

MIOMA NASCENS: REPORTE DE UN CASO

Dra. Judith Bustillo Alarcón (1)

Ginecóloga-Obstetra Hospital San Pedro Claver

Dra. Naddya Martínez Ríos (2)

Residente III año Obstetricia y Ginecología Hospital San Pedro Claver

Palabras Clave: Mioma vaginal.

Key Words: Myoma of vagina.

RESUMEN

El mioma uterino es el tumor benigno más frecuente en la mujer en edad de procrear y representa la primera indicación de histerectomía en las mujeres premenopáusicas. Los miomas aparecen como nódulos hipoeocogénicos en relación con el miometrio, redondeados, bien delimitados, y más o menos homogéneos, dependiendo de su contenido de fibra muscular, raramente se exterioriza por el canal endocervical o en la vagina ("mioma nascens").

Se presenta el caso de una paciente nuligesta con mioma nascens, resuelto por histerectomía abdominal.

SUMMARY

Uterine fibroids are the most common in women of childbearing age and benign tumor is the first indication of

hysterectomy in premenopausal women. Fibroids appear as hypoechoic nodules in relation to the myometrium, rounded, well defined, and more or less homogeneous, depending on their content of muscle fiber, rarely by the endocervical canal or vagina ("nascens myoma") is externalized. For a patient with nascens fibroid, determined by abdominal hysterectomy it occurs.

INTRODUCCION

Los leiomiomas son los tumores ginecológicos más frecuentes y se observan en alrededor del 20% de las mujeres luego de los 35 años de edad. (1)

Una masa única firme, globular o de aspecto polipoideo que se evidencia en vagina, es usualmente un mioma

pediculado que se desarrolló en el cérvix o incluso en la cavidad uterina. Los leiomiomas que se desarrollan de novo a partir de los elementos fibromusculares de la vagina constituyen una entidad poco frecuente. Cuando dichos tumores se desarrollan de la parte superior de la vagina, son usualmente confundidos con miomas cervicales (2). En general, los miomas vaginales son extremadamente infrecuentes y de etiología desconocida. Los hallazgos en los estudios de imagen son aquellos de tumores de partes blandas, de bordes bien definidos de localización vaginal. Pueden ser grandes, pero en general no superan los 6 cm de diámetro. (1)

Las pacientes son inicial y generalmente asintomáticas., los síntomas van asociados a los efectos de compresión lateral. Generalmente el diagnóstico definitivo se establece únicamente con el estudio histopatológico y la ecografía transvaginal es la técnica de elección para su estudio. (2)

La vía de abordaje de elección es la escisión y la enucleación por vía abdominal. (3)

CASO CLINICO

Paciente de 45 años de edad, procedente del área rural, nuligesta, acude a la consulta por presentar metrorragia en escasa cantidad desde hace 3 semanas exacerbándose hace 2 días atrás, sensación de cuerpo extraño y dolor en región genital que dificulta la deambulación. Antecedente de haber sido sometida a miomectomía hace más o menos 5 años.

Examen ginecológico: A la inspección presencia de una formación nodular que emerge por canal vaginal, de color rosa pálido, con áreas de infección superficial. (FOTO 1, FOTO 2)



Foto 1



Foto 2

La especuloscopia permite visualizar cérvix con orificio exocervical de color blanco amarillento, deformado por la salida de la formación nodular procedente del útero, de consistencia firme, que mide aproximadamente 7x5 cm. de diámetro.

Se solicita perfil prequirúrgico: anemia moderada, PCR 1/16. El examen general de orina: Leucocitos 30-35 pcm, y flora microbiana abundante.

La *ecografía* reporta: Lesión ocupante de espacio en miometrio (ecoestructura compleja heterogénea). Presencia de material homogéneo en escasa cantidad en cavidad endometrial (FOTO 3)

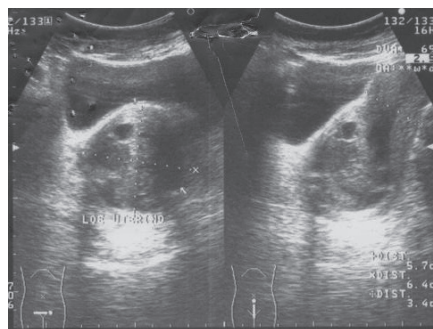


Foto 3

Valoración preoperatoria: Riesgo habitual.

Se inicia antibioticoterapia y transfusión de 2 unidades

de concentrado de glóbulos rojos. Ingres a quirófano para histerectomía total. El estudio histopatológico reporta Mioma submucoso (Mioma Nascens), endometrio en fase proliferativa y cervicitis crónica inespecífica con quistes de Naboth.

Paciente con evolución posquirúrgica favorable, es dada de alta hospitalaria en buenas condiciones de salud.

DISCUSION

La incidencia del mioma vaginal es muy rara, existiendo series que hasta su fecha de publicación se habían presentado 250 casos (4). La mayoría de los leiomiomas surgen en el cuerpo del útero y algunas veces en el cuello. Los sitios de localización extrauterina de este tumor son el ligamento úterosacro, el ovario, el canal inguinal y muy raramente la vaginal y la vulva. (2). Raramente los miomas se exteriorizan por la vagina ("mioma nascens"). (1)

En la vagina los leiomiomas usualmente se presentan como una lesión nodular sólida única generalmente en la pared anterior en mujeres de edad comprendida entre los 35-50 años. (3) Shaw reportó un caso de leiomioma parauretral que se hizo clínicamente aparente en el período posparto. Los tumores son generalmente asintomáticos, pero en algunas presentaciones pueden cursar con síntomas urinarios como disuria, frecuencia miccional y retención urinaria en compañía de dispareunia y dolor pelviano. Histopatológicamente son firmes, bien circunscritos, homogéneos y recuerdan a sus contrapartes uterinas. Aunque la lesión usualmente se considera benigna, han sido reportados cambios sarcomatosos (4).

En 2004 se publicó un fibroma vaginal gigante de presentación en el embarazo que se acompañó de síntomas de prolapso genital e incontinencia urinaria de esfuerzo de 4 años de evolución y no fue diagnosticado hasta el segundo trimestre cuando medía 10-12 cm. Se realizaron estudios complementarios de imagen, entre ellos la resonancia magnética nuclear, dadas las características del tumor, decidiéndose su exéresis al momento del parto, sin complicaciones, seguidas de un parto vaginal sin complicaciones. (5) Otra presentación verdaderamente inusual fue presentada por Maggie en 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 y en la cual, definitivamente los estudios de imagen también en este caso la resonancia magnética nuclear, fueron de importancia para su diagnóstico definitivo. (6)

La ecografía es la técnica de elección para su estudio. Cuando es realizada por vía transabdominal (suprapúbica)

presenta muy baja sensibilidad (30%) y alta especificidad (97%). Sólo se indicaría la ecografía transabdominal en aquellos núcleos de gran tamaño. Para todos los demás casos debe indicarse la ecografía transvaginal. El Doppler Color ayuda en el diagnóstico, los miomas, debido a su propia naturaleza histológica, no están vascularizados, pues su propio crecimiento muscular desplaza los vasos a la periferia. Por ello no muestran vasos (lo normal en miomas pequeños) o, a lo sumo, se los encuentra en la periferia. (1)

La escisión y la enucleación es el tratamiento de elección en todas las series. Su escisión vaginal puede provocar hemorragias severas sobre todo si la base del tumor no puede ser alcanzada en su totalidad o si se presenta en el tercio superior de la vagina. En algunos casos la vía de abordaje de elección es la vía abdominal y en otros se requiere un abordaje abdominoperineal (3).

BIBLIOGRAFÍA

1. Lester J. Layfield. *Cytopathology of bone and soft tissue tumors.*

Oxford University Press. EE.UU. 2002.p.88-90.

2. Hameed, Nazli. Case report: Leiomyoma of the vagina. Combined Military Hospital, Rawalpindi. [http://www.ayubmed.edu.pk/JAMC/PAST/15-2/Nazli 20Leiomyoma.htm](http://www.ayubmed.edu.pk/JAMC/PAST/15-2/Nazli%20Leiomyoma.htm)Pakistan
3. Nagrah A, Dr Manjula Singh, MS and Prof Neerja Goel: Primary Leiomyoma of Vagina. www.indigene.com
4. Grases PJ. Patología Ginecológica. Editorial Masson. 2003.p. 41-42.
5. Lucas J. Surgical management during labor of giant vaginal fibromyoma. *J Gynecol Surgery.* 2004; 20:1719.
6. Maggie L, Cortes CL, Goldblum J, Heimrich MC, Downs-Kelly E, et al. Leiomyoma of the vagina: An unusual presentation. *I J Gynaecol Pathology.* 2006; 25:3,288.