

## Mioma uretral: abordagem combinada vaginal e abdominal – um relato de caso

Francilberto Dyego de Souza <sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0001-9622-5551>

Carolina Mayumi Haruta <sup>4</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-1098-6822>

Fernanda dos Passos e Silva Leite <sup>2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-8887-0494>

Artur Eduardo de Oliveira Rangel <sup>5</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-3623-2722>

Ana Ricarlanda Cajaseiras Liberato <sup>3</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-7447-6103>

<sup>1-5</sup>Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Rua dos Coelhoos, 300. Boa Vista. Recife, PE, Brasil. CEP: 50.070-902. E-mail: francilbertosouza@gmail.com

### Resumo

*Introdução:* os leiomiomas são tumores mesenquimais benignos de origem muscular lisa, podendo manifestar-se em diversas localizações. Os leiomiomas uretrais são raros, tendo apenas aproximadamente 120 casos relatados na literatura. São mais comuns na terceira e quarta décadas de vida, sendo raros em pacientes menopausadas. Em geral, são tratados cirurgicamente, com apenas três relatos de recidivas na literatura.

*Descrição:* relato de caso de uma paciente do sexo feminino, 56 anos, portadora de diabetes mellitus do tipo II, hipertensão arterial crônica, sobrepeso (IMC 27,1Kg/m<sup>2</sup>) e tabagismo. Além disso, com quadro de sintomas obstrutivos urinários e portadora de um grande leiomioma uretral, este que foi completamente removido, através de uma desafiadora abordagem cirúrgica combinada (abdominal e vaginal), sem lesões uretrais associadas.

*Discussão:* os leiomiomas uretrais são tumores raros e seu manejo é desafiador e ainda não foi estabelecido.

**Palavras-chave** Leiomioma, Uretra, Obstrução do colo da bexiga urinária



## Introdução

Os leiomiomas são tumores mesenquimais benignos de origem muscular lisa,<sup>1</sup> podendo desenvolver-se em qualquer tecido contendo musculatura lisa. As localizações extrauterinas mais comuns são o sistema geniturinário (vulva, ovários, uretra e bexiga urinária) ou, menos comumente, o trato gastrointestinal.<sup>2</sup>

O primeiro caso de leiomioma uretral foi descrito por Buttner, em 1894. Uma condição tão rara que apenas menos de 120 casos foram relatados na literatura.<sup>1</sup> Categorizados como leiomiomas de tecidos profundos, os leiomiomas da uretra são muito maiores que seus equivalentes superficiais e, geralmente, exibem um espectro maior de alterações histológicas; daí a importância em distingui-los claramente dos leiomiossarcomas, que são mais frequentes em tecidos moles profundos.<sup>3</sup> Entretanto, o diagnóstico definitivo somente pode ser confirmado pelo exame histopatológico.

Devido à raridade dessa condição, o manejo cirúrgico é o mais recomendado, seja por via aberta ou transuretral.<sup>4</sup> Apresentaremos o relato de caso de um grande leiomioma uretral que foi completamente removido através de uma abordagem cirúrgica combinada (abdominal e vaginal), sem lesões uretrais associadas ao procedimento cirúrgico.

## Descrição

Mulher, 56 anos, parda, com história de três partos vaginais anteriores, menarca aos 17 anos e menopausa há 3 anos, foi atendida no serviço com queixa de esforço miccional há 03 anos. Negava outras queixas urinárias.

Como antecedentes pessoais, apresentava diabetes tipo II, hipertensão crônica, sobrepeso (IMC 27,1 kg/m<sup>2</sup>) e tabagismo. Ademais, relatava passado de laqueadura tubária bilateral.

No exame ginecológico, palpava-se tumoração, de consistência fibroelástica, em todo o comprimento uretral, de aproximadamente 5,0 x 3,0 cm. A ressonância nuclear magnética de pelve (RNM) evidenciou uma tumoração em parede vaginal anterior, hiperintensa em T2, apresentando efeito de massa sobre a uretra que se estendia até o colo vesical (Figura 1).

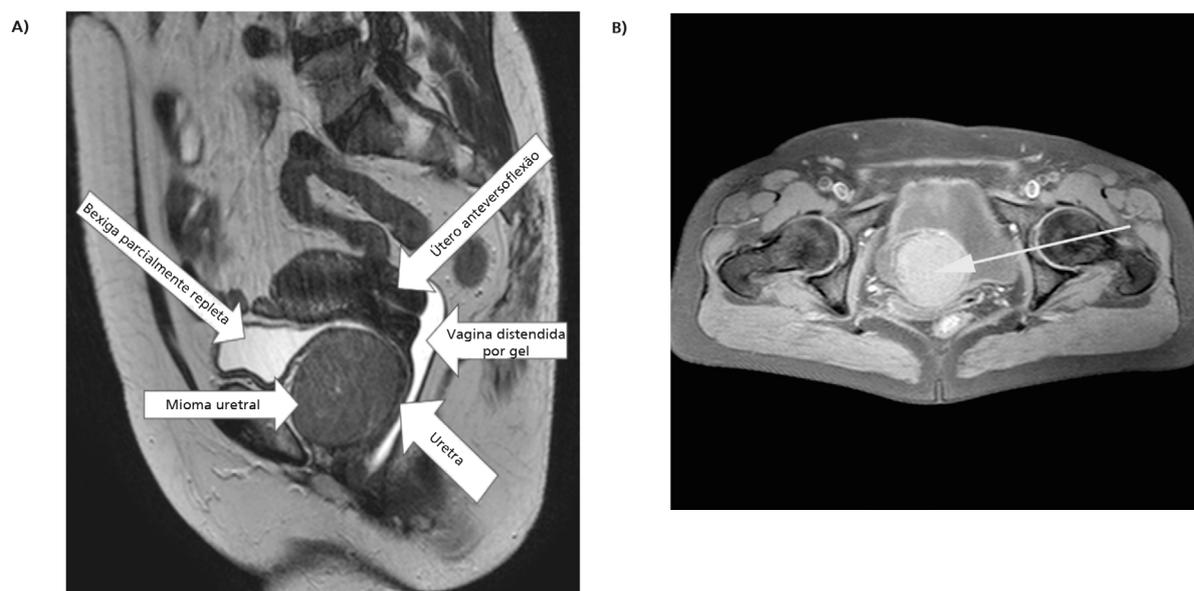
A videoretrocistoscopia demonstrou apenas compressão extrínseca, ocasionada pela tumoração; optou-se por biópsia incisional, através da exérese de fragmento da tumoração uretral (Figura 2). A análise histopatológica revelou painel imuno-histoquímico: K+i-67/clon MIB-1/m7240 positivo com baixo risco para neoplasia e sugestivo de leiomioma (Figura 2).

A paciente foi submetida à exérese de leiomioma uretral por via vaginal, sob raqui-anestesia, com uso de sonda de Foley 14fr.

Durante o acesso vaginal em parede anterior, houve extrema dificuldade técnica, por causa da extensão cranial da lesão em direção ao colo vesical, optou-se, assim, por acesso abdominal combinado, com liberação de parte da tumoração por via vaginal e outra parte por via abdominal. No decorrer da dissecação vaginal, houve abertura incidental da bexiga, com necessidade de cistectomia parcial para correção da lesão vesical. Realizou-se uretrocistoscopia no transoperatório sem evidência de outras alterações, optando-se por manter a

**Figura 1**

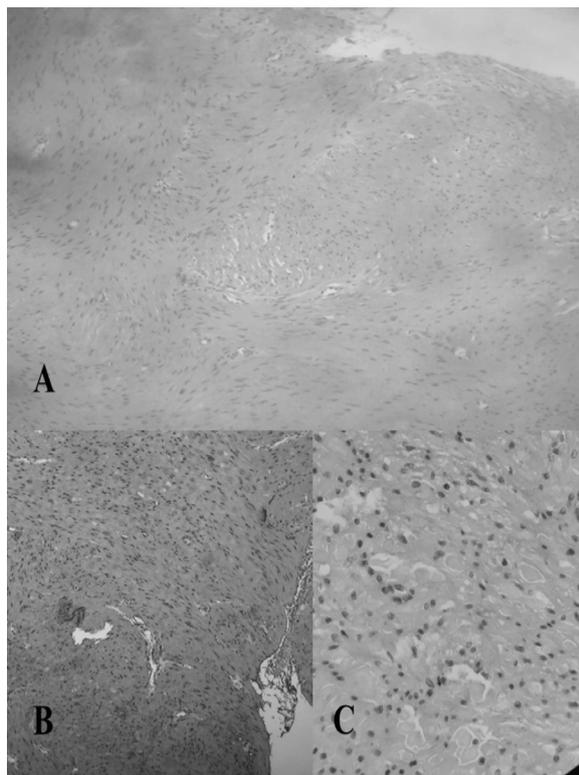
Ressonância nuclear magnética de pelve.



A) Imagem de corte sagital de RNM ponderada em T2, mostrando a relação da tumoração com as estruturas pélvicas (setas); B) Imagem axial em STIR evidenciando volumoso nódulo sólido que abaula o assoalho vesical, localizado no trajeto uretral (seta final).

Figura 2

Análise histopatológica.



A) Lâmina histológica corada em hematoxilina-eosina do espécime coletado por biópsia insisional da tumoração uretral; B) Feixes de células unidirecionais, sem atipia celular e marcação positiva para actina de músculo liso; C) Marcação com Ki67, evidenciando-se baixa proliferação celular, compatível com neoplasias benignas.

paciente com cistostomia suprapúbica, em virtude da lesão vesical. O espécime cirúrgico consistiu em tumoração de aspecto nodular, consistência fibroelástica, medindo aproximadamente 5,0 x 5,0 x 3,0cm.

Foi realizada antibioticoterapia venosa com ciprofloxacino, durante sete dias, devido à extensa manipulação vesical, à abordagem combinada vaginal e abdominal e à visualização de secreção purulenta pelo óstio ureteral direito.

A paciente evoluiu sem intercorrências no pós-operatório, recebendo alta hospitalar no sétimo dia, após retirada da cistostomia, e foi encaminhada para o seguimento ambulatorial.

O laudo anatomopatológico final foi compatível com neoplasia mesenquimal fusocelular benigna, exibindo características morfológicas consistentes com leiomioma.

A paciente manteve-se assintomática, sem sintomas do trato urinário inferior, infecções, complicações cirúrgicas ou sinais de recidiva da tumoração, após um ano de seguimento.

Este trabalho consiste em um relato de caso associado à revisão narrativa da literatura, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP com seres humanos (parecer consubstanciado número 3.945.385) e fornecido consentimento pela participante da pesquisa.

## Discussão

O leiomioma extrauterino é um tumor benigno raro, principalmente quando localizado nos tecidos moles profundos, a exemplo da uretra feminina.<sup>4</sup> Apesar de poderem acometer mulheres em qualquer idade, são mais comuns na terceira e quarta décadas de vida, em média 41 anos de idade, principalmente no menacme.<sup>5</sup> A presença de leiomiomas uretrais em mulheres menopausadas é pouco frequente, por sua natureza de dependência do estímulo estrogênico.<sup>5</sup>

Alguns fatores estão associados ao risco de desenvolver leiomiomas, entre eles: raça negra, índice de massa corpórea (IMC), menarca precoce, menopausa tardia; outros fatores, como o diabetes e multiparidade, estão associados à redução do risco. O tabagismo tem dados conflitantes na literatura.<sup>6</sup> Acredita-se que o desenvolvimento dos leiomiomas, ao menos parcialmente, deve-se à ação dos esteroides sexuais, estrogênio e progesterona, pois costumam ocorrer durante o menacme e regredir no pós-menopausa. Já o sobrepeso e a obesidade relacionam-se com o desenvolvimento dos leiomiomas, em razão da redução nos níveis da proteína ligadora dos hormônios sexuais (SHBG), com consequente aumento da biodisponibilidade dos esteroides sexuais nos tecidos periféricos. O diabetes relaciona-se com a redução da vascularização dos leiomiomas, devido à disfunção vascular local, sendo considerado fator de proteção contra o seu desenvolvimento.<sup>6</sup> No caso em questão, a paciente apresentou menarca aos 17 anos e menopausa aos 53 anos, com passado de três partos vaginais, IMC de 27,1Kg/m<sup>2</sup>; era tabagista de longa data e portadora de diabetes mellitus. Portanto, não apresentava fatores de risco significativos para o desenvolvimento de leiomiomas; ao contrário, apresentava alguns fatores de proteção. Por outro lado além da idade, a raça poderia ser considerada como fator de risco, uma vez que pacientes negras têm incidência duas a três vezes maior, assim como maior risco de hospitalização.<sup>6</sup>

O diâmetro médio dos leiomiomas da uretra é de 3,7cm, podendo atingir até 40cm, sendo mais comuns no segmento proximal da uretra (80%). No caso relatado, o tumor media aproximadamente 5,0cm e acometia todo o comprimento da uretra, o que é incomum.<sup>1,5,7</sup>

Apesar de poderem ser assintomáticos, como apresentação clínica inicial, os sintomas mais frequentes são dispareunia, infecção do trato urinário (ITU), efeito de massa (como fator obstrutivo infravesical, acarretando a retenção urinária) e sintomas irritativos do trato urinário inferior.<sup>8</sup> Contudo, queixas relacionadas à obstrução urinária é um sintoma de rara ocorrência, como apresentação isolada do quadro clínico,<sup>5</sup> como o caso aqui apresentado. É provável que a grande extensão

tumoral, comprometendo toda a extensão uretral e o colo vesical, justifique o quadro clínico obstrutivo apresentado (Figura 1).

O diagnóstico diferencial das massas parauretrais inclui o prolapso da uretra, os divertículos uretrais, os cistos das glândulas de Skene e/ou Gartner, remanescentes müllerianos, cistos epiteliais de inclusão, cistos parauretrais congênitos, neoplasias vaginais ou uretrais, pólipos fibrosos e os tumores mesenquimais (como os leiomiomas).

As modalidades de imagem podem ser bastante úteis no diagnóstico diferencial, na determinação da localização exata do tumor e na profundidade de infiltração tecidual, além de evidenciarem a presença de características sugestivas de malignidade e fornecerem informações para o planejamento da excisão cirúrgica.<sup>4</sup> Entre as imagens, a ultrassonografia pélvica endovaginal e a RNM são bastante úteis. A RNM é considerada como padrão-ouro, pela maioria dos autores, ao passo que a USG é útil na diferenciação entre lesões sólidas ou císticas.<sup>9,10</sup>

Os leiomiomas de tecidos profundos (uretrais) geralmente apresentam um espectro amplo de alterações histológicas, o que torna importante distingui-los dos leiomiossarcomas, que são mais comuns em tecidos moles profundos. Portanto, o diagnóstico final confirmado só pode ser feito por exame histopatológico, para afastar o envolvimento neoplásico. Não há relato de transformação maligna desse tipo de tumor.<sup>3</sup>

Os achados da RNM apontaram uma tumoração sólida, porém, a exclusão das patologias malignas, bem como a confirmação da origem histológica da lesão, só foi possível com as análises anatomopatológica e imuno-histoquímica. Essas análises evidenciaram tumoração composta de células musculares lisas dispostas em feixes, padrão compatível com tumores de músculo liso, e com baixo índice de proliferação celular (Ki67), compatível com lesão desprovida de critérios de malignidade.<sup>11</sup>

Por ser uma condição bastante rara, seu manejo ideal ainda não está estabelecido, sendo a excisão local geralmente recomendada. O tratamento hormonal com o análogo do hormônio liberador de gonadotrofina também já foi descrito.<sup>4</sup> No caso apresentado, as dificuldades de liberação dessa medicação, através do sistema público de saúde no Brasil, para essa indicação e o tempo que demandaria, tornaram essa opção menos viável. O tratamento laparoscópico dos leiomiomas uretrais, cujo desenvolvimento ocorre no espaço vesicouterino e no espaço vesicovaginal, é também descrito como sendo viável quando as lesões são muito extensas.<sup>12</sup> Em relação ao caso apresentado, optou-se por abordagem combinada, devido à extensão da lesão por todo o comprimento uretral, o que dificultaria a ressecção completa da lesão e aumentaria o risco de lesões graves, caso se optasse

por uma única via de acesso. Outro fator preponderante na escolha da via foi a *expertise* cirúrgica da equipe assistente, assim como a disponibilidade da abordagem laparoscópica para esse tipo de lesão na realidade local. Portanto, decidiu-se pela abordagem disponível mais factível para resolução do quadro obstrutivo, o qual, se não tratado, poderia levar à disfunção renal crônica. Na literatura pesquisada, esse foi o primeiro caso a utilizar esse tipo de abordagem.

Com essa abordagem, foi possível excisar toda a extensa lesão tumoral, sem lesões de órgãos adjacentes, sem necessidade de transfusão sanguínea ou outras complicações no pós-operatório precoce. Como desvantagens, poderíamos citar o elevado tempo cirúrgico, o maior tempo de recuperação da laparotomia, quando comparada à laparoscopia, assim como o retorno mais lento às atividades cotidianas.

Até o momento, no mundo, apenas três pacientes desenvolveram recorrência, sendo tratados com excisões repetidas. Por conseguinte, quando se realiza a excisão cirúrgica completa, geralmente há um risco muito baixo de recorrência; e quando ela acontece, provavelmente, a causa pode ser uma primeira excisão incompleta visando evitar danos na uretra.<sup>9</sup>

Em resumo, apresentamos um relato de caso de um raro tumor uretral, que se apresentou com queixa de sintomas obstrutivos urinários, em uma mulher menopausada com múltiplas comorbidades, e que foi removido por abordagem combinada (abdominal e vaginal) - devido à complexidade do caso - com necessidade de cistectomia parcial, porém, sem lesões uretrais associadas e sem intercorrências no seguimento pós-operatório.

À guisa das ponderações apresentadas neste trabalho, conclui-se que os leiomiomas uretrais são tumores cuja exérese cirúrgica pode ser desafiadora, exigindo habilidade técnica do cirurgião no que diz respeito a múltiplas vias de acesso cirúrgico e ao manejo de complicações urológicas associadas.

## Contribuição dos autores

Souza FD participou da assistência à paciente, bem como da idealização e do relato do caso, revisão de literatura, captura e edição das imagens incluídas, redação e revisão do manuscrito. Silva Leite FP participou da assistência à paciente, bem como da idealização e do relato do caso, revisão de literatura, captura e edição das imagens incluídas e redação do manuscrito. Liberato ARC participou da assistência à paciente, bem como da idealização e do relato do caso, da revisão de literatura e da revisão do manuscrito. Haruta CM participou da assistência à paciente, bem como da idealização e do relato do caso, e revisão do manuscrito. Rangel AEO participou

da assistência à paciente, bem como da idealização e do relato do caso, e revisão do manuscrito, além da supervisão do trabalho.

Todos os autores aprovaram a versão final do artigo e declaram não haver conflitos de interesse.

## Referências

1. Fedelini P, Chiancone F, Fedelini M, Fabiano M, Persico F, Di Lorenzo D, *et al.* A very large leiomyoma of the urethra: a case report. *Urol J.* 2018 Mai; 85 (2): 79-82.
2. Verma R, Mehra S, Garga UC, Jain N, Bhardwaj K. Imaging diagnosis of urethral leiomyoma, usual tumour at an unusual location. *J Clin Diagn Res.* 2014 Nov; 8 (11): RD4-RD6.
3. Lima Junior MM, Sampaio CB, Ticianeli JG, Lima MM, Granja F. Leiomyoma – a rare benign tumor of the female urethra: a case report. *J Med Case Rep.* 2014; 13 (8): 366.
4. Kwang BN, Naidu A, Yahaya A, Shan LP. Urethral leiomyoma: a rare clinical entity. *Case Rep Surg.* 2016; 2016: 6037104.
5. Chodisetti S, Namburi RR, Boddepalli Y. Female urethral leiomyoma presenting with acute urinary retention-a rare case with unusual presentation. *Indian J Surg.* 2015 Apr; 77 (Supl 1): 128-9.
6. Wise LA, Laughlin-Tommaso SK. Epidemiology of uterine fibroids: from menarche to menopause. *Clin Obstet Gynecol.* 2016 Mar; 59 (1): 2-24.
7. Lopes SP, Severo L, Gameiro CD, Vilas-Boas V, Forte P, Oliveira M, *et al.* Leiomioma da uretra feminina - revisão da literatura a propósito de caso clínico. *Acta Urol.* 2009; 26 (3): 63-6.
8. Slaoui A, Lasri A, Karmouni T, Elkhader K, Koutani A, Attaya AI. Leiomyoma: a case report of a rare benign tumor of the female urethra. *Pan Afr Med J.* 2015; 8 (22): 111.
9. Navarro MJ, Martínez BB, Talavera JR, Robayna AA. Recurrence of urethral leiomyoma: a case report. *Urol Case Rep.* 2019 Set; 26: 100968.
10. Cicilet S, Joseph T, Furuqh F, Biswas A. Urethral leiomyoma: a rare case of voiding difficulty. *BMJ Case Rep.* 2016; 2016: bcr2016216728.
11. D'Angelo E, Prat J. Uterine sarcomas: a review. *Gynecol Oncol.* 2010 Jan; 116 (1): 131-9.
12. Ciravolo G, Ferrari F, Zizioli V, Donarini P, Forte S, Sartori E, *et al.* Laparoscopic management of a large urethral leiomyoma. *Int Urogynecol J.* 2019 Jul; 30 (7): 1211-3.

---

Recebido em 16 de Agosto de 2021

Versão final apresentada em 16 de Fevereiro de 2022

Aprovado em 1 de Março de 2022