

Capítulo 8

Principales manifestaciones clínicas y medidas terapéuticas de los miomas uterinos. Revisión sistemática.

Main clinical manifestations and therapeutic measures for uterine fibroids.
Systematic review

Carina Lisseth Jara Romero¹, Rosana Mogrovejo Avila²

¹ carina.jara@est.ucacue.edu.ec. Azogues, Ecuador. <https://orcid.org/0009-0002-4939-0110>

² armogrovejo@ucacue.edu.ec. Azogues, Ecuador. <https://orcid.org/0009-0004-8129-0886>

* Correspondencia: carina.jara@est.ucacue.edu.ec armogrovejo@ucacue.edu.ec



DOI:

<https://doi.org/10.58995/lb.redlic.19.168>

1. Introducción

Los fibromas uterinos se definen como tumoraciones de comportamiento benigno que se presenta en una proporción del 70%, los mismos que tienen preferencia por mujeres de 50 años. Siendo la raza negra la más afectada para el desarrollo de estos tumores, en este margen también se menciona que el consumo de diversos fármacos, factores asociados como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, menstruación precoz, obesidad y la relación familiar. Dentro de los miomas uterinos se puede identificar tres clases, los subserosos que se ubican en la parte superficial de la cavidad uterina, los intramurales que se localizan en el espesor de la musculatura del útero, submucosos que se ubican en el interior del útero sobre todo en el endometrio (1).

Es importante el desarrollo de este trabajo investigativo, ya que existe mucha incertidumbre en la población femenina, puesto que muchas de las pacientes no prestan atención a la mínima sintomatología presente. Además, reconocer las principales manifestaciones nos podría orientar a un diagnóstico precoz para evitar complicaciones más severas y que pondrían en riesgo la vida. Los aspectos importantes para la elaboración de esta investigación, también se hace hincapié en la relevancia de implementar las estrategias óptimas para eludir el crecimiento exagerado y sobre todo impedir la malignización de los miomas uterinos (4) (7).

2. Fundamento Teórico

Criterios de inclusión:

- Artículos publicados en bases digitales de alto impacto, comprendidos entre los años 2018 hasta el 2022.
- Artículos en español e inglés en relación con el tema.
- Ensayos clínicos aleatorizados, estudios de cohorte, estudios observacionales, descriptivos y transversales, retrospectivos, estudios longitudinales e intervención y metaanálisis.

Criterios de exclusión:

- Se excluyó todos los artículos que hayan sido publicados en años inferiores al 2018.
- Artículos publicados en otros idiomas diferentes al español e inglés.
- Artículos que sean de investigaciones informales y no se relacionan con el tema investigado.

La búsqueda de la revisión sistemática se realizó en bases de datos que contengan artículos científicos de alto impacto publicados en los últimos cinco años, en español e inglés como: Cochrane, Pubmed y Google Académico. En cuanto a las palabras claves, se usó los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) y los Medical Subject Headings (MeSH); además, se utilizó operadores booleanos para la búsqueda como AND, OR y NOT, entre las cuales se obtuvo: 1. sangrado menstrual abundante, 2., miomas uterinos, 3., manifestaciones clínicas, 4. tratamiento, 5. Histerectomía y la combinación entre las mismas.

Los estudios seleccionados en la base digital de Cochrane, Google académico y Pubmed se realizaron mediante los siguientes criterios: si la fecha de publicación se encuentra dentro de los 5 años, de acuerdo con el tipo de

artículo fue ensayo clínico, metaanálisis, revisión sistemática, ensayo controlado aleatorizado, en base al idioma fue en inglés y español, usando palabras claves como miomas uterinos, fibromas uterinos, tratamiento, histerectomía y la combinación entre estas.

La búsqueda inicial proporcionó, 27191 artículos publicados entre el 2018 y 2022. Posterior a la lectura de los resúmenes y descartar los duplicados se seleccionaron 5607 artículos científicos, a partir de la verificación de criterios de inclusión se seleccionaron 5420 partir de la lectura completa de cada artículo se comprobó la relación con el tema de revisión sistemática buscando en base a las manifestaciones clínicas y medidas terapéuticas se seleccionó 167 artículos, se establecieron finalmente 20 artículos que están dentro de los criterios de inclusión para la ejecución de la revisión sistemática.

Para obtener los 20 artículos que se incluyen en la revisión sistemática se utilizó 9 estudios de la base de datos de Pubmed, 8 estudios de la base de datos de Cochrane y 3 estudios de la base de datos de Google Académico, de cada artículo se extrajeron los siguientes datos: título, año, autor, revista, base de datos a la que pertenece, características de intervención de cada estudio, país, manifestaciones clínicas, medidas terapéuticas y características de pacientes a las que se les realizó el estudio como edad y tamaño de los miomas uterinos.

Para la evaluación del riesgo de sesgo se tomó en cuenta cada uno de los ítems de la guía PRISMA 2020, posteriormente los estudios se agruparon en tres categorías.

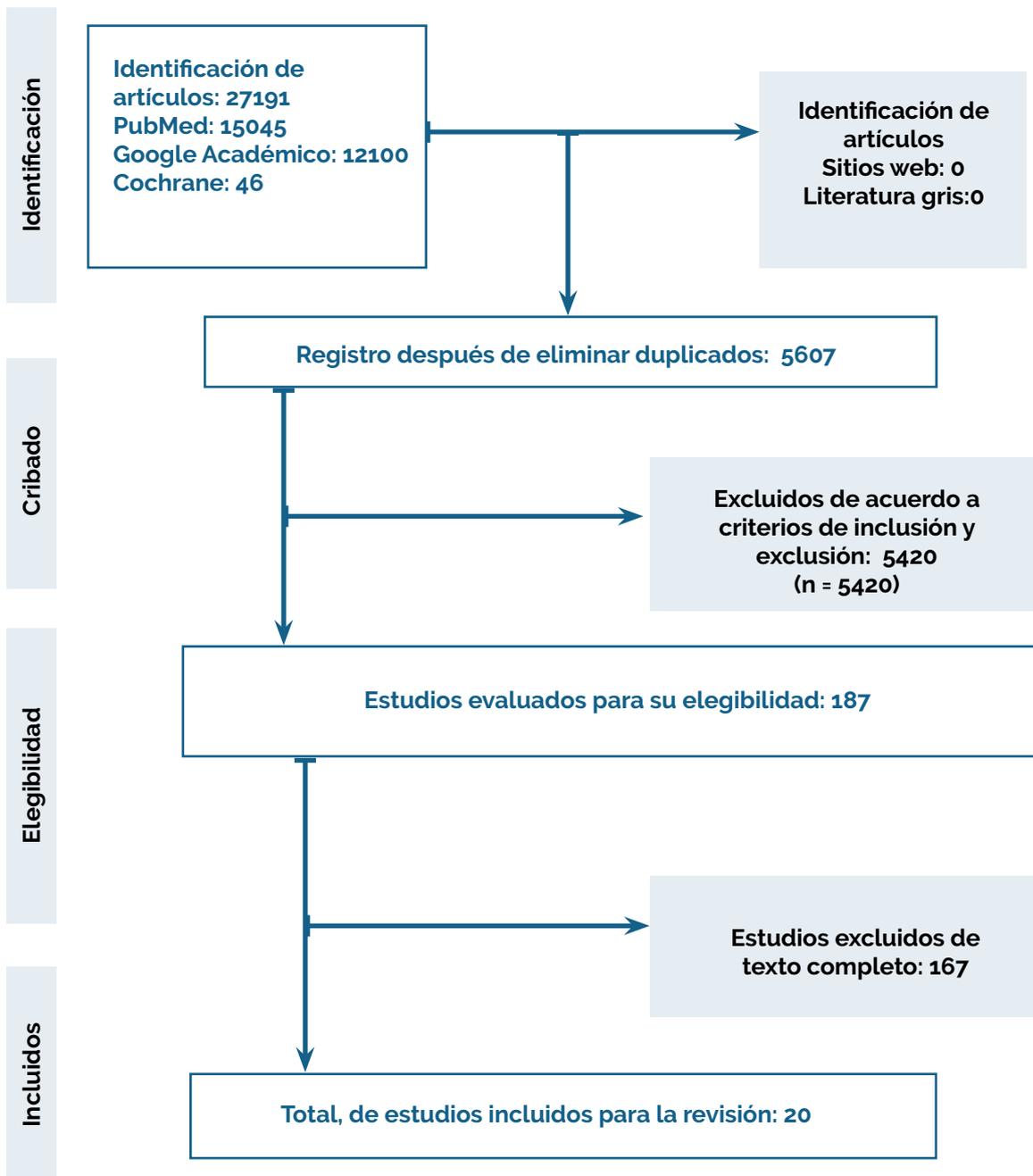
- Bajo riesgo de sesgo: si se cumplieron entre 15 y 27 ítems de la guía
- Riesgo medio: si se cumplieron entre 9 y 14 ítems de la guía
- Alto riesgo: si el estudio cumple únicamente con 1 a 8 ítems del test.

Es por ello que, esta investigación se realizó de manera independiente por la autora y se cumplió con un bajo riesgo porque fue desarrollada en base a la guía PRISMA 2020. Para la síntesis de los artículos se llevó a cabo de

acuerdo con la coincidencia de búsqueda relacionada con las palabras claves y la pregunta de investigación. De acuerdo con la información se obtuvieron promedios para realizar los resultados

Selección de estudios

Tabla 1. Flujograma de los estudios para la revisión sistemática



Características incluidas en la matriz

Los aspectos incluidos en la matriz se mencionan a continuación como: título, autor, revista, años de publicación, base de datos a la que pertenece, país, manifestación clínica, síntesis del resultado, tratamiento, edad, tamaño de los miomas estas variables se obtuvieron de los diferentes elementos incluidos en este análisis para que posteriormente se pueda realizar filtros y establecer los resultados relacionados con los objetivos.

Tablas de los resultados de acuerdo con los objetivos

Manifestaciones clínicas

Manifestaciones clínicas más recurrentes de los miomas, como se observa en la Tabla 2, son las pedidas menstruales abundantes con una representatividad del 80%, seguido del dolor a nivel pélvico e infertilidad cada uno con un 30%, después se encuentra la presión pélvica que se representa en un 15%, posteriormente el dolor lumbar y dolor que se presente en el transcurso de las relaciones sexuales que corresponden al 5%.

Tabla 2. Manifestación clínica recurrente

Manifestaciones clínicas de acuerdo con la edad de las pacientes		
Según la manifestación clínica	Frecuencia	Porcentaje
Sangrado menstrual abundante	16	80%
Dolor Pélvico	6	30%
Infertilidad	6	30%
Dolor Lumbar	1	5%
Presión Pélvica	3	15%
Dispareunia	1	5%

Fuente: Artículos incluidos en la revisión

En la presente Tabla 3, se muestra la relación de las principales manifestaciones clínicas de acuerdo con la edad de las pacientes incluidas en los estudios. Entonces, se menciona a las pacientes entre los 18 y 27 años, el sangrado menstrual abundante es la principal manifestación clínica que representatividad del 40%, después se encuentra dolor pélvico e infertilidad que se muestra con el 20%, consecutivamente se muestra la presión pélvica representada con el 10%, finalmente el dolor lumbar y dolor durante las relaciones sexuales que corresponde al 5%. En cuanto a las pacientes entre los 28 y 37 muestra el sangrado menstrual abundante como la principal manifestación clínica representada con el 15%, seguido del dolor pélvico e infertilidad correspondiente al 5%, finalmente el dolor lumbar, presión pélvica, dolor durante las relaciones sexuales que no mostró evidencia con el 0%. De acuerdo con las pacientes entre los 38 y 47 años, la manifestación clínica más frecuente es el sangrado menstrual abundante con una representatividad del 60%, posteriormente se encuentra el dolor pélvico que se muestra con un 25%, consecutivamente la infertilidad en el 10% de los casos, seguido de la presión pélvica que corresponde al 5%, finalmente el dolor lumbar y dolor durante las relaciones sexuales que no mostró evidencia significativa con el 0%.

Tabla 3. Principales manifestaciones clínicas según la edad de las pacientes

Manifestación Clínica	Edad		
	18-27	28-37	38-47
Sangrado menstrual abundante	40%	15%	60%
Dolor Pélvico	20%	5%	25%
Infertilidad	20%	5%	10%
Dolor Lumbar	5%	0%	0%
Presión Pélvica	10%	0%	5%
Dispareunia	5%	0%	0%

Fuente: Artículos incluidos en la revisión

Medidas Terapéuticas

Como muestra la *Tabla 4*, durante la terapia preoperatoria los moduladores selectivos del receptor de progesterona y para el manejo de los síntomas, los análogos de la hormona liberadora de gonadotropina estos representados con el 25%, como procedimiento quirúrgico la ablación endometrial que representa el 20%, seguido de la histerectomía supracervical laparoscópica que se muestra en el 15%, posteriormente la miomectomía y embolización de arterias uterina con una representatividad del 10%, finalmente los antifibrinolíticos y progestágenos en el 5%.

Tabla 4. Principales medidas terapéuticas

Según las medidas terapéuticas empleadas	Frecuencia	Porcentaje
Histerectomía supracervical laparoscópica	3	15%
Ablación endometrial	4	20%
Moduladores selectivos del receptor de la progesterona	5	25%
Análogos de la hormona liberado de gonadotropina	5	25%
Miomectomía	2	10%
Embolización de arterias uterinas	2	10%
Antifibrinolíticos	1	5%
Progestágenos	1	5%
TOTAL	20	100%

Fuente: Artículos incluidos en la revisión

3. Reflexiones Finales

El estudio de Cooper et al. nos dice que en los miomas uterinos el sangrado menstrual abundante es la manifestación clínica más frecuente, la misma afecta aproximadamente al 25% de pacientes, sobre todo en mujeres que se encuentran entre el inicio y final de vida fértil, además requieren tratamiento quirúrgico para disminuir la afección que produce (8).

Mediante el desarrollo de esta revisión sistemática se logró determinar que la manifestación clínica más frecuente fue el sangrado menstrual abundante con el 80% del porcentaje final, Bradley, et al. menciona que la manifestación absoluta de los miomas es el sangrado menstrual abundante y propone que esta manifestación es muy común entre mujeres con miomas uterinos y menciona que el sangrado está presente en un 30% además, considera a mujeres con sangrado abundante para implementar su estudio y que esta, constituye la principal causa para acudir a un médico. Además, Stewart, et al. identifico en su estudio el 60% de las pacientes con miomas uterinos padece de sangrado menstrual abundante y afecta en gran medida su calidad de vida limitándola e impidiendo una vida normal (10,11).

Como segunda manifestación en el estudio realizado describimos el dolor pélvico e infertilidad que está presente en el 30%, Gudny et al. menciona que el dolor pélvico en el 51% de casos, infertilidad en 13,4% se presentan en las pacientes constituyen puntos fundamentales, Osuga, et al. también afirma que el dolor pélvico es representativo y se evidenció en el 51% y la infertilidad en el 8% pueden estar presentes, Hoshiai, et al. hace énfasis en que las mujeres pueden presentar manifestaciones como el sangrado menstrual abundante y el dolor los cuales constituyen manifestaciones específicas para consultar por alternativas quirúrgicas. Al-Hendy, et al, concuerda que el sangrado menstrual es la manifestación más común, ya que se representa con un 25%, entonces debe tomarse en cuenta como la manifestación más frecuente por su capacidad de repercutir en la vida de las mujeres con miomas uterinos (12,14,15)

Si se trata de realizar una asociación de las diferentes manifestaciones según la edad de las pacientes con miomas uterinos, como se muestra en el estudio realizado que el sangrado menstrual abundante sigue siendo predominante entre mujeres de 18 y 27 años, pero también en aquellas mujeres de entre 38 y 47 años este dato supone que las mujeres en edad reproductiva son más susceptibles a dicha manifestación lo que impide que puedan cumplir su deseo genésico, sin embargo, el segundo grupo que por intuición no sea esta su prioridad. Es por ello que se confirma la teoría que varios estudios científicos mencionan, como Smith, et al. Que las pérdidas sanguíneas se presentan con una frecuencia del 30% en mujeres de 18 y 50 siendo común en mujeres que se encuentran al inicio y final de la edad fértil constituyendo una problemática social y física para las mujeres que se encuentran al inicio de su edad reproductiva. Murji et al. se refiere al sangrado como el síntoma que lleva a las pacientes a la necesidad de someterse a los diversos tratamientos, y representado en un 40% aunque tienen un comportamiento benigno, pero limitan en gran medida la vida de la mujer. Jonsdottir, et al. menciona además que la infertilidad es una de las problemáticas en este grupo de mujeres, pues tengamos en cuenta que muchas de ellas se encuentran al inicio de su edad reproductiva, aunque en el análisis realizado se presentó en un 20% se encuentra entre las primeras de mayor porcentaje (11, 16, 17).

En otro orden, es importante establecer el tratamiento al que deben ser sometidas estas pacientes, según el análisis realizado la ablación endometrial es un procedimiento que ha mostrado gran importancia presentándose en el 20%, pero el tratamiento preoperatorio empleado con más recurrencia fue los moduladores selectivos de la progesterona que mostró el 25%, no obstante, establecer las características clínicas de la paciente para implementar el tratamiento, así mismo las propiedades de la tumoración, los deseos de concebir y si desea conservar el útero. Además, Sangkomkhang, et al. menciona que la ablación endometrial es empleada con mayor frecuencia debido a que es menos invasiva que la histerectomía, en su estudio empleo progestágenos como dienogest, desogestrel frente al acetato de goserelin en el mismo menciona que no existió

evidencia si el sangrado disminuye al emplear dienogest, también hace referencia que solo el uso de acetato de goserelin da lugar a efectos secundarios como sofocos en el 55% de los casos en comparación con desogestrel. Tarpá, et al., menciona que estas féminas deben ser sometidas a un tratamiento clínico para que posteriormente sean incluidas a un tratamiento quirúrgico en el que generalmente es la histerectomía, pero las féminas que se utilizaron esta terapia eran multíparas, recomendando en mayor medida el tratamiento farmacológico, concuerda con el estudio realizado, ya que histerectomía siendo los principales métodos terapéuticos empleados en el 15% (18) (19).

Lethaby, et al. hace referencia a la necesidad de emplear una terapia previa a la cirugía para hacer más factible la cirugía en donde menciona que los análogos liberadores de hormona de gonadotropinas, fármaco que ayudo a disminuir el diámetro de la tumoración, incluso el desarrollo de consecuencias secundarias, concordando con los resultados obtenidos, ya que esta técnica se efectuó en el 25% de estudios. González, et al. hace referencia a las pacientes nulíparas, en su estudio menciona que se empleó un tratamiento escalonado, en el mismo se utilizó un análogo superagonista de la GnRH, como el acetato de goserelin, posteriormente fue sometida a embolización de vasos uterinos y finalmente a una miomectomía, también hace énfasis que la terapéutica de nulíparas dependerá del tamaño, los síntomas asociados, el deseo genésico, la edad y la sintomatología asociada (20) (21).

Entonces si requiere de alivio en cuanto a la sintomatología se menciona que la ablación endometrial favorece a la reducción del sangrado menstrual abundante de acuerdo con la evidencia científica según Zullo, et al. Boostels, et al. y Rodríguez, et al. Este procedimiento se recomienda si se quiere disminuir las pérdidas menstruales abundantes, ya que destruye el recubrimiento uterino, también tiene ciertas complicaciones entre estas y la más peligrosa el riesgo de desarrollo de cáncer, además menciona que los moduladores selectivos de la GnRH como la mifepristona tiene la capacidad de bajar el diámetro del fibroma, pero puede producir metrorragias, dolor del abdomen, náusea, cefalea

y vértigo haciendo una evaluación previa de riesgo como beneficio para establecer el tratamiento adecuado en cada paciente (22, 23, 24).

Smith, et al., hace referencia a los antifibrinolíticos como terapia para en sangrado menstrual abundante, donde mostró que tiene la capacidad de resolver los síntomas en el 43%, también menciona que al emplear progestágenos se obtuvo un alivio de síntomas en el 63%, pero pueden dar lugar a un mayor número de eventos adversos. De acuerdo con el estudio, se evidencia que el tratamiento antifibrinolítico y con progestágenos se emplea con menor frecuencia con el 5%. En este estudio, Smith, et al. compara los antifibrinolíticos frente a los antiinflamatorios no esteroideos o AINE en donde los antifibrinolíticos mostraron su capacidad para reducir el sangrado abundante con grandes tasas de mejoría. Por lo que se concluyó que el 61% de mujeres alcanzan una mejoría con AINE mientras que entre el 71% al 100% lo hacen con el uso de antifibrinolíticos. Smith, et al. demostró además la eficacia de los antifibrinolíticos frente al sistema intrauterino liberador de levonorgestrel el mismo que corresponde a los progestágenos casi no menciona diferencia alguna, incluso con una menor probabilidad de mejoría, pero demostrando superioridad ante el LIUS, ya que solo el 1% demostraron alivio con el sistema intrauterino de levonorgestrel y de un 42% al 85% demostraron mejoría con los antifibrinolíticos a pesar de su gran eficacia en el análisis realizado esta terapia se empleó únicamente en el 5% de los incluidos en la revisión sistemática (16).

Oña, et al. menciona que la embolización de arterias uterinas representa una técnica mínimamente invasiva y con gran eficacia que permite conservar el cuerpo uterino, se emplea sobre todo en paciente que desean cumplir su deseo genésico, pero en los estudios empleados para el análisis la embolización fue uno de los métodos menos usados en la terapia para miomas uterinos el mismo se presentó con un porcentaje del 10%, pues debería valorarse tanto el riesgo y beneficio de cada paciente para hacer efectiva esta técnica (25).

4. Conclusiones

La manifestación clínica más predominante de los miomas uterinos es el sangrado menstrual abundante, mismo que se presenta en el 80% de pacientes con miomatosis uterina. El sangrado menstrual abundante es frecuente en mujeres entre los 18 a 27 años con el 40% y en mujeres de 38 a 47 años con un 60%.

Las medidas terapéuticas que se emplearon en mayor frecuencia fueron los moduladores selectivos del receptor de la progesterona como tratamiento prequirúrgico por su capacidad de menorar el diámetro de la tumoración y el sangrado junto con los análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas empleados en el 25% mientras que el proceder quirúrgico más empleado es la ablación endometrial con el 20%.

5. Contribución de los Autores

J.C: Recolección de datos, análisis de resultados y discusión

M.R: Análisis de los resultados y revisan final del artículo

Referencias

1. Amaral VF do, Yochiy FY, Furlanetto ML, Payão SLM. Myoma Expulsion after Uterine Artery Embolization. *Case Rep Surg.* 9 de septiembre de 2021;2021:e6644229.
2. Yerezhbayeva M, Terzic M, Aimagambetova G, Crape B. Comparison of two invasive non-surgical treatment options for uterine myomas: uterine artery embolization and magnetic resonance guided high intensity focused ultrasound—systematic review. *BMC Womens Health.* 3 de marzo de 2022;22(1):55.
3. Cabrera JAC, Cosmelli MIB. *Manual Obstetricia y Ginecología.* Decimotercera Edición. (2022):773.
4. Aichele P. D, Maldonado M. C, Castillo V. F, Carvajal G. R, Miranda V. C, Miranda- Mendoza I, et al. Histeroscopia quirúrgica: Experiencia, resultados y complicaciones según clasificación Clavien-Dindo. *Rev Chil Obstet Ginecol.* junio de 2020;85(3):236- 44.
5. Toncel Churio, C. M., & Gallego Vélez, L. I. (2022). Miomatosis uterina: enfoque terapéutico. *Memorias Curso De Actualización En Ginecología Y Obstetricia*, 25–34. R.udea.edu.co/index.php/ginecologia_y_obstetricia/article/view/347149
6. OMS. (2018). Prevalencia de los miomas uterinos a nivel mundial. Organización Mundial de la Salud, 4-9
7. Huerta-Reyero Y, Peña-Cambrón IB, Suárez-Zaragoza I, Vital-Reyes VS, Huerta-Reyero Y, Peña-Cambrón IB, et al. Mioma intraligamentario de gran
8. Cooper K, Breeman S, Scott NW, Scotland G, Clark J, Hawe J, et al. Laparoscopic supracervical hysterectomy versus endometrial

- ablation for women with heavy menstrual bleeding (HEALTH): a parallel-group, open-label, randomised controlled trial. *Lancet Lond Engl.* 19 de octubre de 2019;394(10207):1425-36.
9. Stewart EA, Diamond MP, Williams ARW, Carr BR, Myers ER, Feldman RA, et al. Safety and efficacy of the selective progesterone receptor modulator asoprisnil for heavy menstrual bleeding with uterine fibroids: pooled analysis of two 12-month, placebo-controlled, randomized trials. *Hum Reprod.* 1 de abril de 2019;34(4):623-34.
 10. Bradley LD, Singh SS, Simon J, Gemzell-Danielsson K, Petersdorf K, Groettrup-Wolfers E, et al. Vilaprisan in women with uterine fibroids: the randomized phase 2b ASTEROID 1 study. *Fertil Steril.* febrero de 2019;111(2):240-8.
 11. Jonsdottir G, Beermann M, Lundgren Cronsioe A, Hasselrot K, Kopp Kallner H. Ultrasound guided microwave ablation compared to uterine artery embolization treatment for uterine fibroids – a randomized controlled trial. *Int J Hyperthermia.* 31 de diciembre de 2022;39(1):341-7.
 12. Osuga Y, Enya K, Kudou K, Hoshiai H. Relugolix, a novel oral gonadotropin-releasing hormone antagonist, in the treatment of pain symptoms associated with uterine fibroids: a randomized, placebo-controlled, phase 3 study in Japanese women. *Fertil Steril.* noviembre de 2019;112(5):922-929.e2.
 13. Osuga Y, Nakano Y, Yamauchi Y, Takanashi M. Ulipristal acetate compared with leuprorelin acetate for Japanese women with symptomatic uterine fibroids: a phase III randomized controlled trial. *Fertil Steril.* julio de 2021;116(1):189-97.
 14. Hoshiai H, Seki Y, Kusumoto T, Kudou K, Tanimoto M. Relugolix for oral treatment of uterine leiomyomas: a dose-finding, randomized, controlled trial. *BMC Womens Health.* 28 de octubre de 2021;21:375.

15. Al-Hendy A, Lukes AS, Poindexter AN, Venturella R, Villarroel C, Critchley HOD, et al. Treatment of Uterine Fibroid Symptoms with Relugolix Combination Therapy. *N Engl J Med*. 18 de febrero de 2021;384(7):630-42.
16. BryantSmith AC, Lethaby A, Farquhar C, Hickey M. Antifibrinolytics for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2018 [citado 22 de enero de 2023];(4). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000249.pub2/full>
17. Murji A, Whitaker L, Chow TL, Sobel ML. Selective progesterone receptor modulators (SPRMs) for uterine fibroids. *Cochrane Database Syst Rev*. 26 de abril de 2017;2018(4):CD010770.
18. Sangkomkham US, Lumbiganon P, Pattanittum P. Progestogens or progestogenreleasing intrauterine systems for uterine fibroids (other than preoperative medical therapy). *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2020 [citado 22 de enero de 2023];2020(11). Disponible en: <https://www.readcube.com/articles/10.1002%2F14651858.cd008994.pub3>
19. Tapara R, Ley K. PRESENTADA POR LA BACHILLER:
20. Lethaby A, Puscasiu L, Vollenhoven B. Preoperative medical therapy before surgery for uterine fibroids. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2017 [citado 22 de enero de 2023];2018(11). Disponible en: <https://www.readcube.com/articles/10.1002%2F14651858.cd000547.pub2>
21. González Sánchez R, Romero Reinaldo Y, Belaunde Clausell A, González Sánchez R, Romero Reinaldo Y, Belaunde Clausell A. Opciones terapéuticas para una joven nulípara con mioma uterino intramural gigante. *Rev Cuba Med Mil* [Internet]. junio de 2022 [citado 22 de enero de 2023];51(2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/>

scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0138-65572022000200031&lng=es&nrm=iso&tlng=en

22. Zullo F, Venturella R, Raffone A, Saccone G. Inbag manual versus uncontained power morcellation for laparoscopic myomectomy. *Cochrane Database Syst Rev*. 6 de mayo de 2020;2020(5):CD013352.
23. Bosteels J, Wessel S van, Weyers S, Broekmans FJ, D'Hooghe TM, Bongers MY, et al. Hysteroscopy for treating subfertility associated with suspected major uterine cavity abnormalities. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2018 [citado 22 de enero de 2023];2018(12). Disponible en: <https://www.readcube.com/articles/10.1002%2F14651858.cd009461.pub4>
24. Rodriguez MB, Lethaby A, Grigore M, Brown J, Hickey M, Farquhar C. Endometrial resection and ablation techniques for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2019 [citado 22 de enero de 2023];2019(1). Disponible en: <https://www.readcube.com/articles/10.1002%2F14651858.cd001501.pub5>
25. Oña A de la C de, Luna FV, González RR. Embolización de arterias uterinas para el tratamiento de fibromas uterinos sintomáticos. *Rev Cuba Obstet Ginecol* [Internet]. 2 de septiembre de 2020 [citado 22 de enero de 2023];46(1). Disponible en: <https://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/537>
26. Navarro Plazaola N, Vega Chacana M, Avilés Dorlhiac R. Effects of ulipristal acetate in patients with symptomatic uterine fibroids. *Medwave*. 27 de mayo de 2021;21(04):e8162-e8162.
27. Jones S, O'Donovan P, Toub D. Radiofrequency Ablation for Treatment of Symptomatic Uterine Fibroids. *Obstet Gynecol Int*. 2022;2022:1-7.