Se intentará evitar pasar la sutura hasta el interior de la cavidad uterina, para evitar sinequias posteriores. De igual forma, es preferible invertir la capa más cercana a la serosa, para minimizar la posibilidad de adherencias en la superficie del útero.

MORCELACIÓN EN BOLSA

En caso de miomectomía por vía laparoscópica, es probable que tengamos que morcelar (trocear) el mioma para poder sacarlo. Este procedimiento conlleva dos riesgos:

- Si en lugar de un mioma, nos encontrásemos ante un sarcoma, corremos el riesgo de diseminar el tumor, con posibles consecuencias fatales para la paciente.
- Los fragmentos de mioma en la cavidad abdominal pueden implantarse en el peritoneo, en lo que se conoce como "Leiomiomatosis peritoneal diseminada". Es una entidad rara pero que puede llegar a ser difícil de erradicar.

Para minimizar la probabilidad de estos dos sucesos infrecuentes, pero con consecuencias potencialmente graves, se recomienda realizar la morcelación siempre en el interior de una bolsa laparoscópica.

FUTURAS GESTACIONES

Tras una miomectomía abdominal, ya sea laparoscópica o laparotómica, se debe esperar 3-6 meses antes de intentar gestación.



Es importante conocer si la miomectomía tiene entrada a cavidad, porque para algunos autores, este es un criterio para realizar cesárea electiva en los partos subsiguientes, por un posible aumento del riesgo de rotura uterina.

BIBLIOGRAFÍA

- Cañete Palomo ML, Rodríguez Gómez O, Rojas Ruiz S, Maldonado del Valle MD, Rodríguez Martín N, Díaz Plaza I, Muñoz Fernández T. Miomas uterinos. En: Protocolo Asistencial en Ginecología. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 2015.
- Stewart EA, Barbieri RL, Chakrabarti A. Miomas uterinos (leiomiomas): descripción general del tratamiento [Internet]. En: UpToDate, Post TW, editor. [Actualizado el 26 de agosto de 2024]
- Parker WH, Falcone T, Chakrabarti A. Fibromas uterinos (leiomiomas): miomectomía laparoscópica y otros tratamientos laparoscópicos [Internet]. En: UpToDate, Post TW, editor. [Actualizado el 22 de noviembre de 2024].

