

CASO CLÍNICO

1. Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Central "Dr. Urquinaona", Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela
 - a. Doctor en Medicina Clínica, especialista en Ginecología y Obstetricia ORCID 0000-0002-5433-7149;
 - b. Doctora en Ciencias Médicas, especialista en Ginecología y Obstetricia ORCID 0000-0002-9937-1850
 - c. Médico especialista en Ginecología y Obstetricia ORCID 0000-0001-9366-6343

Declaración de aspectos éticos

Reconocimiento de autoría: Todos los autores declaramos que hemos realizado aportes a la idea, diseño del estudio, recolección de datos, análisis e interpretación de datos, revisión crítica del contenido intelectual y aprobación final del manuscrito que estamos enviando.

Responsabilidades éticas: Protección de personas. Los autores declaramos que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos: Los autores declaramos que hemos seguido los protocolos del Hospital Central "Dr. Urquinaona" sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado: Los autores hemos obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Financiamiento: Los autores certificamos que no hemos recibido apoyos financieros, equipos, en personal de trabajo o en especie de personas, instituciones públicas y/o privadas para la realización del estudio.

Recibido: 11 enero 2021

Aceptado: 14 marzo 2021

Publicación en línea:

Correspondencia:

Dr. Eduardo Reyna-Villasmil

📍 Hospital Central "Dr. Urquinaona", Final Av. El Milagro, Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela

☎ 58162605233

✉ sippenbauch@gmail.com

Citar como: Reyna-Villasmil E, Torres-Cepeda D, Rondon-Tapia M. Leiomioma de cúpula vaginal posterior a histerectomía. Reporte de caso. Rev Peru Ginecol Obstet. 2021;67(4). DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgov67i2361>

Leiomioma de cúpula vaginal posterior a histerectomía. Reporte de caso

Vaginal vault leiomyoma after hysterectomy. Case report

Eduardo Reyna-Villasmil^{1,a}, Duly Torres-Cepeda^{a,b}, Martha Rondon-Tapia^{1,c}

DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgov67i2361>

RESUMEN

Los leiomiomas son tumores benignos, mesenquimales que generalmente surgen de las células del músculo liso uterino, pero también pueden aparecer en sitios atípicos como vagina, pulmones y estructuras vasculares. Los leiomiomas de cúpula vaginal posterior a la histerectomía son muy raros y su etiología no ha sido determinada. La ecografía transvaginal, tomografía computarizada y la resonancia magnética son herramientas útiles para el diagnóstico y seguimiento de estas pacientes. El tratamiento definitivo es la extirpación total del tumor para evitar la diseminación o derrame inadvertido de células neoplásicas malignas ocultas. La administración de análogos de la hormona liberadora de gonadotropina o la embolización intravascular pueden ser métodos alternativos para reducir la pérdida hemática intraoperatoria. Se presenta un caso de leiomioma de cúpula vaginal posterior a histerectomía.

Palabras clave. Vagina, Leiomioma, Histerectomía.

ABSTRACT

Leiomyomas are benign, mesenchymal tumors that usually arise from uterine smooth muscle cells, but can also occur in atypical sites such as the vagina, lungs and vascular structures. Post-hysterectomy vaginal vault leiomyomas are very rare and their etiology has not been determined. Transvaginal ultrasound, computed tomography and magnetic resonance imaging are useful tools for the diagnosis and follow-up of these patients. The definitive treatment is total removal of the tumor to avoid dissemination or inadvertent spillage of occult malignant neoplastic cells. Administration of gonadotropin-releasing hormone analogs or intravascular embolization may be alternative methods to reduce intraoperative blood loss. A case of vaginal vault leiomyoma following hysterectomy is presented.

Key words: Vagina, Leiomyoma, Hysterectomy.

INTRODUCCIÓN

Los leiomiomas representan la proliferación clonal benigna de células musculares lisas. Son los tumores mesenquimatosos benignos más comunes del útero y pueden aparecer en cualquier tejido que contenga células de músculo liso, como tejidos blandos de la piel, pulmones, espacio intravascular, área retroperitoneal, intestino, ojo, corazón, pulmón, mama y vejiga⁽¹⁾.

La aparición de un leiomioma en la cúpula vaginal mucho tiempo después de la histerectomía es una condición extremadamente rara con síntomas que, dependiendo del tamaño y la ubicación anatómica, pueden producir dispareunia, disuria y dolor local. Estos deben ser extirpados quirúrgicamente, debido a la posibilidad de malignidad y otras complicaciones⁽²⁾. Se presenta un caso de leiomioma de cúpula vaginal posterior a histerectomía.

CASO CLÍNICO

Se trata de paciente menopáusica de 61 años de edad, gesta 2, para 2, quien consultó por presentar dolor en hipogastrio y fosa iliaca izquierda, de 3 meses de evolución y acompañado de flujo vaginal de color marrón oscuro. Refería antecedentes de histerectomía vaginal con conservación de ambos anexos por metrorragia y leiomiomas uterinos hacía 15 años. Los partos habían sido espontáneos, por vía vaginal y sin com-

plicaciones. La paciente negaba uso de terapia hormonal de reemplazo durante la menopausia, hábito tabáquico, consumo de alcohol, drogas ilícitas, al igual que antecedentes personales o familiares de neoplasias.

Al examen físico, el abdomen era plano, deprimible y se palpaba tumor de origen pélvico, duro, sólido, de bordes irregulares e inmóvil, de aproximadamente 9 centímetros, aparentemente adherido a la cúpula vaginal. El tacto rectal mostró que la tumoración estaba localizada en la zona correspondiente al ligamento útero-sacro derecho. La especuloscopia expuso desviación superior-anterior de la cúpula vaginal, con presencia de flujo vaginal de color marrón, no fétido, en escasa a moderada cantidad. No se observaron erosiones ni lesiones macroscópicas.

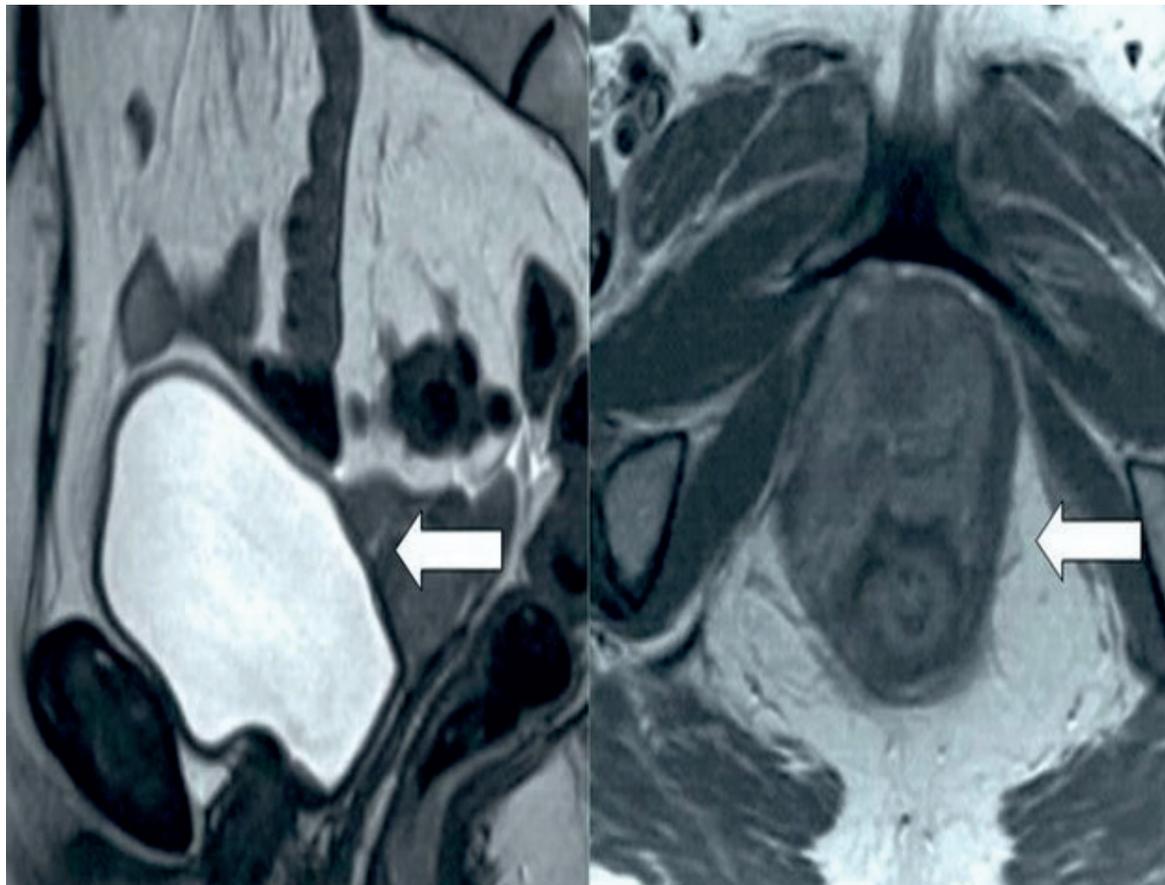
Los resultados de las pruebas de hematología completa, electrolitos, función hepática y renal, examen de orina y de coagulación fueron normales. Los valores de los marcadores tumorales CA-125, CA 19-9 y antígeno carcinoembrionario estaban dentro de los rangos normales. En la

ecografía transvaginal se observó tumor sólido en la zona pélvica de 9 centímetros de diámetro, con elevada vascularización y evidencia de neovascularización en la evaluación Doppler. En la resonancia magnética se vio la presencia de tumoración única de paredes lisas en la bóveda vaginal, de aproximadamente 10 x 8 centímetros, con señales homogéneas en las imágenes ponderadas de T1 y T2 (figura 1). No se observaron neoplasias intraabdominales o linfadenopatías. En vista de los hallazgos, se decidió planificar la cirugía para excluir la posibilidad de neoplasia pélvica maligna.

Durante la laparotomía exploratoria se encontró un tumor sólido, bien circunscrito de aproximadamente 15 x 10 centímetros firmemente adherido a la cúpula vaginal, que se extendía a las zonas pararectales bilaterales (figura 2). La tumoración fue extirpada en su totalidad junto con ambos anexos. No había evidencia de signos de enfermedad neoplásica abdominal o pélvica.

La evaluación macroscópica por patología mostró que el tumor tenía forma redondeada, firme

FIGURA 1. IMÁGENES DE RESONANCIA MAGNÉTICA. LAS FLECHAS INDICAN LA LESIÓN EN LA PELVIS.





y bien circunscrita de aproximadamente 14 x 10 centímetros. El examen microscópico encontró células epitelioides con núcleos fusiformes característicos, de puntas romas y citoplasmas amplios eosinófilos, sin evidencias de atipia celular, con gran isomorfismo y mitosis celulares con baja actividad mitótica (0-1 / 10 campos de alta resolución) (figura 3). La inmunohistoquímica fue positiva para vimentina y actina de músculo liso. Ambos ovarios y trompas de Falopio estaban normales. El diagnóstico final fue leiomioma de cúpula vaginal.

La paciente no presentó complicaciones postoperatorias y fue dada de alta al tercer día. Durante el seguimiento de 18 meses no ha presentado síntomas ni evidencia de reaparición de los leiomiomas en ninguna localización.

FIGURA 2. LEIOMIOMA QUE SE ORIGINA DE LA CÚPULA VAGINAL.

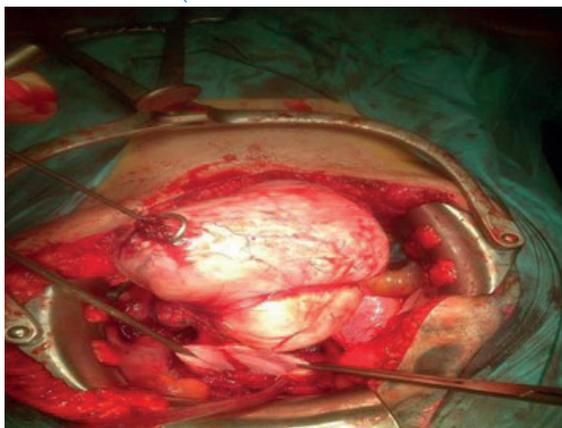
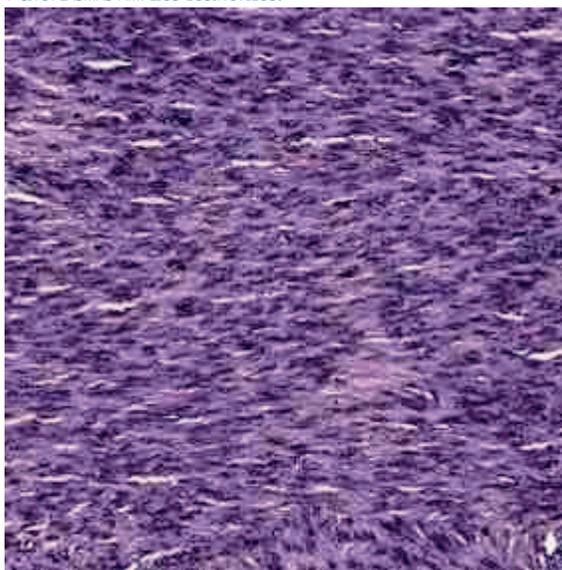


FIGURA 3. IMAGEN MICROSCÓPICA DEL LEIOMIOMA VAGINAL CON CÉLULAS EPITELIOIDES CON NÚCLEOS FUSIFORMES CARACTERÍSTICOS DE PUNTAS ROMAS Y CITOPLASMAS AMPLIOS EOSINÓFILOS.



DISCUSIÓN

Los miomas son los tumores pélvicos más comunes en las mujeres. A pesar de su elevada frecuencia en la población general, el leiomioma vaginal es una entidad poco común⁽³⁾. La aparición de estos tumores posterior a hysterectomía es extremadamente rara y solo existen reportes de menos de 10 casos y todas las pacientes tenían antecedentes de miomatosis uterina. El intervalo de manifestación clínica oscila entre 1 y 25 años⁽⁴⁾.

La etiología del leiomioma de la cúpula vaginal posterior a hysterectomía es desconocida. Algunas hipótesis proponen la expulsión por vía hematogena de células del leiomioma uterino a órganos adyacentes, que llevaría a la aparición de la tumoración. Otra teoría propone que puede aparecer desde la capa del músculo liso vaginal, de estructuras en los planos submucosos, del ligamento redondo o de la diferenciación de células madre mesenquimales⁽²⁾. Este proceso parece ser potenciado por predisposición hereditaria poligénica para desarrollar leiomiomatosis, probablemente por predisposición étnica. También es importante destacar que el uso de estrógeno exógeno o en cantidad suprafisiológica puede ser un factor predisponente para esta condición⁽⁵⁾.

Los leiomiomas de cúpula vaginal posterior a hysterectomía pueden ser asintomáticos o producir síntomas como dispareunia, disuria, polaquiuria, dolor lumbar, estreñimiento, flujo genital debido a la erosión y presión en la región genital. La severidad de la sintomatología depende del sitio y tamaño de la lesión, ya que están íntimamente relacionados con la compresión de otros órganos cercanos^(6,7).

El diagnóstico por imágenes del leiomioma de cúpula vaginal puede ser difícil, debido a que este podría extenderse más allá del área de origen y simular alguna neoplasia maligna. Las técnicas diagnósticas más utilizadas son la ecografía transvaginal y la resonancia magnética. La ecografía tiene una sensibilidad y especificidad diagnóstica de 96% y 95%, respectivamente⁽⁸⁾. La lesión es sólida, con aspecto en espiral y, en ocasiones, hipoecoica. Por lo general, presenta sombras acústicas con dispersión a los tejidos circundantes. En la evaluación Doppler, aparece con vascularización circunferencial y flujo de alta



velocidad junto con índice de resistencia bajo, indicativos de neovascularización⁽⁹⁾.

La resonancia magnética es útil para mostrar la extensión y su relación con estructuras vecinas. El leiomioma puede aparecer como tumor único liso con intensidad de señal baja y homogénea en las imágenes ponderadas en T1 y T2. Sin embargo, aquellas tumoraciones de tipo celular y vascular pueden mostrar hiperintensidad en las imágenes potenciadas en T2 y marcado realce del contraste⁽¹⁰⁾. No obstante, siempre es necesario considerar la posibilidad de malignidad, por lo cual la confirmación histopatológica es el estándar diagnóstico para descartar la presencia de componentes neoplásicos malignos⁽⁶⁾.

El tratamiento definitivo del leiomioma de cúpula vaginal posterior a histerectomía es la resección total para prevenir diseminación o derrame inadvertidos de neoplasias malignas ocultas. La extirpación quirúrgica puede realizarse por vía vaginal, laparoscópica o abdominal, de acuerdo al tamaño, ubicación y accesibilidad del tumor. La miomectomía transvaginal por endoscopia transluminal por orificios naturales también es una alternativa factible. Estos miomas generalmente son disecados fácilmente sin pérdida hemática severa. En aquellos casos con tumores grandes, la administración de análogos de hormona liberadora de gonadotropinas o la embolización intravascular pueden ser métodos efectivos para evitar la hemorragia intraoperatoria⁽¹¹⁾. Aunque la recurrencia no es común, existe un reporte de un leiomioma vaginal gigante recurrente⁽¹²⁾.

Los leiomiomas son tumores hormonodependientes que generalmente aumentan de tamaño en mujeres premenopáusicas y disminuyen en la menopausia. Se ha propuesto que el aumento del volumen depende de la compleja relación entre hormonas y factores localmente activos⁽¹³⁾. Se ha documentado la presencia de receptores para estrógenos, progesterona y factor de crecimiento epidérmico⁽¹⁾. Varios investigadores han planteado que existe evidencia de recurrencia de lesiones benignas cuando se conservan los anexos durante la histerectomía. Estos hallazgos indicarían que el crecimiento tumoral podría controlarse con la ooforectomía bilateral⁽²⁾. Los análogos de la hormona liberadora de gonadotropina de acción prolongada suprimen la secreción endógena de gonadotropinas y la

producción de esteroides gonadales, por lo que podrían ser útiles en el tratamiento en ciertos casos⁽¹⁴⁾. También existen reportes que indican que la progesterona puede ser eficaz en casos específicos⁽¹⁵⁾.

En conclusión, aunque raros, los leiomiomas de la cúpula vaginal pueden aparecer tiempo después de la histerectomía. Esta condición debe considerarse como diagnóstico diferencial de la masa pélvica en pacientes con antecedentes de histerectomía con o sin conservación de anexos, ya que pueden desarrollarse hasta 25 años después de la cirugía. La extirpación quirúrgica es el tratamiento definitivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Yarci A, Bayramov V, Sükür YE, Yüce T, Berker B. Vaginal vault leiomyoma: 25 years after total abdominal hysterectomy. *J Minim Invasive Gynecol*. 2010;17(1):116-7. doi: 10.1016/j.jmig.2009.10.004
2. Yanamandra SR, Redman CW, Coomarasamy A, Varma R. Leiomyoma appearing in the vaginal vault following hysterectomy. *J Obstet Gynaecol*. 2007;27(1):91-2. doi: 10.1080/01443610601076176
3. Patil RR, Vijay NR, Joshi S. An unusual presentation of vaginal leiomyoma. *J Midlife Health*. 2019;10(4):204-5. doi: 10.4103/jmh.JMH_40_19
4. Agostini A, Banet J, Bretelle F, Cravello L, Blanc B. Leiomyoma remaining after vaginal hysterectomy for symptomatic leiomyomas. A case report. *J Reprod Med*. 2003;48(2):119-20.
5. Xiao J, Zhang R, Teng Y, Liu B. Disseminated peritoneal leiomyomatosis following laparoscopic myomectomy: a case report. *J Int Med Res*. 2019;47(10):5301-6. doi: 10.1177/0300060519859137
6. Kyriakopoulos K, Domali E, Stavrou S, Rodolakis A, Loutradis D, Drakakis P. Recurrent benign leiomyomas after total abdominal hysterectomy. Rich or poor estrogenic environment may lead to their recurrence? *Int J Surg Case Rep*. 2018;44:191-3. doi: 10.1016/j.ijscr.2018.02.029
7. Tanaka Y, Nagasaka M, Takahashi M, Kobayashi M. Rare epithelioid leiomyoma of the vagina exhibiting a pelvic mass. *Case Rep Obstet Gynecol*. 2017;2017:2190135. doi: 10.1155/2017/2190135
8. Sharma K, Bora MK, Venkatesh BP, Barman P, Roy SK, Jayagurunathan U, et al. Role of 3D ultrasound and Doppler in differentiating clinically suspected cases of leiomyoma and adenomyosis of uterus. *J Clin Diagn Res*. 2015;9(4):QC08-12. doi: 10.7860/JCDR/2015/12240.5846
9. Keizer AL, Nieuwenhuis LL, Twisk JWR, Huirne JAF, Hehenkamp WJK, Brölmann HAM. Role of 3-dimensional sonography in the assessment of submucous fibroids: a pilot study. *J Ultrasound Med*. 2018;37(1):191-9. doi: 10.1002/jum.14331
10. Egbe TO, Kobenge FM, Metogo JAM, Manka'a Wankie E, Tolefac PN, Belley-Priso E. Vaginal leiomyoma: medical imag-



- ing and diagnosis in a resource low tertiary hospital: case report. *BMC Womens Health*. 2020;20(1):12. doi: 10.1186/s12905-020-0883-2
11. Bapuraj JR, Ojili V, Singh SK, Prasad GR, Khandelwal N, Suri S. Preoperative embolization of a large vaginal leiomyoma: report of a case and review of the literature. *Australas Radiol*. 2006;50(2):179-82. doi: 10.1111/j.1440-1673.2006.01550.x
 12. Dhaliwal LK, Das I, Gopalan S. Recurrent leiomyoma of the vagina. *Int J Gynaecol Obstet*. 1992;37(4):281-3. doi: 10.1016/0020-7292(92)90330-I
 13. Maruo T, Ohara N, Wang J, Matsuo H. Sex steroidal regulation of uterine leiomyoma growth and apoptosis. *Hum Reprod Update*. 2004;10(3):207-20. doi: 10.1093/humupd/dmh019
 14. Wei WT, Chen PC. Benign metastasizing leiomyoma of the lung: A case report and literature review. *Oncol Lett*. 2015;10(1):307-12. doi: 10.3892/ol.2015.3224
 15. Jautzke G, Müller-Ruchholtz E, Thalmann U. Immunohistological detection of estrogen and progesterone receptors in multiple and well differentiated leiomyomatous lung tumors in women with uterine leiomyomas (so-called benign metastasizing leiomyomas). A report on 5 cases. *Pathol Res Pract*. 1996;192(3):215-23. doi: 10.1016/S0344-0338(96)80224-X