

INTRODUCCIÓN:

Los miomas cervicales constituyen sólo el 1-2 % de todos los miomas. Clínicamente pueden ocasionar estreñimiento, retención urinaria, incontinencia, alteraciones menstruales, dispareunia y sangrado postcoital. Los pasos quirúrgicos a seguir y la vía de abordaje difieren según su tamaño, características y ubicación.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 38 años, sin antecedentes médicos de interés, intervenida de una conización hacía siete años, con un parto y una cesárea como antecedentes obstétricos, es seguida en nuestras consultas por mioma a nivel cervical de años de evolución que no le había ocasionado síntomas.

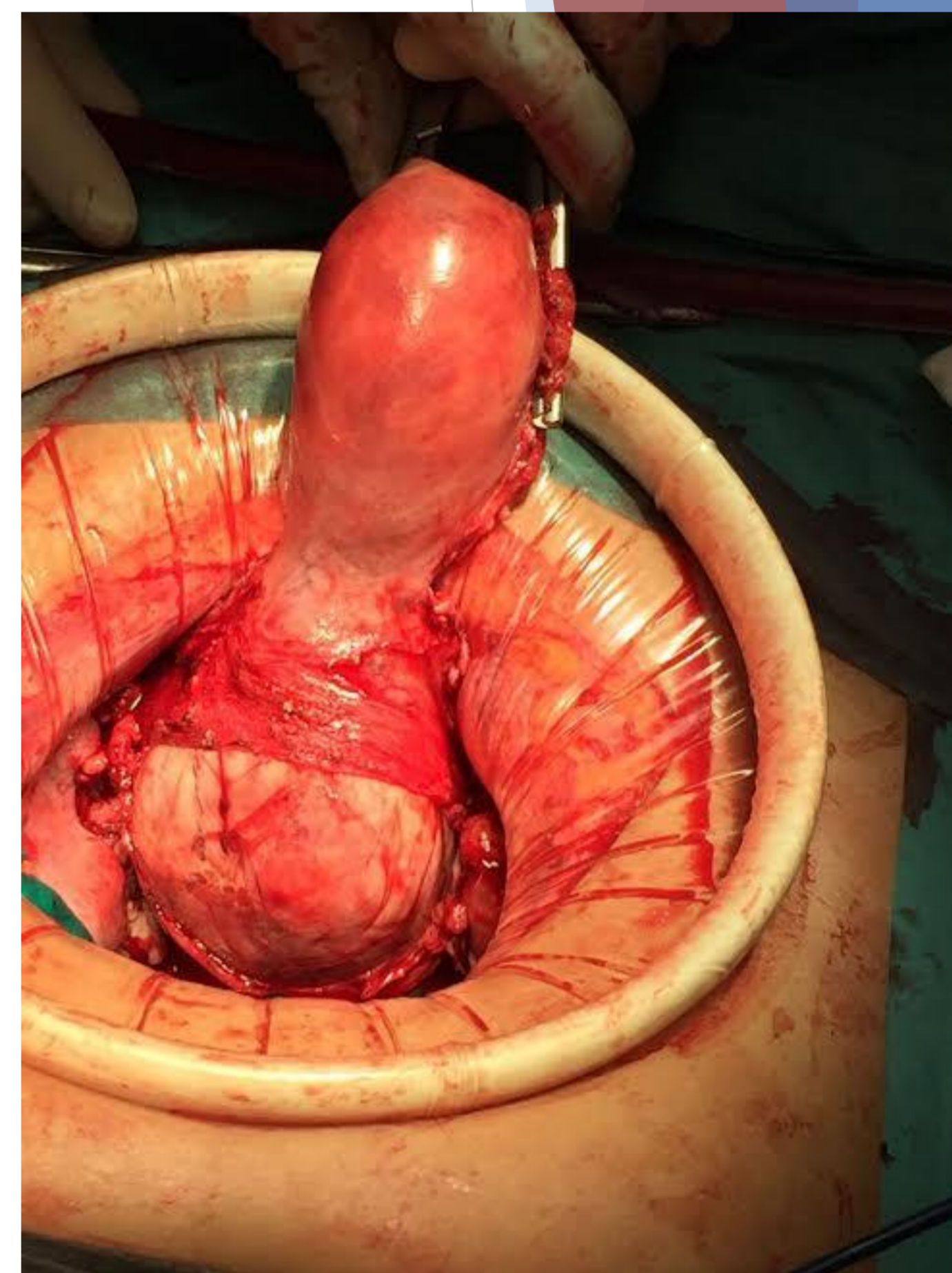
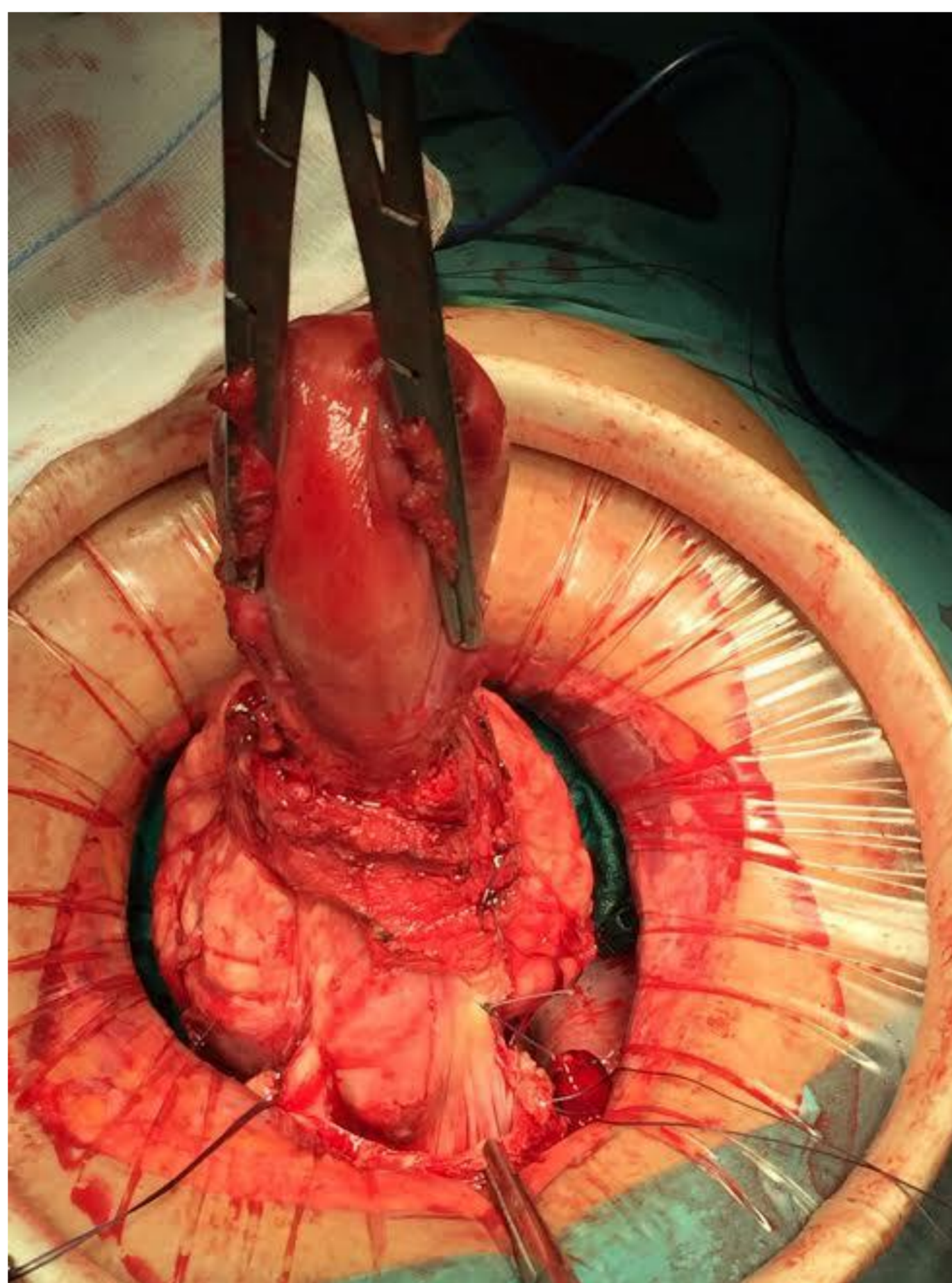
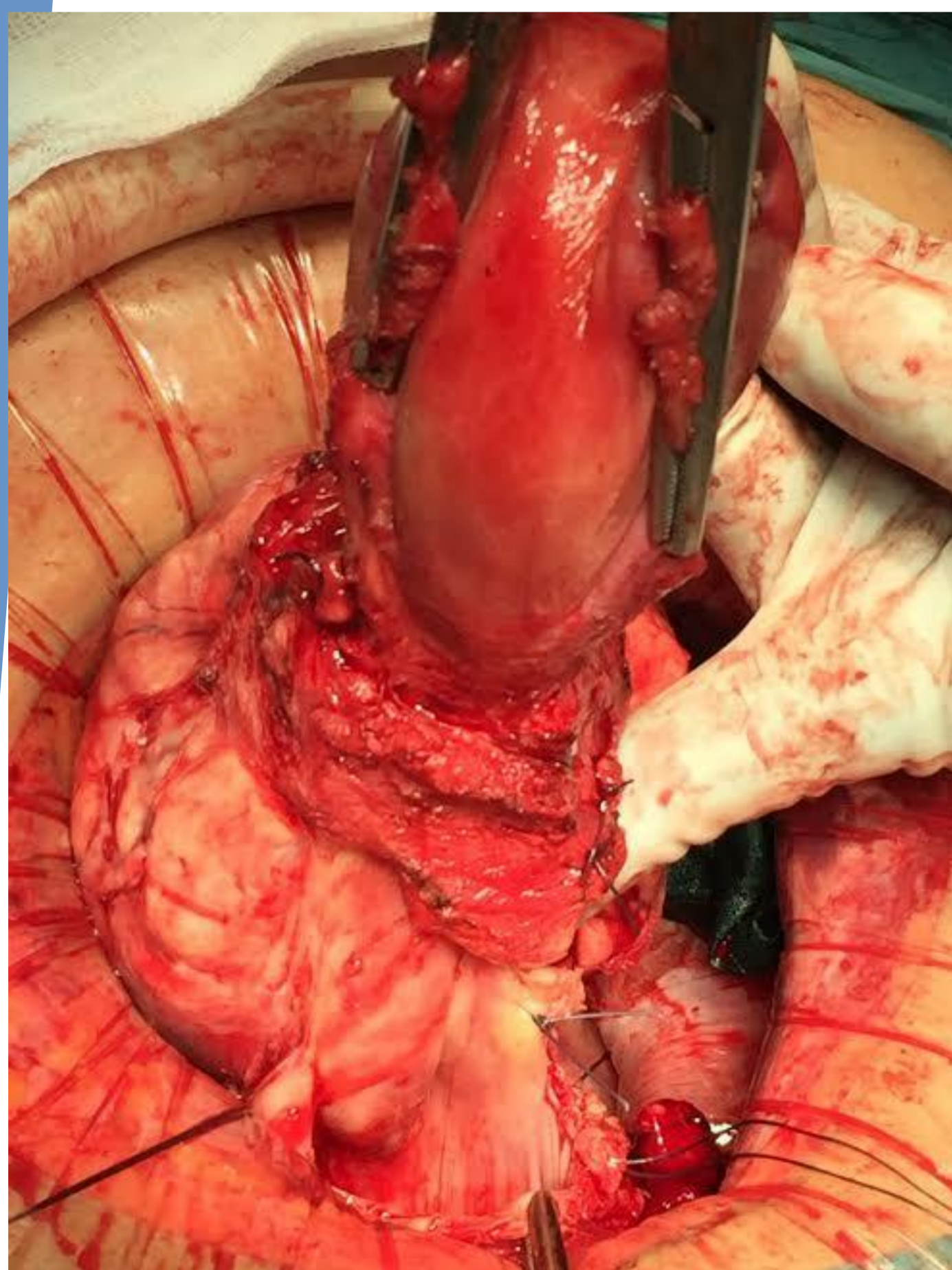
-Ecografía transvaginal: mioma subseroso sésil a nivel cervical de 85x65x78 mm y volumen de 233 cc.

-Exploración: vagina amplia y elástica con cervix desplazado hacia anterior.

-Tacto vaginal y rectal: se palpa nódulo de consistencia blanda de unos 8 cm poco móvil que desplaza cara anterior del recto.

-Citología cervicovaginal: sin hallazgos patológicos.

Tras informar de las alternativas de tratamiento la paciente opta por histerectomía simple y salpinguectomía bilateral vía vaginal. Ante las características del mioma y su localización se decide reconvertir a laparotomía. El postoperatorio cursó sin incidencias.



CONCLUSIONES:

EL mioma cervical gigante es una patología infrecuente que puede ocasionar estreñimiento, retención urinaria o incontinencia, alteraciones menstruales, dispareunia y sangrado.

Por su localización estos miomas requieren un abordaje diferente.

Entre las dificultades quirúrgicas que presentamos encontramos: campo quirúrgico limitado, hemorragia excesiva, y distorsión de la anatomía de la cavidad pélvica.

Una correcta planificación de la cirugía disminuye las complicaciones postoperatorias: es importante determinar la relación posicional entre el mioma y los órganos circundantes, realizar una correcta incisión en el miometrio (transversal para los de pared anterior y vertical en los localizados en pared posterior) y corregir anatómica antes de proceder a la histerectomía.

REFERENCIAS

-Handling cervical myomas. Patel P, Banker M, Munshi S, Bhalla A. J Gynecol Endosc Surg. 2011 Jan;2(1):30-2. doi: 10.4103/0974-1216.85277.

-Giant cervical myoma associated with urinary incontinence and hydronephrosis. Mihmanli V, Cetinkaya N, Kilickaya A, Kilinc A, Köse D. Clin Exp Obstet Gynecol. 2015;42(5):690-1.

-Acute urinary retention due to cervical myoma--a case report and a review of the literature. Bidziński M, Siergiej M, Radkiewicz J, Surynt E, Sikora S. Ginekol Pol. 2015 Jan;86(1):77-9.