Caso clínico
Ginecol Obstet Mex. 2018 octubre;86(10):687-691.

Leiomioma vaginal de crecimiento rápido. Reporte de un caso

Rapidly growing vaginal leiomyoma. A case report.

Mónica Robles-Fradejas, Irene Gonzalo-García, Sara Corcuera-Díez, Elvira Vallejo-Blanco, Teresa Blanco-Fernández, Javier Martínez-Guisasola Campa

Resumen

ANTECEDENTES: Los leiomiomas vaginales son tumores poco frecuentes. Hasta la fecha solo se han reportado 330 casos en la bibliografía internacional.

CASO CLÍNICO: Paciente de 37 años, que acudió al servicio médico por percibir una tumoración de crecimiento rápido en la vagina. A la exploración física se objetivó una masa de consistencia dura, no dolorosa a la palpación, de aproximadamente 30 mm de diámetro medio, ubicada en el tercio inferior de la cara lateral derecha de la vagina, compatible con mioma vaginal. En ese momento la paciente se negó a recibir tratamiento. Después de algunos meses acudió, nuevamente, a consulta debido a molestias vaginales, metrorragias mayores al ciclo menstrual y dispareunia. La ecografía y resonancia magnética mostraron una tumoración de gran tamaño (58 x 57 x 60 mm), redondeada y de aspecto sólido, situada en el espacio vesicovaginal. Con estos datos se estableció el diagnóstico de leiomioma vaginal pediculado. Para disminuir el volumen y sangrado de los miomas se le prescribieron 5 mg al día de acetato de ulipristal. Después de dos ciclos de tratamiento se objetivó un incremento de la tumoración, que alcanzó 70 x 55 mm. Se decidió efectuar la miomectomía por vía vaginal, sin advertir claramente el pedículo dependiente del útero y el cuello uterino. El posoperatorio trascurrió sin contratiempos. El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico de leiomioma vaginal.

CONCLUSIÓN: Los signos y síntomas (sangrado o manchado anormal, secreción vaginal, dolor o masa pélvica) de los leiomiosarcomas extrauterinos dificultan de emitir recomendaciones precisas para establecer el diagnóstico y tratamiento.

PALABRAS CLAVE: Leiomioma; tumor vaginal; degeneración sarcomatosa; miomectomía.

Abstract

BACKGROUND: Vaginal leiomyomas are exceptional tumours. Only 330 cases have been reported in the world literature.

CLINICAL CASE: Patient of 37 years old, with a vagina tumour of rapid growth. The physical examination showed a mass of hard consistency, without pain on palpation, of approximately 30 mm in average diameter, in the lower third of the right lateral of the vagina, compatible with the vaginal myoma. At that time the patient refused to receive treatment. After a few months, a consultation for vaginal discomfort, metrorrhagia greater than the menstrual cycle and dyspareunia. Ultrasonography and magnetic resonance showed a tumour that increased in size (58 x 57 x 60 mm), had a rounded shape and a solid appearance, located in the vesicovaginal space. With these data the diagnosis of pediculated vaginal leiomyoma was established. Ulipristal acetate (5 mg / day) was prescribed to decrease volume and myomatous bleeding. After two treatment cycles, an increase in the tumour was observed, which reached a size of 70 x 55 mm. It was decided to perform myomectomy vaginally, without objectifying the pedicle dependent on the uterus and the cervix. The postoperative period was uneventful. The histopathological study confirms the diagnosis of vaginal leiomyoma.

CONCLUSION: The signs and symptoms (bleeding or abnormal staining, vaginal discharge, pain or pelvic mass) of the extrauterine leiomyosarcomas make it difficult to establish precise recommendations to establish the diagnosis and treatment.

KEYWORDS: Leiomyoma; Vaginal tumour; Sarcomatous degeneration; Myomectomy.

Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario de Burgos, España.

Recibido: mayo 2018

Aceptado: junio 2018

Correspondencia
Mónica Robles Fradejas
monicarobles.fradejas@gmail.com

Este artículo debe citarse como
Robles-Fradejas M, Gonzalo-García I, Corcuera-Díez S, Vallejo-Blanco E, Blanco-Fernández T, Martínez-Guisasola Campa J. Leiomioma vaginal de crecimiento rápido. Reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex. 2018 octubre;86(10):687-691.
DOI: https://doi.org/10.24245/gom.v86i10.2243

ANTECEDENTES

Los leiomiomas vaginales son tumores benignos poco frecuentes. De acuerdo con la bibliografía, existen 330 casos reportados en todo el mundo. Afectan a mujeres de diversos grupos de edad aunque son más comunes entre los 35-50 años. Su causa es incierta pero todo indica que son tumores dependientes de estrógenos. Se manifiestan como tumores únicos, de características sólidas o sólido-quísticas, bien delimitados, de crecimiento lento y, predominantemente, en la cara anterior de la vagina. Aunque no suelen manifestar síntomas, su expresión depende del diámetro medio y localización, sobre todo: dolor pélvico, alteraciones en la micción, dispareunia, entre otros.

Puesto que se trata de una manifestación inusual, el diagnóstico diferencial es amplio y complicado. Para determinar sus características, localización y extensión de la masa debe recurrirse a estudios de imagen, como la ecografía y resonancia magnética. El diagnóstico final se establece con el estudio histológico de la pieza tumoral.

El 9% de los casos puede sufrir degeneración sarcomatosa, por esto luego de establecer el diagnóstico debe extirparse mediante miomectomía vaginal, excepto en pacientes con tumores de gran tamaño o ubicados en el fondo del saco vaginal anterior, con acceso por vía abdominal.

CASO CLÍNICO

Paciente de 37 años, con antecedentes gineco-obstétricos de dos partos y un aborto, tratado mediante legrado uterino. La paciente acudió al Hospital Universitario de Burgos (España) debido a que tuvo una sensación de bulto en la vagina, que incrementó de tamaño con el paso de los años.

A la exploración física se objetivó una tumoración de consistencia dura, no dolorosa a la palpación, de aproximadamente 30 mm de diámetro medio, ubicada en el tercio inferior de la pared derecha de la vagina, sin alcanzar el fondo de los sacos vaginales. En la ecografía transvaginal se evidenció el útero de tamaño y morfología normales, al igual que el endometrio. Los anejos se visualizaron sin alteraciones, con folículos en su interior. Se observó una formación redondeada, regular, de densidad homogénea, sin papilas, de 29 x 26 mm en la cara anterior-lateral de la vagina, compatible con mioma vaginal. Se planteó el estudio y tratamiento de la tumoración, pero la paciente lo rechazó por percibir escasos síntomas clínicos en ese momento.

Después de algunos meses acudió, nuevamente, a consulta médica, indicando un incremento significativo de los síntomas, entre los que destacaron importantes molestias vaginales, metrorragias mayores al ciclo menstrual y dispareunia, por lo que se decidió repetir el estudio ecográfico (**Figura 1 y 2**) y complementarlo con resonancia magnética para mayor definición. La tumoración aumentó notoriamente de tamaño (58 x 57 x 60 mm), con forma redondeada y aspecto sólido, zonas de hiperseñal en su espesor, quizá por la coexistencia de estructuras

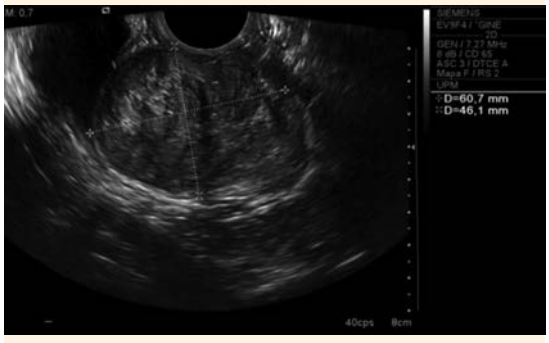


Figura 1. Ecografía transvaginal de una masa redondeada y homogénea, de 60 x 46 x 48 mm, en la cara anterior de la vagina, de aspecto miomatoso.

DOI: https://doi.org/10.24245/gom.v86i10.2243



Figura 2. Reconstrucción 3D por ecografía.

venosas y áreas de degeneración mixoide. No se identificaron otros cambios que sugirieran malignidad. La tumoración se encontraba en el espacio vesicovaginal, al parecer dependiente de la pared anterior vaginal, aislada del cuello uterino y del útero, pero sugerente de compresión de la pared posterior de la vejiga urinaria (**Figura 3**). Con estos datos se estableció el diagnóstico

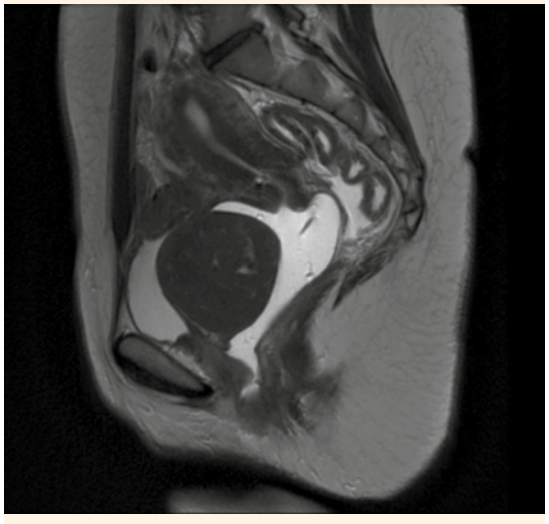


Figura 3. Resonancia magnética que evidencia una tumoración en el espacio vesicovaginal, dependiente de la cara vaginal anterior, que comprime la pared posterior vesical.

de leiomioma vaginal pediculado. Debido a los signos y síntomas se inició el tratamiento con acetato de ulipristal (5 mg al día) para disminuir el volumen y sangrado miomatoso. Después de dos ciclos de tratamiento la tumoración se incrementó a 70 x 55 mm, por lo que se solicitó la participación multidisciplinaria del servicio de Urología y en común acuerdo se decidió la miomectomía por vía vaginal, esta vez con consentimiento de la paciente.

Durante la intervención quirúrgica se observó una tumoración de 70 mm, localizada en el tercio medio de la cara anterior de la vagina; por esto se accedió por vía vaginal, mediante miomectomía, sin objetivar el pedículo dependiente del útero y cuello uterino. El posoperatorio trascurrió sin contratiempos. El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico de leiomioma vaginal.

DISCUSIÓN

Los leiomiomas vaginales son tumores poco frecuentes: solo se han reportado 330 casos. El primer reporte es de 1733, de Denys de Leyden.[1] Un estudio reciente que evaluó 75 pacientes con masas periuretrales señaló solo cuatro casos de leiomioma vaginal (4.5%).[2]

El origen de los leiomiomas sigue sin conocerse pero las teorías más aceptadas sugieren: *1)* desarrollo a partir de tejidos residuales de los vasos sanguíneos embrionarios y fibras de músculo liso,[3] *2)* elevada positividad para SMA (actina del músculo liso), receptores de estrógenos y EGFR (receptor del factor de crecimiento epidérmico), con posible inducción por parte de estrógenos[4] y *3)* probable incremento de tamaño durante el embarazo y disminución en la menopausia.[2]

Estos tumores afectan a pacientes de cualquier edad (desde la pubertad hasta los 71 años); no obstante, el diagnóstico se establece entre los

35 y 50 años.[3,5] Aunque la expresión de estos tumores se inicia a temprana edad, su estimulación continua por parte de las hormonas ováricas y el crecimiento lento son los que originan los síntomas a partir de los 40 años.[5]

Estas neoplasias no tienen correlación con la paridad ni con la coexistencia de leiomiomas en otras localizaciones. Su incidencia es mayor en mujeres de raza negra.[5] Por lo general, son tumores solitarios, sésiles, firmes, redondeados, de crecimiento lento y tamaño entre 1.5-4.5 cm, incluso se han descrito de 20 cm. Los tumores de gran tamaño tienden a ulcerarse.[5] En 45-67% de las pacientes se localizan en la línea media de la pared anterior vaginal y en 4.4-18.2% en la cara lateral.[6]

Desde el punto de vista macroscópico son tumores mesenquimatosos benignos de la pared vaginal que se originan a partir de la musculatura lisa.[2] En cuanto a sus características microscópicas están formados por: fibras fusiformes de músculo liso, tejido conectivo, o ambos, con núcleos alargados u ovoides, escasa cromatina y citoplasma mal definido.[5] La mayor parte sufre degeneración hialina (menor que la de los miomas uterinos).[6] Su procedencia no sólo se limita al músculo vaginal, sino también pueden originarse en el área vesical, uretral, vascular, cervical, rectal o anal. Los leiomiomas uretrales o vesicales se ubican en la línea media de la pared vaginal anterior; estos últimos pueden ser endovesicales (63%), intramurales (7%) o extravesicales (30%). Los miomas de origen urológico se diferencian de los vaginales por la adherencia a la vejiga o la uretra. Cuando aparecen en el tercio superior de la vagina pueden ser miomas vesicales o cervicales.[5]

Si bien la mayor parte de los leiomiomas son benignos pueden sufrir degeneración sarcomatosa. No está establecido si son de origen primario o producidos por cambios malignos de tumores benignos. La evolución a malignidad es frecuente en pacientes con miomas extrauterinos (sobre todo en la cara posterior de la vagina)[3] o submucosos pedunculados, provocados por estímulos traumáticos y, por tanto, mayor actividad mitótica.[7,8]

Los síntomas varían en función del tamaño y localización de la tumoración, incluso los pequeños pueden ser asintomáticos. Los tumores mayores de 6 cm provocan síntomas urinarios, dispareunia, leucorrea y protrusión de masa desde la vagina, como sucedió en el caso aquí comunicado. En algunas pacientes pueden producir ulceración, necrosis y hemorragia.[5]

La ecografía transvaginal y la resonancia magnética son estudios importantes para establecer el diagnóstico, esta última muestra masas sólidas, bien demarcadas, de baja intensidad de señal en T1-T2, con mejor contraste homogéneo; por su parte, los leiomiosarcomas y otras neoplasias vaginales muestran alta intensidad de señal T2, con áreas irregulares y heterogéneas de necrosis o hemorragia.[7,9] El diagnóstico definitivo se establece con el estudio histológico de la pieza quirúrgica. En el diagnóstico diferencial se consideran: cistocele, uretrocele, divertículo uretral, quistes de inclusión, tumor de Bartolino, mioma cervical, implantes endometriósicos y prolapso uterino en caso de encontrarse en la cara vaginal anterior o lateral; rectocele, quistes de inclusión y tumores del recto cuando se localizan en la cara posterior.[6]

Las pacientes con alguna tumoración sugerente de leiomioma vaginal deben operarse mediante miomectomía vaginal, con escisión y enucleación del tumor. En mujeres con neoplasias de gran tamaño o localizadas en el fondo del saco vaginal anterior debe accederse por vía abdominoperineal.[2,8] Durante la extirpación es importante insertar una sonda uretral permanente y colocar un dedo en el recto mientras se extirpan los tumores de la pared anterior y

DOI: https://doi.org/10.24245/gom.v86i10.2243

posterior, respectivamente, con la finalidad de evitar lesiones en esas estructuras anatómicas.[6] Es importante considerar la posibilidad de recurrencia.[4] Los signos y síntomas (sangrado o manchado anormal, secreción vaginal, dolor o masa pélvica) de los leiomiosarcomas extrauterinos dificultan la posibilidad de emitir recomendaciones precisas para establecer el diagnóstico y tratamiento.[10]

REFERENCIAS

1. Halder A, et al. Vaginal leiomyoma presenting as tumour in the paracolpium. J Obstet Gynaecol 2009;29(8):775-6. https://doi.org/10.3109/01443610903168366
2. Wu Y, et al. A Misdiagnosed Vaginal Leiomyoma: Case Report. Urology Case Reports 2015;3:82-83. https://doi.org/10.1016/j.eucr.2015.02.004
3. Dane C, et al. Vaginal leiomyoma in pregnancy presenting as a prolapsed vaginal mass. Hong Kong Med J 2012;18(5):533-535.
4. Yogesh K, et al. Vaginal leiomyoma developing after hysterectomy - Case report and literature review. Australian and New Zealand Journal of Obstetricas and Gynecology 2005;45(1). https://doi.org/10.1111/j.1479-828X.2005.00354.x
5. Sayammagaru S, Livanos P, Maulik T. Vaginal leiomyoma. Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2006;26(5):485-486.
6. Briceño-Perez C, et al. Leiomioma vaginal. Ginecol Obstet Mex 2006;74(5):277-281.
7. Sim C, Lee J, Kwak J, Song S. Necrotizing ruptured vaginal leiomyoma mimicking a malignant neoplasm. Obstet Gynecol Sci 2014;57(6):560-63. https://doi.org/10.5468/ogs.2014.57.6.560
8. Valdera Simbron CJ, et al. Leiomioma vaginal. Progres Obstet Ginecol 2012;55(3):130-133.
9. Chakrabarti I, et al. Vaginal leiomioma. J Mid-life Health 2011;2:42-3. http://www.jmidlifehealth.org/text.asp?2011/2/1/42/83274
10. Imai A, et al. Leiomyoma and rhabdomyoma of the vagina Vaginal myoma. J Obstet Gynaecol 2008;28(6): 563-66. https://doi.org/10.1080/01443610802310333

CITACIÓN ACTUAL

De acuerdo con las principales bases de datos y repositorios internacionales, la nueva forma de citación para publicaciones periódicas, digitales (revistas en línea), libros o cualquier tipo de Referencia que incluya número DOI (por sus siglas en inglés: Digital Object Identifier) será de la siguiente forma:

REFERENCIAS

1. Katarina V, Gordana T. Oxidative stress and neuroinflammation should be both considered in the occurrence of fatigue and depression in multiple sclerosis. Acta Neurol Belg 2018;34(7):663-9. doi: 10.1007/s13760-018-1015-8.
2. Yang M, et al. A comparative study of three different forecasting methods for trial of labor after cesarean section. J Obstet Gynaecol Res 2017;25(11):239-42. DOI: https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2015.04.015