Artículo original
Ginecol Obstet Mex 2026; 94: e10972.

https://doi.org/10.24245/gom.v94id.10972

Efecto del acetato de ulipristal en la miomatosis uterina y en la consecución del embarazo

Effect of ulipristal acetate on uterine fibroids and achievement of pregnancy.

Luis Esteban González Varela,[1,2] Leopoldo Vázquez Estrada,[3] Yovana Marisol Gutiérrez Arias,[2] Sergio Rosales Ortiz[4]

Resumen

OBJETIVO: Evaluar el efecto del acetato de ulipristal en el volumen de los miomas uterinos, el sangrado asociado y en la probabilidad de embarazo luego del tratamiento.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio prospectivo, longitudinal, cuasiexperimental (antes-después) efectuado en pacientes con miomatosis uterina atendidas en el servicio de ginecología del Hospital General Regional 45 del Instituto Mexicano del Seguro Social, entre enero del 2023 y mayo del 2025, con diagnóstico de miomatosis uterina que acudieron a valoración debido a una hemorragia uterina anormal y deseo de embarazo. Se hizo un muestreo no probabilístico de casos consecutivos. El volumen de los miomas y los síntomas se evaluaron antes y después del tratamiento; se calcularon medidas de relevancia clínica y de asociación en relación con la obtención de embarazo.
RESULTADOS: Se incluyeron 48 pacientes de edad promedio de 37 años, con límites de 23 y 45 años. La cantidad de miomas varió de 1 a 6, con una moda de 2 por paciente. Dieciocho pacientes con 1 mioma, 18 con 2, 5 con 3, 6 con 4 y 1 con 6. En total 94 miomas. Las pruebas de función hepática antes y después resultaron con $p = 0.1$, disminución del 30% ($p < 0.001$, por t de Student) del volumen de los miomas. Lograron el embarazo espontáneo 13 pacientes y 5 más mediante técnica de reproducción asistida con disminución del tamaño tumoral. Los datos clínicamente relevantes fueron: incidencia de embarazo del 45%, riesgo atribuible 3.65 (IC95%: 0.57-23.19), cantidad necesaria a tratar 3 y medida de asociación fracción atribuible de 72%.
CONCLUSIONES: El tratamiento con acetato de ulipristal es una opción conservadora indicada en pacientes con miomatosis uterina y deseo de embarazo. En población mexicana demostró seguridad, disminución de la hemorragia uterina anormal a su mínima expresión y del volumen de los miomas en 30%.

PALABRAS CLAVE: Acetato de ulipristal; fibromas uterinos; pruebas de función hepática; técnicas de reproducción; fibroma; embarazo.

Abstract

OBJECTIVE: To evaluate the effect of uliprostal acetate on the volume of uterine fibroids, associated bleeding, and the likelihood of pregnancy after treatment.
MATERIALS AND METHODS: Prospective, longitudinal, quasi-experimental (before-after) study conducted in patients with uterine myomatosis, treated in the gynaecology department of Hospital 45 of the Mexican Social Security Institute between January 2023 and May 2025, with a diagnosis of uterine myomatosis, who attended for assessment due to abnormal uterine bleeding and desire for pregnancy. A non-probabilistic sampling of consecutive cases was performed. The volume of the fibroids and symptoms were

[1] Servicio de Ginecología, Hospital General Regional 45, Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, Jalisco.
[2] Clínica Gynfertil, Guadalajara, Jalisco.
[3] Adscrito al servicio de Ginecología, Hospital Ángeles Lindavista, Ciudad de México.
[4] Adscrito al servicio de Ginecología, Hospital Médica Sur, Ciudad de México.

ORCID
https://orcid.org/0000-0001-9841-8293
https://orcid.org/0000-0002-6257-2122
https://orcid.org/0009-0006-5490-9684
https://orcid.org/0000-0002-9770-4885

Recibido: agosto 2025
Aceptado: noviembre 2025

Correspondencia
Sergio Rosales Ortiz
dr.sergiorosalesortiz@gmail.com

Este artículo debe citarse como:
González-Varela LE, Rosales-Ortiz S, Vázquez-Estrada L, Gutiérrez-Arias YM. Efecto del acetato de ulipristal en la miomatosis uterina y en la consecución del embarazo. Ginecol Obstet Mex 2026; 94: e10972. https://doi.org/10.24245/gom.v94id.10972

evaluated before and after treatment; measures of clinical relevance and association in relation to achieving pregnancy were calculated.
RESULTS: Forty-eight patients with an average age of 37 years were included, with ages ranging from 23 to 45 years. The number of fibroids ranged from 1 to 6, with a mode of 2 per patient. Eighteen patients had 1 fibroid, 18 had 2, 5 had 3, 6 had 4, and 1 had 6. A total of 94 fibroids were present. Liver function tests before and after showed P = 0.1, a 30% decrease ($p < 0.001$, by Student's t-test) in fibroid volume. Thirteen patients achieved spontaneous pregnancy, and 5 more through assisted reproduction techniques, with a decrease in tumor size. The clinically relevant data were: pregnancy incidence of 45%, attributable risk: 3.65 (95%CI: 0.57-23.19), number needed to treat: 3, and attributable fraction measure: 72%.
CONCLUSIONS: Treatment with uliprostal acetate is a conservative option indicated in patients with uterine myomatosis who wish to become pregnant. In the Mexican population, it demonstrated safety, a reduction in abnormal uterine bleeding to a minimum, and a 30% reduction in fibroid volume.

KEYWORDS: Ulipristal acetate; Uterine fibroids; Liver function tests; Reproduction techniques; Fibroid; Pregnancy.

ANTECEDENTES

Los miomas uterinos son los tumores más frecuentes en el aparato reproductor. Se estima que aparecen en un 25% de mujeres en edad reproductiva y hasta en un 40% en las menores de 50 años.[1] La mayor parte de las veces se trata de tumores asintomáticos, aunque no por ello dejan de desencadenar alteraciones menstruales, sobre todo en cantidad, duración y sangrado intermenstrual, dolor abdominal y sensación de compresión.

Durante años, el tratamiento de elección ha sido quirúrgico, sobre todo la histerectomía en pacientes que no desean más embarazos y la miomectomía en quienes sí los tienen planeados. Una alternativa de tratamiento médico de la miomatosis son los moduladores selectivos del receptor de progesterona. Entre estos, el acetato de ulipristal modula con éxito la acción de los receptores de progesterona mediante su actividad combinada agonista y antagonista.[2] Este compuesto abrevia la viabilidad de las células leiomiomatosas, suprime la expresión de factores de crecimiento e induce la apoptosis, sin afectar la función de las células miometriales sanas.[2]

Se dispone de estudios clínicos en los que se demuestra que el tratamiento con ulipristal disminuye, significativamente, el volumen de los miomas y controla la frecuencia y cantidad del sangrado uterino.[3] Fue hace poco que se describieron los datos funcionales de los mecanismos precisos que subyacen a la interferencia del acetato de ulipristal, con la acción de la progesterona en la regulación de la proliferación de los miomas uterinos, la apoptosis y la síntesis y remodelación de la matriz extracelular.[4]

El objetivo del estudio fue: evaluar el efecto del acetato de ulipristal en el volumen de los miomas uterinos, el sangrado asociado y en la probabilidad de embarazo luego del tratamiento.

https://doi.org/10.24245/gom.v94id.10972

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo, longitudinal, cuasiexperimental (antes-después) efectuado en pacientes atendidas en el servicio de ginecología del Hospital General Regional 45 del Instituto Mexicano del Seguro Social, entre enero del 2023 y mayo del 2025, con diagnóstico de miomatosis uterina que acudieron a valoración debido a una hemorragia uterina anormal y deseo de embarazo.

Criterios de inclusión: pacientes con hemorragia uterina anormal debida a causas estructurales, advertidas en imágenes (PALM), con deseo de embarazo, edad máxima de 45 años, sin antecedente de embarazo con feto viable y pruebas de función hepática en parámetros normales. *Criterios de exclusión*: pacientes con alguna malformación mülleriana o antecedente de miomectomía. *Criterio de eliminación:* pacientes que no completaron el tratamiento trimestral con acetato de ulipristal o no acudieron al seguimiento durante un año. A todas las pacientes se les informó lo referente al tratamiento farmacológico con acetato de ulipristal, con toma diaria de una tableta de 5 mg durante 84 días (3 meses). Todas las pacientes firmaron un consentimiento informado.

La evaluación de las pacientes consistió en: pruebas de función hepática y un ultrasonido, antes del inicio del tratamiento. Durante el seguimiento se registró el tiempo transcurrido hasta conseguir el control del sangrado anormal, la amenorrea y los efectos secundarios. En la semana siguiente a la última toma del medicamento se practicó otro ultrasonido para evaluar el comportamiento y la localización de los miomas, además de practicar nuevas pruebas de función hepática.

Luego de concluir el esquema de tratamiento las pacientes intentaron el embarazo durante seis meses, si en ese lapso no se conseguía se procedía al apoyo con técnicas de reproducción asistida. A quienes no lograron embarazarse se les dio seguimiento hasta su desenlace.

El muestreo fue no probabilístico, de casos consecutivos. En el análisis estadístico se determinó la normalidad de la muestra mediante una prueba de Shapiro Wilk y un análisis univariado con medidas de tendencia central. Los síntomas y efectos secundarios se analizaron con estadística descriptiva. La comparación de las pruebas de función hepática, la fosfatasa alcalina, alanina transaminasa y aspartato aminotransferasa pre y postratamiento se analizó con una prueba de Wilcoxon.

El análisis de la diferencia en el tamaño de los miomas se evaluó mediante la prueba de diferencia en las medidas antes-después (t de Student).

Por último, se calcularon las medidas de relevancia clínica relacionadas con el cambio en los miomas tratados con el fármaco en estudio y el embarazo, la incidencia de éste con miomas que disminuyeron su tamaño, riesgo relativo y número necesario a tratar. Como medida de asociación se recurrió a la fracción atribuible.

RESULTADOS

Se incluyeron 48 pacientes de edad promedio de 37 años, con límites de 23 y 45 años. La cantidad de miomas varió de 1 a 6, con una moda de 2 por paciente. Dieciocho pacientes con 1 mioma, 18 con 2, 5 con 3, 6 con 4 y 1 con 6. En total 94 miomas. Respecto de la cantidad de sangrado reportado hubo disminución rápida en 44 de 48 pacientes con amenorrea y mediana de 8 días y un rango intercuartil (25 a 75) de 6 a 9 días. El resto reportaron manchado ocasional, sin ritmo y asintomático. Los efectos secundarios: cefalea en 2 de 48 pacientes y bochornos en 1 de 48 pacientes. En ninguno de los 3 casos fue necesaria la suspensión del tratamiento.

La evaluación de la fosfatasa alcalina (FA), alanina transaminasa (ALT) y aspartato aminotransferasa (AST) pre y postratamiento se hizo con una prueba de Wilcoxon; p = 0.1, sin alteración importante.

Los miomas se evaluaron como unidad independiente para observar su comportamiento antes y después del tratamiento. Del total de miomas, 7 permanecieron del mismo tamaño, 2 tuvieron incremento de volumen (1 mioma de 3 cm y otro de 7 cm). 44 de las 48 pacientes experimentaron disminución **(Cuadro 1)** del tamaño de los miomas; el análisis entre los grupos con una prueba de Friedman tuvo una $p < 0.01$. El grupo de miomas que más disminuyó fue el de 6 cm con 52.09%, en tanto que los que menos se redujeron fueron los de 25 cm con 20%. La comparación de las medias entre los miomas por grupo y en conjunto, mediante una prueba de t de Student en todos los casos, fue significativa.

Del total de miomas, 5 eran submucosos, el promedio de reducción fue de 45.42%, 4 de 5 disminuyeron de la siguiente manera: uno de 2 cm 59.29%, otro de 1 cm 66.67%, uno más de 1 cm 63.64% y uno menor a 1 cm 37.50%. Solo uno de 1 cm permaneció sin cambios.

Del total de pacientes con tratamiento trimestral con acetato de ulipristal 13 se embarazaron espontáneamente y 5 más mediante técnicas de reproducción asistida, con reducción del tamaño tumoral. Se calcularon medidas de relevancia clínica y de asociación respecto de la probabilidad de embarazo espontáneo y embarazo con técnicas de reproducción (**Cuadro 2)**. Todos los embarazos espontáneos (13 de 13) llegaron a término; en tanto que 4 de 5 embarazos con técnicas de reproducción asistida llegaron a término y uno concluyó en aborto del primer trimestre.

De las pacientes que tenían, por lo menos, un mioma submucoso, 4 de 5 lograron embarazarse, 2 en forma espontánea y 2 con técnicas de reproducción asistida. Todas tuvieron en común la reducción del volumen del componente submucoso; de ellas, las 2 que consiguieron embarazarse de forma espontánea tenían, además de un mioma submucoso, otro intramural.

Cuadro 1. Comportamiento por grupos de los miomas con la medida antes y después del tratamiento con acetato de ulipristal y la reducción proporcional

Grupo por tamaño	Promedio inicial del tamaño de los miomas	Promedio final del tamaño de los miomas	% final de reducción	p*
Menos de 1	0.84	0.52	38.33	0.01
1.0 - 1.9	1.40	0.73	47.44	0.01
2.0 - 2.9	2.38	1.45	40.18	0.01
3.0 - 3.9	3.24	2.16	33.21	0.01
4.0 - 4.9	4.26	2.66	37.61	0.001
5.0 - 5.9	5.15	3.88	24.59	0.02
6.0 - 6.9	6.20	2.97	52.09	0.0001
7.0 - 7.9	7.60	6.11	26.51	0.02
8.0 - 8.9	8.18	5.41	33.53	0.02
12.0 - 12.9	12.00	7.00	41.67	0.001
25.0 - 25.9	25	20	20.00	0.03
Volumen medio	6.93	4.80	30.77	0.001

* Prueba de t de Student.

https://doi.org/10.24245/gom.v94id.10972

Cuadro 2. Cálculo de medidas de relevancia clínica y asociación para lograr un embarazo espontáneo y con técnicas de reproducción asistida, cuando hay reducción del tamaño del o de los miomas después de un tratamiento de tres meses con acetato de ulipristal

Medidas de relevancia clínica y de asociación %	Embarazo espontáneo	Embarazo global (espontáneo y con técnicas de reproducción asistida)
Incidencia de expuestos	24.46	45.74
Incidencia de observados	12.5	12.5
Riesgo atribuible (IC95%)	1.95 (0.30-12.66)	3.65 (0.57-23.19)
Número necesario a tratar	8.69	3.12
Fracción atribuible	47.91	72.22

Las pacientes que lograron la concepción con apoyo de técnicas de reproducción, una tenía 3 y otra 4 miomas.

DISCUSIÓN

Los miomas se relacionan con diferentes manifestaciones clínicas: sangrado anormal, tumores y dolor pélvico, infertilidad, síntomas secundarios al volumen y complicaciones obstétricas, por mencionar las más representativas. Aproximadamente un tercio de las mujeres con leiomiomas van a solicitar tratamiento debido a los síntomas. Las estrategias de tratamiento incluyen intervenciones quirúrgicas, que se determinan en función de la edad, el deseo de preservar la fertilidad o evitar la cirugía "radical", como la histerectomía, la cantidad, tamaño y ubicación de los fibromas.[5]

El tratamiento conservador de los miomas uterinos sintomáticos sigue siendo un reto para el ginecólogo porque la miomectomía debe contemplar preservar un útero funcional, que no deje sinequias en la cavidad endometrial y cuando la miomectomía es intramural siempre quedará latente el riesgo de una ruptura uterina.

Durante muchos años, el tratamiento conservador fue expectante, sin miomectomía e intento de embarazo o indicación de compuestos hormonales para corregir la hemorragia uterina anormal. En 2012, el organismo controlador de salud europeo aprobó el acetato de ulipristal como un modulador selectivo del receptor de progesterona, a una dosis de 5 mg en un ciclo de 84 días (3 meses). Su aparición como una opción del tratamiento conservador cambió el panorama de atención médica de la miomatosis uterina pues demostró su eficacia en la disminución rápida del sangrado uterino anormal, del tamaño de los miomas y en el mejoramiento de la calidad de vida.[6]

La eficacia clínica del acetato de ulipristal se demostró en ensayos aleatorizados en una población predominantemente caucásica en los ensayos Pearl I-IV, llevados a cabo en Europa, y en una población estadounidense predominantemente afroamericana en los ensayos Venus I-II.[7] Se han obtenido resultados similares en el control del sangrado, disminución de los síntomas y del volumen de los miomas en diferentes poblaciones.[8] Este efecto en el control del sangrado ahora también puede extenderse a una muestra de mujeres mexicanas, donde los resultados han sido similares en cuanto al alacance de un estado de amenorrea de 8 (6 a 9) días en comparación con 7 a 10 días en otras poblaciones.[6-9]

Las pacientes que persistieron con un manchado esporádico permanecieron asintomáticas, efecto trascendental cuando el tratamiento se enfoca en mejorar la calidad de vida de forma global. Este efecto, que no se comenta en otras publicaciones, es desde nuestra perspectiva muy relevante.

La disminución promedio del volumen tumoral reportado en el estudio fue estadísticamente significativa tanto en el análisis en conjunto de los miomas, como al fraccionarlos por tamaño y localización, lo que concuerda con lo reportado en otros estudios que han comunicado una disminución asociada con la cantidad de ciclos; de 21.5 a 32% con un ciclo, de 31.4 a 52% con dos ciclos y 35% con tres ciclos.[7,8,9]

Otra complicación relacionada con los miomas es la infertilidad y los abortos recurrentes, sobre todo los miomas submucosos e intramurales. La incidencia de leiomiomas en mujeres con infertilidad, sin ninguna otra causa aparente, es del 1 al 2.4%, aunque es una prevalencia incierta de manera global porque los estudios publicados no son concluyentes.[10]

El dilema que suscitan los miomas y el embarazo se sustenta en diferentes aspectos y estudios:

A. Existe evidencia de que los miomas intramurales disminuyen la fertilidad, aunque faltan estudios de calidad enfocados al tamaño, cantidad y proximidad a la cavidad endometrial.[11]

B. La tasa de nacimientos en pacientes con miomas tratadas con técnicas de reproducción asistida es menor que cuando se recurre a la miomectomía.[10]

C. Si bien no existe evidencia con estudios aleatorizados, el tratamiento quirúrgico conservador de los miomas (miomectomía) mejora la tasa de embarazo hasta en 50%,[10] principalmente en quienes son tratadas con resectoscopia para los miomas submucosos donde el incremento de la tasa de éxito alcanza hasta el 76.9%.[12,13]

D. La frecuencia de implantación y embarazo es menor en pacientes con miomas intramurales y submucosos, incluso antes de deformar la cavidad endometrial.[14]

E. Las mujeres con procedimientos invasivos previos en el útero (miomectomía por resectoscopia) tienen un riesgo de placenta anormalmente invasiva con un RR 2.9 (IC95%: 2.3-3.8) que aumenta a 3.7 (IC95%: 2.3-5.9) con un segundo procedimiento y hasta 7.4 (IC95%: 4-13.9) con 3 o más procedimientos.[15]

Frente a esta polémica es que el papel de los moduladores selectivos de los receptores de progesterona, como el acetato de ulipristal, surgen como una alternativa al tratamiento quirúrgico, sobre todo con el objetivo de preservar la fertilidad.[14] Si bien existe evidencia de su utilidad, los resultados de este estudio aportan a este conocimiento.

El acetato de ulipristal ha demostrado utilidad para evitar la cirugía, recuperar la anatomía de la cavidad endometrial (con miomas FIGO tipo 1 y 2), al disminuir hasta en 41 a 49% el volumen de los miomas y conservar la fertilidad comparada con un grupo control; se reporta hasta 61% de positividad de embarazo.[16,17] Aunque en el estudio la disminución promedio fue menor del 30% el RR de lograr el embarazo después del tratamiento con acetato de ulipristal fue 3.65 (0.57 a 23.19) de los embarazos logrados entre espontáneo y con técnicas de reproducción asistida; solo uno no llegó a término.

Como medida de seguridad del acetato de ulipristal, que ha sido motivo de vigilancia desde 2018, se recomienda practicar pruebas de función hepática durante el tratamiento.[18] En el estudio que aquí se informa se cuidó este aspecto y se demostró con p = 0.1, conservándose siempre dentro de los parámetros normales. Claro está que la muestra estudiada no fue suficiente para descartar daño hepático debido a la baja frecuencia de esta posibilidad (1 caso en 100,000 mujeres).

https://doi.org/10.24245/gom.v94id.10972

Uno de los aspectos más relevantes de este estudio es la traducción de la fuerza estadística de estos hallazgos, similares a los reportados en el ámbito internacional, que permitió determinar que la incidencia de embarazos espontáneos es del doble cuando los miomas disminuyen de tamaño y que la incidencia global, que es la suma de los espontáneos más los logrados con técnicas de reproducción asistida, prácticamente se duplica llegando al 45%, en tanto que cuando el mioma permanece del mismo tamaño o aumenta, se mantiene en 12%.

Otro aspecto de relevancia clínica es que la cantidad necesaria de pacientes a tratar con este efecto benéfico de la reducción del mioma y lograr un embarazo es de 8 tratamientos para lograr uno espontáneamente, y de 3 cuando se agrega la reproducción asistida. Estos datos duros, que pueden ser interesantes cuando se plantean a la paciente y ésta entiende la importancia del tratamiento para lograr el objetivo. En el aspecto médico, el valor que refuerza la confianza en este esquema de atención es la fracción atribuible a éste para lograr que la paciente vea los efectos mencionados. Para el embarazo espontáneo, el logro se atribuye en 47% y de 72% cuando se suman las posibilidades del embarazo espontáneo y las técnicas de reproducción asistida.

La limitación más relevante del estudio fue la cantidad de pacientes y el hecho de haberse efectuado en una institución de seguridad pública en donde no fue posible hacer el seguimiento mensual por ultrasonido, ni de las pruebas de función hepática, solo antes y después del tratamiento. Además, el seguimiento de las pacientes no fue el ideal por la posibilidad de pérdida de alguna de ellas y que se embarazara y no acudiera a control prenatal a la institución del estudio.

Las fortalezas del estudio son: ensayo llevado a cabo en mujeres mexicanas, con resultados similares a los reportados en el ámbito internacional y que permite resaltar las ventajas del uso del acetato de ulipristal como un tratamiento aceptablemente seguro, efectivo en la reducción del volumen tumoral y de la miomatosis uterina.

CONCLUSIONES

El tratamiento con acetato de ulipristal es una opción conservadora indicada en pacientes con miomatosis uterina y deseo de embarazo. En población mexicana demostró seguridad, disminución de la hemorragia uterina anormal a su mínima expresión y del volumen de los miomas en 30%, con un RR de 3.65 (0.57-23.19), un NNT 3 y FA 72% en relación con lograr un embarazo.

DECLARACIONES

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de interés alguno puesto que el medicamento se otorgaba a las pacientes por encontrarse en el cuadro básico de medicamentos de la unidad de reproducción asistida.

Financiamiento

Los autores declaran no tener relación comercial ni financiera con ningún patrocinador.

Uso de IA

Para este trabajo no se recurrió a la inteligencia artificial.

Contribución de los autores

Luis Esteban González Varela: Diseño del protocolo, recolección de pacientes, redacción del documento. *Leopoldo Vázquez Estrada:* Diseño del protocolo, análisis de resultados, redacción del documento. *Yovana Marisol Gutiérrez Arias:* Diseño del protocolo, recolección de pacientes. *Sergio Rosales Ortiz:* Diseño del protocolo, análisis de resultados, redacción del documento.

Declaración de derechos humanos y de los animales

Este artículo no contiene ningún estudio con humanos o animales llevado a cabo por alguno de los autores.

Referencias clave

1. Donnez J, Tatarchuk TF, Bouchard P, et al. Ulipristal acetate versus placebo for fibroid treatment before surgery. N

Engl J Med 2012; 366: 409-20. https://doi.org/10.1056/NEJMoa1103182
2. Donnez J, Dolmans MM. Uterine fibroid management: from the present to the future. Hum Reprod Update 2016; 22 (6): 665-86. https://doi.org/10.1093/humupd/dmw023
3. Garnock-Jones KP, Duggan ST. Ulipristal acetate: a review in symptomatic uterine fibroids. Drugs 2017; 77: 1665-5. https://doi.org/10.1007/s40265-017-0812-3
4. Jha S, Ahmed N, Heidi Sinha H. Safety and efficacy of two repeated cycles of ulipristal acetate in the management of symptomatic uterine fibroid among Indian women. Menopause Review. Przegląd Menopauzalny 2021; 20 (3): 127-32. https://doi.org/10.5114/pm.2021.109509
5. Morgante G, Centini G, Troìa L, Orvieto R, et al. Ulipristal acetate before in vitro fertilization: efficacy in infertile women with submucous fibroids. Reprod Biol Endocrinol 2020;18(1):50. https://doi.org/10.1186/s12958-020-00611-1

Permisos

Los cuadros son originales.

REFERENCIAS

1. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la miomatosis uterina, México, Secretaría de Salud 2009. https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/082GER.pdf
2. Yoshida S, Ohara N, Xu Q, Chen W, et al. Cell-type specific actions of progesterone receptor modulators in the regulation of uterine leiomyoma growth. Semin Reprod Med 2010; 28: 260-73. https://doi.org/10.1055/s-0030-1251483
3. Donnez J, Tatarchuk TF, Bouchard P, et al. Ulipristal acetate versus placebo for fibroid treatment before surgery. N Engl J Med 2012; 366: 409-20. https://doi.org/10.1056/NEJMoa1103182
4. Milewska G, Ponikwicka-Tyszko D, Bernaczyk P, et al. Functional evidence for two distinct mechanisms of action of progesterone and selective progesterone receptor modulator on uterine leiomyomas. Fertil Steril 2024; 122 (2): 341-51. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2024.02.046
5. Donnez J, Dolmans MM. Uterine fibroid management: from the present to the future. Hum Reprod Update 2016; 22 (6): 665-86. https://doi.org/10.1093/humupd/dmw023
6. Garnock-Jones KP, Duggan ST. Ulipristal acetate: a review in symptomatic uterine fibroids. Drugs 2017; 77: 1665-5. https://doi.org/10.1007/s40265-017-0812-3
7. Liu JH, Soper D, Lukes A, et al. Ulipristal acetate for treatment of uterine leiomyomas: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol 2018; 132 (5): 1241-51. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002942
8. Osuga Y, Nakano Y, Yamauchi Y, Murakawa H. Phase III long-term study to evaluate the efficacy and safety of ulipristal acetate in Japanese patients with uterine fibroids. J Obstet Gynaecol Res 2021; 47 (9): 3269-78. https://doi.org/10.1111/jog.14802
9. Jha S, Ahmed N, Heidi Sinha H. Safety and efficacy of two repeated cycles of ulipristal acetate in the management of symptomatic uterine fibroid among Indian women. Menopause Review. Przegląd Menopauzalny 2021; 20 (3): 127-32. https://doi.org/10.5114/pm.2021.109509
10. Donnez J, Jadoul P. What are the implications of myomas on fertility? A need for a debate? Hum Reprod 2002; 17 (6): 1424-30. https://doi.org/10.1093/humrep/17.6.1424
11. Pritts EA, Parker WH, Olive DL. Fibroids and infertility: an updated systematic review of the evidence. Fertil Steril 2009; 91 (4): 1215-23. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2008.01.051
12. Somigliana E, Vercellini P, Daguati R, Pasin R, De Giorgi O, Crosignani PG. Fibroids and female reproduction: a critical analysis of the evidence. Hum Reprod Update 2007; 13 (5): 456-76. https://doi.org/10.1093/humupd/dmm013
13. Emanuel MH. Hysteroscopy and the treatment of uterine fibroids. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2015; 29 (7): 920-9. https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2015.03.014
14. Eldar-Geva T, Meagher S, Healy DL, MacLachlan V, et al. Effect of intramural, subserosal and submucosal uterine fibroids on the outcome of assisted reproductive technology treatment. Fertil Steril 1998; 70 (4): 687-91. https://doi.org/10.1016/s0015-0282(98)00265-9
15. Baldwin HJ, Patterson JA, Nippita TA, et al. Antecedents of abnormally invasive placenta in primiparous women: risk associated with gynecologic procedures. Obstet Gynecol 2018; 131 (2): 227-33. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002434
16. Morgante G, Centini G, Troìa L, Orvieto R, et al. Ulipristal acetate before in vitro fertilization: efficacy in infertile women with submucous fibroids. Reprod Biol Endocrinol 2020;18(1):50. https://doi.org/10.1186/s12958-020-00611-1
17. Miriello D, Galanti F, Meneghini C, et al. Management of women with uterine fibroids in reproductive center: retrospective analysis of clinical and reproductive outcomes. Minerva Obstet Gynecol 2022; 74 (2): 130-6. https://doi.org/10.23736/S2724-606X.21.04731-X
18. Del Forno S, Degli Esposti E, Salucci P, et al. Liver function, tolerability and satisfaction during treatment with ulipristal acetate in women with fibroids: a single center experience. Gynecol Endocrinol 2020;36(5):445-447. https://doi.org/10.1080/09513590.2019.1680626

https://doi.org/10.24245/gom.v94id.10972