



Leiomioma vulvar. Presentación de un caso

Verónica Aguilera Martínez,* Martha Elia Pérez Santana,** María de los Ángeles Ávila Contreras,***
Eva Mendoza ****

Nivel de evidencia: II-3

RESUMEN

Se reporta el caso de una paciente de 44 años de edad, a quien se resecó un tumor en la vulva. El reporte histopatológico fue de leiomioma con degeneración mixoide focal, tumor benigno, poco frecuente.

Palabra clave: leiomioma, leiomioma vulvar.

ABSTRACT

We report the case of a 44-year-old, who was resected of a vulvar tumor. The pathological report was leiomyoma with focal myxoid degeneration, which is an infrequent benign tumor.

Key Words: leiomyoma, vulvar.

Los leiomiomas son tumores benignos que derivan de las fibras musculares lisas superficiales. Se clasifican en tres tipos: piloleiomiomas, angioleiomiomas y dartoicos o genitales.¹ La mayor parte de los tumores de músculo liso del aparato genital femenino se localizan en el útero; aparecen en 20% de las mujeres en edad reproductiva y en 40 a 45% en mayores de 40 años. Además del útero, también aparecen en otras áreas: vulva, vagina, ovarios, vejiga, uretra, ligamentos redondos, ligamentos útero-sacros, canal inguinal y retroperitoneo.²

Los leiomiomas vulvares son excepcionales, su incidencia es de entre 0.07 y 4.2% de los tumores vulvares.³ Puesto que crecen en zonas de tejido muscular liso tienden a aparecer en otros órganos, afectan el aparato gastrointestinal y genitourinario.

Caso clínico

Paciente femenina de 44 años de edad, originaria de Salamanca, Guanajuato, casada, escolaridad secundaria, ama de casa, sin antecedentes heredo-familiares de importancia para el padecimiento actual; tiroidectomía a los 25 años de edad, por cáncer de tiroides folicular, en tratamiento actual con hormonas tiroideas por hipotiroidismo posquirúrgico.

Antecedentes ginecoobstétricos: menarquia a los 11 años, ritmo irregular cada 3/4 meses, inicio de vida sexual activa a los 20 años; cuatro embarazos y cuatro partos. Los resultados del último estudio de Papanicolaou fueron negativos para cáncer. El padecimiento se inició hace cinco años, con aumento insidioso del volumen de la región genital, sin causa aparente, acompañado de sensación de cuerpo extraño vulvar, con dolor leve ocasional, con incremento importante del tamaño que originaba dispareunia, que fue la razón por la que acudió a consulta. Durante la exploración física se encontró una dermatosis en los genitales, constituida por una neoformación que afectaba

* Médica dermatóloga adscrita.

** Médica anatomopatóloga adscrita.

*** Médica ginecoobstetra adscrita a la Clínica de Displasias.

**** Médica adscrita al servicio de Ginecoobstetricia.

Hospital Regional Salamanca, PEMEX. Salamanca, Gto.

Correspondencia: Dra. Verónica Aguilera Martínez. Calle Tampico 910, colonia Bellavista, Salamanca, Gto. Correo electrónico: aguila73@hotmail.com

Recibido: 17 de febrero de 2011. Aceptado: 17 de febrero de 2011.

Este artículo debe citarse como: Aguilera-Martínez V, Pérez-Santana ME, Ávila-Contreras MA, Mendoza E. Leiomioma vulvar. Presentación de un caso. Ginecol Obstet Mex 2011;79(6):382-385.

los labios mayor y menor izquierdo superior (Figura 1) de 5 x 4 cm de forma ovoide, contornos bien definidos, subcutánea, de consistencia sólida y con superficie lisa (Figura 2). El resto de la exploración ginecológica resultó normal. Se solicitaron estudios de laboratorio que también resultaron normales. El ultrasonido pélvico reportó que el útero estaba aumentado de tamaño (147 x 58 x 82 mm), con bordes regulares, miomas de medianos elementos. El eco medio no se identificó. Los ovarios eran de forma y tamaño normales. Se concluyó que se trataba de un caso de miomatosis uterina. El tumor vulvar se resecó; sus medidas fueron: 5 x 3 x 3 cm, de consistencia firme, paredes lisas entre los bordes superiores de los labios menor y mayor, con un pedículo localizado a 4 cm por arriba y 3 cm fuera de la uretra. La evolución posoperatoria cursó sin complicaciones.

El reporte histopatológico mostró un tumor fusocelular constituido por bandas de músculo liso sin atipia, con escasas mitosis no atípicas y cambios mixoides focales (Figuras 3 y 4). Se diagnosticó: leiomioma clásico con degeneración mixoide focal completamente resecado. En la actualidad, la paciente se encuentra asintomática y sin datos de recidiva tumoral. La miomatosis uterina se trató después quirúrgicamente.

DISCUSIÓN

Los leiomiomas son tumores que derivan de las fibras musculares lisas superficiales. Existen tres variedades: piloleiomioma, originado de los músculos erectos del pelo o de los diagonales del cutis (cuero cabelludo, frente y plano externo de miembros) y de las células musculares que rodean las glándulas sudoríparas mioepiteliales. El angioleiomioma, o leiomioma vascular, proveniente de la musculatura lisa de las paredes de los vasos sanguíneos, y el leiomioma nodular de la región genital de los músculos dartoicos del escroto, vulva y fibras musculares de la areola mamaria, denominada dartoico o genital, generalmente solitario.¹

El leiomioma de la vulva se localiza en los labios mayores, como un tumor único, nodular, de superficie lisa y doloroso al tacto.⁴ Estos tumores son raros y casi siempre aparecen durante la etapa reproductiva; incluso, existen reportes de su crecimiento cuando se reciben terapias de reemplazo hormonal de estrógenos-progestágenos⁵ y durante el embarazo.⁶ Tienden a involucionar durante la menopausia. Los leiomiomas pequeños generalmente son



Figura 1. Neoformación que afecta el labio mayor izquierdo.



Figura 2. Neoformación pediculada y bien delimitada.

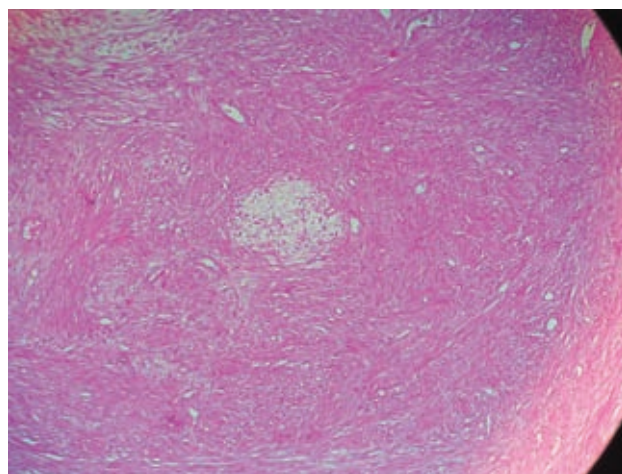


Figura 3. Tumor constituido por fibras de músculo liso, arremolinadas, con cambio mixoide focal. (H-E, 10x).

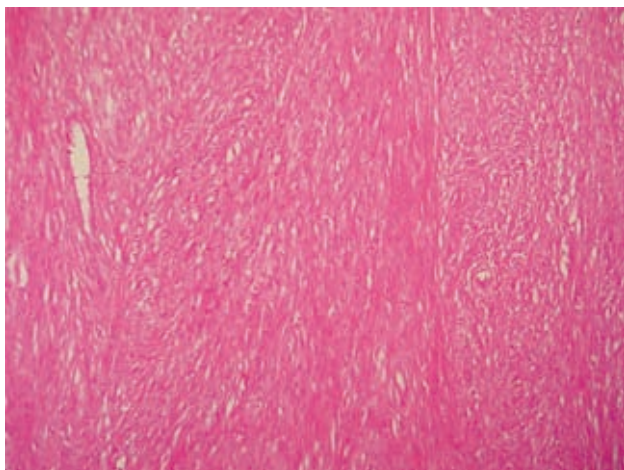


Figura 4. Acercamiento de mismas fibras musculares, sin atipia y escasas mitosis. (H-E, 40x).

asintomáticos. Los síntomas dependen de la localización y tamaño, originan: dispareunia, dolor pélvico, signos de compresión, trastornos rectales, menstruales y urinarios.² La etiopatogenia de estos tumores no está clara; según algunos autores, existe correlación entre células endoteliales, pericitos y fibras musculares lisas, con prolongaciones que las relacionan entre sí, junto con células transicionales. Esto hace pensar que el tumor se origina en células pruripotenciales con capacidad ulterior de diferenciarse en esas células.¹

Desde el punto de vista clínico, pueden confundirse con lesiones más frecuentes, como los quistes de las glándulas de Bartholini.⁷ Otros diagnósticos diferenciales son: quistes de Gartner, quistes del conducto de Skene, hidradenoma papilífero, y otras lesiones del mesénquima vulvar, como: lipoma, pólipos fibroepiteliales, angiofibroma celular, tumor fibroso solitario, tumor de células granulares, fibrohistiocitoma maligno, angiomixoma superficial, angiomiofibroblastoma, y otros, que son poco frecuentes y comparten características morfológicas que dificultan su diagnóstico.³ Se recomienda que las lesiones con características inusuales, con evolución insidiosa en el labio mayor o en el área de la glándula de Bartholini se estudien cuidadosamente porque puede tratarse de casos atípicos o de leiomyosarcomas.

Desde la perspectiva histológica, la mayor parte muestra características típicas de músculo liso pero otras formas pueden ser: celular, epiteliode, neurilemoma-like y variantes simplástica, que son semejantes en el endometrio.

Los mixoides y la hialinización son comunes. Los tipos epitelioides tienen mayor índice mitótico y pueden ser más agresivos y recidivar localmente.⁸

Los leiomyomas de la vulva están, histológicamente, delimitados. Se enuclean con facilidad y están constituidos por células musculares lisas fusiformes o epitelioides y un estroma hialino mixoide. Desde el punto de vista inmunohistoquímico, los leiomyomas de genitales muestran positividad de fibras musculares lisas neoplásicas para la actina muscular específica, la actina alfa de músculo liso y la desmina, así como negatividad a la proteína S-100.⁹

Los criterios valorados para el diagnóstico de malignidad en tumores de músculo liso primarios son: el tamaño igual o mayor de 5 cm, márgenes infiltrantes, cinco o más mitosis por cada 10 campos de gran aumento y atipia citológica moderada o severa. Con tres o más de estos criterios, el diagnóstico será de leiomyosarcoma y con uno o menos de leiomyoma. Cuando el tumor sólo tiene dos criterios, el diagnóstico es de leiomyoma atípico o leiomyosarcoma de bajo grado. En este último caso el riesgo de recidiva local es mayor que el de una enfermedad metastásica.^{8,10}

CONCLUSIÓN

Los leiomyomas vulvares son excepcionales, por eso es importante reportarlos, para que otros clínicos los consideren al momento del diagnóstico. La asociación entre la frecuencia de leiomyomas genitales y en otros órganos del cuerpo,² como los cutáneos y uterinos,¹ obliga a reconocerlos y distinguirlos. El caso de la paciente aquí reportado, además del leiomyoma vulvar tenía miomatosis uterina. El estudio patológico mostró un leiomyoma con degeneración mixoide, variable histológica frecuente en esta localización sin cumplir con criterios de malignidad y sin datos de recidiva hasta la fecha.

Los tumores vulvares se parecen entre sí, comparten características morfológicas y dificultan su diagnóstico clínico, por ello es de suma importancia que el clínico, ante una lesión vulvar, la envíe a estudio patológico para su diagnóstico y tratamiento correcto.

REFERENCIAS

1. Rodríguez AM, Gutierrez VRM. Tumores cutáneos dolorosos. *Rev Cent Dermatol Pascua* 1995;4:90-103.

2. Briceño-Pérez C, Briceño-Sanabria L, Briceño-Sanabria J, Briceño-Sanabria C. Leiomioma vaginal. *Ginecol Obstet Mex* 2006;74:277-281.
3. García de Barriola V, Navarro J, Naranjo de Gómez M. Lesiones mesenquimatosas de la vulva. *VITAE Academia Biomédica Digital* 2007;33:1-6.
4. Serra-Baldrich E. Patología vulvar (2). Tumores benignos y malignos. En: *Temas Dermatológicos Monográficos comentados*. Pp:837-843.
5. Stiegle JC, Cartmell L. Vulvar leiomyoma associated with estrogen/progestin therapy. A case report. *J Reprod Med* 1995;40(2):147-148.
6. Zohu J, Ha BH, Schubeck D, Chung-Park M. Myxoid epithelioid leiomyoma of the vulva: a case report. *Ginecol Oncol* 2006;103(1):342-345.
7. Neri A, Peled Y, Braslavski D. Vulvar leiomyoma. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993;72(3):221-222.
8. Fletcher DMC. *Diagnostic histopathology of tumors*. Volumen I. 2ª ed.
9. Requena L, Sangueza OP, Regena C, Torrelo A. Leiomiomas de genitales externos. En: Requena L. *Proliferaciones cutáneas con diferenciación miofibroblástica y muscular II*. Febrero 2002.
10. Santos Salas Valián J, González Morán MA, González Díaz E, Orille Núñez VM, Ribas Ariño MT. Leiomioma atípico vulvar. VI Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica. Pp:1-6.