



clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



CASO CLÍNICO

Mioma de pared vaginal. Una patología benigna de localización atípica

A. Luengo^{a,*}, V. Zornoza^a, S. Luengo^b y J.L. Rueda^b

^aServicio de Ginecología y Obstetricia, Complejo Asistencial de León, León, España

^bServicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España

Recibido el 5 de agosto de 2008; aceptado el 30 de septiembre de 2008

Disponible en Internet el 3 de octubre de 2009

PALABRAS CLAVE

Mioma;
Miomectomía;
Vagina;
Pared vaginal

KEYWORDS

Myoma;
Myomectomy;
Vagina;
Vaginal wall

Resumen

Presentamos el caso de una mujer de 45 años, con una tumoración en la pared vaginal anterior que no afectaba al aparato urinario y de leve sintomatología. Se realizó escisión simple. El análisis anatomopatológico la identificó como leiomioma. Esta localización no es frecuente, la probabilidad de recurrencia es mínima y no se han descrito metástasis. La etiología es fuente de controversia.

© 2008 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Vaginal wall myoma. A benign lesion on an infrequent location

Abstract

We present the case of a 45-year-old woman, with a vaginal wall mass, no urinary system involvement, and only mild symptoms. Local excision was performed. Morphological analysis revealed a leiomyoma. This location is unusual. Local recurrences are exceptional and no cases of metastasis have been described. The etiology has not been clearly established.

© 2008 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Los miomas vaginales son extremadamente raros y siguen un curso benigno¹. Su incidencia es máxima en las edades extremas de la vida^{2,3}.

Habitualmente se trata de un hallazgo casual al ser por lo general asintomáticos⁴. De forma infrecuente, las pacientes refieren malestar, dolor local, sensación de peso, erosión y sangrado e incluso sintomatología urinaria: urgencia, tenesmo, polaquiuria, disuria e incontinencia⁵.

El procedimiento de escisión y enucleación por vía vaginal es curativo, aunque la proximidad a las anastomosis de las arterias vaginales puede provocar sangrado profuso⁶. Sólo se ha descrito un caso de recurrencia local tras cuatro años de la cirugía⁷. No se han publicado casos de metástasis.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: a_luengo@yahoo.com (A. Luengo).

Caso clínico

Se trata de una paciente de 45 años que presentaba una tumoración sólida en la vagina. No refería molestia local, sensación de peso ni otros síntomas. No tenía antecedentes médicos de relevancia, a excepción de ansiedad en tratamiento con alprazolam, hábito tabáquico de veinte cigarrillos/día y un parto eutócico tres años antes.

En la exploración ginecológica se encontró una formación en la pared vaginal anterior de unos $6,5 \times 4,5 \times 4$ cm, recubierta de mucosa de aspecto sano, sin signos de erosión ni ulceración. No era dolorosa y no sangraba al contacto (fig. 1).

Mediante sondaje vesical sin dificultad de paso, se observó orina clara. Se solicitó una cistoscopia, en la que no se objetivó afectación de la uretra ni de la mucosa vesical. Mediante ecografía transvaginal tampoco se observaron lesiones ocupantes de espacio.

Se programó resección quirúrgica. Mediante acceso vaginal e incisión en la mucosa, se realizó disección por planos y escisión simple sin incidencias. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones y la paciente fue dada de alta al día siguiente.

El estudio de la pieza describió una formación blanquecina, elástica, formada por fibras arremolinadas de tejido muscular liso organizado en haces (fig. 2), sin atipias, con

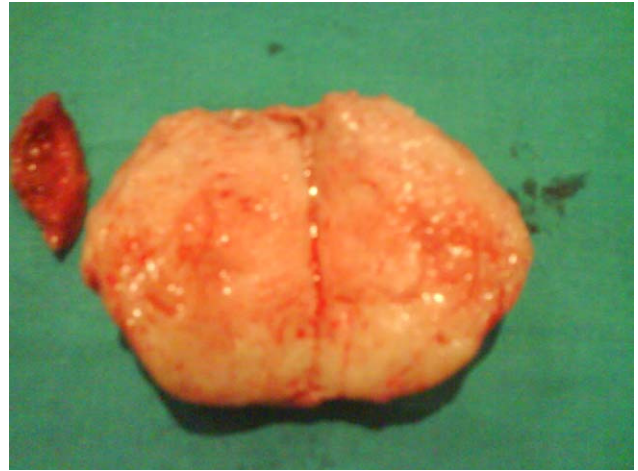


Figura 2 Sección longitudinal de la pieza. Consistencia dura y elástica.

escasas mitosis y sin necrosis. Fue diagnosticada de leiomioma. Un fragmento extirpado de vagina suprayacente a la lesión era sano y presentaba áreas de hiperqueratosis.

Discusión

Algunos autores proponen que los miomas de pared vaginal no poseen un origen neoplásico sino hamartomatoso^{2,8}. 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. Raramente comprimen estructuras vecinas, pero según su localización pueden provocar deformidad.

Dada la baja incidencia de miomas vaginales, es frecuente el error diagnóstico preoperatorio. Por su localización y forma esférica puede aparentar un cistocele que aumenta con maniobras de Valsalva, aunque la manipulación digital permite identificar la base de implantación en la pared vaginal anterior. Pueden resultar de ayuda pruebas complementarias, como resonancia nuclear magnética, ecografía, cistouretrografía con presión positiva y cistouretroscopia⁵. Debe realizarse diagnóstico diferencial con divertículos de uretra, quistes y abscesos vaginales, pólipos vaginales y neoplasias malignas, como el rhabdomyosarcoma botrioides, de predominio en la infancia y que presenta un aspecto polipode, único o múltiple ("en racimo de uvas").

Bibliografía

1. López JI, Brouard I, Eizaguirre B. Rhabdomyoma of the vagina. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1992;45:147-8.
2. Iversen UM. Two cases of benign vaginal rhabdomyoma. Case reports. *APMIS.* 1996;104:575-8.
3. Enzinger FM, Weiss SW. Rhabdomyoma. En: Enzinger FM, Weiss SW, editors. *Soft tissue tumors.* 2nd ed., Mosby: S. Louis; 1988. p. 433-46.



Figura 1 Exposición del mioma vaginal. Presenta a la inspección un aspecto semejante a un cistocele de tercer grado y aumenta con maniobras de Valsalva.

4. Miettinen M, Wahlström T, Vesterinen E, Saksela E. Vaginal polyps with pseudosarcomatous features. A clinicopathologic study of seven cases. *Cancer*. 1983;51:1148–51.
5. Deffieux X, Faivre E, Mordefroid M, Gervaise A, Frydman R, Fernández H. Vesico-vaginal wall myoma mimicking genital prolapse. *Int J Gynaecol Obstet*. 2008;100:79–80.
6. Chong KM, Chuang J, Tsai YL, Hwang JL. A rapidly growing paraurethral myoma with profuse bleeding from a mucosal vessel: report of a case. *Gynecol Obstet Invest*. 2006;61:87–9.
7. Losi L, Choreutaki T, Nascetti D, Eusebi V. Recurrence in a case of rhabdomyoma of the vagina. *Pathologica*. 1995; 87:704–8.
8. Gad A, Eusebi V. Rhabdomyoma of the vagina. *J Pathol*. 1975;115:179–81.