



Caso clínico

Leiomioma vaginal

Carlos Briceño Pérez,* Liliana Briceño Sanabria,** Juan Briceño Sanabria,*** Carlos Briceño Sanabria***

Nivel de evidencia: III

RESUMEN

Los leiomiomas vaginales son tumores benignos poco frecuentes. Éste es el reporte del caso de una paciente que acudió a consulta porque padecía trastornos menstruales y de la micción; también tenía tumoración vaginal que desplazaba hacia adentro al meato uretral y al himen. La uretrocistografía miccional mostraba desplazamiento posterior, elongación y compresión de la uretra. La urografía de eliminación y el ecosonograma pélvico estaban normales. Se extirpó el tumor con enucleación por la región preuretral sin complicaciones. Se revisa la bibliografía actual.

Palabras clave: mioma, leiomioma, vagina.

ABSTRACT

Vaginal leiomyomas are rare benign tumors. This is a case report with menstrual and urinary difficulties and vaginal mass with inner urethral meatus and hymen displacement. Mictional cystourethrography showed a posterior displaced, comprised and elongated urethra. Excretory urography and pelvic sonogram were normal. Preurethral enucleation extirpation with no complications was practiced. Current literature is reviewed.

Key words: vagina, myomas, leiomyoma.

RÉSUMÉ

Les léiomyomes vaginaux sont des tumeurs bénignes peu fréquentes. Ceci est le rapport du cas d'une patiente qui est allée en consultation parce qu'elle souffrait des troubles menstruels et de la miction; elle avait aussi une tuméfaction vaginale qui déplaçait vers l'intérieur le méat urinaire et l'hymen. L'urérocystographie mictionnelle montrait déplacement postérieur, élongation et compression de l'urètre. L'urographie d'élimination et l'échographie pelvienne étaient normales. On a extirpé la tumeur avec énucléation par la région pré urétrale sans complications. On fait révision de la bibliographie actuelle.

Mots-clé : myome, léiomyome, vagin.

RESUMO

Os leiomiomas vaginais são tumores benignos pouco frequentes. Esse é o relatório do caso duma paciente que foi à consulta porque sofria transtornos menstruais e de micção; tinha, também, tumorção vaginal que deslocava tanto o meato uretral quanto o hímen para dentro. A uretrocistografia miccional mostrava deslocamento posterior, alongação e compressão da uretra. A urografia de eliminação e o ecosonograma pélvico estavam normais. Extirpou-se o tumor com enucleação pela região pré-uretral sem complicações. Se faz a revisão da bibliografia atual.

Palavras chave: mioma, leiomioma, vagina.

* Doctor en Ciencias Médicas. Profesor titular de la cátedra de Obstetricia y Ginecología Clínica. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Unidad Docente del Hospital Nuestra Señora de Chiquinquirá. Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela. Policlínica Amado de Maracaibo, Venezuela.

** Especialista en Ginecología y Obstetricia.

*** Médico Residente.
Policlínica Amado de Maracaibo, Venezuela.

Correspondencia: Dr. Carlos Briceño-Pérez. Apartado postal 10.106 en Maracaibo, Venezuela. E-mail: cabriceno@cantv.net
Recibido: febrero, 2006. Aceptado: marzo, 2006.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

Los tumores vaginales son poco frecuentes y generalmente no producen síntomas importantes. Pueden ser de gran tamaño y su diagnóstico suele establecerse a partir de hallazgos accidentales en el examen ginecológico y a veces la paciente es quien los advierte.¹

Los miomas o leiomiomas son de los tumores más frecuentes y son las neoplasias uterinas más comunes. Aparecen en 20% de las mujeres en edad reproductiva y entre 40 y 45% de las mayores de 40 años.^{2,3} En ocasiones son de gran tamaño^{4,5} y ocupan parcial o

totalmente la cavidad abdominal, incluso durante el embarazo.^{6,7} Además de la pelvis y el útero, también pueden aparecer en otros lugares, como: la vulva, la vagina, los ovarios, la vejiga, la uretra, los ligamentos redondos, los ligamentos útero-sacros, el canal inguinal y el retroperitoneo.^{1,8}

Los leiomiomas vaginales son tumores benignos sólidos, poco frecuentes, que se manifiestan clínicamente en mujeres adultas con la aparición de una masa que produce: signos de compresión, dispareunia, trastornos menstruales y urinarios.¹

Al ser poco frecuentes, en la bibliografía médica hay referencias escasas del tema.^{3,8,9} Este trabajo fue motivado por esta baja incidencia. Se reporta un caso y se revisa la bibliografía actual del tema.

CASO CLÍNICO

Mujer de 24 años de edad, núbil, que llegó a consulta con sangrado vaginal prolongado (menometrorragia) y "micción en chorro o regadera", que se habían manifestado desde aproximadamente 18 meses atrás. Nueve meses antes había sido atendida por un ginecólogo, quien le realizó la resección cuneiforme bilateral debido a que tenía ovarios poliquísticos, que se diagnosticaron con ecosonograma abdominopélvico, pero no se le realizó examen ginecológico. Su estado físico general era bueno y en el examen de genitales externos tenía tumoración en la línea media que ocupaba el tercio inferior de la pared vaginal anterior y hacía protrusión en el vestíbulo. La convexidad era inferior y desplazaba el himen hacia abajo y el meato uretral hacia adentro, lo cual dificultaba ver el tumor. El sondeo uretral se realizó con dificultad y mostró datos de hematuria, la que probablemente se originó por el reflujo sanguíneo de la vagina a la uretra. La uretrocistografía miccional (figura 1) mostró: desplazamiento posterior, elongación y compresión de la uretra por tumoración en la región preuretral de aproximadamente 5 x 3 cm. La urografía de eliminación y el ecograma pélvico estuvieron dentro de los límites normales. Tres meses después de su primera consulta se le extirpó el tumor por vía vaginal, a través de la región preuretral, mediante una incisión horizontal y por enucleación (figuras 2 A-C). Al extraerlo, debido a una pequeña adherencia uretral, se lesionó este órgano parcialmente



Figura 1. En la uretrocistografía se aprecia opacidad preuretral de aproximadamente 6 x 5 cm, que ocasiona desplazamiento posterior, elongación y aplastamiento de la uretra (flechas).

y se suturó guiándose por la sonda uretro-vesical, con poliglactin 3-0, a dos puntos separados (figura 2 D). La evolución después de la operación fue satisfactoria y egresó del hospital al segundo día. El examen macroscópico mostró los siguientes datos: midió 6 x 5 x 4 cm, color blanco-grisáceo, pseudolobulado, consistencia firme, superficie irregular y con áreas oscuras (figura 3 A). En el estudio microscópico se encontraron los siguientes datos: múltiples células fusiformes con núcleos alargados u ovoides con escasa cromatina, citoplasmas mal definidos y haces de células entrecruzadas en todas direcciones. Estos datos concordaron con el diagnóstico histológico de leiomioma (figura 3 B).

DISCUSIÓN

Los tumores vaginales se dividen en malignos (del 1 al 2% son de origen ginecológico) y benignos. Los leiomiomas son tumores mesodérmicos benignos. Su apariencia macroscópica es la de una masa submucosa ovoide que varía de 1 a 5 cm de diámetro aproximadamente. Tienen coloración blanco-grisácea, consistencia firme, encapsulada y superficie irregular.^{1,3,10} Por lo general, son únicos y sésiles, y rara vez son múltiples o pedunculados. Cuando son muy grandes, la mucosa vaginal que los cubre tiende

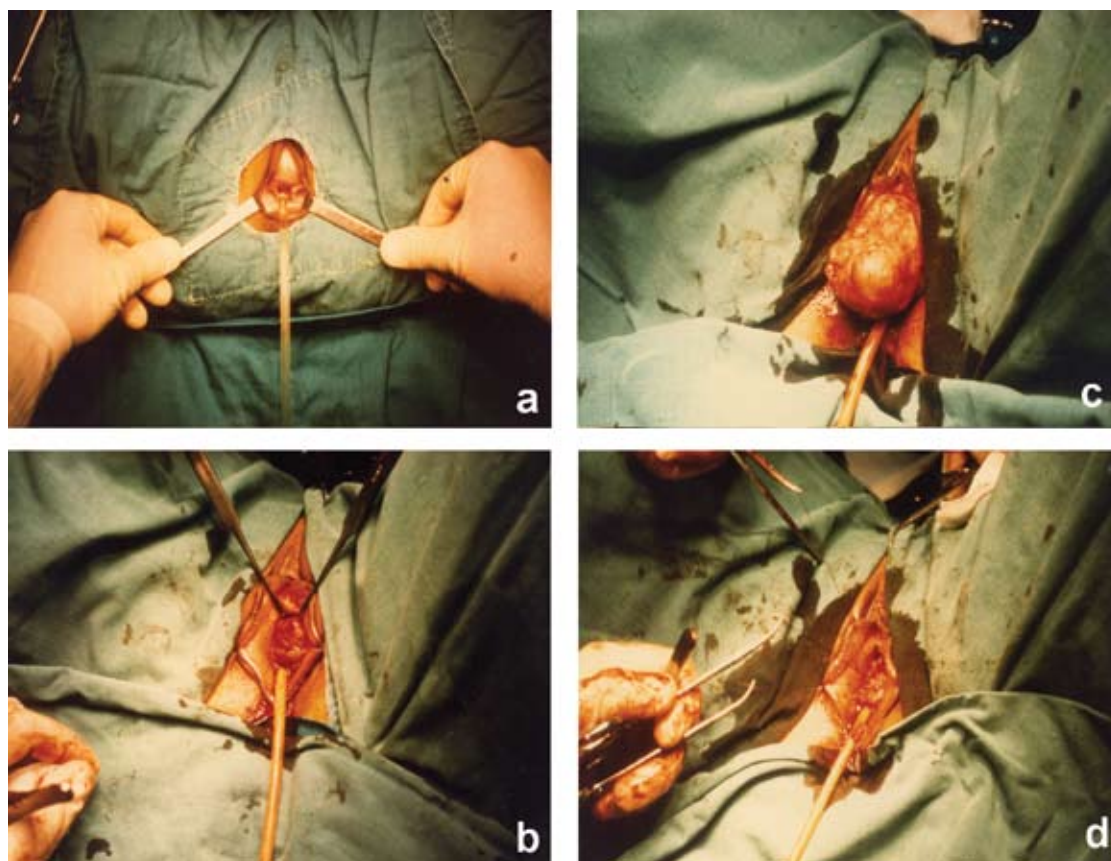


Figura 2. Extirpación de la tumoración vaginal mediante incisión horizontal y enucleación (A-C). Sutura de dos puntos uretrales con poliglactin 3-0 (D).

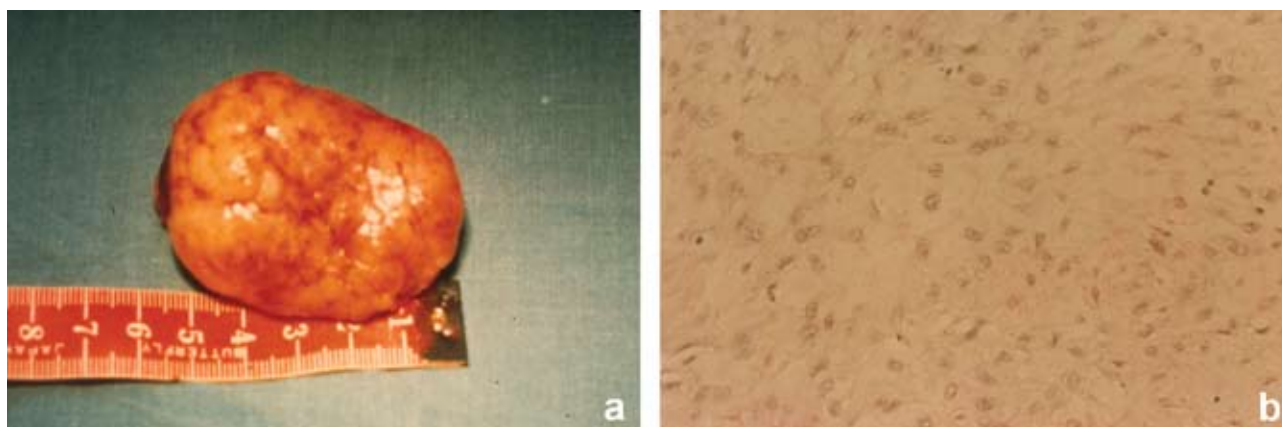


Figura 3. Aspecto macroscópico (A) y microscópico (B) de la pieza operatoria.

a ulcerarse.^{1,3,10} La mayor parte de los tumores mide de 1 a 3 cm y generalmente no sobrepasa los 6 cm.^{10,11} Estos tumores frecuentemente tienen crecimiento lento.^{10,12} Su aspecto microscópico es el de múltiples

fibras de músculo liso, tejido conectivo o ambos (de allí las denominaciones de miomas o leiomiomas, fibromas o fibromiomas). También son fusiformes, entrecruzados en todas direcciones, con núcleos

alargados u ovoides, escasa cromatina y citoplasma mal definido, y la degeneración hialina es más baja que en los uterinos.¹

Los leiomiomas vaginales son muy raros: ^{3,9,10} el primer caso lo describió Deneys De Leyden en 1733. La primera revisión de la bibliografía se publicó en 1882. En Sudáfrica, en 1978, Nel y Tiltman¹¹ publicaron ocho casos. La incidencia de leiomiomas, en relación con todos los tumores vaginales, se describió en 2, 8-3, 33% y representa 0.74% de las biopsias y 0.1% de las autopsias.¹³ Para 1991 sólo se habían reportado 300 casos en la bibliografía médica mundial. En este mismo año en el Hospital John Hopkins de Baltimore, Estados Unidos, se diagnosticaron uno entre 15,000 casos en autopsias y nueve entre 50,000 piezas quirúrgicas.^{3,13}

La mucosa y la submucosa vaginal están rodeadas por una capa muscular compuesta por fibras circulares y longitudinales, de donde pueden formarse los leiomiomas.¹⁰ Se cree que se originan de restos embrionarios y musculares de alguna arteria local.^{3,10} Los estrógenos y el factor de crecimiento epidérmico tienen un papel importante en su evolución y crecimiento. La anomalía citogenética más común es la eliminación parcial del cromosoma 7.¹⁴

Estos tumores se localizan, frecuentemente, en la línea media de la pared anterior vaginal, con 45, 4-67%, mientras que las laterales ocurren entre 4, 4-18, 2%.^{3,10,11,13} Este caso fue de localización anterior.

La procedencia de los leiomiomas vaginales no sólo se limita al músculo vaginal; también puede ser de origen vesical, uretral, vascular, cervical, rectal o anal. Los leiomiomas uretrales o vesicales se ubican en la línea media de la pared vaginal anterior y los de la vejiga pueden ser endovesicales (63%), intramurales (7%) y extravesciales (30%). En este último caso pueden migrar a la pared vaginal anterior. Los miomas de origen urológico se diferencian de los vaginales por la adherencia a la vejiga o a la uretra.¹⁵ Cuando aparecen en el tercio superior de la vagina pueden ser miomas de vejiga o cervicales.¹⁰ El leiomioma aquí descrito, a pesar de comportarse como tumoración vaginal, puede haber sido de origen uretral con base en los siguientes datos: 1) su localización en la línea media de la pared vaginal anterior, específicamente en la región preuretral y 2) su adherencia parcial a la uretra. Los leiomiomas vaginales pueden formar parte de un cuadro múltiple, como el caso descrito por

Brown y sus colaboradores en 1975,⁹ que además de un leiomioma vaginal había tenido leiomioma en el labio, el esófago, el estómago y el útero.

Son más frecuentes entre los 35 y 50 años,^{3,10} aunque la paciente que aquí se reporta sólo tenía 24. Los leiomiomas pequeños son asintomáticos y su hallazgo suele ser fortuito en exámenes ginecoobstétricos o en procedimientos diagnósticos o quirúrgicos. Los síntomas dependen de la localización y tamaño de los leiomiomas. En ocasiones aparecen como una masa vaginal que produce: dispareunia, dolor pélvico, sinusorragia, signos de compresión, trastornos rectales, menstruales o urinarios (disuria, micción en chorro, tenesmo o retención).^{1,3,9,10,13} En el caso aquí descrito la paciente tuvo problemas menstruales y urinarios. Cuando los tumores se localizan en la pared vaginal anterior pueden ser semejantes a un prolapso de la uretra (uretrocele) o de la vejiga (cistocele).¹² Los parauretrales se reconocen por ser una masa sólida, circunscrita y rodeada de mucosa normal.¹⁵ A veces se diagnostican en el embarazo^{13,16} y los afectan los cambios hormonales. Si son pequeños no siempre hay complicaciones durante el embarazo y si son muy grandes producen distocia o rotura uterina.^{10,13} Rara vez el diagnóstico se realiza en el puerperio. Otras complicaciones son: las extrínsecas (infección y ulceración) y las intrínsecas (degeneraciones propias de los miomas).¹³ La degeneración sarcomatosa es poco frecuente.¹⁷

El diagnóstico puede realizarse a partir del cuadro clínico descrito anteriormente, o con: examen ginecológico, ultrasonido, uretrocistografía, uretrocistoscopia, tomografía o resonancia magnética.^{3,13} Las imágenes del ultrasonido, la tomografía y la resonancia magnética se asemejan a la del mioma cervical.¹⁰ En la uretrocistografía se ven defectos de relleno vesical o deformidades de la vejiga o la uretra.⁹ La compresión uretral, como la que ocurrió en el caso aquí reportado, se asemeja a una "próstata femenina". Si no se operan los tumores, se recomienda una biopsia mediante punción con aguja por vía vaginal. Frecuentemente se confunden con otros tumores vaginales y el diagnóstico correcto se hace con el examen histológico.¹¹ El diagnóstico diferencial debe hacerse con otros tumores vaginales, como: quistes de Gartner, de Bartholini o de las glándulas de Skene, divertículos uretrales, uretrocele, cistocele, rectocele, neurofibromas y otros.^{3,13}

Cuando se detectan los tumores vaginales, se prefiere extirparlos para evitar cambios sarcomatosos, los cuales son más comunes en la pared vaginal posterior.¹⁰ Frecuentemente se extraen mediante enucleación por vía vaginal, a menos que sea muy grande y esté localizado en el fondo del saco anterior, en cuyo caso se prefiere el abordaje abdominal.^{3,11,15} A veces se requiere la intervención quirúrgica combinada abdominal-vaginal.¹⁰ Durante la operación, para evitar lesiones uretrales, se recomienda el sondeo uretro-vesical.³

Es muy rara la recurrencia de estos tumores y debe realizarse la ooforectomía, ya que son estrógeno-dependientes.^{10,11} Nel y Tiltman¹¹ no consiguieron saber su recurrencia en un seguimiento de ocho meses a 20 años.

CONCLUSIÓN

Se reporta el caso de una mujer con leiomioma vaginal que acudió a consulta por trastornos menstruales y de la micción, y tumoración vaginal. En la uretrocistografía miccional tuvo alteraciones uretrales y se extirpó el tumor con enucleación por la región preuretral. Se discutió que su origen quizá provenía de la uretra. Estos tumores son sólidos, benignos, muy raros, de crecimiento lento, generalmente únicos, más comunes en la pared anterior y casi siempre asintomáticos. Su origen no se conoce bien y los estrógenos tienen un papel importante. Los síntomas dependen de su tamaño y localización. Se diagnostican por el cuadro clínico (frecuentemente trastornos urinarios, menstruales y rectales) o por el hallazgo fortuito de la masa durante el examen ginecológico o al realizar estudios de imágenes genitales o urinarias. Una vez diagnosticados, se prefiere operarlos para evitar cambios sarcomatosos. Se extirpan, de preferencia, mediante enucleación por vía vaginal.

REFERENCIAS

1. Hillard P. Benign diseases of the female reproductive tract. In: Berek J, Adashi E, Hillard P. Novak's gynecology. 12th ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996;pp:331-97.
2. Briceño-Pérez C, Briceño-Sanabria L. Fibromas. En: Rodríguez-Armas O. Consultando al ginecólogo. Caracas: Ateproca, 2004;pp:118-22.
3. Núñez Troconis J, Delgado de Fox M, Mavo C, Ávila de Paz C. Leiomioma vaginal. Comunicación de un caso. Rev Obstet Ginecol Venez 1992;52:173-4.
4. Briceño-Pérez C, Alaña F, Atencio D y col. Grandes miomas uterinos. Rev Obstet Ginecol Venez 2001;61:35-42.
5. Benavente L, Silva F, Ávila E. Mioma uterino gigante. Ginecol Obstet Mex 2005;73:563-5.
6. Briceño-Pérez C, Alaña-Piña F, Briceño-Sanabria L, Briceño-Sanabria J. Gran mioma uterino y embarazo. Rev Obstet Ginecol Venez 2004;64:115-9.
7. Hernández S. Fibromioma uterino y embarazo. Ginecol Obstet Mex 2005;73:106-8.
8. Kunhart E, Iris S, Fernández R, Hernández V. Miomatosis de localización poco frecuente. Ginecol Obstet Mex 1997;65:541-4.
9. Brown R, Hawtrey C, Rose E. Leiomyoma of vesico-vaginal septum causing urinary retention. Urology 1975;6:379-81.
10. Hameed M. Case report. Leiomyoma of the vagina. J Ayub Med Coll Abbottabad (Pakistan) 2003;15:63-64.
11. Nel C, Tiltman A. Leiomyoma of the vagina. S Afr Med J 1978;54:816-7.
12. Jeng C, Lee T, Huang S, Lee F, Tzeng C. Rapidly growing vaginal leiomyoma. J Gynecol Surg 2003;19:33-36.
13. Zighelboim I, Reuman W, Álvarez J, Díaz-Bolaños J, Colmenares P. Fibromioma de vagina. Rev Obstet Ginecol Venez 1977;37:93-99.
14. Ozisik Y, Meloni A, Powell M, Surti U, Sandberg A. Chromosome 7 bichromatid in uterine leiomyoma. Cancer Genet Cytogenet 1993;67:59-64.
15. Cattolica E, Klein R, Knigge W. Paraurethral leiomyoma-an imitator. Urology 1976;8:605-7.
16. Sadan O, Kruger S, Van Iddekinge B. Vaginal tumors in pregnancy. Case report and review of the literature. Acta Obstet Gynecol Scand 1987;66:559-62.
17. Alvarado F, Vega E. Sarcoma uterino. Reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex 2005;73:54-58.