



CASO CLÍNICO

Leiomioma parauretral. Presentación de un caso en paciente femenina y revisión de la literatura

Cantellano Orozco M., Viveros Elías J.M., Vázquez Ortega L., Lamm Wiechers L.,
Andrade Platas D., Morales Montor G., Pacheco Gahbler C., Calderón Ferro F

RESUMEN

El leiomioma parauretral es una neoplasia benigna que afecta con más frecuencia a la mujer. Además, se le relaciona con estimulación hormonal del músculo liso y se le ha descrito durante el embarazo. Son tumores de presentación clínica variable que deben diferenciarse de los que dependen de la uretra. Su diagnóstico continúa siendo clínico, endoscópico y radiográfico. Se presenta el caso de una paciente del sexo femenino, con una tumoración en área genital suprameatal, independiente de vagina, de cuatro años de evolución, con resección quirúrgica completa y diagnóstico histopatológico de leiomioma parauretral, sin recidiva local después de seis meses. Se realiza revisión de la literatura.

Palabras clave: Leiomioma parauretral, uretra, músculo liso, pared vaginal.

SUMMARY

Paraurethral leiomyoma is a benign neoplasm that affects more frequently women. It has been related with smooth muscle hormonal stimulation, and descriptions in pregnant women are frequent. They are tumors with nonspecific clinical presentation, and they have to be differentiated with tumors that arise from urethra. Diagnosis is clinical, endoscopic and radiologic. We present a case from a woman with a mass in genital area, vagina independent, 4 years of evolution, complete surgical resection with paraurethral leiomyoma histopathological diagnosis, without local recurrence after 6 months. We review literature for this case.

Key words: Paraurethral leiomyoma, urethra, smooth muscle, vaginal wall.

1 División de Urología, Hospital General "Dr. Manuel Gea González", Secretaría de Salud, México D.F.

Correspondencia: División de Urología, Hospital General "Dr. Manuel Gea González", Secretaría de Salud, México D.F. Calzada de Tlalpan 4800. Col. Toriello Guerra. Delegación Tlalpan. CP. 14000. Tel. 5665-3511 Ext. 173 Fax: 5665-7681.

Abreviatura

• H.E.: Hematoxilina eosina

CASO CLÍNICO

Paciente del sexo femenino, de 26 años de edad, sin antecedentes de relevancia para su padecimiento, quien desde cuatro años antes de su ingreso presentó sensación de cuerpo extraño en área genital, específicamente localizada en vulva, que a la autopalpación correspondía a una masa tumoral de crecimiento lento y progresivo, no dolorosa, que no se

acompañaba de otros síntomas de tipo irritativo u obstructivo a nivel urinario. A la exploración física se detectó una masa tumoral de localización suprameatal, de coloración rosácea, de consistencia indurada, no dolorosa, de bordes regulares, de 4 x 5 cm aproximadamente, que protruye de forma anterior e independiente al introito vaginal.

Como estudios de evaluación se realizó urografía excretora que mostró adecuada concentración y eliminación de medio de contraste de ambos riñones, sin alteraciones en pelvis y ureteres, vejiga de paredes lisas, íntegra, sin deformidades y sin defectos de llenado; no se observaron lesiones en placas de vaciamiento, por lo que se informó como estudio sin alteraciones. También se llevó a cabo uretrocistografía que no mostró alteraciones en el trayecto de la uretra ni en vejiga. Por los datos clínicos previos, la paciente fue sometida a resección quirúrgica de la lesión tumoral parauretral con uretrocistoscopia que no mostró comunicación del tumor con la uretra.

El diagnóstico histopatológico correspondiente fue de leiomioma parauretral de 3.5 x 4 cm, de aspecto carnoso y rojizo. Los cortes y la tinción con hematoxilina y eosina mostraron células musculares lisas fusiformes, dispuestas en haces sin mitosis o atipias.

La paciente se egresó sin complicaciones y se encuentra sin recidiva de la lesión a seis meses del procedimiento quirúrgico.

DISCUSIÓN

Los leiomiomas parauretrales son tumoraciones benignas derivadas de músculo liso, que crecen en el espacio periuretral y no se comunican con la uretra, vejiga o vagina.¹ La distinción entre neoplasias uretrales, vaginales anteriores y parauretrales es difícil por su proximidad anatómica. La uretra femenina y la pared anterior de la vagina contienen múltiples capas de tejido, por lo que su origen depende de que contengan músculo liso.

La submucosa de la uretra contiene tejido conjuntivo, fibras musculares lisas y elásticas. En estas capas se localizan también las glándulas de Skene que predominan en la pared posterior. La capa externa de la uretra contiene músculo liso con tejido fibroso en disposición circunferencial.



Figura 1. Leiomioma parauretral. Aspecto macroscópico de la lesión resecada de 4 x 3.5 cm.

El músculo estriado rodea al músculo liso en forma de herradura y es más prominente en la porción media de la uretra. La pared vaginal anterior tiene, después de la submucosa, una capa fibromuscular con células musculares lisas en dos capas, una interna longitudinal y otra externa circular. Los leiomiomas uretrales son más frecuentes en la pared posterior de la uretra, mientras que la mayoría de los vaginales se encuentran en la pared vaginal anterior. Desde el punto de vista histológico comparten las mismas características, independientemente de su origen anatómico.²⁻³

Estas tumoraciones predominan en la mujer, aunque en el varón se han descrito algunos casos. Su presentación es mayor en la tercera y cuarta décadas de la vida. Su crecimiento se ha relacionado con la estimulación hormonal del músculo liso, por lo que se ha visto que su frecuencia es mayor durante el embarazo, con involución progresiva posterior.

Desde el punto de vista clínico, la sintomatología que producen es muy variable e inespecífica; la de tipo urinario es de predominio irritativo y obstructivo, con diferentes grados de sensación de cuerpo extraño; 50% de las pacientes con leiomiomas uretrales y parauretrales cursan con infección urinaria relacionada. En algunos casos se puede presentar hematuria, disuria o dispareunia.^{3,4} Se han informado casos de retención urinaria secundaria a un leiomioma parauretral.⁵

En general el diagnóstico es clínico y, en todos los casos, se debe complementar con cistouretroscopia

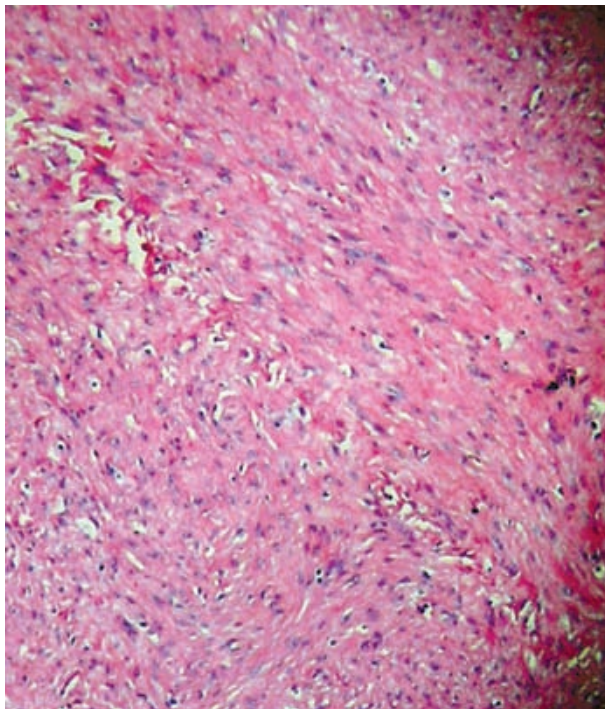


Figura 2. Fotomicrografía de corte histológico teñido con HE (4 x). Disposición de las células musculares lisas en haces.

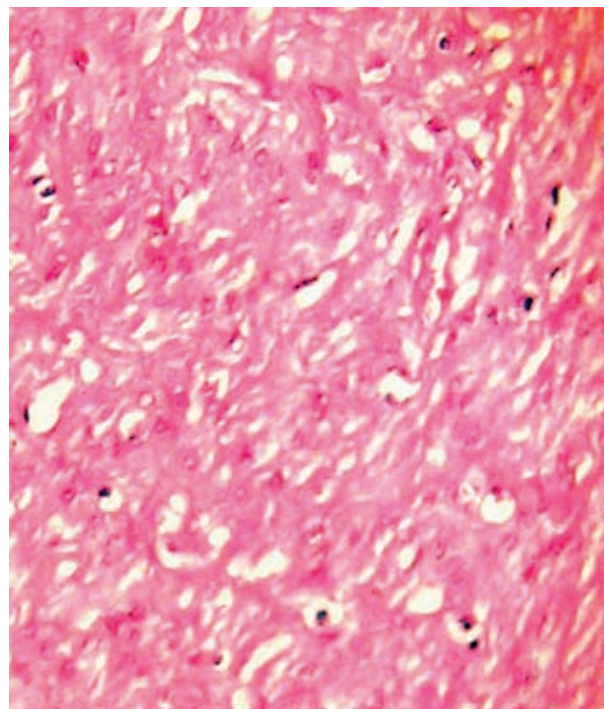


Figura 3. Fotomicrografía de corte histológico teñido con HE (10 x). Células fusiformes de músculo liso.

para descartar comunicación con vejiga u órganos adyacentes. Desde el punto de vista de imagenología, estos tumores pueden ser evaluados mediante ultrasonido transvaginal, para identificar estructuras pélvicas, uretrocistografía, urografía excretora, TAC (tomografía axial computarizada) como método diagnóstico de estructuras profundas, y resonancia magnética pélvica, la cual es de mucha utilidad para identificar planos adyacentes e involucro de otras estructuras anatómicas.⁴

El diagnóstico diferencial debe incluir todas las lesiones de la uretra posterior y de la pared vaginal anterior. Así, éste incluye divertículos uretrales, prolapso de la mucosa de la uretra, carúncula uretrales, abscesos de conductos de Skene, quistes glandulares de Bartholin o de Gartner, carcinoma uretral, quistes de pared vaginal y uréteres ectópicos.⁶

Su manejo es quirúrgico en la mayoría de los casos, la resección por vía vaginal en su pared

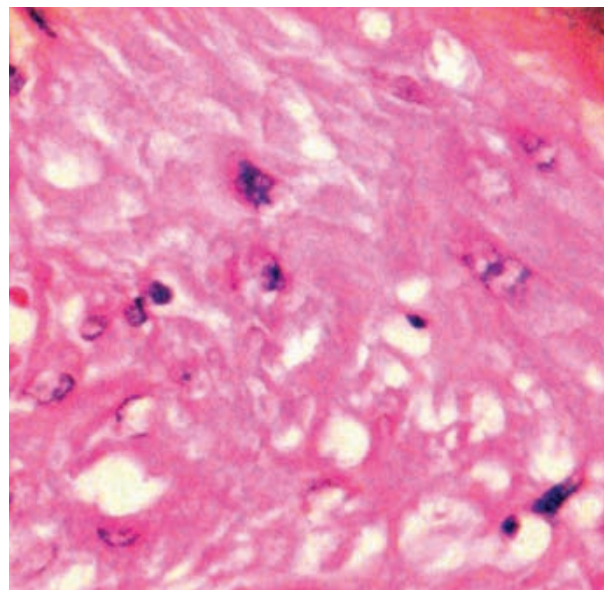


Figura 4. Fotomicrografía de corte histológico teñido con HE (40 x). Ausencia de mitosis o atipias celulares.

anterior es la vía más segura y utilizada en los diferentes informes de estas lesiones y, por lo general, este abordaje es suficiente para la resolución de los síntomas que produce. Por otro lado, si el paciente se encuentra asintomático, se puede optar por una conducta expectante, con vigilancia continua; sin embargo, se recomienda la extirpación y análisis histopatológico para descartar malignidad por medio del conteo de mitosis. La observación histológica confirma el diagnóstico y sólo en ocasiones se requiere de inmunohistoquímica con anticuerpos monoclonales anti-músculo liso para corroborarlo. La diferencia entre leiomioma y leiomiosarcoma es de suma importancia, ya que de ello depende la recurrencia local y el pronóstico del paciente.^{2,3,7}

En conclusión, en el manejo de las masas periuretrales se debe de realizar una exploración exhaustiva y complementarla con los estudios de imagen que aporten más datos para su evaluación. El tratamiento es quirúrgico, ya que el potencial de malignización es bajo, pero no se descarta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Blaivas JG, Flisser AJ, Bleustein CB, Panaqopoulos G. Periurethral masses. Etiology and diagnosis in a large series of women. *Obstet Gynecol.* 2004;103(5 Pt 1): 842-847.
2. Leung YL, Lee F, Tam PC. Leiomyoma of female urethra. *J Urol.* 1997;158:1911-1912.
3. Dmochowski RR, Ganabathi K, Zimmern PE, Leach GE. Benign female periurethral masses (Review). *J Urol.* 1994;152:1943-51.
4. Siegelman ES, Banner MP, Ramchandani P, Schnall MD. Multicoil MR imaging of symptomatic female urethral and periurethral disease. *Radiographics.* 1997;17:349-65.
5. Lee MC, Lee SD, Kuo HT, Huang TW. Obstructive leiomyoma of the female urethra: report of a case. *J Urol.* 1995;153:420-1.
6. Cattolica E, Klein R, Knigge W. Paraurethral leiomyoma: an imitator. *Urology.* 1976;8:605-607.
7. Cornella J, Larson T, Lee R, Magrina J, Kammerer-Doak D. Leiomyoma of the female urethra and bladder: Report of twenty-three patients and review of literature. *Am J Obstet Gynecol.* 1997;176:1278-1285.