

Casos Clínicos

Mioma cervical gigante en adolescente

Ither Sandoval-Díaz¹, Ronald Hernández-Alarcón¹, Esperanza Torres-Arones.¹

¹Servicio de Ginecología Especializada del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Lima, Perú.

RESUMEN

Se reporta el caso de una paciente de 13 años con presencia de una masa perineal que protruía a través del introito, cuya patología correspondió a un leiomioma cervical polipoideo gigante. Se realizó miomectomía vaginal con buena evolución. El objetivo de esta comunicación es presentar un caso clínico de baja frecuencia.

PALABRAS CLAVES: *Mioma cervical, mioma cervical gigante, adolescencia*

SUMMARY

We report the case of a patient of 13 years old, who presented with a bulky perineal mass expelled from the introitus. It was a huge prolapsed cervical leiomyoma. We performed a vaginal myomectomy with a good outcome. The aim of this report was to present a clinical case of low occurrence.

KEY WORDS: *Cervical myoma, huge prolapsed myoma, adolescence*

INTRODUCCIÓN

La miomatosis uterina es la causa más común de tumores pélvicos sólidos en mujeres, y ocurre en 20 a 40% de mujeres en edad reproductiva (1). Pueden ser clínicamente evidentes en el 20 a 25% de los casos. La mayor frecuencia de presentación tiene lugar en la cuarta a quinta década de la vida. Se presentan hasta en un 80% de los especímenes de patología de los úteros resecaados, independientemente del diagnóstico preoperatorio (2).

Están compuestos por grandes cantidades de matriz extracelular (colágeno, fibronectina y proteoglicanos). El colágeno tipo I y II están presentes en cantidades abundantes, las fibras de colágeno se forman de manera irregular y desordenada, parecido a la formación de un queloide (3).

En mujeres con historia familiar de leiomiomatosis se presenta en forma múltiple con menores problemas para el embarazo y la fertilidad, en tan-

to que en mujeres sin historia familiar se presenta como un solo leiomioma de mayor tamaño (4).

Su etiología es poco conocida, la mayoría es estrógeno dependiente, sin embargo, estudios citogenéticos del tejido tumoral muestran que 40 a 50% presenta anomalías cromosómicas (5).

La mayoría no produce síntomas y la principal manifestación clínica es la hipermenorrea y síntomas compresivos en leiomiomas de gran volumen.

Los leiomiomas cervicales son muy raros y constituyen el 1 a 2% del total de los miomas (6).

En la adolescencia los tumores ginecológicos son poco frecuentes y mucho menos frecuentes los malignos. Los tumores que se desarrollan en el útero son una rareza en esta etapa de la vida, por lo que muchos autores ocasionalmente hacen referencia a ellos (7).

Los tumores cervicales, según su volumen, pueden llevar a una retención urinaria, aumento de la frecuencia de micción, estreñimiento,

anormalidades menstruales, dispareunia, y algunas veces sangrado post coital (8).

El objetivo de esta presentación es comunicar un caso clínico de mioma cervical gigante, de baja frecuencia y muy especialmente en la adolescencia.

Caso clínico

Adolescente mujer de 13 años, sin antecedentes patológicos ni quirúrgicos de importancia. Menarquía a los 11 años con menstruaciones irregulares, fecha de última menstruación dos meses previos al ingreso. Acude a emergencia por presentar sangrado vaginal abundante, asociado a dolor pélvico y sensación de bulto en vagina. La paciente refiere que nota la presencia de bulto en la vagina hace más o menos un año, el cual fue aumentando de tamaño progresivamente, pero que por temor y vergüenza no se lo comunicó a su madre.

Al examen físico se evidencia una paciente delgada, de 1,60 m de estatura y 46 kg de peso. El abdomen es blando, depresible, y no se palpan masas. En genitales externos se evidencia tumoración exofítica lobulada de 12 x 6 cm que protruye por introito, de color rosado violáceo, con zonas de erosión, de consistencia elástica. No presenta sangrado vaginal activo (Figura 1).

La ecografía pélvica presentaba un útero de 42 x 30 mm, miometrio homogéneo, endometrio de 4 mm homogéneo y ovarios normales. La resonancia magnética presentaba una extensa tumoración de características sólido quística ubicada en la región vulvar, con múltiples lóculos agrupados a maneras de racimos, presenta captación de contraste del

componente sólido y mide 11,2 x 4,6 x 4,6 cm. Esta lesión toma contacto con el fórnix vaginal, rodeando al cérvix uterino donde se observa pedículo vascular el cual es traccionado hacia la región vulvar. El útero presenta un adecuado grosor de sus capas miometriales. El orificio cervical interno no se encuentra ocupado por la lesión descrita. La cavidad endometrial de adecuado grosor. Ambos ovarios presentan numerosos cohortes de folículos en la periferia. Vejiga y ampolla rectal sin signos infiltrativos (Figura 2). Por las características morfológicas y grupo etáreo sugiere un rabdomiosarcoma de tipo botroides.

Se efectúa biopsia de la tumoración que informa: Fragmentos de cérvix polipoide. No se observa neoplasia maligna en la muestra remitida. Los estudios inmunohistoquímicos no son contributorios.

Se realizó laparoscopia diagnóstica más evaluación bajo anestesia y exéresis de tumoración cervical. La laparoscopia mostró un útero en antroversión de 8 x 6 cm, paredes regulares homogéneas, anexos de características conservadas. Sin líquido libre en la cavidad abdominal. El examen bajo anestesia mostró una tumoración exofítica de 12 x 10 cm, dependiente del labio anterior de cérvix, con un pedículo de más o menos 3 cm. Se realiza exéresis de tumoración a nivel de pedículo y rafia del lecho (Figura 3).

La paciente evoluciona en forma favorable y es dada de alta 2 días después. Anatomía patológica final informó leiomioma cervical tapizado por epitelio endocervical de disposición polipoide. No se observa neoplasia maligna en la muestra remitida.



Figura 1. Tumoración exofítica lobulada de 12 x 6 cm que protruye por introito.



Figura 2. Resonancia Magnética: corte sagital y coronal de tumoración sólida quística en vulva con origen cervical.



Figura 3. Examen bajo anestesia de tumoración exofítica dependiente del labio anterior del cérvix y exéresis de la tumoración.

DISCUSIÓN

Las tumoraciones genitales en esta etapa de la vida son infrecuentes y dentro de ellas debemos tener en cuenta las siguientes situaciones clínicas:

1. *Pólipo fibroepitelial de vagina*. Masa dependiente de vagina que se encuentra dentro de la clasificación histológica de tumoraciones epiteliales benignas. Se presenta como una masa vulvar ro-

sada, de consistencia blanda y aspecto polipoideo. Histológicamente, presenta tejido fibrovascular con epitelio escamoso hiperqueratósico. Su tratamiento es la extirpación quirúrgica. El diagnóstico diferencial es el sarcoma vaginal (9).

2. *Rabdomiosarcoma vaginal o tumor botriode*. Es el tumor maligno de partes blandas más frecuente que afecta a la vagina, uretra o vejiga en edad pediátrica. Se caracteriza por su origen en el

tejido mesenquimal embrionario y por su capacidad de invasión local y de metastatizar. El sarcoma botrioides de vagina se suele dar en niñas por debajo de los 5 años y se suele localizar en la pared anterior vaginal. Se presenta como una tumoración dependiente de vagina mamelonada que puede aparecer ulcerada (9).

La tumoración presentada en este caso presentaba características que hacían sospechar un rhabdiosarcoma, por lo que se planteó dentro de los diagnósticos diferenciales, sin embargo la patología confirmó que se trataba de un mioma cervical polipoideo.

Los miomas cervicales constituyen el 1-2% de los miomas uterinos y son más comunes en la edad reproductiva (6) y mucho más raros en la adolescencia. Cuando los miomas cervicales son muy grandes pueden ocasionar el alargamiento y protrusión del cérvix, lo que se evidenció en el caso de la adolescente, sin embargo no se encontraron síntomas de retención urinaria que suelen presentarse en estos casos; evidenciándose solo la metrorragia, motivo por el cual la paciente acudió a la emergencia.

La miomectomía vaginal fue el procedimiento que se eligió como tratamiento, ya que es un procedimiento rápido y seguro, disminuyendo el tiempo quirúrgico y preservando la fertilidad futura de la paciente. Muchos autores han reportado la seguridad de la miomectomía vaginal y es el tratamiento de elección para los miomas submucosos pediculados excepto en aquellos casos en los cuales existan otras indicaciones de un abordaje abdominal (10,11,12).

CONCLUSIÓN

Se presenta un caso clínico de mioma cervical gigante, situación clínica de baja frecuencia, especialmente en adolescentes. La vía de abordaje quirúrgico es la vaginal y el diagnóstico diferencial principal en adolescentes es el sarcoma botrioides.

REFERENCIAS

1. Stewart EA. Uterine fibroids. *Lancet*. 2001;357(9252):293-8.
2. Frishman GN, Jurema MW. Myomas and myomectomy. *J Minim Invasive Gynecol*. 2005;12(5):443-56.
3. Stewart EA, Friedman AJ, Peck K, Nowak RA. Relative over expression of collagen type I and collagen type III messenger ribonucleic acids by uterine leiomyomas during the proliferative phase of the menstrual cycle. *J Clin Endocrinol Metab* 1994;79:900-6.
4. Uimari O, Suomalainen-Konig S, Sakkinen N, Santala M, Nieminen P, Ryyanen M. Natural history of familial myomas. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2006;125(2):255-8.
5. Arslan AA, Gold LI, Khushbakhat M, Ting-Chung S, Belitskaya-Levy I, Moon-Shong T, Toniolo P. Gene expression studies provide clues to the pathogenesis of uterine leiomyoma: new evidence and a systematic review. *Hum Reprod* 2005;20(4):852-63.
6. Drinville JS, Memarzadeh S. Benign disorders of the uterine corpus. In: DeCherney AH, Nathan L, editors. *Current obstetrics and gynaecologic diagnosis and treatment*. 10 th ed. New York: Lange McGraw Hill; 2007. pp 639-53.
7. Peláez Mendoza J, Salomón Avich N. Tumores de útero: En: Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud de la adolescente. La Habana: Ciencias Médicas; 1999. pp 223. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/manual_de_practicas_clinicas_para_la_atencion_integral_a_la_salud_de_los_adolescentes.pdf
8. Kshirsagar SN, Laddad MM: Unusual Presentation of Cervical Fibroid: Two Case Reports. *International Journal of Gynae Plastic Surgery* 2011;3(1):38-9.
9. Solomon LA, Zurawin RK, Edwards CL. Vaginoscopic resection for rhabdomyosarcoma of the vagina: a case report and review of the literature. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2003;16(3):139-42.
10. Ben-Baruch G, Schiff E, Menashe Y, Menczer J. Immediate and late outcome of vaginal myomectomy for prolapsed pedunculated submucous myoma. *Obstet Gynecol* 1988;72:858-61.
11. Dicker D, Feldberg D, Dekel A, Yeshaya A, Samuel N, Goldman JA. The management of prolapsed submucous fibroids. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1986;26:308-11.
12. Golan A, Zachalka N, Lurie S, Sagiv R, Glezerman M. Vaginal removal of prolapsed pedunculated submucous myoma: A short, simple, and definitive procedure with minimal morbidity. *Arch Gynecol Obstet* 2005;271:11-3.