

Mioma vaginal

Vaginal mioma

Orlando M. Rodríguez Pons, Jesús Guzmán García

Hospital Ginecobstétrico 10 de Octubre. La Habana. Cuba.

RESUMEN

Los leiomiomas, también llamados miomas o fibromas, son tumores del músculo liso que puede localizarse en cualquier parte del cuerpo, pero más comúnmente en los tractos genital y gastrointestinal. El objetivo del trabajo es presentar un caso de mioma vaginal en una mujer de 42 años. La paciente acudió a la consulta por presentar, desde hace varios meses, una masa redondeada, indolora y de crecimiento gradual, a nivel del introito vaginal. Se constata, mediante examen clínico e imagenológico, la presencia de una tumoración redondeada de implantación sésil, en la cara anterior de la vagina. Fue realizada la exéresis quirúrgica, la cual se envió para un estudio histopatológico. Se comprobó que se trataba de un leiomioma de la vagina. La paciente no presentó complicaciones posoperatorias.

Palabras clave: mioma vaginal; leiomioma; tumores.

ABSTRACT

Leiomyomas, also called myomas or fibroids, are smooth muscle tumors that can be located anywhere in the body, but more commonly in the genital and gastrointestinal tracts. The objective of the paper is to present a case of vaginal myoma in a 42-year-old woman. This patient came to the consultation for presenting a painless gradually-growing round mass at the level of the vaginal introitus, for several months. The presence of a rounded mass of sessile implantation on the anterior side of the vagina is confirmed by clinical and imaging examination. Surgical exeresis was performed,

which was histopathologically studied. It was found to be a vagina leiomyoma. The patient did not present postoperative complications.

Keywords: Vaginal mioma; leiomyoma; tumors.

INTRODUCCIÓN

Los leiomiomas, también llamados miomas o fibromas, son tumores del músculo liso que puede localizarse en cualquier parte del cuerpo, pero más comúnmente en los tractos genital y gastrointestinal. Son los tumores ginecológicos más frecuentes, encontrándose en más del 20 % de las mujeres que superan los 35 años de edad. Su localización más frecuente, con mucho, la constituye el músculo uterino. No obstante, se encuentran localizaciones extra uterinas: en trompas, ovarios, cérvix, ligamentos, uretra, y otras. Desde el punto de vista clínico patológico, los leiomiomas pueden clasificarse por sitio de ocurrencia y la presencia de componentes secundarios en: leiomiomas cutáneos (leiomioma del músculo erector de los folículos pilosos y leiomiomas genitales), angiomiomas (leiomioma vascular) y leiomiomas del tejido blando profundo.¹ Las células que los constituyen tienen un aspecto fusiforme característico, con núcleos de bordes redondeados, lo cual permite su diferenciación de los núcleos de los fibroblastos.¹

La vagina, a su vez, está conformada por epitelio poliestratificado plano, descansando sobre la membrana basal. Por debajo de ella se encuentra la capa submucosa vaginal, compuesta por tejido conectivo, fibras elásticas y plexos linfáticos y venosos. Esta capa submucosa es rodeada por la capa muscular conformada por fibras dispuestas tanto longitudinalmente como en disposición circular. Tejido conectivo laxo completa la funda vaginal.

Los miomas pediculados intra cavitarios, con relativa frecuencia, pueden emerger en vagina y son conocidos habitualmente como "mioma parido". Se originan, generalmente, en cavidad uterina o canal cervical.

Los leiomiomas originados primariamente en las estructuras vaginales son extremadamente inusuales, se desconoce su etiología. Papilomas, hemangiomas y pólipos mucosos, son tumoraciones sólidas, propias del tejido vaginal, más comunes que los leiomiomas.²

En sentido general, son tumoraciones de partes blandas, contornos redondeados, tamaño variable, pero raramente exceden los 6 cm y cursan asintomáticos o con sintomatología escasa dependiente de la compresión de estructuras vecinas. Aunque clínicamente puede sospecharse, el diagnóstico de certeza es histopatológico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de una paciente femenina de 42 años de edad, que acude por primera vez a la consulta. Refiere haber detectado, desde hace varios meses, una masa redondeada, indolora, protruyente a los esfuerzos y que ha presentado un gradual incremento de tamaño. Refiere una consulta previa en otro servicio con diagnóstico presuntivo de quiste de Gartner. Al examen ginecológico se observa en cara anterior de vagina (Fig. 1), a 1 cm del introito vaginal, una tumoración redondeada de 4 cm de diámetro, fluctuante, de implantación sésil y no dolorosa a la palpación ni a la movilización. Se realizó un estudio ultrasonográfico para precisar independencia de la uretra. Se procedió, bajo anestesia local, a la exéresis quirúrgica. Se concluyó sin complicaciones y con la eliminación total de la lesión. El material obtenido se envió a estudio histopatológico para diagnóstico definitivo (Fig. 2). El resultado fue informado como leiomioma vaginal. La evolución posterior de la paciente fue satisfactoria.



Fig. 1. Observación de la tumoración que sale espontáneamente a través de atrio vaginal.



Fig. 2. Tumoración después de la exéresis.

DISCUSIÓN

La localización vaginal de los miomas es muy rara y los reportes bibliográficos son poco numerosos y no siempre con documentación gráfica. Los reportes, en series publicadas en la literatura mundial, oscilan entre 250 y 300 casos.²⁻⁵

Habitualmente, los leiomiomas surgen en el cuerpo uterino y en menor medida en el cuello. Cuando su localización es extrauterina se pueden encontrar en el ligamento

útero sacro, el ovario y el canal inguinal. Aún más rara es la ubicación en vagina y vulva.^{1,6} Algunos autores proponen que los miomas de pared vaginal no son de origen neoplásico sino hamartomatoso.^{2,4} Los hamartomas son malformaciones focales por diferenciación mesenquimal anormal. Están formados por células sin atipia, semejantes a las del tejido sano circundante, que crecen de forma desordenada, pero a ritmo normal.

Generalmente, se presentan ubicados en la pared vaginal anterior, como una lesión nodular, única, en mujeres con edades entre los 30 y los 50 años,^{5,7} aunque varios autores reportan casos más tempranos.^{5,6} En su presentación típica, puede ser necesario realizar el diagnóstico diferencial con los quistes vaginales (Gartner, de inclusión, de Skene), cistocele, uretrocele, Bartholinitis, etc.⁵ En su gran mayoría, estos tumores cursan asintomáticos, lo que resulta un hallazgo en la exploración ginecológica o como en nuestro caso, es detectado por la propia paciente. No obstante, en dependencia de su localización, tamaño o presencia de complicaciones, pueden acompañarse de síntomas urinarios, dispareunia o dolor pelviano.^{9,10} Estas tumoraciones, en ocasiones, pueden coincidir con un embarazo y su relevancia estaría en relación con su tamaño, lo que puede dar origen a distocias. Otras complicaciones son similares a las de sus homólogos uterinos (infecciones, degeneraciones, úlceras).

Desde el punto de vista histopatológico no difieren mucho de sus similares ubicados en útero.⁷ Si bien estas lesiones son casi siempre benignas, se han informado casos con degeneración sarcomatosa.^{3-5,8} Esta posibilidad es más frecuente en las tumoraciones que se ubican en la pared vaginal posterior.¹¹

Existen reportes de casos con localizaciones o formas de presentación que pueden crear problemas para dilucidar el diagnóstico o el proceder quirúrgico a realizar.

Un caso muy inusual fue reportado por *Maggie* (2006), el cual describe una lesión en pared vaginal lateral complicada con infección secundaria que generaba edema de la región glútea, con drenaje por vagina. La resonancia magnética nuclear es determinante para su diagnóstico definitivo.¹²

Mantellini describe un caso con una lesión pigmentada en pared vaginal anterior debida a hiperpigmentación melánica de la capa basal del epitelio.⁷

Otro autor⁶ expone una serie de casos con cuadros clínicos diversos dependientes de localizaciones muy infrecuentes: un caso histerectomizado por sangrado genital anormal. Posteriormente, se detectó un tumor dependiente de pared vaginal anterior. La paciente presentó un diagnóstico de Bartholinitis a la cual se realizó exéresis de tumor en región vulvar y otro reporte de paciente con incontinencia urinaria de esfuerzo, hematuria y sensación de cuerpo extraño, la cual correspondía a tumor que dependía de uretra. El estudio histopatológico se correspondió con miomatosis: vulvar, vaginal y uretral respectivamente.

Se encuentran, con relativa frecuencia, reportes de casos con lesiones miomatosas vaginales posterior en la realización de una histerectomía.^{6,8,13,14}

CONCLUSIÓN

El leiomioma, en su localización vaginal, es extremadamente raro. En su diagnóstico son determinantes la exploración ginecológica y los estudios imagenológicos, fundamentalmente la ecografía y donde sea factible y necesario, en dependencia de la localización de la lesión, la resonancia magnética nuclear. En casos puntuales, la realización de estudios contrastados, la cistoscopia u otra técnica endoscópica puede ser de utilidad.

La conducta siempre debe ser la exéresis de la lesión mediante escisión vaginal y enucleación. El abordaje por vía abdominal o combinado puede ser de elección en las ubicaciones muy distales o de difícil acceso. El examen histopatológico es imprescindible para diagnóstico de certeza y garantizar la inocuidad de la lesión.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no declaran tener conflictos de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lester J. Layfield. Cytopathology of bone and soft tissue tumors. Oxford University Press. EE. UU. 2002. p.88-90.
2. Hameed N. Case report: Leiomyoma of the vagina. Combined Military Hospital, Rawalpindi. Disponible en: <http://www.ayubmed.edu.pk/JAMC/PAST/15-2/Nazli20Leiomyoma.htm>Pakistan
3. Grases PJ. Patología Ginecológica. Editorial Masson. 2003. p. 41-42.
4. Jimai A. Leiomyoma and rhabdomyoma of the vagina Vaginal myoma. Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2008;28(6):563-6.
5. Briceño Pérez C, Briceño Sanabria L. Leiomioma vaginal. Ginecol Obstet Mex. 2006;74:277-81.
6. Kunhardt Urquiza E, de la Cruz I. Miomatosis de localización poco frecuente. Ginecol. obstet. 1997;65(12):541-4.
7. Mantellini C, Rivero JC, Morao CC. Mioma vaginal. Rev Obstet Ginecol Venez. 2011;71(1):65-7.
8. Bukhari AS. Vaginal fibroid-a case report. Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2005;25(1):83-4.
9. Brown R, Hawtrey C, Rose E. Leiomyoma of vesico-vaginal septum causing urinary retention. Urology. 1975;6:379-81.
10. Ismail SMF. Vaginal vault leiomyoma. Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2009;29(2):160-1.
11. Hameed M. Case report. Leiomyoma of the vagina. J Ayub Med Coll Abbottabad (Pakistan). 2003;15:63-4.

12. Maggie L, Cortes CL, Goldblum J, Heimrich MC, Downs-Kelly E. Leiomyoma of the vagina: An unusual presentation. I J Gynaecol Pathology. 25:3,288.
13. Yanamandra SR. Leiomyoma appearing in the vaginal vault following hysterectomy. Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2007;27(1):91-2.
14. Kulkarni Y, Maheshwari A. Vaginal leiomyoma developing after hysterectomy. Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2005;45(1):96-7.

Recibido: 18 de mayo de 2017.
Aprobado: 17 de junio de 2017.

Orlando Rodríguez Pons. Hospital Ginecobstétrico 10 de Octubre. La Habana, Cuba.
Correo electrónico: opons@infomed.sld.cu