

Casos Clínicos / Radiological Case Reports

Leiomioma da Vagina – Revisão da literatura a Propósito de Um Caso Clínico

Leiomyoma of the Vagina – Report of a Case and Review of the Literature

Joana Raposo¹, Teresa Margarida Cunha², José Sanches³

¹Interna Complementar de Radiologia, Serviço de Radiologia, Centro Hospitalar de Lisboa Central, Hospital de São José

Director: Dr. João Reis

²Assistente Hospitalar Graduada de Radiologia, Serviço de Radiologia, Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil

Director: Dr. Rui Costa

³Médico Radiologista, IMI – Cascais

Resumo

O leiomioma da vagina é uma patologia rara, estando descritos na literatura cerca de 300 casos. É um tumor benigno com origem nas células musculares lisas da parede vaginal, sendo o seu tratamento cirúrgico.

Os autores descrevem um caso clínico de Leiomioma da Vagina, caracterizado radiologicamente por Ecotomografia, Tomografia Computorizada (TC) e Ressonância Magnética (RM) e procedendo a este propósito a uma revisão da literatura.

Palavras-chave

Leiomioma; Tumor da Vagina; Neoplasias Ginecológica.

Abstract

The leiomyoma of the vagina is a rare condition and there is about three hundred cases described in the literature. It is a benign tumor consisting of smooth muscle cells of the vagina wall, its treatment being surgical excision.

We report a case of leiomyoma of the vagina that was characterized by ultrasound, CT and MRI. A review of the literature on this regard is performed.

Key-words

Leiomyoma; Vaginal Tumor; Gynecologic Neoplasia.

Introdução

Os tumores da vagina dividem-se em epiteliais, mesenquimatosos, mistos, melanocíticos, de células germinativas, linfóides/hematopoiéticos e secundários. Dentro dos tumores malignos são mais frequentes as metástases que os tumores primários, sendo os tumores benignos pouco frequentes [1].

O leiomioma da vagina é um tumor sólido benigno, de tipo mesenquimatoso, estimando-se que desde a primeira descrição por De Leyden em 1733 [2] pouco mais que 300 casos estejam descritos na literatura.

Ocorre geralmente durante a idade reprodutiva, mais frequentemente cerca dos 40 anos de idade. É mais comum nas mulheres de raça caucasiana contrariamente aos leiomiomas uterinos [1].

Os exames radiológicos participam na caracterização pré-operatória destes tumores e orientam no sentido de uma cirurgia conservadora.

No presente trabalho apresenta-se um caso clínico de leiomioma da vagina, cuja forma de apresentação foi um nódulo palpável e que foi documentado em ecografia, TC e RM.

Caso Clínico

Doente do sexo feminino, com 62 anos de idade, que se apresentou clinicamente com um nódulo vaginal palpável ao exame ginecológico, de consistência firme, com cerca de 5cm, localizado na parede antero-lateral direita da vagina. Não foram detectadas alterações nos genitais externos à inspeção ginecológica. No exame com espéculo a cúpula vaginal não mostrou alterações, observando-se apenas hiperémia na região do nódulo palpável. O toque rectal confirmou os achados e adicionalmente sugeriu paramétrios normais.

Esta doente, obesa, multípara com história de três partos, tinha antecedentes de histerectomia total e anexectomia bilateral aos 49 anos de idade por patologia leiomiomatosa, tendo efectuado terapêutica hormonal de substituição durante 5 anos e excisão de quisto uretral aos 55 anos de idade.

O nódulo palpável foi, numa fase inicial, clinicamente interpretado como um quisto, presumivelmente dada a sua maior incidência na população quando comparada com as lesões sólidas da vagina.

Procedeu-se então a estudo ecotomográfico supra-púbico que mostrou uma lesão sólida, hipocogénica, com morfologia ovalada e de contornos regulares, medindo aproximadamente 5cm de maior diâmetro (Fig. 1).

Efectuou-se tomografia computadorizada, tendo-se observado um tumor homogéneo, com cerca de 5cm (Fig. 2), bem delimitado e sem aparente invasão das estruturas adjacentes (Fig. 3).

Foi proposta uma RM para caracterização da lesão, para a qual se procedeu a prévio preenchimento vaginal com gel ecográfico. Observou-se nas imagens ponderadas em T1 uma volumosa formação nodular, hipointensa, com morfologia ovalada, bem circunscrita, de contornos regulares, homogénea, localizada nos terços médio e inferior da parede antero-lateral direita da vagina (Fig. 4). As imagens em ponderação T2 confirmaram o carácter sólido desta lesão, sendo o seu sinal hipointenso e discretamente heterogéneo (Fig.5). Esta lesão reduzia apreciavelmente o lúmen do canal vaginal (Fig. 6), tendo uma extensão crânio-caudal de cerca de 5cm, um diâmetro antero-posterior máximo com 4cm e um diâmetro transversal de 3cm. Não havia sinais de invasão local, nomeadamente da uretra, do recto ou dos músculos elevadores do ânus (Figs. 7, 8 e 9). Este tumor foi interpretado como benigno e sem outras alterações associadas, nomeadamente adenomegalias na cavidade pélvica ou ascite.

Procedeu-se a biópsia, sendo demonstrada uma neoplasia submucosa composta por células de músculo liso.

A doente foi proposta para biópsia excisional, sendo o resultado da peça operatória um leiomioma da vagina com 4x2x2cm, de consistência elástica e aspecto fasciculado, sem atipia nuclear ou áreas de necrose.

Um ano mais tarde, a doente mantinha-se clinicamente bem, apenas com alterações fibróticas locais e sem sinais de recidiva.



Fig. 1 – Ecografia: lesão sólida, hipocogénica e bem delimitada localizada na vagina.

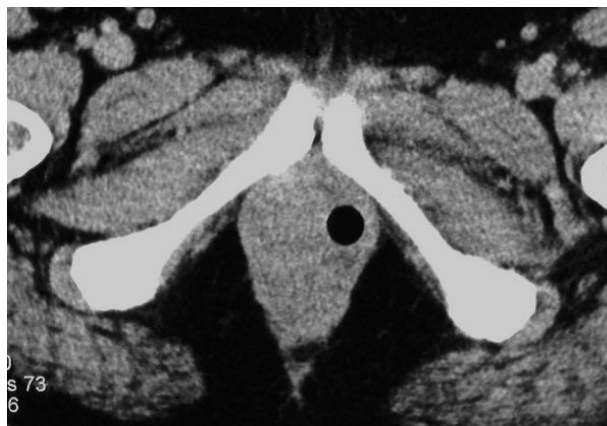


Fig. 2 – TC: lesão homogénea, com densidade de partes moles, lateralizada à direita na parede vaginal, estando o canal vaginal preenchido por um tampão.

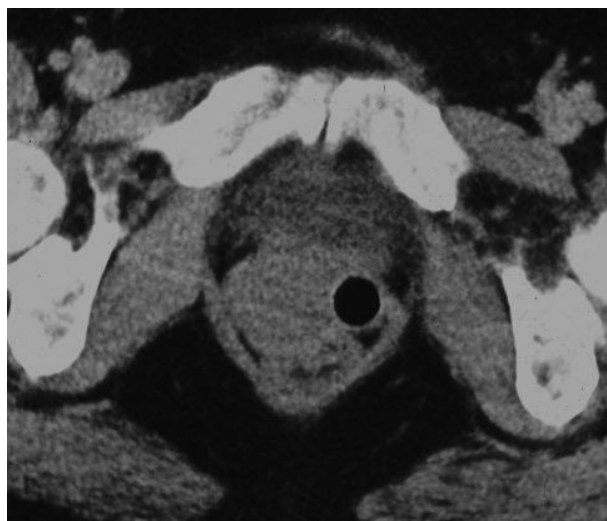


Fig. 3 – TC: tumor bem delimitado, sem aparente invasão da uretra, do recto ou dos músculos elevadores do ânus.

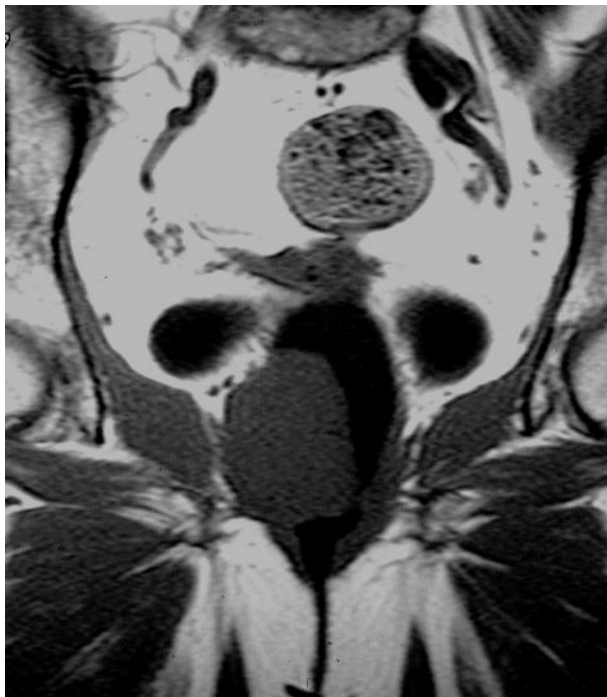


Fig. 4 – RM, ponderação T1 em plano coronal: tumor da parede lateral-direita da vagina, de contornos bem definidos, alongado no sentido crânio-caudal, com sinal homogêneo e hipointenso.

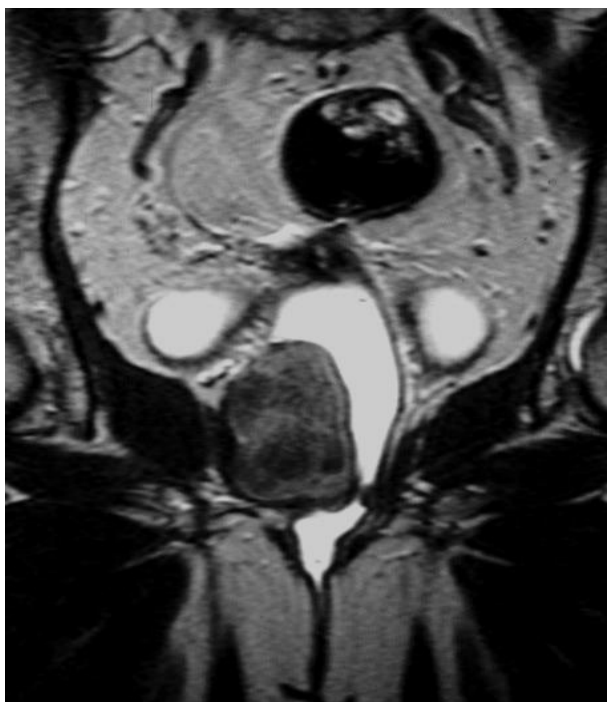


Fig. 5 – RM, ponderação T2 em plano coronal: tumor com hipointensidade de sinal, discretamente heterogêneo pela presença de pequenas áreas mais hipointensas.

Discussão

Após a primeira descrição do leiomioma vaginal por De Leyden em 1733, é em 1882 que é publicada por Kleinwaechter a primeira revisão desta entidade na literatura [3]. Em 1941 um artigo faz referência a um total

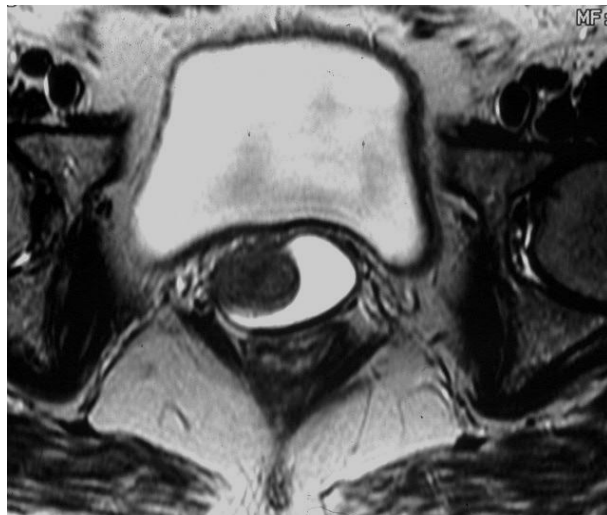


Fig. 6 – RM, ponderação T2 em plano axial: neoformação da parede antero-lateral direita da vagina, com franco efeito de massa sobre o lúmen vaginal.



Fig. 7 – RM, ponderação T2 em plano axial: o tumor exercia ligeiro efeito de massa sobre a uretra e o recto

de cerca de 200 casos descritos até à data e uma revisão exaustiva em 1988 estimava um número não superior a 250 casos publicados [4].

A presença de um tumor no canal vaginal mais frequentemente tem origem no útero do que é intrínseco à parede da vagina [5]. Os miomas da vagina, quer leiomiomas quer rabiomiomas, são raros [6], sendo o leiomioma o tumor mesenquimatoso mais frequente da vagina [7].

O leiomioma tem origem na camada submucosa da parede vaginal e é composto por células musculares lisas e estroma fibroso, sendo histologicamente idêntico aos leiomiomas uterinos. Pensa-se que este tumor tem origem nas células mioepiteliais das vénulas, nas células musculares lisas da muscularis vaginal e nos miofibroblastos [1].

É um tumor de crescimento lento, desconhecendo-se a sua etiologia mas parecendo haver uma relação com a gravidez a favor da sua natureza hormono-dependente [1]. Há, contudo, casos clínicos descritos desde a puberdade até cerca dos 70 anos de idade.

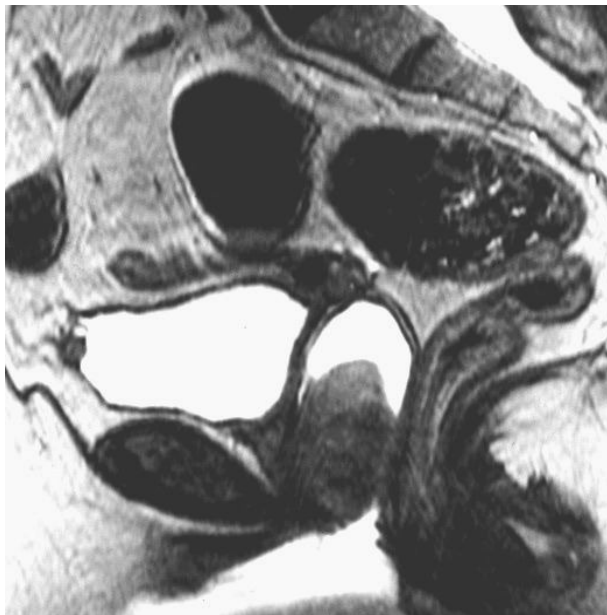


Fig. 8 – RM, ponderação T2 em plano sagital: tumor localizado nos terços médio e inferior da vagina, sem sinais de invasão local.

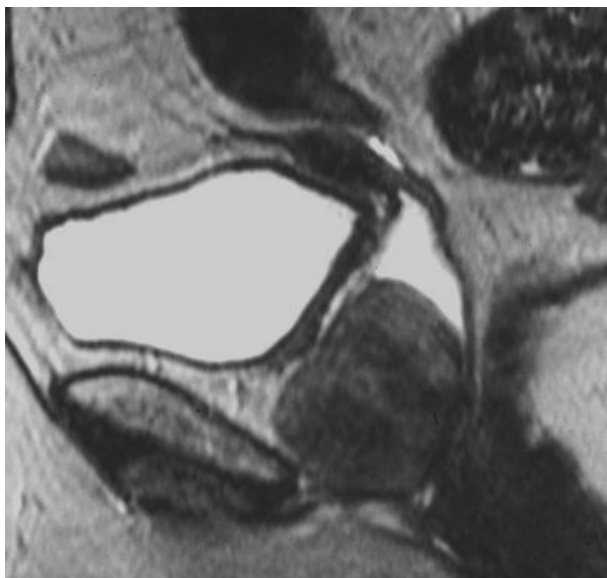


Fig. 9 – RM, ponderação T2 em plano sagital: o tumor causa apreciável distensão do canal vaginal e não há alterações da cúpula vaginal.

Mais frequentemente é um tumor pequeno e assintomático [8], desenvolvendo-se sintomas sobretudo de tipo compressivo à medida que o tumor cresce. A apresentação clínica é variável, tendo as doentes manifestações ginecológicas como dispareunia [3] ou urinárias como urgência urinária ou retenção urinária [8], sendo estas últimas mais frequentes quando a localização é na parede anterior. Menos frequente é o envolvimento de ligamentos pélvicos ou do plexo lombar podendo neste caso a doente apresentar lombalgias [5].

O exame ginecológico com palpação vaginal é o método de detecção precoce deste tumor, o qual é móvel e indolor [8].

Ocorre habitualmente como um nódulo único [5] e as suas dimensões variam entre 1 e 5cm no momento do

diagnóstico [2], o que se verificava no nosso caso clínico. Pode haver presença concomitante dum leiomioma em localização vaginal e dum leiomioma uterino [2,5], sendo a sua relação incerta.

A localização na parede posterior é excepcional, ocorrendo em geral na linha média da parede anterior da vagina, o que está igualmente de acordo com o nosso caso clínico. A ecotomografia por vezes não consegue precisar a origem do leiomioma, se vaginal se cervical [5], mesmo que a abordagem seja transvaginal. Está descrita na literatura uma acuidade não inferior da ecotomografia translabial relativamente à abordagem supra-púbica [15].

A pesquisa efectuada na literatura não identificou nenhum caso com a descrição semiológica dos leiomiomas vaginais em TC, exame este que consideramos menos indicado caso esteja disponível a RM. Contudo, salientamos os aspectos observados na TC no nosso caso clínico quanto à caracterização da densidade e homogeneidade, o respeito pelas estruturas adjacentes e a avaliação de toda a cavidade pélvica para exclusão de adenomegalias e ascite.

A RM é a técnica mais precisa para detecção e localização dos leiomiomas [5]. Foram descritos vários subtipos histológicos de leiomioma da vagina tais como celular, mixóide, atípico ou hemorrágico, variando as características de sinal conforme o predomínio dos seus elementos constituintes, feixes celulares, matriz extracelular ou alterações degenerativas. Em RM, os leiomiomas da vagina têm as mesmas características morfológicas e de sinal que os leiomiomas uterinos, mais frequentemente hipointensidade de sinal relativamente ao miométrio em T1 e em T2 [2]. Também podem ter um sinal homogéneo intermédio, isointenso com o miométrio [10]. Estão descritas áreas internas irregulares com hipersinal na ponderação T2 nos leiomiomas da vagina de tipo mixóide [2,16]. No nosso caso clínico, a presença de pequenas áreas de hipossinal mais intenso está em provável relação com zonas de maior celularidade. Após injeção de gadolínio há habitualmente realce ligeiro e homogéneo, podendo os tumores de maiores dimensões ser heterogéneos [8]. Num dos casos descritos na literatura, relativo a um leiomioma atípico, a captação de contraste foi precoce e intensa, persistindo numa fase mais tardia, facto que foi atribuído à particular abundância de vasos nessa lesão [2]. Existem ainda leiomiomas vasculares com origem na túnica média de uma veia, que são fortemente vascularizados, tendo hipersinal franco em T2 e intensa captação de contraste.

O diagnóstico diferencial de um tumor da parede vaginal inclui patologia benigna, como cistocelo, uretrocelo, divertículo uretral, prolapso uterino, leiomioma cervical e quisto vaginal, e patologia maligna como carcinoma da vagina, carcinoma cervical invasivo e rabiomiossarcoma. Os tumores da vagina fazem ainda diagnóstico diferencial com neoplasias de outras regiões do aparelho genital, como a vulva, e de órgãos adjacentes dos aparelhos digestivo e urinário. O tumor maligno primário mais frequente da vagina é o carcinoma pavimento-celular que predomina na parede posterior do terço superior da vagina, local onde é excepcional a presença do leiomioma. Os tumores malignos não epiteliais, mais raros, têm tal como o leiomioma localização sub-mucosa, contudo as suas

características agressivas são em geral adequadamente documentadas nos exames de imagem.

No nosso caso clínico, as dimensões, a ausência de alterações degenerativas e a relação com os órgãos adjacentes fizeram praticamente a exclusão de malignidade; as características de sinal em RM permitiram o diagnóstico presuntivo da sua natureza leiomiomatosa, que foi confirmada histologicamente.

Está indicada a excisão cirúrgica do leiomioma da vagina devido ao seu crescimento e à possibilidade descrita de transformação maligna de tipo sarcomatoso [8,9,11,13]. A abordagem cirúrgica por via vaginal é mais frequente, contudo tumores volumosos da parede anterior podem requerer abordagem abdômino-perineal [6]. Deve ainda ser feita avaliação do pavimento pélvico para proceder, em caso de insuficiência do pavimento, a plicatura do ligamento pubo-uretral [5,12,14].

Estão descritos casos raros de recidiva local na dependência dos tumores de maiores dimensões, estando indicada excisão imediata e exame histológico cuidadoso para exclusão de malignidade [5]. Dada a sua natureza estrogênio-dependente, deve ser realizada ooforectomia em caso de recidiva ou de transformação sarcomatosa [13].

Conclusão

O leiomioma é a neoplasia sub-mucosa mais frequente da vagina, fazendo diagnóstico diferencial com alguns tumores malignos.

Os exames radiológicos têm um papel na caracterização pré-operatória destes tumores, nomeadamente na presunção de benignidade.

A ecotomografia estabelece de forma prática e acessível a sua natureza sólida e a TC confirma a localização e fornece informações favorecedoras do carácter benigno presuntivo. O diagnóstico final é anátomo-patológico, contudo a conjugação da clínica com aspectos típicos em RM podem fazer o diagnóstico pré-operatório com elevado grau de certeza.

Está indicada a sua excisão de acordo com a clínica da doente e para uma exclusão definitiva de malignidade.

Referências

1. Eble, J. N.; Tavassoli, F. A.; Devilee, P. – *Pathology and Genetics of Tumours of the Breast and Female Genital Organs*. International Agency for Research on Cancer, World Health Organization, 2003, p. 302-6.
2. Shimada, K.; Ohashi, I.; Shibuya, H.; Tanabe, F.; Akashi, T. – *MR Imaging of an Atypical Vaginal Leiomyoma*, *AJR*, 2002, 178:752-4.
3. Gottwald, L.; Welfel, J.; Akoel, K. M.; Lech, W.; Suzin, J.; Bieńkiewicz, A. – *Vaginal Leiomyoma*, *Ginek Pol*, 2003, 74(3):224-6.
4. Liu, M. M. – *Fibromyoma of the Vagina*, *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 1988, 29(4):321-8.
5. Noraziana, A. W.; Mokhtar, A.; Norra, H. – *Parasitic Leiomyoma of the Vagina*. *Int J Med*, 2008, vol. 7.
6. Imai, A.; Furui, T.; Hatano, Y.; Suzuki, M.; Suzuki, N.; Goshima, S. – *Leiomyoma and Rhabdomyoma of the Vagina*. *Vaginal Myoma*, *J Obstet Gynaecol*, 2008, 28(6):563-6.

7. Biankin, S. A.; O'Toole, V. E.; Funq, C.; Russell, P. – *Bizarre Leiomyoma of the Vagina: Report of a Case*, *Int J Gynecol Pathol*, 2000, 19(2):186-7.

8. Leron, E.; Stanton, S. L. – *Vaginal Leiomyoma – an Imitator of Prolapse*. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 2000, 11(3):196-8.

9. Contantini, E.; Cochetti, G.; Porena, M. – *Vaginal Paraurethral Myxoid Leiomyoma: Case Report and Review of the Literature*, *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 2008, 19(8):1183-5.

10. Ruggieri, A. M.; Brody, J. M.; Curhan, R. P. – *Vaginal Leiomyoma. A Case Report with Imaging Findings*, *J Reprod Med*, 1996, 42(11):875-7.

11. Torgerson, T. M.; Rogers, W. E. – *Leiomyoma of Vaginal Wall*, *Cal West Med*, 1940, 53(4):177-8.

12. Silva, V.; Prisco, R.; Lages, R.; Carreira F.; Magalhães F.; Honavar M. – *Leiomioma da Vagina – Caso Clínico*. *Acta Urológica Portuguesa*, 2001, 18(3):49-51.

13. Barbosa, C. P.; Carneiro, P. C.; Formigoni, L. M.; Juliano, R. V.; Mazzei, R. L.; Pizarro, C. F. – *Leiomioma da Vagina: Relato de Dois Casos*, *J. Bras. Ginec*, 1996, 106(6):221-3.

14. Young, S. B.; Rose, P. G.; Reuter, K. L. – *Vaginal Fibromyomata: Two Cases with Preoperative Assessment, Resection and Reconstruction*, *Obstet Gynecol*, 1991, 78:972-4.

15. Torreggiani, W.; Zwirowich, C.; Lyburn, I.; Harris, A.; Davis, J. E.; Wilkie, D. et al. – *Translabial Sonography of Vaginal Fibroids: Report of 2 Cases and Review of the Literature*, *J Ultrasound Med*, 2001, 20(8):909-13.

16. Scialpi, M.; Benagiano, G.; Frati, S.; Pisciole, I.; Barberini, F.; Lupattelli, L. – *Magnetic Resonance Imaging Features of Myxoid Leiomyoma of the Vagina: A Case Report*, *Indian J Radiol Imaging*, 2009, 19(3):238-41.

Correspondência

Joana Raposo
joana.vraposo@gmail.com