

REVISTA DECANA DE LA ESPECIALIDAD

TOKO-GINECOLOGÍA

PRÁCTICA

Enero - Febrero 2015

Año LXXIV
738

EDITORIAL

¿Ha llegado el fin de la morcelación en cirugía ginecológica?

Iacoponi S.

REVISIÓN

Hábitos de vida saludable en la menopausia

Haya J., Sánchez-Hipólito L., Hidalgo L., Alumbrosos T., Pérez C., Haya L.

CASO CLÍNICO

Gran mioma cervical prolapsado en vagina

López-Olmos J., Vizúete Del Río J.

Hidrocistoma ecrino de vulva

López-Olmos J., Navarro P.

Neoplasia intraepitelial vaginal tras histerectomía total

Delgado E., Abascal A., Moreno-Palacios E., Kazlauskas S., Zapardiel I.





TOKO-GINECOLOGÍA PRÁCTICA

Revista de Formación
Continuada. Fundada en 1936
por el Sr. F. García Sicilia y el
Dr. F. Luque Beltrán.
Es propiedad de los
profesores Bajo Arenas
y Cruz y Hermida.

DIRIGIDA A:

Especialistas en Ginecología y Obstetricia.

INDEXADA EN:

IME, EMBASE/Excerpta Medica, Bibliomed,
Embase Alert, Biosis, Sedbase

CORRESPONDENCIA CIENTÍFICA Y CRÍTICA DE LIBROS:

Hospital Universitario Santa Cristina
Cátedra de Obstetricia y Ginecología
1ª planta. Edificio A.
C/ Maestro Vives, 2
28009 Madrid

Correo electrónico:

tokoginecologia@gmail.com

Perioricidad:

6 números al año

Disponible en Internet:

www.tokoginecologia.org

EDICIÓN

PUBLICIDAD

91 353 39 92

SUSCRIPCIONES

91 353 39 92

TARIFAS DE SUSCRIPCIÓN ANUAL

Profesionales	52,75€
Instituciones	81,49€
MIR y estudiantes	41,55€
IVA incluido. Precios válidos para España	
Extranjero (sin IVA)	91,39€

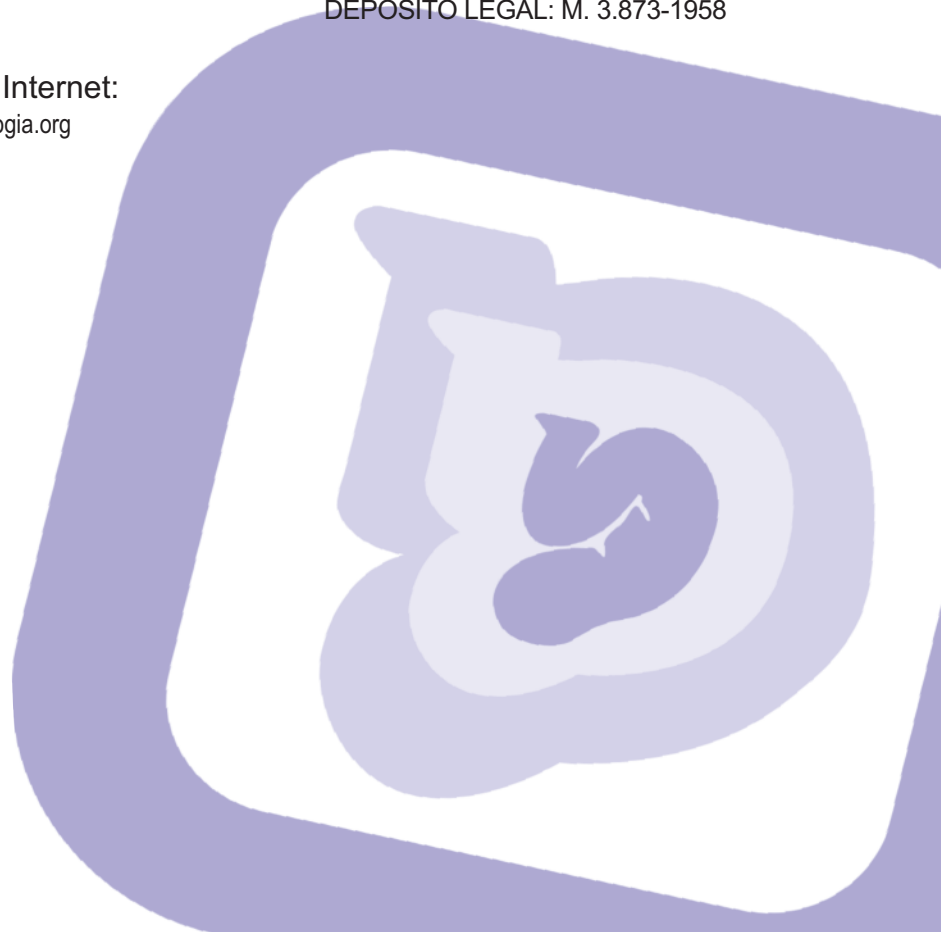
PUBLICACIÓN AUTORIZADA

como soporte válido:

Ref. SVR núm 117-R-CM

ISSN: 0040-8867

DEPÓSITO LEGAL: M. 3.873-1958





TOKO-GINECOLOGÍA PRÁCTICA

DIRECTOR HONORÍFICO

J. Cruz y Hermida

DIRECTOR CIENTÍFICO

J. M. Bajo Arenas

EDITOR ASOCIADO

I. Zapardiel Gutiérrez

SECRETARIO DE REDACCIÓN

F. J. Haya Palazuelos

COMITE CIENTÍFICO

Acién Álvarez, P.
Álvarez de los Heros, J.I.
Balagueró Lladó, L.
Balasch Cortina, J.
Barri Ragué, P. N.
Barrio Fernández, P. del
Becerro de Bengoa, C.
Bonilla Musoles, F.
Bruna Catalan, I.
Castelo-Branco, C.
Carrasco Rico, S.
Carreras Moratonas, E.
Cabero Roura, A.
Comino Delgado, R.
Cortés Bordoy, J.
Criado Enciso, F.
Cristóbal García, I.
Cuadros López, J.L.
Díaz Recasens, J.
Ezcurdia Gurpegui, M.
Espuña Pons, M.
Ferrer Barriendos, J.
Florido Navío, J.
Fuente Pérez, P. de la
Fuente Ciruela, P. de la
Fuente Valero, J. de la
García Hernández, J. A.
González González, A.

Hernández Aguado, J.J.
Huertas Fernández, M.A.
Iglesias Guiu, J.
Laila Vicens, J. M.
Lanchares Pérez, J. L.
Lazon Lacruz, R.
López García, G.
López de la Osa, E.
Manzanera Bueno, G.
Martínez Pérez, O.
Martínez-Astorquiza, T.
Miguel Sesmero, J. R. de
Montoya Videsa, L.
Novo Domínguez, A.
Palcios Gil-Antuñano, S.
Pérez - López, F. R.
Pérez-Medina, T.
Sabatel López, R.
Sánchez Borrego, R.
San Frutos Llorente, L.
Tejerizo López, L. C.
Troyanno Luque, J.
Usandizaga Calpasoro, M.
Usandizaga Elio, R.
Vidart Aragón, J. A.
Xercavins Montosa, J.
Zamarriego Crespo, J.

COMITÉ CIENTÍFICO DE HONOR

Abad Martínez, L.
Berzosa González, J.
Cabero Roura, L.
Dexeus Trías de Bes, J.M.

Dexeus Trías de Bes, S.
Escudero Fernández, M.
Fabre González, E.
Fernández Villoria, E.

Garzón Sánchez, J.M.
González Gómez, F.
Parrilla Paricio, J. J.
Usandizaga Beguiristain, J. A.



SUMARIO

AÑO LXXIV ♦ ENERO - FEBRERO 2015 ♦ NÚMERO 738

EDITORIAL

¿Ha llegado el fin de la morcelación en cirugía ginecológica?

Iacoponi S.

REVISIÓN

Hábitos de vida saludable en la menopausia

Haya J., Sánchez-Hipólito L., Hidalgo L., Alumbrosos T., Pérez C., Haya L. 1

CASO CLÍNICO

Gran mioma cervical prolapsado en vagina

López-Olmos J., Vizuet Del Río J.. 4

Hidrocistoma ecrino de vulva

López-Olmos J., Navarro P. 7

Neoplasia intraepitelial vaginal tras histerectomía total

Delgado E., Abascal A., Moreno-Palacios E., Kazlauskas S., Zapardiel I. 10



CONTENTS

LXXIV YEARS ♦ JANUARY - FEBRUARY 2015 ♦ NUMBER 738

EDITORIAL

Is the end of morcellation in gynecologic surgery?

Iacoponi S.

REVIEW ARTICLES

Healthy lifestyles in menopause

Haya J., Sánchez-Hipólito L., Hidalgo L., Alumbrosos T., Pérez C., Haya L. 1

CASE REPORTS

Great cervical myoma prolapsed in vagina

López-Olmos J., Vizuete Del Río J.. 4

Vulvar eccrine hidrocystoma

López-Olmos J., Navarro P. 7

Vaginal intraepithelial neoplasia after total hysterectomy

Delgado E., Abascal A., Moreno-Palacios E., Kazlauskas S., Zapardiel I. 10



NORMAS PARA LA PUBLICACIÓN DE TRABAJOS

Los manuscritos enviados a TOKO-GINECOLOGIA PRÁCTICA deben hacer referencia a aspectos novedosos de la especialidad de Obstetricia y Ginecología y especialidades adyacentes que puedan suscitar el interés científico de los lectores. Pueden incluirse aspectos de la anatomía, fisiología, patología clínica (diagnóstica o terapéutica), epidemiología, estadística, análisis de costes, cirugía siempre dentro de la indole gineco-obstétrica.

Como **normas generales**, todos los manuscritos deberán presentarse en formato electrónico, confeccionados con el editor de textos Word (.doc), con espaciado 1,5 líneas, tamaño de letra 12 puntos tipo Arial o Times New Roman, y todos los márgenes de 3 cms. en los 4 bordes de la página. Todas las páginas del manuscrito deberán ir numeradas en su ángulo superior derecho. Todos los trabajos se estructurarán de la siguiente forma:

- 1ª Página: Título, Title (en inglés), Autores (primer apellido y nombre) separados por comas y con un máximo de 5 en cualquier tipo de artículo (a partir de 5 no se incluirán en la publicación), Filiación (centro de trabajo de los autores), Correspondencia (dirección completa y persona de correspondencia incluyendo un email válido que será el que se use para la comunicación con el comité editorial de la revista). Por último se debe indicar el TIPO de artículo (ver tipos más abajo).
- 2ª Página: Resumen (máximo 200 palabras, será claro y conciso. No se emplearán citas bibliográficas ni abreviaturas.), Palabras clave (mínimo 3 y separadas por puntos), Abstract (en inglés) y Key words (en inglés).
- 3ª Página: Comienzo del cuerpo del artículo

Los trabajos deben contener material original, aunque se contemple la posibilidad de reproducción de aquellos que, aún habiendo sido publicados en libros, revistas, congresos, etc., por su calidad y específico interés merezcan ser recogidos en la Revista, siempre y cuando los autores obtengan el permiso escrito de quién posea el *Copyright*.

Los trabajos serán enviados por correo electrónico a tokoginecologia@gmail.com, que acusará el recibo del artículo para su valoración editorial. Tras la recepción, se comunicará la aceptación o rechazo del mismo al autor de correspondencia por email, así como los potenciales cambios o correcciones a realizar si fuese menester. En caso de aceptación en un tiempo adecuado se le enviará al mismo autor las galeras del artículo para su corrección y subsanación de errores, que deberá realizar en 48 horas, antes de la impresión del mismo.

Tipos de artículos

- **ORIGINALES:** El resumen y abstract se dividirá en los siguientes apartados: Objetivos, Material y Métodos, Resultados y Conclusiones. El texto se dividirá en las siguientes: Introducción (Exposición de los objetivos de la investigación y la literatura al respecto, es una puesta al día del tema investigado), Material y Métodos (describir el tipo de estudio, pacientes, metodología empleada, el material y el análisis estadístico de los datos), Resultados (describir objetivamente los resultados obtenidos), Discusión (se debe comentar los resultados y relacionarlo con el estado del arte, explicar los por qué y llegar a conclusiones que respondan a los objetivos planteados inicialmente. No dar conclusiones no respaldadas por los resultados. Proponer recomendaciones o alternativas. Máximo 2500 palabras).
- **REVISIONES:** El resumen no es necesario que tenga estructura determinada, si bien puede estructurarse como un original. Del mismo modo el cuerpo del artículo en caso de ser una revisión sistemática irá estructurado como un original y en caso de ser una revisión de un tema concreto narrativa se estructurará como convenga al autor siempre con Introducción al inicio y Conclusiones o Discusión al Final. La intención es realizar una puesta al día de un tema determinado, con cierto carácter didáctico. Máximo 4000 palabras.



NORMAS PARA LA PUBLICACIÓN DE TRABAJOS

- **CASOS CLÍNICOS:** El resumen no tendrá estructura determinada. El artículo se estructurará del siguiente modo: Introducción, Caso Clínico (descripción concisa del caso), Discusión. Además debe contener entre 1-4 figuras que ilustren el caso. Máximo 1500 palabras.
- **TRIBUNA HUMANÍSTICA:** Se admitirán trabajos y ensayos, dentro de un contexto histórico, filosófico, social antropológico, artístico, etc., relacionado singularmente con las disciplinas obstétrico-ginecológicas, con la intención de enriquecer culturalmente las páginas de la revista. Máximo 3000 palabras.

Agradecimientos

Se colocarán tras la Discusión, al acabar el cuerpo del texto. Aquí se deben incluir a las personas que han colaborado en algún aspecto del trabajo pero no en la redacción del manuscrito.

Bibliografía

Seguirán las **Normas de Vancouver** para las citas. Las referencias en el texto se colocarán con números arábigos entre paréntesis y por orden de aparición. Sirvan los ejemplos siguientes:

a) Revista, artículo ordinario:

De María AN, Vismara LA, Millar RR, Neumann A, Mason DT. Unusual echographic manifestations of right and left Heratmyxomas. Am J Med 1975;59:713-8.

Las abreviaturas de la revistas seguirán las características del Index Medicus.

b) Libros:

Feigenbaum H. Echocardiography. 2ª Ed. Filadelfia: Lea and Febiger, 1976:447-59

Tablas y Figuras

Se añadirán a continuación de la Bibliografía empezando una página nueva. En cada página se colocará una Tabla o Figura con su respectivo pie de Tabla o Figura, numerados según el orden de aparición en el texto (que es obligatorio) e indentificando las abreviaturas empleadas en las Tablas o las Figuras.

En caso de que la calidad o tamaño de las figuras haga que el manuscrito ocupe demasiado espacio para ser enviado por email, podrán enviarse las Figuras en archivos independientes, permaneciendo los pies de figuras en el manuscrito principal.

Deben tener una calidad suficiente para poder verse con claridad una vez impresas. Los formatos admitidos para las fotos son JPG (preferible) o GIF. Si es conveniente se puede añadir a la figura una flecha para indicar un aspecto relevante de la imagen.

Quienes deseen que las ilustraciones de sus trabajos se impriman a color (en condiciones normales se imprimirán en escala de grises), una vez aceptado el artículo, deberán ponerse en contacto con la Editorial para presupuestar el cargo que ello conlleva.

Todos los artículos aceptados quedan como propiedad permanente de TOKO-GINECOLOGÍA PRÁCTICA y no podrán ser reproducidos total o parcialmente, sin permiso de la Editorial de la Revista. El autor cede, una vez aceptado su trabajo, los derechos de reproducción, distribución, traducción y comunicación pública de su trabajo, en todas aquellas modalidades audiovisuales e infomáticas, cualquiera que se au soporte, hoy existen y que puedan crearse en el futuro.



EDITORIAL

¿HA LLEGADO EL FIN DE LA MORCELACIÓN EN CIRUGÍA GINECOLÓGICA?

En diciembre de 2013, la Sociedad de Oncología Ginecológica (SGO) dio a conocer su posición respecto a la morcelación intracorpórea. Esta posición se basa en el caso de una anestesista de Harvard a la que se realizó una histerectomía con morcelación intracorpórea en un Hospital de Boston, MA, EE.UU., para el tratamiento de unos presuntos fibromas benignos, que resultaron ser, en un estudio posterior un leiomioma. En abril de 2014, la Food and Drug Administration de EE.UU. (FDA) emitió un comunicado de seguridad, desaconsejando la morcelación electromecánica durante la histerectomía laparoscópica o la miomectomía en mujeres con fibromas uterinos, y declaró que la morcelación no debe utilizarse en mujeres con sospecha de cáncer de útero. La FDA también aumentó la estimación del riesgo de cáncer uterino oculto en mujeres con fibromas sintomáticos que corresponde a aproximadamente uno de cada 350 [[http // fda.gov](http://fda.gov)].

Como consecuencia, Ethicon, un importante fabricante de morceladores, declaró que suspendía la comercialización de su dispositivo y varios centros médicos en los EE.UU. han prohibido la morcelación.

La eliminación de la morcelación electromecánica daría lugar a la conversión de muchos de estos procedimientos en cirugía abierta; los riesgos de la morcelación tendrían que superar los beneficios de la cirugía mínimamente invasiva (CMI) con el fin de que se justifique su eliminación.

Las estimaciones de la prevalencia son difíciles de determinar, ya que existen datos limitados, los estudios son pequeños y retrospectivos, o de mala calidad, y todos los datos con los que se calculan las estadísticas están sujetos a sesgo de publicación. Por lo tanto, el riesgo de un leiomioma no detectado no es cero, pero es bajo.

El AAGL acepta que la morcelación esté contraindicada en presencia de malignidad documentada o sospechada. Pero considera que con una selección adecuada de las pacientes candidatas pueden mejorar aún más el perfil de seguridad de la CMI con morcelación, aunque en este momento no existen datos suficientes para interrumpir la morcelación intracorpórea en pacientes de bajo riesgo adecuadamente seleccionadas.

La pregunta clave es si los beneficios probados de CMI se ven compensados por el bajo riesgo de la difusión de un leiomioma a través la morcelación intracorpórea.

La conversión de todas las histerectomías robóticas o laparoscópicas, donde se utiliza la morcelación intracorpórea, a cirugía abierta, se traduciría en un incremento anual de la mortalidad operatoria de 17 mujeres cada año, y un aumento sustancial de la morbilidad secundaria a dicha conversión quirúrgica.



La posición de la AAGL es que no debemos abandonar la morcelación, pero que debería realizarse en mujeres seleccionadas de bajo riesgo e incluirse en el consentimiento informado, previo asesoramiento por el especialista.

Ninguna técnica es un sustituto perfecto de la extirpación en bloque a través de una laparotomía con respecto a la ruptura del tejido. Sin embargo, la búsqueda de alternativas seguras es fundamental para evitar los riesgos de diseminación peritoneal, dado que con mayor frecuencia son mayores los riesgos asociados a la laparotomía tradicional con aumento de la morbilidad y la mortalidad.

La extirpación de la pieza quirúrgica a través de la vagina o minilaparotomía dentro de endobag, incluso con la ayuda de la morcelación manual, puede limitar los efectos de dispersión de tejidos y se ha demostrado segura con resultados comparables a la morcelación electromecánica, evitando así la necesidad de realizar una laparotomía. La seguridad de la paciente es una prioridad y se deben optimizar los beneficios y reducir al mínimo los daños.

Dra. Sara Iacoponi
Servicio de Obstetricia y Ginecología
Hospital Universitario Quirón, Madrid

Revisión

Hábitos de vida saludable en la menopausia

Healthy lifestyles in menopause

Haya J. ⁽¹⁾, Sánchez-Hipólito L. ⁽¹⁾, Hidalgo L. ⁽¹⁾, Alumbrosos T. ⁽¹⁾, Pérez C. ⁽¹⁾, Haya L. ⁽¹¹⁾

¹Hospital General Universitario de Ciudad Real. Departamento de Ginecología y Obstetricia.

¹¹Facultad de Medicina de la Universidad de Castilla-La Mancha

RESUMEN

La menopausia es una etapa fisiológica en la vida de la mujer en la que existe una mayor predisposición a sufrir diversas patologías. En gran medida éstas se pueden prevenir mediante el uso de medicación (estrógenos, tibolona, isoflavonas de soja). Sin embargo, también son posibles diversas intervenciones en los hábitos de vida de la mujer, de forma que éstos hagan innecesario el tratamiento médico, o bien lo complementen. A lo largo del artículo se detallan las medidas saludables durante la menopausia.

PALABRAS CLAVE

Menopausia. Ejercicio cuidado de la alimentación. Hábitos saludables.

ABSTRACT

Menopause is a physiological phase in a woman's life in which there is a greater predisposition to various diseases. To a large extent these can be prevented by using medication (estrogen, tibolone, soy isoflavones). However, several interventions are possible in the lifestyle of women, so that they do unnecessary medical treatment or complement it. Throughout the article, the health measures are discussed during menopause.

KEY WORDS

Menopause. Exercise care supply. Healthy Habits.

INTRODUCCIÓN

La menopausia es una situación fisiológica en la mujer en la que se producen profundos cambios: disminuyen notablemente los estrógenos, disminuye el metabolismo basal, aumentan las cifras de colesterol, aumenta la tensión arterial, etcétera. Todas estas circunstancias hacen que la mujer esté más predispuesta a sufrir patología cardiovascular y ósea y atrofia génito-urinaria.

Una forma de afrontar estos problemas es mediante el uso de medicación, en concreto estrógenos, tibolona o isoflavonas de soja. Sin embargo no todas las mujeres van a precisar de esta terapia, y muchas van a mantener su salud durante muchos años mediante una serie de medidas que podrían agruparse bajo el título de "vida saludable". Precisamente de lo que deben ser los hábitos de vida saludable es lo que vamos a comentar, implementando una serie de orientaciones prácticas que pueden servir de orientación a las mujeres menopáusicas.

Precisamente el objetivo de este artículo es fomentar el que las mujeres adopten hábitos de vida saludable a través de una alimentación adecuada, la práctica de ejercicio y la supresión de hábitos tóxicos, constituye una de las mejores formas de prevención de los problemas en la perimenopausia, en la menopausia y en la posmenopausia.

Se podrían resumir del siguiente modo:

- Dieta
- Ejercicio
- Eliminación de hábitos tóxicos
- Apoyo psíquico

DIETA Y ALIMENTACIÓN EN LA MENOPAUSIA

- La menopausia se acompaña de una tendencia al incremento de peso, secundaria a una disminución entre el 10 y el 20% del metabolismo basal, y de un cambio en la distribución de la grasa, por el predominio relativo de los andrógenos, con un incremento del riesgo cardiovascular. Es por ello que la mujer menopáusica debe tener especial cuidado en la cantidad de calorías que ingiere, ya que comiendo lo mismo que antes de la menopausia la mujer va a ir engordando progresivamente.
- Es aconsejable enriquecer la dieta en pescado azul, aceite de oliva virgen y derivados de la soja.
- En este sentido se debería consumir pescado azul (sardina, caballa, salmón, atún, etcétera) al menos dos veces por semana, aunque una mayor frecuencia no se desaconseja, sino más bien al contrario.

CORRESPONDENCIA:

Dr. Javier Haya

Servicio de Obstetricia y Ginecología
Hospital General Universitario de Ciudad Real
E-mail: haya.javier@gmail.com

- Con respecto al aceite virgen de oliva y los productos derivados de la soja, lo ideal es que se consuma de forma diaria. Sólo el aporte diario de los ácidos grasos monoinsaturados y los de cadena corta del aceite virgen de oliva, así como los lípidos, la proteína y sobre todo las isoflavonas de la soja, consiguen disminuir la enfermedad cardiovascular y al mismo tiempo aliviar de manera significativa el síndrome climatérico.
- Tampoco se deben descuidar los productos lácteos (aporte de calcio), que con preferencia deben ser desnatados o semidesnatados.

EJERCICIO FÍSICO

- Tras la menopausia se produce una rápida pérdida de masa ósea y hay una tendencia al aumento de peso.
- La práctica regular de una actividad física en una mujer menopáusica puede resultar muy beneficiosa, ya que favorece el bienestar del sistema circulatorio y del sistema músculo esquelético. También se aumenta el consumo calórico, que previene el aumento de peso y el acúmulo de grasa en el abdomen, y se incrementa la síntesis de endorfinas endógenas, que contribuyen a la sensación de bienestar.
- A la hora de valorar la calidad de un determinado esfuerzo, es conveniente saber que es preferible la duración la intensidad, es decir, que beneficia más un ejercicio suave y mantenido durante una hora, que uno intenso durante 10 minutos.
- En principio cualquier ejercicio es válido: apuntarse a un gimnasio, bailar, pasear, andar en bicicleta, etcétera. Únicamente señalar que los ejercicios no gravitatorios como la natación, no tienen efecto sobre el hueso, y que no se deberían practicar deportes con riesgo de caída (mejor bicicleta estática que la de verdad). De entre todos ellos probablemente el mejor sea aquel que más guste a la mujer, pero la experiencia demuestra que frecuentemente el pasear acompañada constituye un excelente hábito, que no sólo beneficia en el aspecto físico, sino también en el relacional.
- Las ventajas que tiene el caminar con respecto a otros ejercicios son numerosas: se realiza un ejercicio aeróbico, sin sobreesfuerzo cardiaco, se puede mantener el esfuerzo durante periodos prolongados de tiempo, es barato y permite hablar con otra persona mientras se realiza.

ELIMINACIÓN DE HÁBITOS TÓXICOS

- El alcohol y el tabaco contribuyen al aumento de riesgo de osteoporosis y enfermedades cardiovasculares, por lo que se recomienda evitar su uso.
- El café se puede mantener, siempre y cuando se haga un consumo moderado. Se pueden considerar como tolerables, e incluso saludables, hasta tres tazas de café al día. De todos modos, se acepta que es más saludable el que, especialmente el verde, sin fermentar, que el café, por lo que se le puede plantear a la mujer su sustitución.
- De igual modo, un pequeño consumo de alcohol podría considerarse saludable. De preferencia este consumo debería realizarse a través del vino tinto, que contiene diferentes fenoles y sobre todo un fitoestrógeno, el resveratrol, que se comporta al igual que las isoflavonas de soja, aliviando el síndrome climatérico. Se considera lo ideal la ingesta diaria de dos copas de vino, durante las comidas.

- Con respecto al tabaco, éste debe ser eliminado totalmente. Si la mujer no consigue erradicar este hábito nocivo por sí misma conviene involucrarla en los múltiples programas que existen para ayudar al fumador, que pueden incluir el uso de acupuntura o de determinados fármacos.

APOYO PSÍQUICO

Todo este andamiaje de recomendaciones en el plano físico realmente tendría poco valor si no se complementan con actuaciones claras en la esfera psíquica. Muchas son las posibles prácticas en este ámbito, que en este caso no sólo afectan a la mujer, sino que es necesaria la implicación de su pareja. A modo de resumen, podríamos decir que lo más importante en el plano psicológico se resume en una sola palabra: información.

La información es la clave para que, tanto la mujer como su compañero, si lo hubiere, se adapten a la nueva situación de la vida de ésta, y comiencen una nueva etapa, diferente, pero no necesariamente peor que la anterior. ¿Y de qué debemos informar a la pareja con respecto a la menopausia? Son varios los puntos de interés al respecto:

- o Transmitir que la menopausia es un hecho fisiológico, y que ésta no se debe a ninguna enfermedad. Es algo natural en la mujer, y que incluso ha presentado ventajas evolutivas para la especie.
- o Se debe descartar totalmente la relación que muchas veces ella establece entre el hecho de tener la regla y ser mujer. No se es menos femenina ni menos mujer por la circunstancia de que se haya acabado la etapa fértil y ya no tenga períodos menstruales. Del mismo modo que ya era una mujer antes de tener reglas, lo continuará siendo tras desaparecer éstas.
- o La menopausia no tiene por qué relacionarse con el desarrollo de ninguna enfermedad. Si bien es cierto que los cambios hormonales que acontecen en la mujer la predisponen a tener mayor riesgo de desarrollar algunas patologías en relación a la etapa fértil, tampoco lo es menos que con actitudes preventivas, relacionadas estrechamente con los consejos comentados anteriormente de la esfera física, es posible disminuir estos riesgos y evitar el desarrollo de cualquier enfermedad conexa con la menopausia.
- o Con la menopausia pueden aparecer síntomas molestos, como los sofocos o la sequedad vaginal, y si bien los primeros tienden a mitigarse con el tiempo, la segunda suele ir ganando intensidad con el paso del tiempo. Sin embargo, afortunadamente, estos síntomas pueden aliviarse de una manera eficaz como una alimentación que aporte isoflavonas, fundamentalmente a través de la soja, aunque también a través del consumo de otros vegetales. Si esto no fuera suficiente, siempre es posible el recurrir a tratamientos farmacológicos, consistentes en estrógenos, concentrados de isoflavonas, o simplemente hidratantes locales.
- o Aunque la menopausia conlleva una serie de cambios físicos, como la pérdida de la figura femenina o la propensión a la caída de los pechos, la mujer continúa siendo bella. De otro modo diferente a como nos presentan los medios de comunicación el prototipo de belleza, pero no por ello menos hermosa que antes. La aceptación del hecho de que no debe estar esclavizada por los cánones de perfección impuestos por la sociedad (que por otro lado suelen ser variables a lo largo del tiempo) supone una auténtica liberación, y permite disfrutar de su cuerpo sin ningún complejo o pudor.

o Las relaciones sexuales son un elemento que ayuda a afianzar la relación de pareja. En tanto que ya no existe el riesgo de una gestación no deseada, es posible disfrutar del sexo sin ninguna cortapisa. Si la sequedad fuera un impedimento, siempre es posible recurrir a lubricantes, e incluso convertir su aplicación en una fase más del juego erótico. Beneficios adicionales de las relaciones sexuales regulares son el fortalecimiento del suelo pélvico, con lo que se hace prevención de los prolapsos, y también profilaxis de la atrofia de los genitales externos, ya que el semen contiene pequeñas cantidades de testosterona, que tiene un efecto trófico intenso sobre esa zona.

o La pareja de la mujer debe ser consciente del período de evolución que atraviesa ésta, y que en ocasiones pueden aparecer cambios de humor, problemas con el sueño y pérdida de la libido. Ello no significa que la mujer haya dejado de quererle, o que ya no resulte atractivo para ella. Sencillamente se trata de que su mujer está atravesando una etapa de transformaciones, que es pasajera, y que con ayuda, y sobre todo comprensión por su parte, la vuelta a la normalidad puede ser muy rápida. Una pareja bien informada y comprensiva puede ser la piedra angular que permita la mujer superar el período de cambios sin ninguna dificultad.

- Y lo más importante de todo es la concienciación de que, con regla o sin ella, la vida continúa, y aún le queda por vivir mucha de ella, que puede ser tan feliz o más que la que ya ha recorrido. Una actitud positiva hacia la menopausia es muy importante a la hora de disfrutar de la vida.

Con todo lo comentado en este lugar es posible dar a la mujer menopáusica y posmenopáusica una serie de guías que le permitan transitar por esta etapa de su vida de la mejor manera posible, sin tener que recurrir, en principio a tratamientos médicos. Y si finalmente recurre a ellos, sin duda todas estas medidas complementarán muy eficientemente la actuación de los tratamientos médicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Schoenaker DA, Jackson CA, Rowlands JV, Mishra GD. Socioeconomic position, lifestyle factors and age at natural menopause: a systematic review and meta-analyses of studies across six continents. *Int J Epidemiol*. 2014 Oct;43(5):1542-62. doi: 10.1093/ije/dyu094
2. Paoletti R1, Wenger NK. Review of the International Position Paper on Women's Health and Menopause: a comprehensive approach. *Circulation*. 2003 Mar 11;107(9):1336-9.
3. McElmurry BJ, Huddleston DS. Self-care and menopause: critical review of research. *Health Care Women Int*. 1991 Jan-Mar;12(1):15-26.
4. Jull J, Stacey D, Beach S, Dumas A, Strychar I, Ufholz LA, Prince S, Abdulnour J, Prud'homme D.J Lifestyle interventions targeting body weight changes during the menopause transition: a systematic review. *Obes*. 2014;2014:824310. doi: 10.1155/2014/824310.
5. Parente RC1, Faerstein E, Celeste RK, Werneck GL. The relationship between smoking and age at the menopause: A systematic review. *Maturitas*. 2008 Dec 20;61(4):287-98. doi: 10.1016/j.maturitas.2008.09.021.
6. Vesco KK1, Haney EM, Humphrey L, Fu R, Nelson HD. Influence of menopause on mood: a systematic review of cohort studies. *Climacteric*. 2007 Dec;10(6):448-65.
7. Richardson TA, Robinson RD. Menopause and depression: a review of psychologic function and sex steroid neurobiology during the menopause. *Prim Care Update Ob Gyns*. 2000 Nov 1;7(6):215-223.
8. Myers LS. Methodological review and meta-analysis of sexuality and menopause research. *Neurosci Biobehav Rev*. 1995 Summer; 19(2):331-41.

Caso Clínico

Gran mioma cervical prolapsado en vagina

Great cervical myoma prolapsed in vagina

López-Olmos J.⁽¹⁾, Vizuite Del Río J. ⁽¹⁾

¹ Unidad de ginecología (Dr. López-Olmos). Centro de Especialidades de Monteolivete, Valencia

¹ Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital Dr. Peset, Valencia

RESUMEN

Presentamos el caso de una mujer de 53 años diagnosticada de mioma cervical, con hipermenorreas y dispareunia. En la exploración, apreciamos un mioma cervical de 4 x 6 cm, pariéndose en vagina, que se confirmó en la ecografía vaginal y en la imagen de Resonancia magnética (RMI). La paciente por su edad y la disminución de molestias no aceptó la intervención.

PALABRAS CLAVE

Mioma cervical. Prolapso de mioma en vagina. Ecografía vaginal. Imagen de Resonancia magnética.

ABSTRACT

We present a case of a woman of 53 years-old diagnosed of a cervical myoma, with hypermenorrhoeas and dyspareunia. In the exploration, we estimate a cervical myoma of 4 x 6 cm, prolapsed in vagina, which was confirmed in vaginal sonography and IRM. The patient refused the intervention by age and discontinuity of symptoms.

KEY WORDS

Cervical myoma. Myoma prolapsed in vagina. Transvaginal sonography. IRM.

INTRODUCCIÓN

Las mujeres caucásicas a los 35 años, en 40 % tienen miomas, y a los 50 años en 80 %. Después de la menopausia no aparecen nuevos miomas. El 50 % de los miomas son asintomáticos (1). Los síntomas dependen de posición, tamaño y nº de miomas. Los síntomas: sangrado anormal, dolor pélvico, infertilidad, etc, no siempre son a causa del mioma. Puede haber pocos miomas y muchos síntomas, y muchos miomas y no síntomas.

Los miomas submucosos dan menorragia o sangrado intermenstrual. Pueden estar pediculados, y no dan síntomas salvo si hay torsión. Nosotros (2), tuvimos un caso de un gran mioma submucoso (15 x 10 cm) pariéndose en vagina, en una mujer de 46 años. La miomectomía por vía vaginal fue imposible, y terminó en histerectomía total abdominal.

Los miomas cervicales son el 4-8 % de los miomas (3). Pueden ser intracervicales (submucosos) o extracervicales (subserosos). Los miomas cervicales están cerca de vejiga, uretra y recto. Por ello, en la intervención hay peor acceso en el campo operatorio, dificultad con las suturas, aumento de la pérdida sanguínea, y se produce distorsión de la anatomía.

El prolapso de un mioma cervical en la vagina es algo muy raro, y es el caso que presentamos a continuación. Luego comentaremos otros casos parecidos y sus implicaciones clínicas.

CASO CLÍNICO

Mujer de 53 años, G2C2. Antecedentes personales: alergia al polvo y asma. Diagnosticada de miomas uterinos y afecta de hipermenorreas, desde hacía 6 años. En tratamiento con contraceptivos hormonales orales de 2008 a 2009, y posteriormente en tratamiento con ácido tranexámico. En 2010, al tacto vaginal había una tumoración a nivel cervical compatible con mioma cervical. En la ecografía vaginal: mioma cervical de 5 x 3 cm. Sospecha de tumor anexial de anexo derecho de 7 x 5 cm. Se solicitaron marcadores tumorales y Tomografía axial computadorizada (TAC).

Los marcadores tumorales (αFP, ACE, B-HCG, CA 19-9 y CA 125), fueron todos normales. El informe de la TAC: útero aumentado de tamaño, con mioma en cérvix de 5 cm (Figura 1), y otro de 2 cm en el fundus. Se descarta tumoración quística de ovario derecho. El ovario izquierdo también es normal. Hígado, páncreas, bazo, riñones y suprarrenales, sin alteraciones significativas. No se observa líquido libre.

La imagen del mioma cervical, se mantuvo sin cambios, de 2010 a 2012. En ese tiempo, las citologías fueron normales.

La paciente nos consultó el 19-06-2013, seguía con hipermenorreas. Al tacto vaginal, se notaba el mioma cervical pariéndose. En la ecografía vaginal medía 41 x 63,4 mm (Figura 2). No se pudo practicar biopsia endometrial. Se solicitó resonancia magnética (RM), por el aumento de tamaño.

El informe de la RM (Figura 3): se confirma la presencia de masa endocervical de 67 x 61 x 60 mm, que protruye en cavidad vaginal, condicionando distensión y deformidad de los fórnicies vaginales. La intensidad de señal es predominantemente hipertensa, y tras la administración de contraste, muestra un intenso realce heterogéneo con

CORRESPONDENCIA:

Dr. Jorge López-Olmos;

Unidad de ginecología (Dr. López-Olmos)
Centro de Especialidades de Monteolivete
Avda. Navarro Reverter, 4, 13ª
46004 Valencia
E-mail: jlopezo@sego.es

presencia de pequeñas áreas centrales de menor vascularización. Hallazgos compatibles con mioma cervical sin evidencia de complicaciones. El grosor endometrial es normal. Los ovarios, sin alteraciones.



Figura 1. TAC. Mioma en cérvix de 5 cm

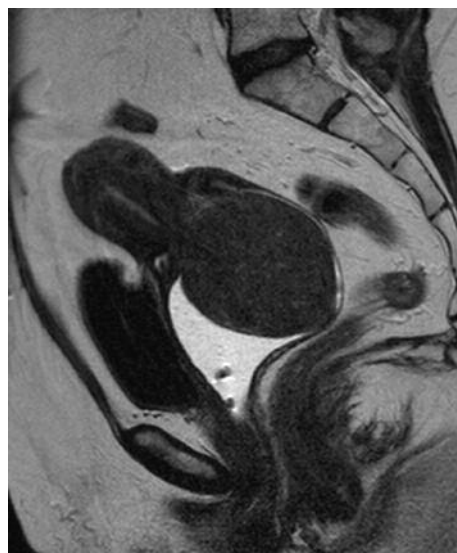


Figura 3. RM. Masa endocervical de 67 x 61 x 60 mm que protruye en cavidad vaginal.

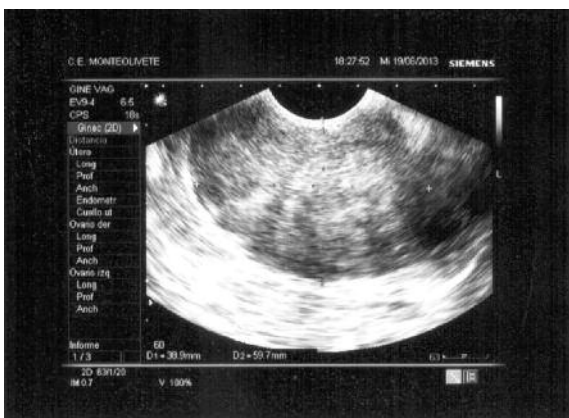


Figura 2. Ecografía Vaginal. Mioma cervical de 38,9 x 59,7 mm.

Se indicó intervención por las molestias vaginales y dispareunia, y por gran mioma cervical en proceso de parto vaginal. La paciente, que ya sólo manchaba y no tenía hipermenorreas, por su edad de menopausia, declinó la oferta.

DISCUSIÓN

El prolapso de un mioma cervical en la vagina (parto del mioma) es muy raro. En nuestro caso, mujer de 53 años, con hipermenorreas durante años, y conocido su mioma, recibió tratamientos médicos con los que fue contemporizando. Finalmente, cuando se apreció el mioma cervical pariéndose, y se indicó la intervención por sus molestias, la paciente que ya no sangraba, y estaba en edad de menopausia, no aceptó.

En el caso de Gurung y cols (4), en una mujer de 37 años, G4P4, tenía una masa prolapsada por cérvix, y ulcerada, de 10 x 12 cm, que aumentó de tamaño en 3 años. Se practicó histerectomía vaginal. Se podría hacer amputación de la masa o amputación de la porción vaginal del cérvix, en caso de elongación congénita del cérvix.

Turhan y cols (5), presentan en una mujer de 52 años, G4P3A1, una inversión uterina no puerperal. Tenía una masa prolapsada y ulcerada, necrótica e infectada, era un mioma cervical de 5 cm. Diagnosticada 2 años antes, rechazó la intervención. Ahora, tenía una masa en vulva de 6 cm. A la exploración, era una inversión uterina, por la inversión del mioma cervical. Se practicó histerectomía vaginal. La inversión es rara. El mecanismo sería: la distensión y vaciamiento de la cavidad uterina, las contracciones expulsivas y el peso del tumor.

Baum y Narinedhat (6), presentan un mioma cervical prolapsado en una joven de 32 años, G2P2. Tenía una masa de 10 x 5 cm prolapsada en vagina. Se creyó prolapso uterino. En la ecografía, se vió la masa anterior al útero, era un mioma extracervical subseroso. Como no estaba claro el diagnóstico preoperatorio, se practicó una histeroscopia, que informó de útero normal. Se practicó resección de la masa, que era un mioma cervical.

Los miomas en el embarazo pueden dar complicaciones. Los miomas cervicales, si están pedunculados, pueden prolapsarse en vagina. En el caso de Oruç y cols (7), en una mujer de 37 años, G3P2, presentó sangrado y líquido amniótico (LA) en vagina, en la semana 18 de embarazo. Tenía un mioma pedunculado de 5 x 6 x 7 cm, de cara posterior de cérvix. Tras la muerte fetal, se practicó resección del mioma e histerectomía abdominal.

Obara y cols (8), presentan el caso de una mujer de 31 años, nuligesta, con mioma cervical de 6,2 x 4,3 cm, diagnosticado 6 meses antes del embarazo, en cara posterior de cérvix. Quedó gestante y tuvo sangrado vaginal en las semanas de 7 a 11 del embarazo. Sangraba de la superficie del mioma. Se hizo compresión y miomectomía vaginal. Continuó el embarazo, con curso normal. El parto se indujo a las 40 semanas, y terminó en parto espontáneo. Se puede operar en el

embarazo. Hay que dar antibióticos preoperatorios, para prevenir la infección, por el riesgo de cervicitis, RPM (rotura prematura de membranas), y corioamnionitis. Puede hacerse RM para ver la base del mioma. Si la base es palpable, se puede hacer miomectomía. Si la base es inaccesible, no.

En otras situaciones, los miomas también pueden dar problemas. En el caso de Pollard y Goldberg (9), ocurrió un prolapso de mioma cervical tras embolización de la arteria uterina, en una mujer de 40 años, G2P1. Tenía 3 miomectomías abdominales previas. Por menorragia severa le hicieron embolización de la arteria uterina. Dos semanas después hizo prolapso de mioma cervical de 6 cm, y le hicieron histerectomía abdominal. El mioma cervical tiene gran predisposición al prolapso. En este caso la embolización está contraindicada.

Murakami y cols (10), presentan el prolapso de un mioma cervical en el puerperio, tras cesárea electiva (por obstrucción del parto) a las 37 semanas, en una mujer de 32 años, con mioma cervical diagnosticado por ecografía. A los 16 días de la cesárea, presentó sangrado. En la RM se vió parte del mioma en la vagina, necrosado. el mioma cervical era exofítico. La degeneración del mioma sería por la depleción sanguínea, y las contracciones uterinas. Se practicó miomectomía abdominal.

Finalmente, y en resumen, cuando hay un mioma cervical prolapsado en vagina, hay que llegar a un diagnóstico preciso de la situación, con reconocimiento bajo anestesia (RBA), RM y ecografía, e histeroscopia si fuera necesario. Si la base del mioma es accesible, procurar miomectomía por vía vaginal o amputación de la masa. Si es inaccesible, practicar miomectomía por vía abdominal, en su caso histerectomía, según los deseos o no de fertilidad de la paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Divakar, H. Asymptomatic uterine fibroids. *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol*, 2008, 22, 4, 643-654.
2. Lopez-Olmos, J Y Gilabert, J. Parto de gran mioma submucoso. *Acta Ginecol*, 2000, 57, 3, 81-82.
3. Patel, P; Banker, M; Munshi, S y Bhalla, A. Handling cervical myomas. *J Gynecol Endosc Surg*, 2011, 2, 1, 30-32.
4. Gurung, G; Rana, A y Rana Hagar, D.B. Utero-vaginal prolapse due to portio vaginal fibroma. *J Obstet Gynaecol Res*, 2003, 29, 3, 157-159.
5. Turhan, N; Simavli, S; Kaygusuz, I y Kasap, B. Totally inverted cervix due to a huge prolapsed cervical myoma simulating chronic non-puerperal uterine inversion. *Int J Surg Case reports*, 2014, 5, 513-515.
6. Baum, J. D y Narinedhat, R. Cervical myoma experienced as prolapse. *J Minim Invasiv Gynecol*, 2009, 16, 3, 248-249.
7. Oruç, S; Karaer, Ö y KurtuL, Ö. Coexistence of a prolapsed, pedunculated cervical myoma and pregnancy complications. A case report. *J Reprod Med*, 2004, 49, 575-577.
8. Obara, M; Hatakeyama, Y y Shimizu, Y. Vaginal myomectomy for semipedunculated cervical myoma during pregnancy. *Am J Perinatol Rep*, 2014, 4, 37-40.
9. Pollard, R.R y Goldberg, J.M. Prolapsed cervical myoma after uterine artery embolization. A case report. *J Reprod Med*, 2001, 46, 499-500.
10. Murakami, T; Niikura, H; Shima, Y; Terada, Y y Okamura, K. Sloughing off of a cervical myoma after cesarean section. A case report. *J Reprod Med*, 2007, 52, 962-964.

Caso Clínico

Hidrocistoma ecrico de vulva

Vulvar eccrine hidrocystoma

López-Olmos J.⁽¹⁾, Navarro P.⁽¹¹⁾

¹ Unidad de ginecología (Dr. López-Olmos). Centro de Especialidades de Monteolivete, Valencia

¹¹ Servicio de Anatomía Patológica, del Hospital Arnau de Vilanova, Valencia

RESUMEN

Presentamos un caso de hidrocistoma ecrico de vulva, en una mujer de 39 años. Es una tumoración quística rara, asintomática. Mostramos las imágenes típicas, y comentamos el diagnóstico diferencial.

PALABRAS CLAVE

Hidrocistoma ecrico. Vulva. Diagnóstico diferencial.

ABSTRACT

We present a case of eccrine hidrocystoma of vulva, in a woman of 39 years-old. This is a rare cystic tumoration, asymptomatic. We show the typical images, and comment the differential diagnosis.

KEY WORDS

Eccrine hidrocystoma. Vulva. Differential diagnosis.

INTRODUCCIÓN

Las glándulas sudoríparas ecricas, se encuentran en la piel no en mucosas, en palmas, plantas, axilas y frente. La glándula secretora consta de un conducto recto dérmico y un conducto intraepidérmico enrollado, que se abre directamente a la piel (1). El componente secretor se encuentra en la dermis reticular. Hay célula mioepiteliales contráctiles, y una capa interna de células secretoras: células grandes, claras, que producen secreción acuosa; y células pequeñas, con mucopolisacáridos. El conducto dérmico tiene una doble capa de células basófilas cuboides.

El control de la secreción es por fibras nerviosas simpáticas postganglionares colinérgicas. Estímulos térmicos, mentales y gustativos, influyen. La secreción ecrica es similar al plasma, con pH = 4-6,8.

Los tumores de los anexos cutáneos, los más frecuentes son los del aparato pilosebáceo, y en conductos y glándulas ecricas (2). Se dan en cabeza y cuello de adultos jóvenes. Son nódulos solitarios, quísticos, de color carne o rojo ligero, o con tinte azulado.

Las glándulas ecricas tiene un papel en la función sexual, odorífero (derivadas de la cloaca) (3).

El hidrocistoma ecrico, es una lesión quística rara, benigna (4). Son pequeños, de 1-6 mm, sencillos o múltiples, en adultos de 30-70 años, con igual incidencia en hombres y mujeres, y asintomáticos.

El hidrocistoma ecrico, es raro en la vulva (5). Se presenta como nódulo subcutáneo solitario, es asintomático o produce prurito y sensación quemante. Puede ser blando a la palpación. Macroscópicamente, es de 0,5-2 cm, sólido y bien circunscrito. Microscópicamente, hay células poligonales, de núcleo redondo y pequeño, y citoplasma claro. Las células están en lóbulos separados por tejido conectivo rico en colágeno. Hay mitosis raras. Puede haber ulceración. El tratamiento es la excisión. También puede hacerse punción (4), dar atropina tópica al 1 %, o crema de escopolamina, o el laser de CO₂. Y evitar altas temperaturas y condiciones de humedad.

En este trabajo, presentamos un caso de hidrocistoma ecrico de vulva, con las imágenes típicas de Anatomía Patológica.

CASO CLÍNICO

Mujer de 39 años, nuligesta. Antecedentes personales: apendicectomía. No utiliza métodos contraceptivos. Consulta por revisión ginecológica. Se queja de un grano en la vulva desde hace 1 año. A la exploración, se aprecia una tumoración quística en 1/3 medio de labio menor derecho, como quiste de inclusión (figura 1). Se programó para exéresis en la consulta con anestesia local, unos días después.

El informe de Anatomía Patológica: sobre la elipse cutánea remitida, indica se trata de un hidrocistoma ecrico (figuras 2 y 3), con márgenes de resección negativos.

DISCUSIÓN

Nuestro caso, es una mujer de 39 años, con un nódulo en vulva, labio menor, y aspecto de quiste de inclusión. El tratamiento es la exéresis, lo que nos da el diagnóstico definitivo.

El diagnóstico diferencial, debe hacerse, porque hay presentaciones similares (4), con: quistes epidérmicos de inclusión, quistes mucoides, hemangiomas, linfangiomas, carcinoma basocelular o melanoma maligno.

CORRESPONDENCIA:

Dr. Jorge López-Olmos;

Unidad de ginecología (Dr. López-Olmos)
Centro de Especialidades de Monteolivete
Avda. Navarro Reverter, 4, 13^a
46004 Valencia
E-mail: jlopezo@sego.es



Figura 1. MACROSCOPICA. Tumoración quística en labio menor derecho.

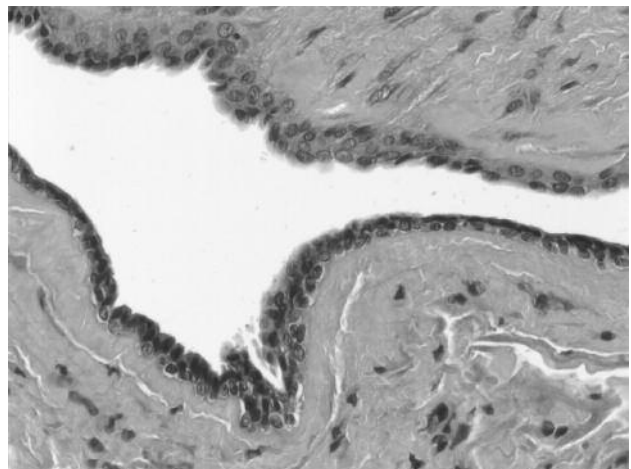


Figura 3. MICROSCOPICA. (HE, 40x). Detalle del revestimiento quístico, formado por una doble capa de células con signos de diferenciación ecrina.

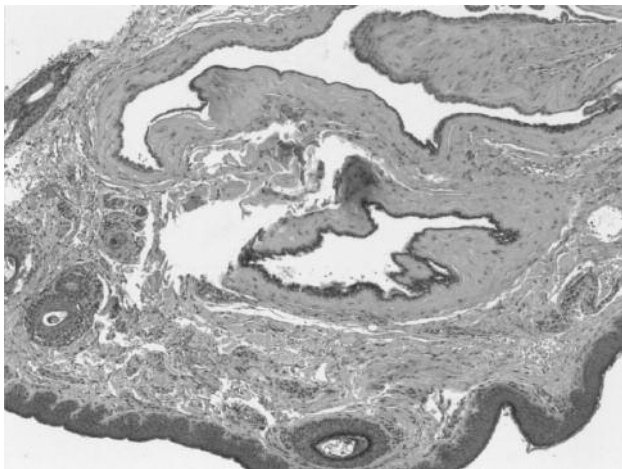


Figura 2. MICROSCOPICA. (HE, 4x). Formación quística de contenido líquido, con revestimiento estratificado.

Con el hidrocistoma apocrino, quiste bien circunscrito con células con citoplasma rosa abundante y secreción apical, que también se da en vulva (6), se hace el diagnóstico diferencial con la inmunohistoquímica (IHQ). El hidrocistoma ecрино da positivo la proteína S-100 (el apocrino, no); el ecрино es PAS negativo (el apocrino es PAS positivo)(4).

También hay que hacer el diagnóstico diferencial con el hidradenoma papilífero (7).

Kamushima y cols (8), tienen un caso de hidrocistoma ecрино pigmentado, nódulo negro en labio menor derecho, de varios años de evolución, en una mujer de 47 años. En la IHQ era PAS (+), CA 19-9 (+), CK 7, CK 8 y CK 19 (+), CK 10, negativo, y HMFG -1, negativo (en apocrino es positivo).

Ozkan (9), presenta un caso de hidrocistomas múltiples de vulva, en una mujer de 57 años. Tenía prurito durante 2 semanas. Había en vulva lesiones miliares múltiples, de 2 mm de diámetro. Se trató con laser de CO₂, y al año no hubo recurrencias.

Finalmente, recordar de los hidrocistomas ecrios (3), que son pequeños, de forma glandular simple, con apertura superficial, el conducto excretor es largo y estrecho, las porciones alta y media escamosas, la porción baja con células claras basales, oscuras lumbales y mioepiteliales. La membrana basal es espesa, y el estroma poco y laxo. Suelen ser asintomáticos, y el tratamiento es la exéresis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Du Vivier, A. Atlas de Dermatología clínica, cap 2, pags 206-207. Harcourt Brace, Madrid, 2ª ed, 1995.
2. Stevens, A; Lowe, J y Scott, I. Patología Clínica. Ed. El Manual Moderno, México, 3ª ed, 2011.
3. Van Der Putte, S.C.J. Anogenital "Sweat " glands. Histology and Pathology of a gland that may mimic mammary glands. Am J Dermatopathol, 1991, 13, 6, 557-567.
4. Sarabi, K y Khachemoune, A. Hidrocystomas-A brief review. Med Gen Med, 2006, 8, 3, 57-59.
5. Kurman, R.J; Norris, H.J y Wilkinson, E. Atlas of tumor pathology. Tumors of the cervix, vagina, and vulva. AFIP, Washington, Third Series, Fascicle 4, 1990.
6. Wilkinson, E.J y Masoll, N.A. Benign diseases of the vulva, cap 1, pag 37, en Blaunstein 's Pathology of the female genital tract, de Kurman, R.J; Ellenson, L.H y Ronnett, B.M. Springer, New York, 6ª ed, 2011.
7. Glusac, E.J; Hendrickson, M.S y Smoller, B.R. Apocrine cystadenoma of the vulva. J Am Acad Dermatol, 1994, 31, 498-499.
8. Kamishima, T; Igarashi, S; Takeuchi, Y; Ito, M y Fukuda, T. Pigmented hidrocistoma of the eccrine secretory coil in the vulva: clinicopathologic, immunohistochemical and ultrastructural studies. J Cutan Pathol, 1999, 26, 145-149.
9. Özkan, Z. Multiple eccrine hidrocystomas of the vulva. Int J Gynecol Obstet, 2009, 105, 1, 65.

Caso Clínico

Neoplasia intraepitelial vaginal tras histerectomía total

Vaginal intraepithelial neoplasia after total hysterectomy

Delgado E.⁽¹⁾, Abascal A.⁽¹⁾, Moreno-Palacios E.⁽¹⁾, Kazlauskas S.⁽¹⁾, Zapardiell I.⁽¹⁾

¹ Servicio de Ginecología. Hospital Universitario La Paz. Madrid

¹ Servicio de Ginecología. Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid

RESUMEN

El VAIN traduce los cambios en el epitelio vaginal que se inician como lesión intraepitelial y evolucionan a carcinoma invasor. Su incidencia es 0,2-2/100000 pacientes, siendo el 0,4% de neoplasias intraepiteliales del tracto genital inferior. Presentamos el caso de una paciente de 55 años a la que con 40 años se le realizó una histerectomía total con anexectomía bilateral por lesión cervical intraepitelial de alto grado. Acudió a consulta por citología ASCUS en Mayo de 2007, con test de HPV positivo para alto riesgo (51, 58 y 61). En la colposcopia se observaron múltiples imágenes yodo negativas en fondo vaginal y cicatriz de colpotomía. Se obtuvieron muestras de biopsia, informadas de VAIN II-III. Se trató mediante electrocoagulación de las lesiones, sin recidiva. Alrededor del 1% de las pacientes con neoplasia intraepitelial cervical desarrollan VAIN, con un intervalo de tiempo entre el diagnóstico del CIN y el VAIN entre 2 y 13 años. Es necesario realizar seguimiento intensivo después de la cirugía con citologías y colposcopias meticulosas.

PALABRAS CLAVE

VAIN, histerectomía, VPH

ABSTRACT

Intraepithelial lesion observed in VAIN may evolve to invasive carcinoma. Its incidence is 0, 2-2/100000 patients, and it represents the 0.4% of intraepithelial neoplasia of the lower genital tract. We present the case of a 55-year-old patient. At the age of 40 years she underwent a total hysterectomy with bilateral adnexectomy due to high-grade intraepithelial lesion. She attended consultation 15 years later ASCUS cytology, with positive high risk HPV for 51, 58 and 61 serotypes. Negative iodine vaginal lesions were observed in the colposcopy located in vaginal fundus and colpotomy scar. Biopsy was informed as HPV + VAIN II-III. She underwent electrocoagulation without any recurrence. About 1% of the patients with cervical intraepithelial neoplasia develop VAIN, with an interval time between the diagnosis of CIN and VAIN from 2 to 13 years.

CORRESPONDENCIA:

Dra. Elsa Delgado;

Servicio Ginecología. Hospital universitario La Paz

Paseo de la Castellana, 261.

28046. Madrid

E-mail: ep.delgadosanchez@gmail.com

It is necessary to carry out intensive monitoring after CIN treatment with pap smears and meticulous colposcopies in order to have an early detection of possible recurrences in vaginal mucosa.

KEY WORDS

VAIN, hysterectomy, HPV.

INTRODUCCIÓN

La incidencia de la neoplasia intraepitelial vaginal (VAIN) es de 0.2 casos por 100000 mujeres, y constituye el 0.4 % de las neoplasias intraepiteliales del tracto genital inferior (1).

El VAIN se inicia como una proliferación celular con maduración anormal y crecimiento nuclear y atipia que puede llevar al desarrollo de un carcinoma invasor en la mucosa vaginal. En etapas avanzadas puede observarse además pleomorfismo nuclear con la presencia de membranas celulares de contorno irregular.

Esta entidad se clasifica en tres categorías: VAIN I o displasia leve; VAIN II o displasia moderada; VAIN III o displasia severa, según el grado de afectación del espesor de la mucosa vaginal.

Se consideran factores de riesgo: citología anormal previa, historia de neoplasia intracervical (CIN) o cáncer cervical, condilomatosis genital, antecedentes de radioterapia, inmunosupresión, bajo nivel educativo e ingreso familiar, tabaquismo, irritación y traumatismo de vagina, histerectomía por CIN, histerectomía en edad reproductiva, exposición al dietilestilbestrol, infección por HPV. Son factores predisponentes la infección por virus del herpes simple y virus de Epstein-Barr, uso de pesario, prolapso genital, enfermedades de transmisión sexual, actividad sexual y predisposición genética. El diagnóstico de confirmación se realiza mediante colposcopia con toma de biopsias siendo variables las opciones terapéuticas.

Presentamos un caso clínico de una paciente tratada mediante histerectomía total por CIN, que desarrolla a los 15 años un VAIN III.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una mujer de 55 años, natural de Filipinas, que reside en España desde hace 20 años. No presentaba antecedentes médicos de interés. Y como antecedentes gineco-obstétricos tuvo 1 parto y 1 aborto previos, inicio de las relaciones sexuales a los 25 años, sin pareja estable actualmente. No ha usado nunca métodos anticonceptivos de barrera. A los 40 años se le realizó en su país una histerectomía más doble anexectomía por lesión intraepitelial de alto grado cervical.

Quince años después acude a nuestra consulta por una citología ASCUS, con VPH (+) de alto riesgo (hibridación molecular) y PCR (+) para 51 y 58 (riesgo alto) y 61 (riesgo intermedio). Se realiza una colposcopia en la que se observan imágenes yodo-negativas en fondo de saco vaginal y en la cicatriz de la colpotomía (Figuras 1 y 2). Ante estos hallazgos se le realiza una biopsia que resulta positiva para VAIN II-III y alteraciones sugestivas de infección por VPH.

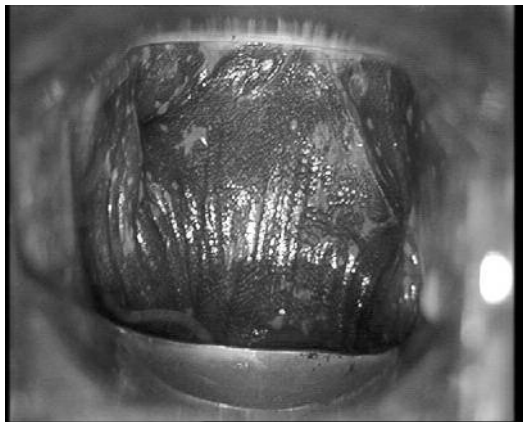


Figura 1. Imágenes yodo-negativas en fondo de saco vaginal y en la cicatriz de la colpotomía a los 5 segundos de aplicar lugol.

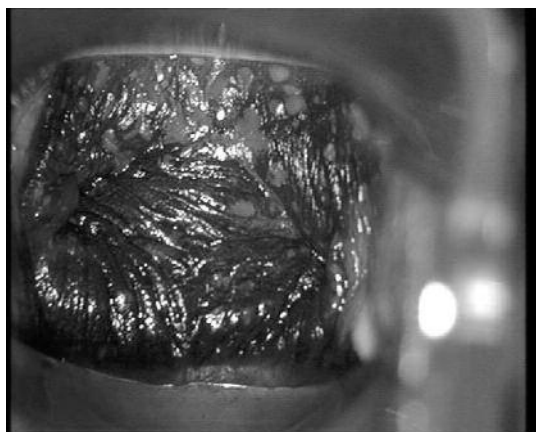


Figura 2. Imágenes yodo-negativas en fondo de saco vaginal y en la cicatriz de la colpotomía a los 20 segundos de aplicar lugol.

Tras el diagnóstico a la paciente se le realizó una electrocoagulación de las lesiones con bisturí eléctrico y terminal de bola usando el modo corte puro a una potencia de 45 watts, sin observarse complicaciones en el procedimiento. En las revisiones posteriores la paciente no ha presentado ninguna recidiva en la cúpula vaginal.

DISCUSIÓN

La aparición del VAIN está ligada a la infección por VPH. Los serotipos 16 y 18 son identificados la mayoría de los casos, siendo los más prevalentes de todos los subtipos de alto riesgo (2-4).

La localización más frecuente del VAIN es el tercio superior de vagina (1) y suele ser un proceso asintomático, siendo los síntomas más frecuentes: sangrado, aumento de flujo y dolor (5). En nuestro caso la paciente estaba asintomática y fue un hallazgo casual en la citología de screening.

La edad media al diagnóstico es de 45-50 años (2,6), lo cual coincide con nuestro caso en que la paciente tenía 55 años. Es importante tener en cuenta que el riesgo de transformación de VAIN a carcinoma vaginal invasivo es del 10% (1,2,7), por lo que se debe prestar especial atención a su diagnóstico y tratamiento adecuado en paciente de riesgo. Uno de esos grupos de riesgo son las pacientes con CIN previo en que la incidencia de VAIN tras una histerectomía (por CIN III) es del 0.9 al 7.4% (1,5,8,9), siendo el intervalo diagnóstico entre 2 y 13 años (2,8), por esto sorprende el gran decalaje de tiempo observado en nuestro caso.

La Sociedad Americana de Colposcopia y Patología Cervical recomienda realizar screening citológico de cáncer vaginal después de una histerectomía para mujeres con historia de CIN II-III o cáncer invasivo (5,8-10). Se recomienda un seguimiento con citologías de la cúpula y recesos vaginales cada 3 meses los primeros dos años, y anual los siguientes 5 años (3,8). Gracias a esto en nuestro caso pudimos diagnosticar a la paciente descrita. Además nosotros preconizaríamos el alargamiento de este control hasta los 15 años y posteriormente, al menos de modo anual.

Con respecto al tratamiento, existen fundamentalmente 3 opciones válidas (7): cirugía (excisión local, electrocoagulación con láser, vaginectomía y ablación con ultrasonidos), braquiterapia y tratamiento médico (imiquimod 5%, 5-fluoracilo y ácido tricloroacético). Las opciones conservadoras una buena opción como tratamiento de primera línea, con excelentes resultados incluso en VAIN de alto grado (8). Las opciones más radicales como la braquiterapia y la vaginectomía se reservan para casos más seleccionados. La ablación con láser se debería evitar en la enfermedad de la cúpula vaginal, por el riesgo de un inadecuado tratamiento y de enfermedad residual sobre la línea de sutura (1).

No existe una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de tratamiento y el riesgo de recurrencia para todos los tipos de VAIN (2). Factores de riesgo asociados con recurrencia son: multifocalidad, inmunosupresión, excisión como tratamiento inicial y hábito tabáquico. Factores de riesgo para la progresión son multifocalidad, inmunosupresión, y hábito tabáquico (6).

Los datos epidemiológicos, fisiopatológicos y de manejo de esta enfermedad encontrados en la literatura coinciden con el caso clínico descrito. No obstante, según determinadas fuentes (1), en el caso de una VAIN localizado en la cúpula vaginal tras una histerectomía se debería evitar el tratamiento con electrocoagulación láser, siendo mejor optar por otra de las opciones arriba descritas, individualizando en función de las características de la paciente (1). En nuestro caso optamos por esta opción dada la edad de la paciente y la sospecha de seguimiento irregular que pensábamos iba a tener para optar por tratamientos más conservadores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mahalakshmi G, Margaret E. Management of Vaginal Intraepithelial Neoplasia. *Journal of Lower Genital Tract Disease* 2012; 16(3): 306-312.
2. Gunderson CC, Nugent EK, Elfrink SH, Gold MA, Moore KN. A contemporary analysis of epidemiology and management of vaginal intraepithelial neoplasia. *Am J Obstet Gynecol.* 2013 May;208(5):410.
3. Srodon M, Stoler MH, Baber GB, Kurman RJ. The distribution of low and high-risk HPV types in vulvar and vaginal intraepithelial neoplasia (VIN and VaIN). *Am J Surg Pathol.* 2007 Sep;31(9):1452
4. Rufforny I, Wilkinson EJ, Liu C, Zhu H, Buteral M, Massoll NA. Human papillomavirus infection and p16(INK4a) protein expression in vulvar intraepithelial neoplasia and invasive squamous cell carcinoma. *J Low Genit Tract Dis.* 2005 Apr;9(2):108-13.
5. Kalogirou D, Antoniou G, Karakitsos P, Botsis D, Papadimitriou A, Giannikos L. Vaginal intraepithelial neoplasia (VAIN) following hysterectomy in patients treated for carcinoma in situ of the cervix. *Eur J Gynaecol Oncol.* 1997;18(3):188-91.
6. Fehr MK, Baumann M, Mueller M, Fink D, Heinzl S, Imesch P, Dedes K. Disease progression and recurrence in women treated for vulvovaginal intraepithelial neoplasia. *J Gynecol Oncol.* 2013 Jul;24(3):236-41.
7. Choi YJ, Hur SY, Park JS, Lee KH. Laparoscopic upper vaginectomy for post-hysterectomy high risk vaginal intraepithelial neoplasia and superficially invasive vaginal carcinoma. *World J Surg Oncol.* 2013 Jun 3;11:126.
8. Ratnavelu N, Patel A, Fisher AD, Galaal K, Cross P, Naik R. High-grade vaginal intraepithelial neoplasia: can we be selective about who we treat? *BJOG.* 2013 Jun;120(7):887-93.
9. Bansal M, Austin RM, Zhao C. Correlation of histopathologic follow-up findings with vaginal human papillomavirus and low-grade squamous intraepithelial lesion Papanicolaou test results. *Arch Pathol Lab Med.* 2011 Dec;135(12):1545-9.
10. Murta EF, Neves Junior MA, Sempionato LR, Costa MC, Maluf PJ. Vaginal intraepithelial neoplasia: clinical-therapeutic analysis of 33 cases. *Arch Gynecol Obstet.* 2005 Oct;272(4):261-4

