

MASA PARAVAGINAL DERECHA EN PACIENTE DE 45 AÑOS.

RIGHT PARAVAGINAL MASS IN A 45 YEAR-OLD PATIENT.

Carla Donado Stefani, Artur Gómez Blizniak

Estudiantes del XI semestre de la carrera de doctor en medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Panamá.

Aesor: Dr. Miguel Cáceres

Ginecólogo-Obstetra y Ginecólogo Oncólogo. Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid.

RESUMEN

Los leiomiomas son tumores benignos originados en células de músculo liso. A nivel ginecológico se localizan principalmente en el útero, con una prevalencia del 70 % en mujeres en edad reproductiva. Los leiomiomas paravaginales son extremadamente raros, por lo cual es difícil establecer su prevalencia. Este es el primer caso reportado en Panamá.

Se presenta el caso de paciente femenina de 45 años, que ingresa para estudio de masa paravaginal derecha, con antecedentes de dificultad en la micción manejada con sonda Foley, leucorrea fétida, dolor leve en hipogastrio y constipación con disminución del diámetro de las heces, de aproximadamente nueve meses de evolución. Durante la hospitalización, se le realizó una tomografía abdominopélvica, la cual evidenció masa paravaginal derecha con compromiso de vejiga, recto y elevación de útero. También se realizó cistoscopia y colonoscopia, resultando ambos estudios sin anomalías. Se extrajo la masa y la biopsia reportó leiomioma paravaginal.

Palabras clave: mujer, leiomioma, leucorrea, masa, paravaginal.

ABSTRACT

Leiomyomas are benign tumors that originate from smooth muscle cells. They are the most frequent tumor found in the uterus, with a prevalence of 70 % in women of reproductive age. Paravaginal leiomyomas are extremely rare, which makes it difficult to establish its prevalence. This is the first case reported in Panama.

A case of a 45 year-old female, which is admitted for study of a right paravaginal mass, is presented. She had a history of nine months of difficulty at micturition, managed with vesical catheter. In addition, she presented fetid leukorrhea, mild pain on the hypogastrium and constipation with diminished fecal diameter. During her hospitalization, an abdominopelvic tomography reported a right paravaginal mass with compromise of the bladder and rectum and elevation of the uterus. A colonoscopy and cystoscopy were performed without abnormal findings. The mass was extracted and the biopsy reported a paravaginal leiomyoma.

Key words: female, leiomyoma, leukorrhea, paravaginal

Los leiomiomas son neoplasias benignas mesenquimatosas que pueden originarse de cualquier célula de músculo liso. Los sitios ginecológicos de presentación más frecuente son: útero, vagina, espacio retroperitoneal, vejiga urinaria y uretra.¹ Los leiomiomas paravaginales son extremadamente raros, tanto así que se desconoce su prevalencia exacta y en la literatura médica son pocos los casos reportados. Los síntomas surgen a raíz del crecimiento del tumor, por lo que en estadios tempranos suelen ser asintomáticos.²

Este es el primer caso de leiomioma paravaginal reportado en Panamá.

CASO CLÍNICO

Enfermedad Actual

Se presenta el caso de paciente femenina de 45 años de edad, procedente de San Miguelito, quien acude al Complejo Hospitalario Metropolitano Dr.

Arnulfo Arias Madrid (CHMDrAAM) a hospitalización previamente programada para estudio de masa paravaginal derecha. La paciente refiere que desde hace nueve meses inició con cuadro de disuria y tenesmo vesical acompañado de dolor y aumento del perímetro abdominal en hipogastrio, por lo cual se le colocó sonda Foley durante dos meses. Paralelo a este cuadro, refiere salida esporádica de secreción transvaginal verdosa fétida y estreñimiento con disminución del diámetro de las heces.

Historia anterior

Niega antecedentes personales patológicos, intervenciones quirúrgicas, transfusiones sanguíneas, antecedentes traumáticos, hospitalizaciones previas.

Niega ingesta de alcohol, tabaquismo o consumo de drogas ilícitas. Niega patologías en su familia.

Interrogatorio por aparatos y sistemas

Abdominal: refiere constipación, con disminución del diámetro de las heces y aumento del perímetro abdominal en hipogastrio. Niega vómitos, hematoquezia y tenesmo.

Genito-Urinario: refiere oliguria, disuria, estranguria y tenesmo vesical. Niega hematuria, urgencia, polaquiuria.

Gineco-Obstétrico: menarca a los quince años, ritmo menstrual regular cada mes con sangrado durante tres a cinco días. Inicio de vida sexual activa a los 25 años, un compañero sexual. Es G2P2C0A0. Se realiza prueba de Papanicolaou cada año, el último hace un año el cual se reportó normal. Niega uso de métodos anticonceptivos en la actualidad. Refiere leucorrea fétida. Niega dispareunia, dismenorrea o sangrado transvaginal anormal.

Linfáticos: niega adenopatías cervicales, axilares o inguinales.

Resto no contributorio.

EXAMEN FÍSICO

Presión arterial: 120/80 mm Hg

Frecuencia cardíaca: 100 cpm

Frecuencia respiratoria: 16 cpm

Temperatura: 38 °C.

Inspección general: paciente de raza mestiza, consciente, orientada en las tres esferas, cooperadora, en decúbito supino voluntario, con buen estado general.

Cabeza: normocéfala, sin exostosis, con adecuada implantación de cabello y sin cicatrices visibles.

Ojos: pupilas isométricas normorreactivas a la luz, escleras anictéricas, conjuntivas levemente pálidas. Sin ptosis palpebral, fasciculaciones oculares ni nistagmo.

Oídos: conducto auditivo externo permeable, sin secreciones ni lesiones aparentes.

Boca: mucosa oral hidratada, lengua central, sin lesiones.

Nariz: tabique nasal simétrico. Sin rinorrea ni rinorragia.

Cuello: simétrico, sin ingurgitación yugular ni masas palpables.

Tórax: simétrico, sin retracciones costales ni tiraje intercostal.

Corazón: ruidos cardíacos rítmicos, sin soplo ni galope.

Pulmones: ruidos respiratorios normales, con buena entrada y salida de aire.

Abdomen: globoso a expensas de panículo adiposo. Ruidos hidroaéreos normales. Blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en hipogastrio. No se palparon masas ni visceromegalias.

Genito-urinario: A la evaluación de los genitales externos se observa implantación del vello púbico romboidal, labios mayores y menores sin lesiones visibles, vagina eutrófica. Glándulas de Bartolino, Skeene y uretrales normales. Se observó secreción amarillenta en vestibulo vaginal.

Al colocar el espéculo, se observó pared vaginal derecha deformada por efecto de masa que impide la visualización directa del cérvix, por lo cual se colocaron separadores vaginales para examinarlo. Al tacto vaginal se palpó masa en la pared lateral derecha de la vagina, de consistencia blanda y fija, presentando salida de abundante secreción verdosa con tejido maloliente. Al examen bimanual no se logró diferenciar útero en relación con la masa. Cuello uterino y anexos no dolorosos a la palpación.

Extremidades: simétricas, sin lesiones, deformidades o edema. Pulsos periféricos presentes (radial, femoral, popliteo, tibial posterior y pedial).

Linfático: no se palpó adenopatías cervicales, axilares, inguinales.

Neurológico: pares craneales sin alteraciones. Fuerza muscular 5/5 en las cuatro extremidades. Reflejos tendinosos profundos conservados. Sin signos de irritación meníngea ni focalización.

Evolución y diagnóstico definitivo

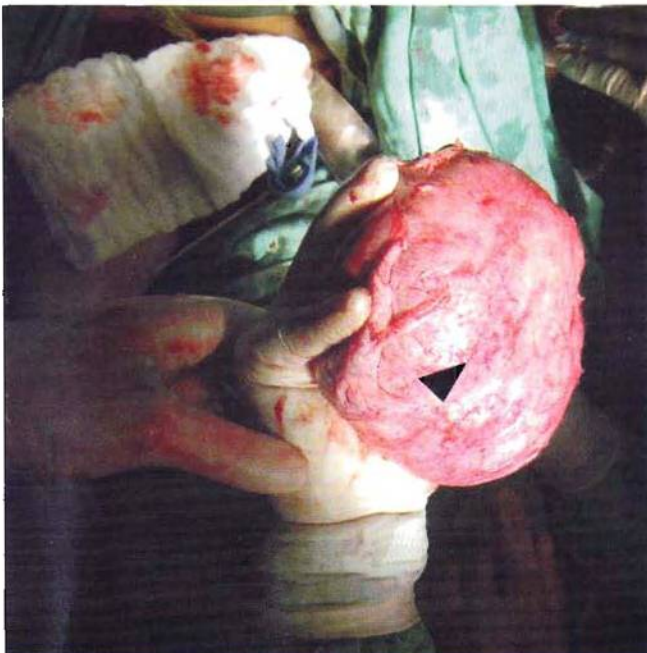
Al cuarto día intrahospitalario se le realizó tomografía de abdomen y pelvis. Se describió una tumoración heterogénea con bordes definidos de 11 x 13,9 x 9,9 cm (diámetros lateral, anteroposterior y

transverso) a nivel de la pared vaginal derecha que comprimía y desplazaba la vejiga hacia la izquierda, comprimía posteriormente al recto y desplazaba cranealmente al útero. Ovarios normales, no se visualizaron adenopatías retroperitoneales.

Al decimocuarto día intrahospitalario la paciente fue llevada al salón de operaciones, donde se realizó laparotomía exploradora con abordaje de línea media, encontrándose un útero de aproximadamente 10 cm de longitud, con múltiples miomas subserosos de pequeño tamaño. Se extrajo el útero dejando los anexos intactos.

Se solicitó evaluación al servicio de urología para realizar cistoscopia con colocación de catéteres doble J bilaterales. El Servicio de Ginecología en conjunto con el de Urología realizaron disección retroperitoneal localizando las siguientes estructuras del lado derecho: arteria iliaca externa, uréter, músculo psoas, nervio genitofemoral, vena iliaca externa, arteria hipogástrica, nervio obturador y plexo venoso pélvico. El Servicio de Ginecología abordó dando asistencia a la vía abdominal por vía vaginal, realizando colpotomía con disección del músculo elevador del ano, lográndose la extracción completa de la masa por vía abdominal, sin complicaciones. Ver Figura N°1.

Figura N° 1. La cabeza de flecha indica la masa al momento de ser extraída de la paciente.



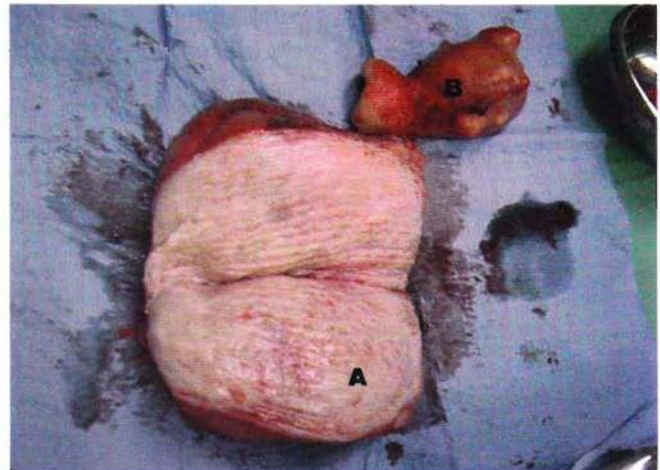
La paciente presentó sangrado del plexo venoso hemorroidal que ameritó taponamiento y reintervención luego de 48 horas, una vez se recuperó de la coagulopatía de consumo. En la reintervención se procedió a retirar taponamiento, verificar hemostasia y reparar el piso pélvico, por lesiones asociadas a cirugía de extracción de la masa.

La paciente cursó con buena evolución.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

El informe de patología reportó una masa de 13 x 12 x 10 cm, de superficie blanquecina, trabeculada (ver Figura N°2). El diagnóstico histopatológico fue: **leiomioma paravaginal**.

Figura N° 2. En A se observa la masa extraída cortada por la mitad. En B está el útero completo sin los anexos.



Luego de la recuperación, la paciente presentó incontinencia urinaria de esfuerzo que ameritó la colocación de una banda suburetral transobturadora.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

El caso presentado carece de pruebas concretas que definan el origen de la masa. Existen dos hipótesis para explicarlo: que se trataba de un leiomioma uterino subseroso pediculado que se adhirió a la pared vaginal, o bien que se trataba de un leiomioma nativo de la pared vaginal sin relación alguna con el útero. Es por ello que se revisa el tema desde las dos perspectivas.

Luego de una búsqueda exhaustiva en la literatura científica, fueron pocos los casos similares al de esta paciente, ya que la mayoría de los datos sobre

leiomiomas ginecológicos correspondían a los de útero, que son altamente frecuentes en la población de mujeres en edad reproductiva, con un 70 % de prevalencia.³

Sólo se puede especular sobre la etiología de los leiomiomas paravaginales. Pueden originarse de remanentes embriológicos de los conductos de Wolff o de Müller, o de musculatura lisa local de los vasos sanguíneos. Hallazgos patológicos e inmuno-histoquímicos fueron similares a los encontrados en los leiomiomas uterinos, lo cual no descarta que las hormonas actúen como cofactores en el desarrollo de estos tumores.⁴

No se encontró ningún artículo o reporte de caso que citara la posibilidad de que una masa paravaginal se originara de un leiomioma uterino subseroso con un pedículo que luego se uniera a la pared vaginal y se desarrollara separado del útero.

Se han reportado más de 300 casos de leiomiomas vaginales en la literatura, siendo la forma más frecuente de presentación, la de una masa en la pared vaginal.^{5,6}

En 2001, Meniru y colaboradores reportaron un caso de leiomioma vaginal coexistente con múltiples leiomiomas uterinos en paciente femenina de 48 años que presentó un cuadro de compresión vesical similar al presentado.⁷ Gowri et al también reportaron un caso de leiomioma de la pared lateral de la vagina, en donde la paciente presentaba además inflamación de la región glútea derecha y leucorrea fétida. Estudios de imágenes informaron que no se trataba de una tumoración maligna y se pudo resear por completo la masa que fue diagnosticada como leiomioma de la pared vaginal derecha.⁸

Sangwan y colaboradores reportaron un caso de paciente de 46 años con leiomioma de la pared anterior de la vagina, que no se asoció a leiomiomas uterinos.⁹

El tratamiento de elección para estos tumores es la cirugía a través de la vagina. Sin embargo; en los casos de tumores de gran tamaño se recomienda el abordaje abdominal y perineal e inclusive histerectomía. Otros autores recomiendan la remoción en bloque del tumor para evitar posibles recurrencias.¹⁰

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Stutterecker D, Wolfgang U, Tunn R, Sulzbacher I, Kainz C. Leiomyoma in the space of Retzius: A report of 2 cases. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 185:248-9.
2. Hameed N. Leiomyoma of the vagina. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2003; 15(2):63-4.
3. Baird D, Dunson D, Hill M, Cousins D, Schectman J. High cumulative incidence of uterine leiomyoma on black and white women: ultrasound evidence. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188:100-7.
4. Matsuo H, Kurachi O, Shimoura Y, Samoto T, Maruo T. Molecular bases for the actions of ovarian sex steroids in the regulation of proliferation and apoptosis of human uterine leiomyoma. *Oncology*. 1999; 57:49-58.
5. Ruggieri A, Brody J, Curhan R. Vaginal leiomyoma. A case report with imaging findings. *J Reprod Med*. 1996; 41(11):875-7.
6. Nel C, Tiltman A. Leiomyoma of the vagina. *S Afr Med J*. 1978; 54:816-7.
7. Meniru G, Wasdahl D, Onuora C, Hecht B, Hopkins M. Vaginal leiomyoma co-existing with broad ligament and multiple uterine leiomyomas. *Arch Gynecol Obstet*. 2001; 265(2):105-7.
8. Gowri R, Soundararaghavan S, Oumachigui A, Chandra S, Iyengar K. Leiomyoma of the vagina: An unusual presentation. *J. Obstet. Gynaecol*. 2003; 29(6): 395-8.
9. Sangwan K, Khosla A, Hazra P. Leiomyoma of the vagina. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 1996; 36(4):494-5.
10. Dhaliwal L, Das I, Gopalan S. Recurrent leiomyoma of the vagina. *Int J Gynaecol Obstet*. 1992; (37):281-3.