Caso clínico
Ginecol Obstet Mex 2022; 90 (7): 612-615.

https://doi.org/10.24245/gom.v90i7.6968

Mioma nascens: reporte de caso

Myoma nascens: Clinical case.

Miguel Ángel Montañez,[1] Juan Sebastián Higuera-García,[2] Ledmar Jovanny Vargas-Rodríguez [3]

Resumen

ANTECEDENTES: Los miomas uterinos son los tumores ginecológicos más frecuentes durante la edad reproductiva y extremadamente raros en la preadolescencia y adolescencia temprana; representan el 1% de todos los casos. Es aún más excepcional que estos casos se manifiesten como prolapso de un mioma (mioma nascens).

CASO CLINICO: Paciente de 11 años, procedente de Tunja, Colombia, con talla de 143 cm, peso 31 kg, IMC 15.15 kg/m^2 (riesgo de delgadez), sin antecedentes patológicos, farmacológicos o quirúrgicos; menarquia a los 11 años, sin inicio de la vida sexual activa. Fue llevada a consulta debido a un cuadro clínico de cinco horas de evolución, consistente en la aparición de una masa de aproximadamente 3 cm de diámetro, que protruía la vagina al momento de defecar, dolorosa a la palpación, con sangrado escaso y flujo vaginal. La sospecha inicial fue: posible pólipo cervical.

CONCLUSIÓN: Los casos de mioma nascens son, en general, infrecuentes, más aún en la edad pediátrica. Hacen falta estudios que permitan establecer las características biológicas de este tipo de lesiones en niñas y adolescentes que den pie a indicar el tratamiento más adecuado. El quirúrgico parece ser la opción que ha recibido mayor apoyo en otros reportes de caso. El seguimiento es decisivo debido a que se desconoce el comportamiento de este tipo de lesiones en este grupo etario.

PALABRAS CLAVE: Miomatosis; mioma nascens; adolescencia; sangrado vaginal.

Abstract

BACKGROUND: Uterine fibroids are the most frequent gynecologic tumors during reproductive age and extremely rare in preadolescence and early adolescence, representing only 1% of all cases. It is even more exceptional that these cases manifest as myoma prolapse (myoma nascens).

CLINICAL CASE: 11-year-old female patient from Tunja, Colombia, height 143 cm, weight 31 kg, BMI 15.15 kg/m^2 (risk of thinness by Colombian resolution), with no pathological, pharmacological or surgical history; menarche at 11 years old, without onset of sexual life. She was taken to consultation due to a clinical picture of five hours of evolution, consisting of a mass of approximately 3 cm in diameter, protruding the vagina at the time of defecation, painful on palpation, with scanty bleeding and vaginal discharge. The initial suspicion was possible cervical polyp.

CONCLUSION: Cases of myoma nascens are, in general, infrequent, even more so in pediatric age. More studies are needed to establish the biological characteristics of this type of lesions in girls and adolescents to indicate the most appropriate treatment. Surgical treatment seems to be the option that has received the most support in other case reports. Follow-up is crucial because the behavior of this type of lesions in this age group is unknown.

KEYWORDS: Myomatosis; Myoma nascens; Adolescence; Vaginal bleeding.

[1] Ginecoobstetra, docente, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (UPTC).
[2] Médico interno.
[3] Doctorado en Epidemiología.
Hospital Universitario San Rafael, Tunja, Colombia.

Recibido: octubre 2021

Aceptado: noviembre 2021

Correspondencia
Ledmar Jovanny Vargas
lejovaro@gmail.com

Este artículo debe citarse como:
Montañez MA, Higuera-García JS, Vargas-Rodríguez LJ. Mioma nascens: reporte de caso. Ginecol Obstet Mex 2022; 90 (7): 612-615.

ANTECEDENTES

Los miomas uterinos son los tumores más frecuentes en mujeres en edad reproductiva. Su prevalencia alcanza, incluso, hasta 60 a 80%,[1] con un pico de incidencia en la cuarta década de la vida.[2] En la población infantil y adolescente hay menos de 20 casos de leiomiomas reportados hasta el año 2020.[3] La incidencia va desde menos del 1% hasta el 2.5% en la población adolescente[3,4] teniendo en cuenta que los casos de mioma nascens son aún menos frecuentes y no hay un estudio en población infantil que reporte la prevalencia exacta, esto sin duda debido a su baja frecuencia.[1,4]

El comportamiento de estos tumores en edades tempranas no se ha descrito con precisión. Se cree que tienen un comportamiento diferente en comparación con los tumores de la mujer adulta.[1] Entre los factores de riesgo establecidos se encuentran: la edad (pico de incidencia entre los 40 a 50 años), descendencia africana, edad temprana a la menarquia, obesidad, nuliparidad y antecedente familiar de miomas uterinos.[5,6] Al parecer, hay enfermedades que pueden incrementar el riesgo: hipertensión y diabetes.[6] Puesto que la mayoría de la población en edad infantil y adolescencia temprana carece de factores de riesgo relacionados (excepto la raza y la nuliparidad) deben buscarse otras alternativas para explicar la causa de la enfermedad.

Quizá por lo anterior no ha sido posible establecer el tratamiento adecuado para este tipo de tumores en niñas y adolescentes. Se ha descrito que la miomectomía podría llegar a ser la opción más adecuada debido a que tiene larga duración por su baja tasa de recurrencia, preserva la fertilidad y no interfiere con el medio hormonal de la infante en desarrollo.[1] El caso aquí comunicado se suma a la intención de mejorar la descripción de los miomas en la población infantil y adolescente, y buscar la mejor alternativa de tratamiento en estudios futuros.

CASO CLÍNICO

Paciente de 11 años, procedente de Tunja, Colombia, con talla de 143 cm, peso 31 kg, IMC 15.15 Kg/m^2 (riesgo de delgadez), sin antecedentes patológicos, farmacológicos o quirúrgicos; menarquia a los 11 años, sin inicio de la vida sexual activa. Fue llevada a consulta debido a un cuadro clínico de cinco horas de evolución, consistente en la aparición de una masa de aproximadamente 3 cm de diámetro, que protruía la vagina al momento de defecar, dolorosa a la palpación, con sangrado escaso y flujo vaginal. La sospecha inicial fue: posible pólipo cervical. **Figura 1**



Figura 1. Masa que protruye la región perineal.

Los estudios paraclínicos reportaron: leucocitos 11030/mm^3, hemoglobina 14.6 mg/dL, tiempo de trombina 14 segundos, tiempo parcial de tromboplastina 35 segundos, prueba de embarazo negativa; se descartaron el cuadro anémico y el embarazo. Con base en lo anterior y la poca claridad del cuadro fue valorada por un ginecólogo. La ecografía mostró al útero en anteversoflexión, de contornos regulares, miometrio homogéneo, endometrio regular hiperecogénico de 7 mm de grosor, los ovarios de características ecográficas normales, sin masas anexiales, ni líquido libre.

Con base en lo anterior se decidió la resección de la lesión. El examen genital se hizo con aplicación previa de anestesia. Los genitales externos se observaron sin alteraciones, con vello ginecoide incipiente, himen intacto, una masa irregular necrótica que protruía a través del introito vaginal, de 3 x 2 cm, acompañada de 2 a 3 masas vesiculares. Se advirtió un pedículo delgado, con origen en el orificio cervical externo. La vagina se encontró sin alteraciones, el cuello corto, duro y cerrado. Durante el procedimiento de extracción de la masa se pinzó el pedículo, que espontáneamente se rompió debido a su delgadez, con posterior sangrado genital escaso. En el canal vaginal se le colocó una mecha impregnada con yodopovidona, que se retiró cuatro horas después de finalizado el procedimiento.

Ante la adecuada evolución, a las 24 h se le dio de alta del hospital. Debido a la anemia normocítica normocrómica se le indicó la toma de 300 mg de sulfato ferroso cada 24 horas durante 30 días. La ecografía pélvica transvaginal a los 15 días del posoperatorio no reportó anormalidades.

La paciente continuó en vigilancia en la consulta externa en donde refirió adecuada evolución, sin repetición del episodio clínico, con ecografía y hemograma en parámetros de normalidad.

Consideraciones éticas. Al tratarse de un reporte de caso no implica riesgo inherente por la intervención. La Resolución 8430 de 1993 de Colombia señala que se trata de un estudio sin riesgo en virtud de que no se lleva a cabo alguna intervención o modificación intencional en alguna variable del paciente. De cualquier manera se obtuvo la firma del consentimiento informado de aceptación para la publicación del caso.

DISCUSIÓN

La manifestación clínica (hemorragia uterina anormal, masa pélvica) es similar a la de otros casos reportados en la bibliografía[1,7] y corresponde a la ubicación de la lesión en el introito vaginal, que inicialmente corresponde a un leiomioma tipo 8 de ubicación cervical, según la clasificación FIGO.[8]

No se ha definido aún un tratamiento adecuado para este tipo de lesiones en niñas y adolescentes. En la paciente del caso se optó por el tratamiento quirúrgico debido a la facilidad para la extracción de la masa descrita y el beneficio de la reducción significativa de los síntomas, esperada luego del procedimiento quirúrgico. En la bibliografía hay evidencia de conducta expectante en adolescentes, justificada por un embarazo de 22 semanas y sin hemorragia uterina.[1]

El tratamiento médico de este tipo de lesiones en pacientes pediátricas no está debidamente establecido por dos motivos: primero porque no hay una incidencia elevada de casos con este tipo de lesiones; por lo tanto, son excepcionales sus descripciones morfológicas y patológicas.[1] No es posible establecer un tratamiento médico si no hay una descripción específica del tejido y características moleculares que lo justifiquen. El segundo motivo es que se carece de estudios en población pediátrica de tratamiento médico de leiomiomas.

https://doi.org/10.24245/gom.v90i7.6968

En pacientes adultas puede recurrirse a la inserción de un dispositivo intrauterino de levonorgestrel, indicar análogos de hormona liberadora de gonadotropinas, moduladores selectivos de receptores de progesterona, anticonceptivos orales, progestinas y danazol.[6]

La descripción microscópica del caso evidenció que se trataba de un adenomioma. Quizá debido a las características histológicas, la lesión comenzó a crecer, consecuencia del efecto hormonal, desde la menarquia hasta el momento de aparición de los síntomas. Siempre harán falta otros estudios que permitan identificar, adecuadamente, las características moleculares de las lesiones en este grupo etario.[6,7]

El seguimiento es parte decisiva del tratamiento en virtud de que se desconocen las características biológicas de este tipo de lesiones. Es necesario descartar que sean lesiones malignas o que puedan recurrir.

El adenomioma es una lesión benigna en la que, por sus características biológicas, no se espera que evolucione a una lesión maligna. Aun así, es necesario alertar a la paciente y su familia de la aparición de síntomas similares en otros miembros para que de inmediato puedan recibir el diagnóstico y tratamiento correctos.[8,9,10] Es importante discutir la recurrencia de estas lesiones debido a que, incluso hasta en 11% de las mujeres que se operan requieren de intervenciones adicionales para la extirpación de miomas recurrentes.[9]

CONCLUSIÓN

Los casos de mioma nascens son, en general, infrecuentes, más aún en la edad pediátrica. Hacen falta más estudios que permitan establecer las características biológicas de este tipo de lesiones en niñas y adolescentes que den pie a indicar el tratamiento más adecuado. El quirúrgico parece ser la opción que ha recibido mayor apoyo en otros reportes de caso. El seguimiento es decisivo debido a que se desconoce el comportamiento de este tipo de lesiones en este grupo etario.

REFERENCIAS

1. Moroni RM, Vieira CS, Ferriani RA, dos Reis RM, Nogueira AA, Brito LGO. Presentation and treatment of uterine leiomyoma in adolescence: a systematic review. BMC Women's Health 2015; 15: 4. doi: 10.1186/s12905-015-0162-9.
2. Vilos GA, Allaire C, Laberge PY, Leyland N, Vilos AG, Murji A, Chen I. The management of uterine leiomyomas. J Obstet Gynaecol Can 2015; 37 (2): 157-78. doi: 10.1016/S1701-2163(15)30338-8
3. Kumura ND, Siarezi S. A case of a prolapsed fibroid in a 12-year-old girl. J Pediatr Adolesc Gynecol 2020; 33 (1): 96-97. doi: 10.1016/j.jpag.2019.08.013
4. Aydın S, Çelik HG, Maraşlı M, Bakar RZ. Clinical predictors of successful vaginal myomectomy for prolapsed pedunculated uterine leiomyoma. J Turk Ger Gynecol Assoc 2018; 19: 146-50. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6085531/pdf/JTGGA-19-146.pdf
5. Laughlin SK, Schroeder JC, Baird DD. New directions in the epidemiology of uterine fibroids. Semin Reprod Med 2010; 28 (3): 204-17. https://doi.org/10.1055/s-0030-1251477
6. William H, Parker M. Uterine myomas: management. Fertil Steril 2007; 88 (2): 255-71. doi: 10.1016/j.fertnstert.2007.06.044
7. Munro MG, Critchley HO, Broder MS, Fraser IS, FIGO Working Group on Menstrual Disorders. FIGO Classification System (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. Int Gynecol Obstet 2011; 113 (1): 3-13. https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2010.11.011
8. Di Muro-Mea MA, Berón-Ventimilla JC, Arango-Martínez AM, Serna-Agudelo RE, Castañeda-Roldán JD, de los Ríos-Posada JF et al. Miomas submucosos: gran desafío para el ginecólogo. Rev Obstet Ginecol Venez 2013; 73 (2): 122-31. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322013000200007&lng=es
9. Jérome L, Dreyfus M, Bekkari Y. Surgical management during labor of giant vaginal fibromyoma. J Gynecol Surgery 2004; 20: 1719. https://doi.org/10.1089/104240604323021990.
10. Donnez J, Vázquez F, Tomaszewski J, Kazem Nouri, Philippe Bouchard, Bart CJM, et al. Long-term treatment of uterine fibroids with ulipristal acetate. Fertil Steril 2014; 101 (6): 1565-73.e1-18. doi: 10.1016/j.fertnstert.2014.02.008