PRESENTACIÓN DE CASO

Mioma vaginal intraabdominal, masa pélvica de localización atípica

Intra-abdominal vaginal myoma, a pelvic mass of atypical location

Manuel Pantoja Garrido,[I] Zoraida Frías Sánchez,[II] Sara Tato Varela,[II] Alfredo Polo Velasco,[II] Francisco Márquez Maraver[II]

I Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Santa María del Puerto, Puerto de Santa María. Cádiz, España.
II Unidad de Gestión Clínica de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla, España.

RESUMEN

La patología miomatosa del tracto genital inferior es uno de los motivos más frecuentes de consulta en Ginecología. Sin embargo, su localización vaginal resulta una situación infrecuente de difícil diagnóstico. En muchas ocasiones se lleva a cabo tras un hallazgo casual intraoperatorio. Las manifestaciones clínicas que producen los leiomiomas en esta localización son inespecíficas; el tratamiento quirúrgico es el de elección, generalmente mediante un abordaje por la vía vaginal.

Palabras clave: mioma vaginal; cirugía laparotómica.

ABSTRACT

Myomatous disease of the lower genital tract is one of the most common reasons for gynecological consultation. However, vaginal location is infrequent and difficult to diagnose. On many occasions diagnosis is based on a fortuitous intraoperative finding. The clinical manifestations of vaginal leiomyomas are unspecific. Surgery is the treatment of choice, which is generally performed by vaginal approach.

Key words: vaginal myoma; laparotomic surgery.

INTRODUCCIÓN

Los tumores de tejido blando incluyen aquellas masas de tejido no epitelial de origen diferente al óseo, cartilaginoso, hematopoyético, nervioso o linfoide.[1] Dentro de ellos, los leiomiomas vaginales representan tumoraciones extremadamente infrecuentes. Los lugares preferentes de asentamiento son la cara anterior y, con menos frecuencia, lateral de vagina.[2] *Bennet y Ehrlich*[3] encontraron únicamente nueve casos de leiomioma vaginal en 50 000 piezas quirúrgicas, y uno exclusivamente entre 15 000 autopsias. Su diagnóstico puede ser clínico (habitualmente secundario a sintomatología de origen urológico) en los de gran tamaño o presentarse como hallazgo quirúrgico casual en pacientes asintomáticas.[4] El tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica de la tumoración.[5] A continuación presentamos un caso de leiomioma vaginal intervenido en nuestro centro.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente de 42 años, nuligesta, sin antecedentes personales de interés, que acude a urgencias ginecológicas por dolor en hipogastrio y anuria de 24 horas de evolución. Aporta resonancia nuclear magnética (RNM) que informa de tumoración heterogénea de 13 cm en continuidad con pared posterior miometrial que desplaza estructuras pélvicas. El útero es de aspecto polimiomatoso y los anejos son normales.

A la exploración, se comprueba abdomen blando y depresible con tumoración pélvica de 10 cm aproximadamente. La paciente se ingresa para estudio y sondaje vesical. Se solicitaron marcadores tumorales (CA 125 62,9 U/ml, resto normales) y cultivo de orina (sugestivo de infección urinaria por Enterococcus faecalis). La paciente logra micción espontánea durante su ingreso y es dada de alta con tratamiento antibiótico y cita para programar intervención quirúrgica. Un mes más tarde, se le practica laparotomía exploradora con resultado de histerectomía total más salpinguectomía bilateral, así como exéresis de tumoración en fondo de saco de Douglas en un segundo tiempo quirúrgico. Como hallazgos operatorios se destaca una masa pélvica de 15 cm dependiente de cara posterior de vagina que se introduce en fondo de saco de Douglas de forma retroperitoneal hasta suelo pélvico.

La evolución posquirúrgica es favorable, fue dada de alta a los cuatro días de la intervención y presentó controles posoperatorios en consultas externas dentro de la normalidad. (Fig. 1)

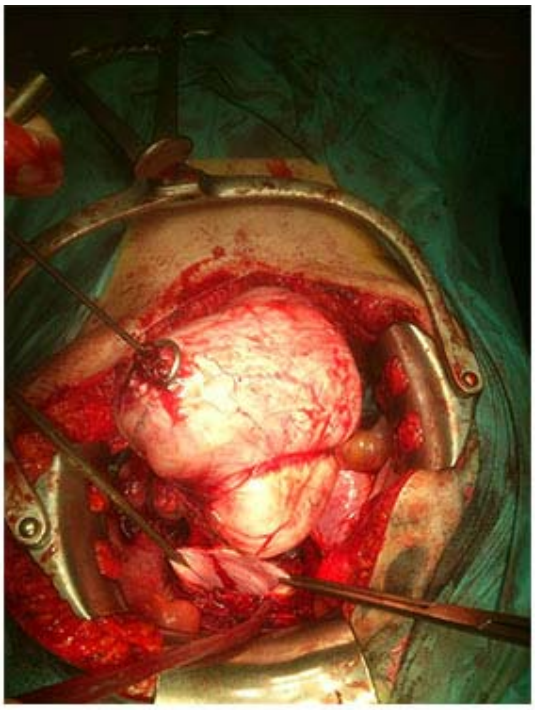

Fig. 1. Imagen intraoperatoria de la tumoración vaginal, una vez realizada la histerectomía.

La anatomía patológica definitiva informa de útero y trompas sin hallazgos patológicos. La tumoración extraída en el segundo tiempo es diagnosticada de leiomioma vaginal de 13x10 cm. (Fig. 2)

Fig. 2. Imagen comparativa del tamaño de la masa y del útero.

DISCUSIÓN

El leiomioma vaginal es un tumor benigno extremadamente infrecuente que cuenta únicamente con 300 casos publicados en la literatura científica hasta la fecha.[6] Su origen se encuentra en las fibras musculares circulares y longitudinales que forman parte de la mucosa y submucosa vaginal, así como de los restos embrionarios de arterias locales.[4] Algunos autores defienden que el leiomioma vaginal deriva de malformaciones mesenquimales con células atípicas, por lo que podría clasificarse histológicamente en el grupo de los hamartomas.[7]

Este tumor aparece preferentemente en pacientes con una edad comprendida entre los 19-72 años, siendo los 40 años la edad media de diagnóstico más frecuente.[8] Su diámetro suele estar comprendido entre los 1 y 5 cm, pudiendo adoptar una morfología pediculada a través de la vagina.

Las manifestaciones clínicas que presentan las pacientes con leiomioma vaginal son variadas, y depende de la localización del tumor. Se incluyen como posibles síntomas: el dolor abdominal o lumbar, sangrado vaginal, dispareunia, disuria y obstrucción del tracto urinario en grado variable entre otros.[9] Concretamente, en el caso clínico que presentamos, fue la anuria secundaria a la compresión de estructuras pélvicas el síntoma guía.

El diagnóstico de este tipo de tumoraciones es eminentemente clínico. La exploración física y la ecografía pueden desempeñar un papel importante en la valoración del tamaño tumoral y la movilidad de la masa, los cuales determinaran el tratamiento quirúrgico a realizar con posterioridad. Otras técnicas de imagen que pueden ser útiles en la evaluación de tumores vaginales son la resonancia nuclear magnética (RNM) y la tomografía axial computarizada (TAC).

La RNM resulta muy efectiva en la valoración de la vagina y tejidos adyacentes por su alta resolución y capacidad de obtener imágenes multiplanares. El TAC es una técnica más limitada para aportarnos información acerca de estas anormalidades. La RNM también resulta superior a otras técnicas de imagen en el diagnóstico diferencial con el leiomiosarcoma. Este adopta una apariencia irregular y heterogénea, con áreas de necrosis y hemorragia e infiltra los tejidos adyacentes a nivel local. Esto se valora de forma óptima empleando secuencias de alta intensidad.[10]

El tratamiento de elección de este tipo de masas es la cirugía, preferentemente por vía vaginal,[11] ya que es su forma más frecuente de presentación. La enucleación y exéresis puede ser dificultosa en dependencia de la vía de abordaje y la localización del tumor, debido a las estrechas relaciones que tiene el tracto genital inferior con las estructuras urinarias entre otras (vejiga y especialmente los uréteres). La recurrencia de este tipo de tumores es muy rara, aunque se puede producir si no se consigue la extirpación en bloque de la masa.[12]

La localización vaginal de los leiomiomas es sumamente atípica. Su diagnóstico resulta complejo ya, que la mayoría no producen sintomatología alguna y suele llevarse a cabo de forma eminentemente clínica, auxiliado por técnicas de imagen como la ecografía o la RNM. El hallazgo casual durante la cirugía sin sospecha previa es relativamente frecuente. El tratamiento de elección es la exéresis en bloque de la masa por vía vaginal, reservándose el abordaje laparotómico para las ocasiones, muy poco frecuentes en las que se produce el crecimiento de la tumoración hacia la cavidad pélvica, como en nuestro caso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Waagner W, Liu H, Picon AI. Giant Perineal Leiomyoma: A Case Report and Review of the Literature. Case Rep Surg. 2014[citado 10 de septiembre 2015];629672. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4065691/

2. Dane C, Rustemoglu Y, Kiray M, Ozkuvanci U, Tatar Z, Dane B. Vaginal leiomyoma in pregnancy presenting as a prolapsed vaginal mass. Hong Kong Med J. 2012 Dec;18:533-5.

3. Bennett HG Jr, Erlich MM. Myoma of the vagina. Am J Obstet Gynaecol. 1941;42:314-20.

4. Valdera Simbron CJ, Nievas Soriano M, Marti Romero MA, Pulido Fernández F, Fiol Ruiz G. Leiomioma vaginal. Prog Obstet Ginecol. 2012;55(3):130-3.

5. Goyal LD, Kaur H, Kaur K, Kaur S. An unusual Case of Vaginal Myoma Presenting with Postmenopausal Bleeding. J Family Reprod Health. 2013 Jun;7(2):103-4.

6. Gottwald L, Welfel J, Akoel KM, Lech W,Suzin J, Bieńkiewicz A. Vaginal Leiomyoma. Ginekol Pol. 2003;74:224-6.

7. Luengo A, Zornoza V, Luengo S, Rueda JL. Mioma de pared vaginal. Una patología benigna de localización atípica. Clin Invest Gin Obst. 2010;37(1):38-40.

8. Malik S, Mahendru R, Rana SS. Vaginal leiomyoma presenting as dysfunctional uterine bleeding. Taiwan J Obstet Gynaecol. 2010;49(4):531-2.

9. Sim CH, Lee JH, Kwak JS, Song SH. Necrotizing ruptured vaginal leiomyoma mimicking a malignant neoplasm. Obstet Gynaecol Sci. 2014;57(6):560-3.

10. Elsayes KM, Narra VR, Dillman JR, Velcheti V, Hameed O, Tongdee R, et al. Vaginal Masses: Magnetic Resonance Imaging Features with Pathologic Correlation. Acta Radiol. 2007;48(8):921-33.

11. Nidhanee SV, Maiti S, Shareef D, Holland N. An unusual presentation of a vaginal leiomyoma in a postmenopausal hysterectomised woman: a case report. Cases J. 2009[citado 10 de septiembre 2015];2:6461. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2827139/

12. Gowri R, Soundararaghavan S, Oumachigui A, Sistla SC, Iyengar KR. Leiomyoma of the vagina: An unusual presentation. J Obstet Gynaecol Res 200;29:395-8.

Recibido: 6 abril 2016.
Aprobado: 22 mayo 2016.

Manuel Pantoja Garrido. Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Santa María del Puerto, Puerto de Santa María. Cádiz, España. Correo electrónico: pantoja_manuel@hotmail.com