



MIOMA CERVICAL SINTOMÁTICO.

Dra. Barbieri María Florencia

Dra. Salias María Agustina

Medicina Integral Olavarría.

Mail: dra.agustinasalias@gmail.com

Olavarría, Provincia de Buenos Aires.

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.



Presentación del caso.

- ✓ Paciente femenina de 29 años consulta por sensación de bulto y peso en la vagina, tras el uso y extracción de la copa menstrual.
- ✓ Examen físico. *Especuloscopía*: fondo de saco vaginal anterior y lateral derecho abombado, que llega casi hasta el introito. Cérvix de aspecto normal. OCE cerrado. *Tacto bimanual*: cérvix de superficie lisa, regular, indoloro. Fondo de saco vaginal abomba con estructura de consistencia duro elástica, blanda, lisa, dolor a la palpación.
- ✓ Se realiza ecografía ginecológica transabdominal y transvaginal.
- ✓ Se decide intervención quirúrgica vía laparotomica. Útero de tamaño y morfología normal, Douglas libre, Parametrios sanos. Se aborda vía vaginal (Fig.1), se constata formación anteriormente descrita. Se incide con bisturí. Presenta características macroscópicas de **leiomioma**. Se logra extraer en su totalidad.



Fig.1: Intervención quirúrgica vía vaginal de Leiomioma cervical.



Hallazgos imagenológicos



Fig.2: Ecografía ginecológica transabdominal. Corte longitudinal. Útero en RVF. Se observa masa hipoeoica de márgenes circunscriptos en fondo de saco vaginal y en intimo contacto con el cuello.

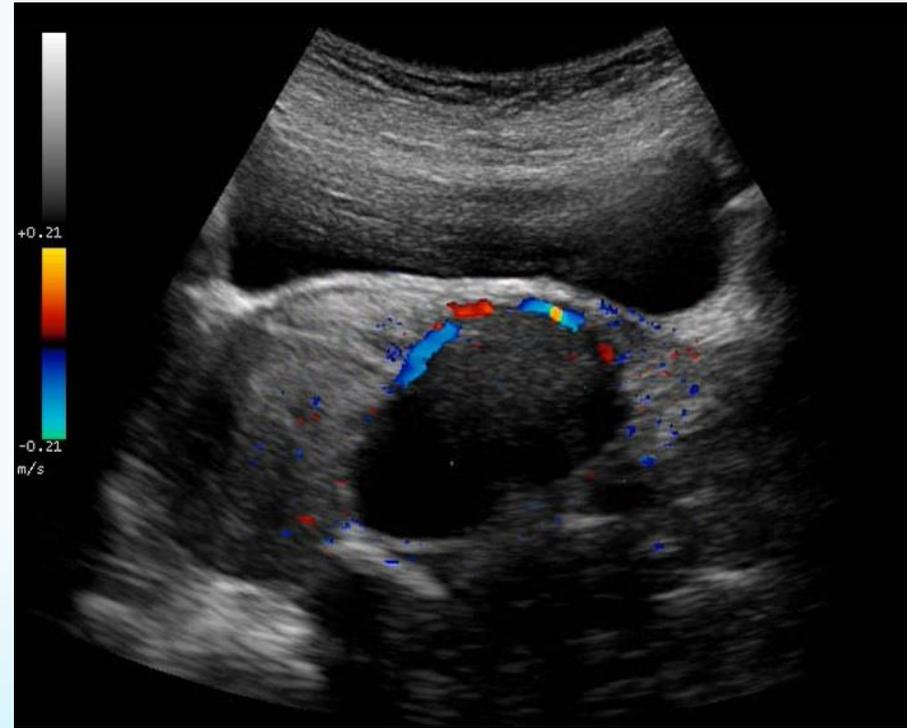


Fig.3: Ecografía ginecológica transabdominal. Corte longitudinal. La masa hipoeoica en fondo de saco vaginal presenta doppler positivo y periférico.

Ecografía ginecológica: Se realiza vía transabdominal y transvaginal. Útero en RVF de tamaño, morfología y ecoestructura miometrial discretamente heterogénea, desplazado levemente hacia izquierda. En fondo de saco vaginal en intimo contacto con cuello uterino y hacia derecha, se observa una imagen hipoeoica con algunas áreas ecogenicas, la cual presenta márgenes definidos y mide 76 mm x 38 mm x 68 mm (Fig.2). La misma presenta doppler positivo periférico (Fig.3).



Discusión.

- ✓ 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.
- ✓ Constituyen neoplasias sólidas benignas y están compuestos por grandes cantidades de matriz extracelular.
- ✓ La mayor frecuencia de presentación tiene lugar en la cuarta a quinta década de la vida.
- ✓ Las manifestaciones clínicas son variables y la mayoría de ellos cursan asintomáticos.
- ✓ Los **leiomiomas cervicales** son muy raros y constituyen el 1 a 2% del total de los miomas.
- ✓ Cuando son muy grandes pueden ocasionar alargamiento y protrusión del cérvix, retención urinaria, aumento de la frecuencia de micción, estreñimiento, anormalidades menstruales, dispareunia, y sangrado post coital.
- ✓ Para su diagnóstico se puede utilizar *ecografía ginecológica transvaginal, transabdominal y resonancia magnética*.
- ✓ Por ultrasonido se visualizan como masas nodulares bien definidas hipoecogénicas y homogéneas. Algunos presentan un patrón ecográfico complejo a consecuencia de necrosis central.
- ✓ En cuanto al tratamiento, muchos autores han reportado la seguridad de la *miomectomía vaginal*.



Conclusión.

- ✓ *El mioma cervical es una situación clínica de baja frecuencia. El examen físico y la correlación con las imágenes, permiten una aproximación diagnóstica y el tratamiento oportuno.*



Bibliografía.

- 1- Ramírez Fajardo Katia, Torres Alfes Grisell, Frutos Ramírez Yuleydis K. Diagnóstico ecográfico de mioma uterino en mujeres con síntomas ginecológicos. MEDISAN [Internet]. 2012 Sep [citado 2022 Ago 28] ; 16(9): 1350-1357. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000900003&lng=es.
- 2- Viswanathan M, Hartmann K, McKoy N, Stuart G, Rankins N, Thieda P, Lux LJ, Lohr KN. Management of uterine fibroids: an update of the evidence. Evid Rep Technol Assess. 2007;154:1-122.
- 3- Puertas Hernández N. Ultrasonido ginecoobstétrico. La Habana: Editorial Ciencias Médicas;2006. p. 26-33.
- 4- Huete G A, et al. Rol de la imagenología en el proceso diagnóstico de la patología ginecológica benigna. REV CHIL OBSTET GINECOL 2016; 81(1): 63 – 85.
- 5- Craig JM. Resultado reproductivo en mujeres con malformaciones uterinas. Utilidad de la ultrasonografía 2D y 3D. Rev Chil Ultrasonog 2007;10:108-13.
- 6- Sandoval-Diaz Ither, Hernández-Alarcón Ronald, Torres-Arones Esperanza. Mioma cervical gigante en adolescente. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2015 Ago [citado 2022 Ago 28] ; 80(4): 337-340. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262015000400009&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262015000400009>.
- 7- Kshirsagar SN, Laddad MM: Unusual Presentation of Cervical Fibroid: Two Case Reports. International Journal of Gynaec Plastic Surgery 2011;3(1):38-9.
- 8- 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.
- 9- 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.