

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Tratamiento de Miomas Uterinos

NOVEDADES DESDE LA VERSIÓN ANTERIOR

- Desarrollo del manejo específico de la paciente asintomática.
- Actualización del tratamiento médico.
- Valoración y suplementación en caso de déficit de vitamina D.
- Incorporación de microondas como nueva técnica ablativa.
- Revisión de las contraindicaciones de las técnicas mínimamente invasivas y quirúrgicas.
- Modificación de algoritmos de tratamiento según deseo genésico.

ÍNDICE

1. Indicaciones de tratamiento.
2. Manejo de la paciente asintomática.
3. Manejo de la paciente sintomática.
4. Tratamiento médico.
5. Tratamiento mínimamente invasivo.
6. Tratamiento quirúrgico.
7. Anexo: algoritmos de tratamiento según deseo genésico.
8. Bibliografía.

1. INDICACIONES DE TRATAMIENTO

Se considerará indicado el tratamiento en los siguientes casos:

- Miomas sintomáticos.
- Miomas submucosos o con afectación cavitaria en pacientes con deseo gestacional.
- Cualquier otra indicación deberá ser evaluada específicamente por el Comité Quirúrgico.

La decisión terapéutica deberá individualizarse según la clínica, el deseo genésico, la edad, el número, tamaño y localización de los miomas, las comorbilidades, la complejidad anatómica de cada caso y las preferencias de la paciente.

2. MANEJO DE LA PACIENTE ASINTOMÁTICA

2.1. Paciente con deseos genésicos completos

Se realizará control clínico y ecográfico a los 6 meses del diagnóstico. Si permanece estable, podrá darse de alta. Si se objetiva un cambio significativo en el tamaño o una vascularización moderada, se repetirá el control a los 6 meses, con reclasificación posterior según los hallazgos.

2.2. Paciente con deseos genésicos incompletos

Se recomienda no retrasar la gestación. Si el deseo gestacional es diferido, se realizará un control a los 6 meses del diagnóstico. Si se objetiva cambio, se repetirá la revisión a los 6 meses. Si no se observan cambios en el tamaño o la vascularización es mínima, el seguimiento será anual.

Se deben considerar los siguientes supuestos:

- Los miomas submucosos resecables por histeroscopia deberán tratarse antes de la gestación.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Tratamiento de Miomas Uterinos

- En pacientes candidatas a técnicas de reproducción asistida, especialmente tras fracaso previo, podrá valorarse tratamiento de miomas intramurales mayores de 4 cm en Comité Quirúrgico/Unidad de Reproducción.
- En aquellos casos en los cuales los miomas condicionen una alteración significativa de la anatomía uterina, podrá plantearse su valoración en Comité Quirúrgico/Unidad de Reproducción.

3. MANEJO DE LA PACIENTE SINTOMÁTICA

3.1. Paciente con deseos genésicos completos

Tras la evaluación ecográfica se diferenciarán dos escenarios:

Afectación cavitaria o dudosa. Solicitar histeroscopia para valorar resecabilidad. Si el mioma es resecable, se indicará miomectomía histeroscópica. Si no lo es, se individualizará entre tratamiento médico, técnicas mínimamente invasivas o cirugía definitiva según clínica, edad, comorbilidades y preferencias de la paciente.

Sin afectación cavitaria. Se priorizará el tratamiento médico, sin descartar las opciones mínimamente invasivas o quirúrgicas en función de la clínica, edad, comorbilidades y preferencias de la paciente.

3.2. Paciente con deseos genésicos incompletos

Debe realizarse una valoración global de la fertilidad, preferentemente con la Unidad de Reproducción, antes de decidir el tratamiento.

Afectación cavitaria o dudosa. Solicitar histeroscopia para valorar resecabilidad. Si el mioma es resecable, la técnica de elección será la miomectomía histeroscópica. Si no es resecable, valorar técnicas ablativas, tratamiento médico temporal o expectación de forma individualizada.

Sin afectación cavitaria. Valorar radiofrecuencia o miomectomía preferentemente laparoscópica. Dada la posibilidad de recidiva tras miomectomía, se recomienda que su realización no quede excesivamente alejada de la búsqueda gestacional. Puede valorarse el tratamiento previo con antagonistas de la GnRH para control sintomático y reducción de volumen uterino en casos seleccionados.

4. TRATAMIENTO MÉDICO

Salvo contraindicación, el tratamiento médico será la primera opción, especialmente cuando el síntoma predominante sea el sangrado. La elección del tratamiento deberá individualizarse según síntomas e intensidad de estos, edad, comorbilidades, deseo gestacional y preferencias de la paciente.

4.1. Tratamiento sintomático

Su objetivo es controlar síntomas sin modificar la evolución del mioma. Será de elección en pacientes con síntomas leves.

- **No hormonales:** ácido tranexámico, AINEs e hierro oral o intravenoso según la situación clínica.
- **Hormonales:** anticoncepción hormonal combinada, gestágenos y dispositivo intrauterino de levonorgestrel cuando la distorsión cavitaria sea nula o mínima.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Tratamiento de Miomas Uterinos

4.2. Tratamiento específico

Su objetivo es reducir el volumen del mioma y mejorar la sintomatología.

- Los **antagonistas orales de la GnRH** constituyen la principal opción médica específica para pacientes con síntomas moderados o graves, especialmente ante sangrado importante, anemia o necesidad de reducción de volumen. La elección del fármaco debe individualizarse según deseo anticonceptivo, contraindicaciones para terapia add-back, duración prevista del tratamiento, objetivo de reducción volumétrica y disponibilidad. Distinguimos 2 fármacos comercializados:
 - Relugolix (Ryeqo)**: incluye terapia add-back. Presenta efecto anticonceptivo y mejor perfil para tratamiento prolongado.
 - Linzagolix (Yseltly)**: sin terapia add-back. No tiene efecto anticonceptivo. Disponemos de presentaciones de 100 o 200 mg. Puede ser útil cuando la terapia hormonal esté contraindicada y ofrece mayor reducción de volumen, con mayor impacto sobre la densidad mineral ósea, especialmente sin add-back. Se debe añadir terapia add-back si tratamiento mayor a 6 meses con linzagolix 200 mg.

Para la aprobación del visado se debe indicar: *"Paciente con mioma que ocasiona sangrado menstrual abundante con afectación de la calidad de vida y puntuación en escala SAMANTA mayor a 3."* Asimismo, tras un año de tratamiento, será necesario reevaluar la masa ósea mediante densitometría para mantener el fármaco.

- Los **agonistas inyectables de la GnRH** (leuprolide, goserelina) se contemplan únicamente como opción puntual preoperatoria o de rescate a corto plazo durante un máximo de 6 meses; no constituyen el eje del tratamiento prolongado actual.

Tratamiento sintomático para sintomatología leve	Tratamiento específico para sintomatología moderada-grave	
	Corto plazo (<6 meses)	Largo plazo (>6 meses)
AINES	Linzagolix 200 mg <i>sin terapia add-back</i>	Relugolix 40 mg + <i>Terapia add-back integrada</i>
Antifibrinolíticos		Linzagolix 100 mg
Tratamiento hormonal de SUA		Linzagolix 100-200 mg + <i>Terapia add-back añadida</i>

4.3. Uso práctico y seguimiento del tratamiento médico

Realizar una primera reevaluación clínica aproximadamente a los 6-9 meses del inicio de un tratamiento mantenido. Si existe buena respuesta, se procederá a controles anuales-bianuales.

Puede indicarse tratamiento médico específico previo a cirugía cuando exista anemia que no responda adecuadamente al hierro o cuando la reducción del volumen facilite un abordaje mínimamente invasivo.

Considerar **suplementación con vitamina D en caso de déficit** ya que puede estar relacionado con la aparición o el crecimiento de los miomas.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Tratamiento de Miomas Uterinos

5. TRATAMIENTO MÍNIMAMENTE INVASIVO

La elección de estas técnicas debe individualizarse según localización, tamaño y número de miomas, deseo genésico, disponibilidad local y experiencia del equipo.

5.1. Ablación térmica vía vaginal (radiofrecuencia/microondas) *(ver protocolo específico)*

Requiere adecuada visualización ecográfica y no es la mejor opción cuando se precisa un resultado inmediato y definitivo. No hay diferencias significativas entre ambas técnicas, aunque la experiencia acumulada con microondas es menor.

Contraindicaciones: mioma ≥ 6 cm, más de 3 miomas tratables, miomas tipo 5-7 de la FIGO.

5.2. Embolización de arterias uterinas (EAU) *(ver protocolo específico)*

Pacientes seleccionadas cuando fracasa, se rechaza o no hay indicación de tratamiento médico.

Contraindicaciones: deseo genésico incompleto, trombofilias, mioma tipo 7 de la FIGO con pedículo menor a 3 cm.

6. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

6.1. Indicaciones generales

- Miomas sintomáticos que no responden, no aceptan o no son subsidiarios de tratamiento médico ni de técnicas mínimamente invasivas no quirúrgicas.
- Miomas submucosos resecables por histeroscopia, especialmente cuando provocan sangrado o existe deseo gestacional.
- Deseo de tratamiento definitivo en pacientes con deseos genésicos completos.
- Sospecha de malignidad o atipicidad uterina (STUMP).

6.2. Miomectomía

Indicada cuando exista deseo de fertilidad o de conservación uterina. Se priorizará la vía mínimamente invasiva cuando sea factible y segura.

- **Histeroscópica:** miomas submucosos o intracavitarios resecables.
- **Laparoscópica:** miomas menores de 10-12 cm, alejados de la arteria uterina y de las trompas, con tamaño uterino menor a 14 semanas, buena técnica quirúrgica, experiencia en suturas y preferencia de la paciente.
- **Laparotómica y/o Comité Quirúrgico:** miomas mayores a 12 cm, más de 3 miomas de 6 cm o cuando se prevea una reconstrucción uterina compleja.

6.3. Histerectomía

Opción definitiva en pacientes con deseos genésicos completos y síntomas refractarios, o a petición informada de la paciente. Se indicará preferentemente vía laparoscópica.

La **vía vaginal o vNOTES** se reservará para casos seleccionados, en pacientes con úteros menores de 12-14 semanas, mioma dominante menor de 8-10 cm, localizado fundamentalmente en fondo uterino, adecuada accesibilidad vaginal, útero móvil y experiencia del equipo quirúrgico.

Contraindicaciones vía laparoscópica *(ver protocolo específico)*: limitación de la movilidad uterina, volumen uterino superior a 14-16 semanas, vagina estenótica que impida la inserción del manipulador uterino y contraindicaciones generales para el acceso laparoscópico.

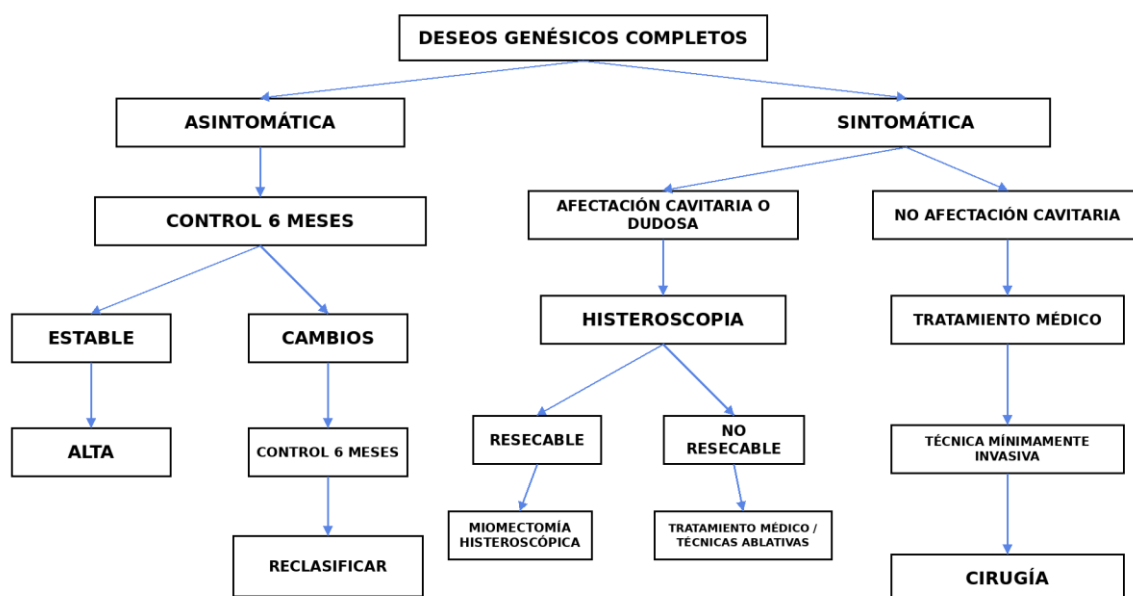
PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Tratamiento de Miomas Uterinos

Pacientes con deseos genésicos incompletos / completos	
Tipo de mioma (clasificación FIGO)	Tratamiento recomendado
Submucoso (0-2)	Miomectomía histeroscópica/técnicas ablativas
Intramural (3-4)	Técnicas ablativas
Subseroso (5-7) u Otro (8)	Miomectomía laparoscópica o laparotómica
Híbrido (2-5)	Técnicas ablativas/miomectomía laparoscópica o laparotómica
Solo pacientes con deseos genésicos completos	
Tamaño uterino	Tratamiento recomendado
Alternativa	Embolización de arterias uterinas
Útero <12-14 semanas	Histerectomía vaginal/vNOTES
Útero 14-16 semanas	Histerectomía laparoscópica
Útero >16-20 semanas	Histerectomía laparotómica

7. ANEXO: ALGORITMOS DE TRATAMIENTO SEGÚN DESEO GENÉSICO

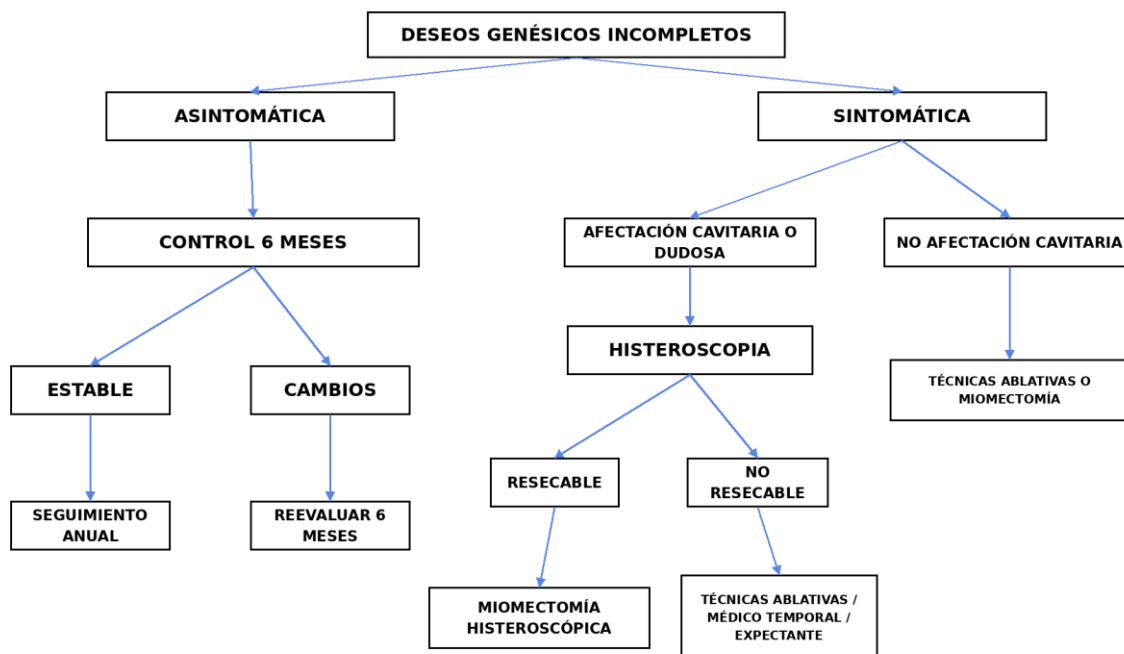
7.1. Paciente con deseos genésicos completos



PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Tratamiento de Miomas Uterinos

7.2. Paciente con deseos genésicos incompletos



8. BIBLIOGRAFÍA

- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Manejo y seguimiento de pacientes con diagnóstico de miomas uterinos. Madrid: SEGO; 2025.
- Sociedad Andaluza de Ginecología y Obstetricia (SAGO). Guía de práctica clínica para el manejo de los miomas uterinos. 2025.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin No. 228: Management of Symptomatic Uterine Leiomyomas. Obstet Gynecol. 2021.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Relugolix-estradiol-norethisterone acetate for treating moderate to severe symptoms of uterine fibroids. Technology appraisal guidance TA832. London: NICE; 2022.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Linzagolix for treating moderate to severe symptoms of uterine fibroids. Technology appraisal guidance TA996. London: NICE; 2024.

Autores	Dra. Sukaina Lamrani, Dr. Ángel Santalla		
Fecha elaboración	20/04/2026	Vigencia	20/04/2029