



## ARTÍCULO ORIGINAL

# Leiomiotosis del cuello del útero: presentación de un caso

**Dr. Pedro Coronel-Brizio<sup>1,2</sup>, Dr. Jorge Olivares Nowak<sup>1</sup>, Dr. Jose Luis Noguera Martinez<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Departamento de Ginecología. Profesor de Ginecología, Facultad de Medicina

<sup>2</sup> Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Veracruzana.

<sup>3</sup> Jefe del Departamento de Imagenología. Centro Estatal de Cancerología.

Coronel-Brizio P, Olivares-Nowak J, Noguera-Martínez J. L.

Leiomiotosis del cuello del útero: presentación de un caso.

Rev Med UV 2006; 6(1):11-14.

### RESUMEN

Mujer de 44 años de edad a la cual se le efectuó histerectomía por tumor en el cuello uterino con diagnóstico histopatológico de leiomioma istmico-cervical. Estos casos representan una dificultad técnica-quirúrgica por la localización y tamaño del tumor. Además, como sabemos, tenemos que evitar las lesiones de estructuras en el tracto urinario y vascular.

**Palabras claves:** histerectomía, leiomioma, tumor.

### SUMMARY

A 44-year-old woman underwent a hysterectomy for a large tumor of the uterine cervix that was shown to be a isthmico-cervical leiomyoma by histologic examination. These cases represent a technico-surgical difficult, due to tumor localization and size, as well as an ample knowledge about pelvic structures, in order to avoid urinary and vascular tract lesions.

**Key words:** hysterectomy, leiomyoma, tumor.

### INTRODUCCIÓN

El leiomioma del cuello uterino es poco común. La literatura mundial reportan una incidencia inferior a 1% de las piezas quirúrgicas de histerectomía.<sup>1</sup> En una serie de casos reportada en nuestro país,<sup>2</sup> 2.8% de los miomas se encontraban en esta localización, con una edad promedio de 42.4 años y 1.1 gestaciones, con menor incidencia y volumen del tumor en la postmenopausia, como es de esperarse, comparada con pacientes en la etapa fértil de esta patología en general.<sup>3</sup>

Realmente es difícil registrar la incidencia, debido a que los leiomiomas pequeños, asintomáticos del cuello uterino y concomitantes con los del cuerpo se reportan en forma general y sólo se especifican los que dan síntomas en esta localización.

Desde el punto de vista anatomopatológico, se trata de lesiones de tamaño limitado, con características similares a las de los leiomiomas del cuerpo del útero. Cuando su localización es en el cuello del útero, tienden a ulcerarse, infectarse, y cuando su crecimiento supera la capacidad de riesgo sanguíneo, se necrosan.<sup>4</sup>

La sintomatología es diversa y depende del tamaño del tumor, pues varía desde escaso sangrado hasta dolor

Recibido 17/05/2006 - Aceptado 22/06/2006

pélvico por compresión de las vísceras adyacentes, flujo fétido, sangrado y salida de material purulento por vía vaginal

El tratamiento depende del deseo de preservar la capacidad reproductiva y del tamaño del leiomioma, que cuando es de gran volumen y sintomático se opta por la histerectomía, la cual conlleva un alto grado de dificultad técnica-quirúrgica relacionada con grandes tumores, pudiendo ofrecer tratamiento médico antes de la cirugía con análogos de hormonales de hormona liberadora de gonadotropinas hipofisiarias para disminuir su tamaño y facilitar la cirugía.<sup>5</sup> En las neoplasias de menor tamaño, se puede realizar la miomectomía, embolización de la arteria uterina o su oclusión quirúrgica.<sup>6,7</sup> Si el caso es la preservación de la fertilidad se puede optar por algunos de los tratamientos conservadores antes mencionados. El objetivo es presentar el diagnóstico y manejo que se estableció en este caso.

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 44 años de edad, en unión libre, bajo nivel socioeconómico, menarca 11 años, inicio de vida sexual a los 22 años, 1 pareja sexual, con 5 gestaciones, 4 partos a término (fecha del último a los 40 años) y 1 legrado uterino instrumental (a los 38 años por aborto incompleto), ciclo de 20 x 10; no recuerda su fecha de última menstruación y estudio de citología cervical realizado hace 4 años, del cual ignora su resultado. Sin antecedentes familiares y personales patológicos de importancia.

Ingresa a este hospital oncológico el día 18 de octubre del 2005, referida por otra institución de segundo nivel con diagnósticos de probable cáncer del cuello uterino, desnutrición, anemia, absceso pélvico y prolapso uterino.

Tiene el antecedente de haberse practicado un ultrasonido pélvico con diagnóstico de leiomiomatosis uterina en el año 2003.

A su ingreso se observa palidez de tegumentos, regularmente hidratada, hipertermia de 38°C, sin patología cardiopulmonar y mamaria. Abdomen globoso a expensas de gran masa de consistencia dura, fija, dolorosa, que llega a 2 cm por arriba de cicatriz umbilical, sin datos de irritación peritoneal o ascitis; peristalsis presente.

Sin otras visceromegalias. A la exploración ginecológica se observa protrusión de saco hialino por vagina, acompañado de secreción purulenta muy fétida y sangre escasa (figura 1). Al tacto bimanual se corrobora gran tumor no infiltrante en cuello uterino y abdomen de dimensiones 25 x 15 cm, con gran distensión de paredes vaginales, no alcanzando a tocar los fondos de sacos vaginales. Tiene Sonda de Foley con salida de orina de características normales. Al tacto rectal mucosa lisa, sin tocar parametrios debido a su desplazamiento por la neoplasia, la cual abarca hasta las paredes pélvicas sin infiltración.



*Figura 1. Degeneración hialina que protruye a través del cuello uterino*

Se inició triple esquema antibiótico a base de penicilina sódica cristalina, 5 millones UI IV cada 6 hrs., gentamicina 60 mg IV cada 8 hrs. y metronidazol 500 mg IV cada 8 hrs., todos durante diez días; se remitió la hipertermia 24 hrs. después de iniciado el tratamiento.

A su ingreso se solicitaron exámenes de laboratorio; la biometría hemática reveló Hb de 4.6 y Hto de 18, el examen general de orina, la química sanguínea, TP y TPT fueron normales. Ameritó transfusión de 8 unidades de concentrado eritrocitario previo a la cirugía para mejorar condiciones.

Se realizó cultivo de secreción purulenta de vagina, lo cual reportó *Proteus vulgaris*. El USG abdomino-pélvico fue reportado como útero con datos indirectos sugestivos de colpocele, de grado a determinar; en el interior se observan datos en relación con piometra con algunos datos sugestivos de probable hematometra.

Posteriormente se realizó tomografía axial computarizada abdomen-pélvica, en la que se demuestra masa ocupativa de la pelvis de aproximadamente 20 x 15 cm que protruye por el introito vaginal, totalmente dependiente de útero y que comprime y desplaza hacia arriba a la vejiga urinaria.

Una vez mejoradas las condiciones generales de la paciente, es sometida a intervención quirúrgica con impresión diagnóstica de leiomiomatosis uterina con probable infección y necrosis que protruye por vagina, y se lleva a cabo histerectomía total abdominal intrafascial con salpingooforectomía bilateral, con el reporte histopatológico definitivo de la pieza quirúrgica como sigue:

Útero de 7 x 5 x 1 cm, cuello uterino de 4 x 1.5 cm, irregular, y a través de él se identifica una lesión ovalada, lobulada, café gris, que mide 15.5 x 9.5 x 14 cm; al corte, el canal endocervical mide 1.5 cm y muestra un tallo foliulado que se une a la lesión antes descrita que mide 13.5 x 12.5 cm; es irregular, blanco grisácea, de aspecto fibroso y se continúa con una segunda lesión que mide 8.5 x 5.5 cm, ovalada café rojizo; el endometrio mide 0.2 cm, es café gris, el espesor máximo del miometrio es de 1.6 cm, es trabeculado, café gris, las salpingues miden 6.5 x 3.5 cm y los ovarios miden 3.5 x 1.8 cm.

Impresión diagnóstica: leiomioma cervical con cambios degenerativos hialinos, endocervicitis quística crónica, endometrio proliferativo intermedio, leiomioma intramural, quistes simples bilaterales de ovario, alpingues sin alteraciones. (figura 2).

Destacamos que, al extirpar la pieza quirúrgica, la vagina quedó distendida, con un diámetro de aproximadamente 15 cm; sin embargo, un mes después de la cirugía, al acudir la paciente a su cita de control, el canal vaginal se encontró prácticamente con sus dimensiones normales.

### COMENTARIO

Son poco frecuentes los leiomiomas del cuello uterino de estas dimensiones; la exploración ginecológica demostró una miomatosis de grandes dimensiones y se palpó en el fondo uterino una masa móvil que realmente correspondía al cuerpo uterino de dimensiones prácticamente normales.

La ecografía abdominal no fue concluyente, al igual que la tomografía, ya que ninguna de ellas se percató que el cuerpo uterino era independiente del tumor en cérvix.

Posteriormente, se solicitó al departamento de imagenología una tomografía de la pieza quirúrgica ya extirpada, donde se aprecia claramente el cuerpo uterino y su independencia de la gran masa ocupativa del cuello del útero (figura 3).

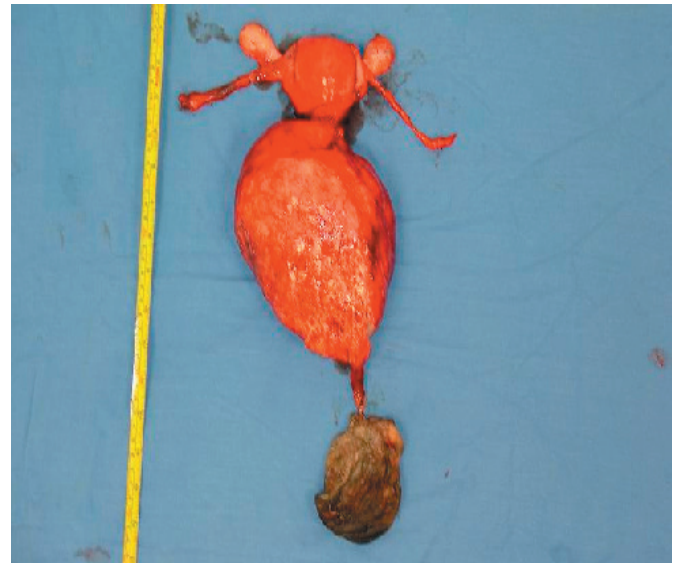


Figura 2. Leiomioma cervical con degeneración hialina

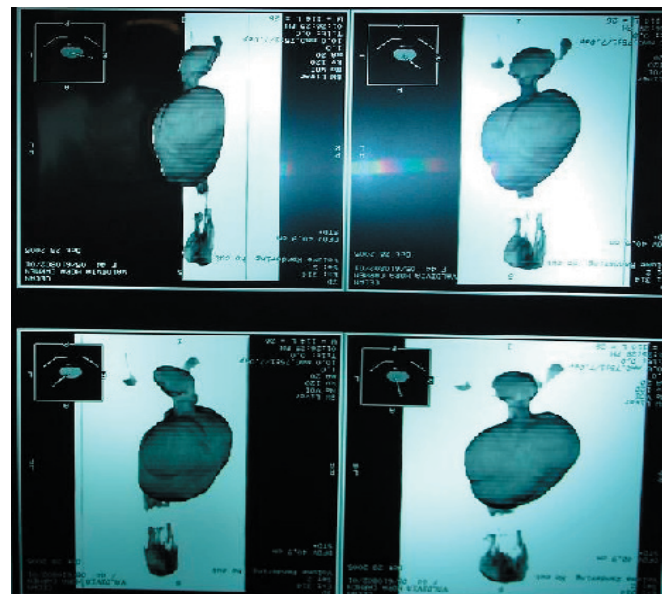


Figura 3. Tomografía de útero y con bolsa de degeneración hialina

## CONCLUSIONES

La dificultad quirúrgica en tumores de estas dimensiones y localización radica desde al abordaje abdominal, ya que es fácil la lesión vesical y, por otro lado, la extirpación del cuello en donde está perdida su estructura anatómica, aunado al nulo espacio en la pelvis que dificulta las maniobras quirúrgicas, lo que deriva en un mayor tiempo de cirugía.

Importante hacer notar las condiciones críticas en que ingresó la paciente, en un estado se sepsis, desnutrición y anemia severa, y respondió favorablemente a la terapéutica empleada para ponerla en condiciones físicas adecuadas para someterla a la cirugía y su posterior recuperación.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Tilman AJ. Leiomiomas of the uterine cervix: a study of frequency. *Int J Gynecol Pathol.* 1998; 17 (3): 231-234
2. Saleh Montalvo T, Maldonado Alvaro JD, Guitron Cantu A, Hernández Chávez MA. Miomatosis

itmico-cervical. *Ginecol Obstet Mex.* 1991;59: 246-248.

3. Moran C, Murillo HA, de la Cruz SI, Barahona E, Carranza-Lira S. Miomatosis uterina en la mujer en la postmenopausia tardía. *Ginecol Obstet Mex.* 1998; 66:358-361.
4. Grases Galofre PJ. *Patología ginecológica: bases para el diagnóstico morfológico.* 1ª edición. Barcelona, España. MASSON, S.A. 2003.
5. Bustos LH, Miranda RJ, Kably AA, Serviere ZC, y cols. Tratamiento médico preoperatorio de leiomiomatosis uterina con análogos de hormona liberadora de gonadotropinas hipofisiarias. *Ginecol Obstet Mex.* 1995; 63: 356-360.
6. Lefebvre G, Vilos G, Allaire C y cols. The management of uterine leiomyomas. *J Obstet Gynaecol Can.* 2003; 25(5):396-418.
7. Spies BJ, Myers RE, y cols. The fibroid registry: symptom and quality-of-life status 1 year after therapy. *Obstet Gynecol.* 2005;106 (6): 1309-1318.