



Retención urinaria secundaria a mioma cervical de grandes elementos

RESUMEN

Antecedentes: los leiomiomas son tumores benignos del músculo liso del útero y son el tumor pélvico más común en 20 a 40% de las mujeres en edad reproductiva; el pico máximo de aparición es en la cuarta y quinta décadas de la vida

Caso clínico: paciente de 40 años de edad, con molestias abdominales que le dificultaban la marcha, dispareunia y retención urinaria de siete meses de evolución. Diagnóstico por ultrasonido: masa quística compatible con quiste ovárico derecho. Se realizó histerectomía total abdominal.

Conclusiones: el estudio histopatológico del útero, de aproximadamente 13x6 cm, con mioma en el fondo de aproximadamente 4 cm y mioma a nivel de la cara posterior del cérvix de 15x12 cm.

Palabras clave: leiomioma cervical, tumor benigno cervical, retención urinaria.

Humberto Hernández-Ojeda¹
Rosa María Torres-Hernández²
Alfredo Rivera-Secchi³
Doris Giovanna Altamirano-Hueto³
Pamela Aremy Cruz-Cano³

¹ Ginecoobstetra, adscrito al Departamento de Ginecología y Obstetricia.

² Departamento Investigación Clínica.

³ Departamento de Radiología
Hospital de Alta Especialidad, Veracruz SSA, Universidad Veracruzana, Facultad de Medicina Campus Veracruz, México.

Urinary retention secondary to cervical myoma large items

ABSTRACT

Objectives: To describe the clinical-diagnostic importance of cystic appearance of a cervical myoma large elements result produced secondary

Method: We described a case of a 40-year-old with abdominal discomfort producing difficulty walking, dyspareunia, urinary retention seven months of evolution. The USG diagnosis was a cystic mass consistent with a right ovarian cyst. The surgical abdominal total hysterectomy is performed.

Results: Histopathological study of approximately 13x6 cm uterus with myoma fund of approximately 4 cm and myoma level cervical posterior surface of 15x12 cm.

Keywords: Cervical leiomyoma. Cervical benign tumor, urinary retention

Recibido: mayo 2015

Aceptado: agosto 2015

Correspondencia

Dr. Marco Antonio Ávila Vergara
Calcitas 3368
80016 Culiacán, Sinaloa, México
mavila_v@uas.edu.mx

Este artículo debe citarse como:

Hernández-Ojeda H, Torres-Hernández RM, Rivera-Secchi A, Altamirano-Hueto DG, Cruz-Cano PA. Retención urinaria secundaria a mioma cervical de grandes elementos. Ginecol Obstet Mex 2015;83:803-806.

ANTECEDENTES

Los leiomiomas son tumores benignos del músculo liso del útero y son el tumor pélvico más común en 20 a 40% de las mujeres en edad reproductiva; el pico máximo de aparición es en la cuarta y quinta décadas de la vida. La incidencia es de 4% en mujeres menores de 30 años y se incrementa en las mayores de esta edad; son excepcionales en menores de 18 años. Los leiomiomas tienden a retroceder después de la menopausia, aunque el riesgo de miomas en mujeres mayores de 45 años es superior a 60%. Los leiomiomas cervicales constituyen 1-2% del total de casos de leiomioma.¹ Las características macroscópicas de los que crecen en estrecha proximidad con la mucosa o serosa se denominan submucosos o subserosos.²⁻⁴ La fibrosis cervical produce retención urinaria, poliuria, estreñimiento, dispareunia y sangrado postcoito.⁵

La finalidad de este reporte es: describir la importancia clínico-diagnóstica de la apariencia quística de un mioma cervical de grandes elementos y el diagnóstico diferencial con quiste de ovario que, como consecuencia, producía retención urinaria secundaria.

Caso clínico: paciente de 40 años de edad con antecedentes de menarquia a los 13 años y misma edad para el inicio de vida sexual; 3 parejas sexuales, 3 embarazos y 3 partos eutócicos (el último en el 2000); ciclos de 5x30. Citología cervical exfoliativa con tinción de Papanicolaou realizada en el 2012, sin alteraciones.

Antecedentes no patológicos: alcoholismo positivo, IMC de 27.01 y cervicovaginitis crónica.

El padecimiento se inició en julio de 2013, fecha en que acudió a un hospital de segundo nivel con: disuria, polaquiuria y retención urinaria aguda que ameritó la colocación de una sonda vesical permanente. En la interconsulta con los

urólogos le prescribieron ácido ascórbico (tabletas efervescentes) y nitrofurantoina 100 mg cada 6 horas, durante 10 días; también se le indicó aumentar la ingesta de líquidos ácidos y cambio de la sonda vesical.

El 22 de noviembre persistían los síntomas urinarios. Se le encontraron: leucocitos incontables y orina turbia. El urocultivo reportó: *Pseudomonas auriginosa* y quistes de *Entamoeba histolytica*. Al tacto bimanual se encontró al útero con 8 cm de diámetro, por encima de la sínfisis del pubis, un tumor central ligeramente desviado a la izquierda, móvil, doloroso ++, de consistencia dura e irregular. El fondo de saco derecho estaba ocupado por una tumoración no definible. En la especuloscopia se observaron: lado izquierdo del cuello uterino un quiste de Naboth, cérvix corto con desgarro obstétrico antiguo, vagina amplia y elástica, flujo blanquecino grisáceo y fétido.

El ultrasonido reportó: miomatosis uterina de grandes elementos, con efecto de reflexión vesical. La tomografía de pelvis informó: ovario izquierdo de 35 x 25 mm, con quistes foliculares en su periferia, con realce anular al medio de contraste. Se evidenciaba una masa que comprimía la vejiga y

el uréter distal derecho. El ovario derecho se observó redondo, de bordes regulares, bien definidos, hipodenso y homogéneo con densidades entre 30 y 35 UH, con realce homogéneo al medio de contraste, de 99x70x70 mm en longitudinal AP y transversal. Marcadores tumorales normales. Figuras 1-4

Impresión diagnóstica: tumoración abdominal, probable quiste de anexo derecho.

El tratamiento quirúrgico fue: histerectomía total abdominal de la que se obtuvo al útero de aproximadamente 13x6 cm, con mioma en el



Figura 1. Tomografía computada con administración de medio de contraste oral y endovenoso que demuestra la existencia de una lesión en el istmo y cuello uterino que condiciona el desplazamiento del útero, comprime y deforma la vejiga urinaria.



Figura 3. Tomografía computada con administración de medio de contraste oral, endovenoso, en la que se observa el mioma en el istmo y cuello uterino que ocupa la cúpula vaginal y, además, comprime y deforma la vejiga urinaria en su porción posterior.

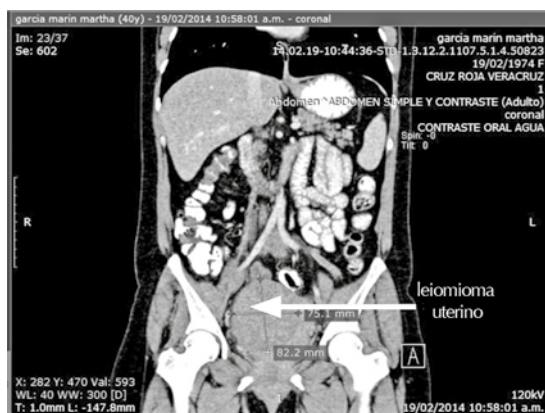


Figura 2. Tomografía computada con administración de medio de contraste oral, endovenoso, en reconstrucción coronal en la que se midió el mioma en el istmo y cuello uterino.



Figura 4. Tomografía computada en la que se observa al mioma en la porción cervical que comprime la pared posterior de la vejiga urinaria, cara anterior o del recto.

fondo de aproximadamente 4 cm, tumoración de gran tamaño en torno de la cara posterior del cérvix, de aproximadamente 15x12 cm. El anexo izquierdo macroscópicamente normal, y el derecho con aspecto de quiste endometriósico roto y adherencias de útero al anexo

derecho, sangrado de 2600 cc. Durante el proceso quirúrgico hubo dificultades técnicas debidas a la tumoración. El reporte de patología confirmó el diagnóstico de leiomioma subseroso de 10 cm a nivel del segmento cervical. Figura 5



Figura 5. Leiomioma subseroso de 10 cm a nivel del segmento cervical.

DISCUSIÓN

Los miomas uterinos son tumores pélvicos benignos relacionados con predisposición genética. Casi siempre son de origen monoclonal; 60% son cromosómicamente normales y el 40% restante tiene anomalías cromosómicas.¹ Las aberraciones citogenéticas afectan a los cromosomas 6, 7, 12, y 14 y constituyen las principales anormalidades cromosómicas que han conducido al descubrimiento de interrupciones o desregulaciones de los genes HMGIC y HMGIY que contribuyen al inicio de estos tumores.²

Los factores de riesgo son: menarquia temprana, nuliparidad, mayor incidencia en la raza negra que en la caucásica, sedentarismo, obesidad, alta ingesta de carnes rojas y jamones, familiares de primer grado de pacientes con miomatosis tienen 2.5 más riesgo de padecerla.^{2,3}

El caso aquí expuesto reporta la localización de un mioma en el cuello uterino que es poco frecuente, por su gran tamaño pueden ser únicos, pero la mayor parte son múltiples. Se desarrollan más a menudo en el cuerpo del útero y, con mucha menos frecuencia, en el cérvix, con

estas dimensiones. La exploración ginecológica demostró que se trataba de una miomatosis de grandes dimensiones que causó retención urinaria. La gran masa abdominal y los hallazgos de la tomografía hicieron pensar que se trataba de un tumor ovárico. Este caso también ejemplifica que, a pesar de las técnicas de diagnóstico preoperatorio aplicadas, como el ultrasonido y la tomografía, el diagnóstico final se obtuvo por patología. Con frecuencia, los miomas subserosos aparecen por debajo del peritoneo visceral en donde producen una masa intraabdominal. En el caso aquí reportado no se observó esta distribución sino que emergió hacia el cervix.²

En comparación con los miomas que se producen en el cuerpo uterino, los miomas cervicales están más cerca de la vejiga, el uréter y el recto; por lo tanto, durante la reparación existe dificultad para el acceso al campo quirúrgico y la sutura, por la distorsión de la anatomía de las estructuras vecinas, que contribuye al aumento de la pérdida de sangre.^{6,7}

REFERENCIAS

1. Hemlata T Kamra, Sunita S DantKale, Khusboo Birla, Pankaj W Sakinlawar, Rahul R Narkhede. Myxoid Leiomyoma of Cervix. *J Clin Diagnos Reser* 2013;7:2956-295.
2. Ortiz RM, Matute LA, Martinez CN. Miomatosis uterina. *An Med (Mex)* 2009;54:222-233.
3. Rohilla R, Madan J, Kumar G. Advancement in treatment technology for uterine leiomyoma. *An International Journal of Pharmaceutical Sciences* 2011;2:1-17. Consultado en: http://www.pharmasm.com/pdf_files/01_rubby%20rohilla.pdf
4. Cano LH, Cano AE, Cano AF. Miomatosis uterina y miomec-tomia transcervical. Reporte de diez casos. *Ginecol Obstet Mex* 2012;10:654-658.
5. Medikare V, Kandukuri LR, Ananthapur V, Deenadayal M. The Genetic Bases of Uterine Fibroids; A Review. *Journal of Reproduction & Infertility* 2011;12:181-91.
6. Ligon AH, Mortin CC. Genetics of uterine leiomyomata. *Genes Chromosomes Cancer* 2000;28: 235-45.
7. Lopez CG, Vega RJ. Leiomioma uterino epiteloide con de-generación quística gigante. Reporte de un caso. *Ginecol Obstet Mex* 2009;77:376-79.