

## Paraurethral leiomyoma: at the border between Gynecology and Urology

### Leiomioma parauretral: na fronteira entre a Ginecologia e a Urologia

Rita Ribeiro\*, José Martinho do Rosário\*\*, Luís Costa\*\*\*  
Hospital de Santarém

#### Abstract

Urethral diverticulum is, by far, the most common diagnosis in presence of a periurethral mass. However, other etiologies must always be considered, namely leiomyomas at atypical locations (urethral/paraurethral/vaginal). We present a case of a paraurethral leiomyoma diagnosed in a postmenopausal woman with unspecified genital bleeding, without any urinary complaints, submitted to surgical excision.

**Keywords:** Leiomyoma; Paraurethral leiomyoma; Periurethral mass.

#### INTRODUÇÃO

A detecção de uma massa periuretral é uma situação clínica pouco frequente que, quando assume dimensões significativas, pode ser erroneamente confundida com prolapso de órgão pélvico (POP). O diagnóstico diferencial destas neofomações deve incluir divertículos uretrais, leiomiomas, quistos de inclusão da parede vaginal, quistos ou abscessos da glândula de Skeene, prolapso e carúncula uretral. Com menor frequência podem tratar-se de quistos do ducto de Gartner, uretrocele ectópico ou neoplasias malignas da vagina ou uretra. O diagnóstico mais comum é o divertículo uretral (84%), a que se seguem os leiomiomas (7%) e os quistos de inclusão da parede vaginal (6%)<sup>1</sup>.

Os leiomiomas são tumores benignos mesenquimatosos com origem no músculo liso, geralmente confinados ao útero, com prevalência crescente durante a idade reprodutiva e sintomáticos em 20-30% das mulheres acima dos 35 anos<sup>2</sup>. Podem também ocorrer em localizações atípicas limitadas ao aparelho genitourinário, nomeadamente ao nível da vulva, ovários, rim, bexiga e uretra<sup>2</sup>. Apesar de não parecerem raros<sup>1</sup>, a baixa incidência de massas periuretrais torna pequeno o número de casos reportados, totalizando 400 casos de leiomiomas uretrais e vesicais descritos até à data<sup>3</sup>.

mas uretrais e vesicais descritos até à data<sup>3</sup>.

A distinção entre leiomiomas uretrais e parauretrais não é fácil, baseando-se em características clínicas e intra-operatórias. Estão descritos na literatura cerca de 150 casos de leiomiomas parauretrais<sup>4,5</sup>, sendo que a revisão de 21 casos de Ozel, a maior acessível em inglês, apurou que os leiomiomas uretrais e parauretrais ocorrem em grupos similares de mulheres, geralmente em idade reprodutiva, com grande diversidade de apresentações clínicas<sup>4,6</sup>. Em Portugal estão relatados, até onde conseguimos apurar, dois casos de leiomiomas uretrais/parauretrais<sup>7,8</sup>.

Os autores pretendem apresentar um caso raro de leiomioma parauretral em doente na pós-menopausa, atípico pela idade e sintomas de apresentação.

#### CASO CLÍNICO

Doente do sexo feminino, de 69 anos, referenciada à consulta de ginecologia da nossa instituição pelo médico de família por episódios mal esclarecidos de perda hemática na região genital com três meses de evolução, e massa vaginal interpretada como POP (histerocele). Tratava-se de doente com antecedentes pessoais de hipertensão arterial e hipotireoidismo, medicada com bisoprolol, ramipril e levotiroxina. Dos antecedentes ginecológicos e obstétricos destacava-se a multipari-

\*Médica Interna de Obstetrícia e Ginecologia

\*\*Assistente Hospitalar Graduado de Urologia

\*\*\*Assistente Hospitalar Graduado de Urologia

dade (dois partos eutócicos), com menopausa aos 48 anos sem utilização de terapêutica hormonal de substituição. A doente negava qualquer sintomatologia urinária associada, nomeadamente sensação de peso pélvico, disúria, polaquiúria ou dificuldade miccional, bem como disparêunia. Era portadora de ecografia ginecológica recente realizada em ambulatório, com útero normodimensionado e endométrio fino e regular, e de análise sumária de urina com cerca de um mês, sem detecção de hemoglobinúria.

No exame objectivo destacou-se massa suburetral com cerca de cinco centímetros de maior eixo, ovóide, sólida, sem aparente ligação à uretra, não redutível, com vascularização superficial muito desenvolvida em mucosa atrofica.

A doente foi referenciada à consulta de urologia, onde se verificou não existir obstrução urinária (algiação e ecografia pós-miccional sem resíduo significativo, ecografia renal e vesical sem alterações), o que foi consistente com a história clínica fornecida pela doente, tendo-se decidido a realização de exploração cirúrgica.

A cirurgia decorreu sem incidentes, com doente al-

galiada, tendo sido excisada uma massa sólida com 5x4x3 cm, sem qualquer ligação à uretra, com plano de clivagem uretral bem definido. O diagnóstico histológico da neoformação excisada foi leiomioma (“neoplasia de células fusiformes, hipo a moderadamente celular com moderado pleomorfismo nuclear e menos de uma mitose por dez *High Power Field*; no estudo imunohistoquímico as células neoplásicas foram positivas para actina do músculo liso, desmina, caldesmona e marcaram focalmente para o CD10”).

## DISCUSSÃO

Os leiomiomas uretrais provêm do músculo liso circular uretral, enquanto que os parauretrais derivam do músculo liso da parede anterior da vagina ou do septo vesicovaginal. Distinguem-se os leiomiomas uretrais através de características clínicas: estão fixos em determinada posição, frequentemente exteriorizam-se pelo meato uretral e são maioritariamente sintomáticos. As doentes referem sensação de massa pélvica, presente também em metade das doentes com leiomiomas parauretrais, associada a uma diversidade de sintomas urinários, como disúria, polaquiúria, tenesmo vesical, urgência miccional ou hematúria, podendo chegar a situações de retenção urinária aguda ou infecções urinárias de repetição. No nosso caso, o sintoma de apre-

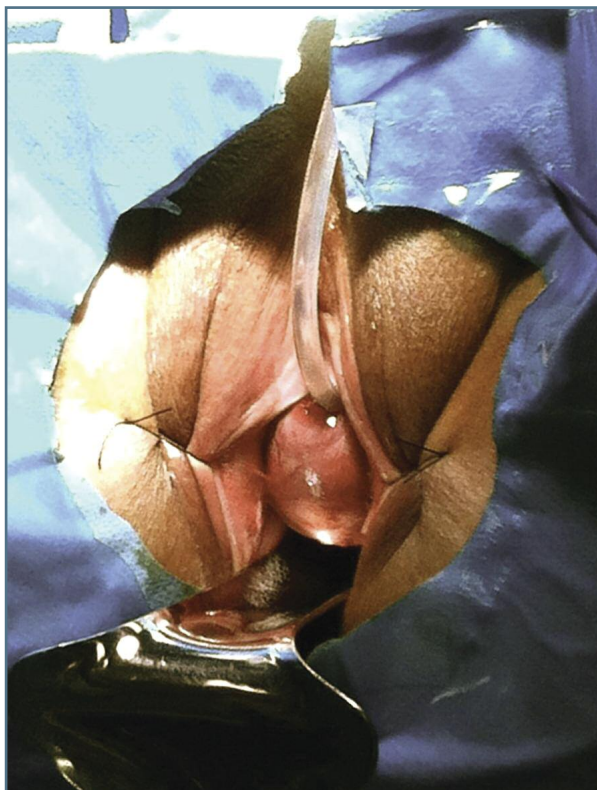


FIGURA 1. Massa periuretral (período pré-operatório)



FIGURA 2. Leiomioma parauretral excisado

sentação foi hemorragia genital, que provavelmente estaria relacionada com a vascularização superficial significativa da massa periuretral numa mucosa atrófica estirada (consequentemente mais friável).

Intraoperatoriamente é possível diferenciar a origem dos leiomiomas através da abertura ou não da uretra: os leiomiomas uretrais dificilmente são excisados sem disrupção da mucosa uretral<sup>4,6</sup>.

Na maioria dos casos clínicos descritos na literatura a realização de exames complementares de diagnósticos pré-cirúrgicos foi preterida. No entanto, a ecografia ginecológica endovaginal e a Ressonância Magnética Nuclear (RMN) parecem poder ter algum poder discriminatório nos leiomiomas, que apresentam características ecográficas sugestivas independentemente da localização (sombra acústica, hipocogenicidade homogénea, contornos bem definidos). Na RMN os leiomiomas apresentam intensidade de sinal média em T1 e intensidade de sinal baixa homogénea em T2<sup>7</sup>. A cisturoretrografia e a uretroscopia são também úteis para excluir outras etiologias para as massas periuretrais.

Neste caso clínico, o diagnóstico diferencial colocou-se entre divertículo uretral ou massa uretral/suburetral de origem indeterminada, tendo o diagnóstico de leiomioma surpreendido os autores. A uretroscopia poderia ter sido utilizada no estudo pré-operatório, de maneira a identificar o orifício diverticular caso se tratasse de divertículo uretral e a avaliar zonas sob compressão pela massa periuretral. Para além deste exame complementar, a ecografia do pavimento pélvico (transperineal) poderia ter sido relevante no diagnóstico diferencial deste tipo de neoformações periuretrais, pela sua capacidade de caracterizar a estrutu-

ra e relações espaciais da uretra, podendo identificar patologias específicas, tais como os divertículos uretrais ou quistos do ducto de Gartner<sup>9</sup>.

Este caso ilustra uma entidade rara que, apesar da sua frequência, deverá ser equacionada em situações de massas periuretrais.

## REFERÊNCIAS

1. Blaivas JG, Flisser AJ, Bleustein CB, Panagopoulos G. Periurethral masses: etiology and diagnosis in a large series of women. *Obstet Gynecol* 2004;103:842-847.
2. Fasih N, Prasad Shanbhogue AK, Macdonald DB, Fraser-Hill MA, Papadatos D, Kielar AZ, Doherty GP, Walsh C, McInnes M, Atri M. Leiomyomas beyond the uterus: unusual locations, rare manifestations. *Radiographics* 2008;28:1931-1948.
3. Tunitsky E, Goldman HB, Ridgeway B. Periurethral Mass: a rare and puzzling entity. *Obstet Gynecol* 2012; 120(6):1459-1464.
4. Ozel B, Ballard C. Urethral and paraurethral leiomyomas in the female patient. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2006;17:93-95.
5. Komori K, Satoh M, Hasebe K, Shin M, Takada T, Nishimura K, Honda M, Fujioka H. Two cases of female paraurethral leiomyoma. *Hinyokika Kiyo*. 2005;51(2):125-128.
6. Leron E, Stanton SL. Vaginal leiomyoma – an imitator of prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2000;11(3):196-198.
7. Lopes SP, Severo L, Gameiro CD, Vilas-Boas V, Forte P, Oliveira M, Ravara P. Leiomioma da Uretra Feminina – Revisão da Literatura a Propósito de Caso Clínico. *Acta Urológica* 2009, 26(3): 63-66.
8. Carvalho TG, Botelho F, Resende A, Portugal R, Guimarães M, Silva J, Tomada N, Ribau U, Cruz F. Leiomiomas da bexiga e uretra – dois casos clínicos. *Acta Urológica* 2010, 27(4): 51-54.
9. Dietz HP. Pelvic Floor ultrasound: a review. *Am J Obstet Gynecol* 2010, 202(4): 321-34.