Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Mioma vaginal

Vaginal fibroid

Fibromas vaginales

Pedro Henrique Ferreira Gonzatti[1], Gilmária Borges Sousa[1], José Eduardo Rocha Gonçalves[1], Mirna Danitza Ugarte Antezana[1], Sádia Martins de Paula Souza[1], Bárbara Luiza Meireles Pinheiro[1], Carla Rodrigues Lustosa[1], Deborah Roberta Liduario Raupp[1], Jéssica Thaís de Sousa Gadelha[1].

RESUMO

Objetivo: Relatar o caso de uma paciente com mioma de parede vaginal, rara condição ginecológica. **Detalhamentos de caso:** Paciente 39 anos de idade, sexo feminino, foi admitida no Pronto Socorro de Ginecologia e Obstetrícia com queixa de dor em região de baixo ventre, com irradiação para o canal vaginal e região anal, associado a aumento do volume abdominal. Foi levantada a hipótese de leiomioma vaginal a partir do exame físico e exames de imagem. Realizou cirurgia de miomectomia vaginal, sem intercorrências. Foi confirmado no anatomopatológico cirúrgico o diagnóstico de Leiomioma vaginal. Paciente evoluiu sem intercorrências e sem recorrência de sintomas. **Considerações finais:** A realização deste estudo revelou que os leiomiomas são encontrados comumente no útero e, em parte, no colo do útero, porém na vagina é muito raro. Apesar de os leiomiomas representarem os tumores benignos mais comuns em pacientes do sexo feminino em idade reprodutiva, a sua manifestação vaginal é excepcional.

Palavras-chave: Leiomioma, Vagina, Miomectomia vaginal.

ABSTRACT

Objective: To report the case of a patient with vaginal wall myoma, a rare gynecological condition. **Case Details:** A 39-year-old female patient was admitted to the Gynecology and Obstetrics Emergency Room complaining of pain in the lower abdomen, radiating to the vaginal canal and anal region, associated with increased abdominal volume. The hypothesis of vaginal leiomyoma was raised based on the physical examination and imaging tests. She underwent vaginal myomectomy surgery, without complications. The diagnosis of vaginal leiomyoma was confirmed in the surgical anatomopathological examination. The patient evolved without complications and without recurrence of symptoms. **Final considerations:** This study revealed that leiomyomas are commonly found in the uterus and, in part, in the cervix, but in the vagina they are very rare. Although leiomyomas represent the most common benign tumors in female patients of reproductive age, their vaginal manifestation is exceptional.

Keywords: Leiomyoma, Vagina, Vaginal myomectomy.

RESUMEN

Objetivo: Reportar el caso de una paciente con mioma de pared vaginal, una condición ginecológica poco común. **Detalles del caso:** Paciente femenina de 39 años de edad, ingresó al Servicio de Emergencia de Ginecología y Obstetricia por dolor en la parte inferior del abdomen, irradiado al canal vaginal y región anal, asociado a aumento de volumen abdominal. Se planteó la hipótesis de leiomioma vaginal con base en la

[1] Secretaria de Saúde do Distrito Federal, Brasísilia - DF.

SUBMETIDO EM: 1/2025 | **ACEITO EM: 2/2025** | **PUBLICADO EM: 3/2025**

exploración física y pruebas de imagen. La cirugía de miomectomía vaginal se realizó sin complicaciones. El diagnóstico de leiomioma vaginal se confirmó mediante patología quirúrgica. El paciente evolucionó sin complicaciones y sin recurrencia de síntomas. **Consideraciones finales:** Este estudio reveló que los leiomiomas se encuentran comúnmente en el útero y, en parte, en el cuello uterino, pero en la vagina es muy raro. Aunque los leiomiomas representan los tumores benignos más comunes en pacientes femeninas en edad reproductiva, su manifestación vaginal es excepcional.

Palabras clave: Leiomioma, Vagina, Miomectomía vaginal.

INTRODUÇÃO

Os leiomiomas representam a neoplasia benigna uterina mais comum, são formados por tecido conjuntivo fibroso e musculatura lisa, são responsíveis às citocinas inflamatórias e aos fatores de crescimento (GANDOLFO JL, et al., 2020; NUNES MMC, et al., 2020). Apesar da elevada prevalência de leiomiomas de localização uterina, existem evidências de tumores da musculatura lisa de outros órgãos pélvicos, como por exemplo a uretra e a vagina, que se comportam de forma individualizada (GAO Y, et al., 2022; ROCHA LLS, et al., 2019). Embora de etiologia ainda não totalmente compreendida, há fatores hormonais e genéticos que exercem um papel importante no desenvolvimento dos leiomiomas (GAO, et al., 2024). Somente 4,5% dos tumores que aparecem na vagina, são classificados como leiomiomas (BRAGA A, et al., 2021).

A primeira descrição de leiomioma vaginal ocorreu em 1733 por Denys de Leyden que publicou um relato de caso de um tumor fibroso de vagina. Desde então foram descritos aproximadamente 300 casos em todo o mundo (BRAGA A, et al., 2021). Os diagnósticos diferenciais incluem: angiomixoma, cisto de Gartner, foco de endometriose, cistocele ou prolapso uterino. A frequência é superior em mulheres em idade fértil e de cor branca, na proporção 4:1 em relação às pacientes negras (GAO Y, et al., 2022). Surge na idade reprodutiva e na pós-menopausa, afetando a população entre 35 e 50 anos e são dependentes de estrogênio (CANDO M, et al., 2020).

A causa ainda não é clara e presume-se origem desde células mioepiteliais, células musculares lisas das vênulas, células musculares lisas dos músculos vaginais ou dos miofibroblastos (GAO Y, et al., 2022). Tendem a ser únicos, de volume diverso e manifestações clínicas estabelecidas pelo tamanho da massa tumoral, podendo exibir sintomatologia como dor pélvica, alterações miccionais, dispareunia, dentre outros (CANDO M, et al., 2020).

Tais tumores aparecem habitualmente na parede vaginal anterior, causando diversos sinais e sintomas, podendo ou não estarem relacionados a leiomiomas em outras partes do corpo (SHAH M, et al., 2021). Devido à raridade da doença e à complexidade da anatomia da região vaginal, o diagnóstico e o tratamento possuem desafios, uma vez que a aparência é incomum, sendo passível a erros diagnósticos e complicações cirúrgicas (CANDO M, et al., 2020).

O diagnóstico é baseado em exame físico e exames de imagem, como ultrassonografia ou ressonância magnética, a fim de verificar a localização adequada da doença e estabelecer a melhor intervenção. Entretanto, o diagnóstico definitivo, via de regra, é realizado no intraoperatório com o resultado anatomopatológico (EGBE TO, et al., 2020). As opções de tratamento alteram segundo a gravidade dos sintomas e podem compreender desde a observação e o uso de fármacos, até intervenções cirúrgicas, como a miomectomia (CANDO M, et al., 2020; OLIVEIRA GA, et al., 2024).

A miomectomia é a opção mais adequada de tratamento por possuir os melhores desfechos e diminuir a taxa de recorrência, além de proteção da vida sexual e reprodutiva (MONTAÑEZ MA, et al., 2022). A via vaginal é a opção de escolha em 90% dos casos. Todavia pode-se optar por uma abordagem abdominal, geralmente por laparoscopia em tumores maiores e localizados no terço superior da vagina (BRAGA A, et al., 2021; ZHANG NN, et al., 2020).

Este artigo teve como objetivo relatar o caso de uma paciente com mioma de parede vaginal, condição ginecológica considerada rara na literatura médica, atendida no serviço de cirurgia ginecológica de um Hospital Regional da rede pública do Distrito Federal, assim como descrever e discutir a evolução clínica do

caso e comparar os dados da paciente com os da literatura; destacar os desafios diagnósticos enfrentados no Hospital Regional do Distrito Federal e discorrer acerca das opções de tratamento clínico e cirúrgico para os miomas da parede vaginal, mediante considerações acerca da patologia.

DETALHAMENTO DE CASO

Trata-se de um estudo de campo de caráter qualitativo descritivo de relato de caso de uma paciente atendida em um serviço de cirurgia ginecológica de um hospital da rede pública do Distrito Federal, que se submeteu a cirurgia para miomectomia de parede vaginal, alteração considerada rara dentre as alterações vaginais na população feminina. Este relato de caso foi realizado no Ambulatório de Cirurgia Ginecológica de um Hospital Regional do Distrito Federal (DF), com informações extraídas através do sistema eletrônico Trackcare da Secretaria de Saúde do DF no período de novembro a dezembro de 2024.

Este artigo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos sob CAAE: 83471124.3.0000.5553 e parecer número 7.224.098. Atendendo as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde).

A paciente em questão apresentava 39 anos de idade, do sexo feminino, G4 P3 A1, que foi admitida no Pronto Socorro de Ginecologia e Obstetrícia com queixa de dor em região de baixo ventre, com irradiação para o canal vaginal e região anal, associado a aumento do volume abdominal. Negava náuseas, vômitos e febre. Aos antecedentes ginecológicos, negava uso de métodos contraceptivos, informando a última relação sexual em 2019. Data da última menstruação (DUM): novembro/2022, sexarca aos 17 anos e menarca aos 14 anos. Última colpocitologia oncótica (CCO) há 7 anos.

Durante a admissão, a paciente apresentava-se na ectoscopia em bom estado geral, corada, hidratada, afebril, acianótica, anictérica, lúcida e orientada. No exame físico de abdome, presença de massa palpável até cicatriz umbilical, dolorosa à palpação, sem sinais de irritação peritoneal. Foi realizada sondagem vesical de alívio, com saída de 1300 ml de urina alaranjada, com regressão total de massa palpável no abdome. Membros inferiores sem edemas, panturrilhas livres, sem sinais de Trombose Venosa Profunda (TVP).

Ao exame físico especular: visualizava-se tumoração abaulando a parede vaginal anterior e impedindo a progressão do espéculo ao fundo vaginal e impedindo visualização de colo uterino. Ao toque vaginal, presença de massa abaulando parede vaginal anterior, medindo cerca de 9 cm, de consistência fibroelástica. Foram levantadas as hipóteses diagnósticas de tumoração vaginal a esclarecer, com diagnóstico diferencial com leiomioma de vagina. Na internação hospitalar, foram realizados exames laboratoriais. Os resultados estão demonstrados na (**Tabela 1**). Ainda, realizou exames de ultrassonografia transvaginal (USG TV) e ressonância nuclear magnética de pelve (RNM). Durante a internação, foi iniciado suporte clínico e tratamento sintomático.

Em relação aos exames complementares realizados, apresentou CCO evidenciando epitélios escamoso, glandular e metaplásico com resultado negativo para lesão intraepitelial e malignidade. Com relação à USG TV, a mesma revelou útero de volume de 172,9 cm3, miométrio heterogêneo, endométrio de 12,3 mm. Presença de nodulação homogênea, de contornos regulares, sugestivo de mioma na região ântero-lateral direita, possivelmente intra-ligamentar, medindo 8,6 x 7,5 cm. OD de 42,7 cm3 com cisto simples de 8,6 x 7,5 cm. OE 6,5 cm3. FSP livre.

O exame de RNM de pelve com contraste (**Figura 1** e **2**) apresentou útero de volume de 270 cm3, endométrio de 7 mm, região retrocervical, septo retovaginal, recesso vesicouterino e parede anterior do retossigmoide livres. Ovários de sinal habitual (cisto unilocular ovariano à direita, medindo cerca de 6 cm). Nódulo finamente heterogêneo, com baixo sinal de T2 distendendo a cavidade vaginal, medindo 8,1 x 8,2 x 6,2 cm, com realce ao contraste, apresentando amplo contato com parede superior da vagina e desviando posteriormente o colo uterino. Leiomioma de parede vaginal ou leiomioma pediculado do colo uterino.

No 13º dia de internação hospitalar, paciente realizou cirurgia de miomectomia vaginal, sem intercorrências (**Figuras 3, 4** e **5**). A técnica cirúrgica utilizada consistiu em incisão de 6 cm na mucosa da parede vaginal anterior 4 cm abaixo do meato uretral, seguida de identificação do plano de clivagem com ressecção e ligadura

do pedículo do mioma; após foi realizada exérese de tumoração, bem como cauterização do leito pedicular. Identificado fáscia vesicovaginal íntegra e realizado síntese da mucosa vaginal, com inserção de dreno de Penrose. O procedimento transcorreu com sangramento habitual.

Foi ainda realizada cistoscopia com cistoscópio rígido, sem sinais de hematoma ou soluções de continuidade, além de óstios ureterais visualizados, trígono vesical sem alterações e uretra de trajeto habitual sem lesão aparente. No 1º dia de pós-operatório, foi retirada sonda vesical de demora e estimulada diurese, bem como do tampão vaginal e dreno de Penrose. Na avaliação pós-operatória, exame físico: especular evidenciando sítio cirúrgico cicatrizado, sem sinais flogísticos ou abaulamento do canal vaginal. O anatomopatológico da peça concluiu leiomioma vaginal. Paciente recebeu alta e evoluiu sem intercorrências e recorrência de sintomas.

Tabela 1 - Resultados dos exames laboratoriais do paciente.

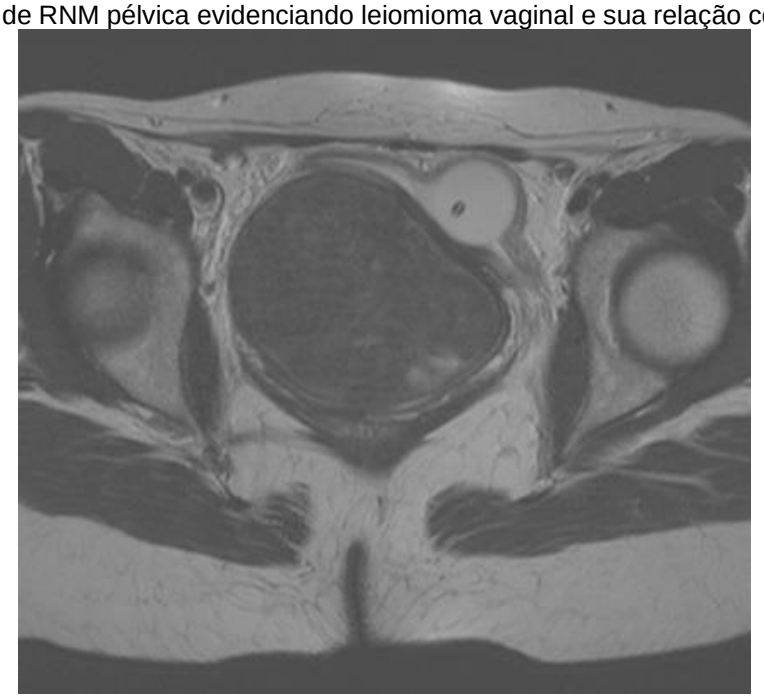
Data	Exames
22/02/2023	Hb: 9,9 / Ht: 30,2% / Leuco: 10 mil / Plaq: 352 mil / EAS: cels epiteliais 10/ campo e leuco 18/campo
23/02/2023	BT 0,4 / BD 0,2 / BI 0,2 / Cr 0,84 / TGO 17 / TGP 8 / Ureia 21 / Hb 9,4 / Ht 29,5 / Plaq 341000 / EAS sem alterações / INR 0,94 / TTPA 22s

Legenda: Hb: Hemoglobina; Ht: Hematócrito; Leuco: Leucócitos; Plaq: Plaquetas; BT: Bilirrubina total; BD: Bilirrubina direta; BI: Bilirrubina indireta; Cr: Creatinina; TGO: Transaminase glutâmico-oxalacética; TGP: Transaminase glutâmico-pirúvica; EAS: Exame de urina; INR: International Normalized Ratio; TTPA: Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada. **Fonte:** Gonzatti PHF, et al., 2025.

Figura 1 - Corte sagital de RNM pélvica evidenciando leiomioma vaginal e sua relação com as estruturas adjacentes (útero e vagina).

Fonte: Gonzatti PHF, et al., 2025.

Figura 2 - Corte axial de RNM pélvica evidenciando leiomioma vaginal e sua relação com a bexiga.

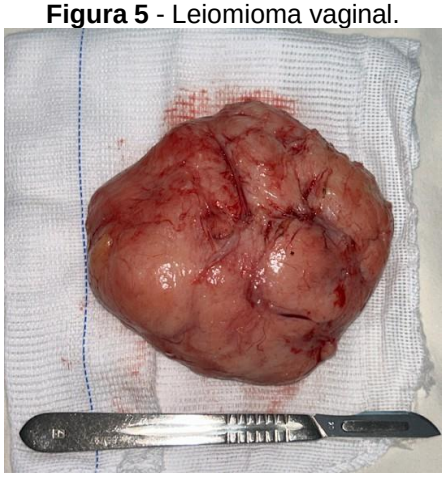


Fonte: Gonzatti PHF, et al., 2025.

Figuras 3 e 4 - Miomectomia vaginal. À direita, evidenciando exérese de leiomioma de parede vaginal anterior. À esquerda, aspecto final após exérese de leiomioma em parede vaginal anterior.

Fonte: Gonzatti PHF, et al., 2025.

Figura 5 - Leiomioma vaginal.



Fonte: Gonzatti PHF, et al., 2025.

DISCUSSÃO

Trata-se de um caso raro de leiomioma de parede vaginal na literatura de cirurgia ginecológica, bem como os seus desafios diagnósticos e terapêuticos; e suas complicações. Os leiomiomas no trato genital feminino são frequentes no útero e, em parte, no colo do útero. A ocorrência na vagina é infrequente (GOYAL LD, et al., 2013). Quando vaginais, esses tumores ocorrem frequentemente na parede vaginal anterior, apresentando manifestações clínicas variadas (SHAH M, et al., 2021). A maior parte das pacientes com leiomiomas, via de regra, são assintomáticas. Porém, quando sintomáticos podem variar de apresentação clínica a depender da localização e do número dos tumores (GIULIANI E, et al., 2020).

A literatura sobre leiomiomas de localização vaginal é escassa, apresentando atualmente cerca de 300 casos na literatura. Se apresentam como uma massa abaulando a vagina, que pode levar a diversos sintomas. Observa-se que muitas pacientes não possuem sintomas ou estão associadas apenas à presença de massa vaginal. No momento em que os tumores possuem tamanho superior a 6 cm, manifestam sintomas, podendo incluir sangramento vaginal, dor abdominal inferior e lombar.

Ademais, quando acontece na parede anterior em contato próximo com a uretra, podem-se apresentar sintomas urinários como a disúria, o esvaziamento vesical incompleto e a formação de massa vesical palpável. Desse modo, este abrangente espectro dos sintomas é capaz de provocar dificuldade no diagnóstico (NING Y, et al., 2023; BRAGA A, et al., 2021; ALONSO-ESPÍAS M, et al., 2019; GOYAL LD, et al., 2013; JEONG PS, et al., 2007; NING Y, et al., 2023).

A paciente foi admitida com quadro de algia em baixo ventre, com irradiação para o canal vaginal, associado a aumento do volume abdominal decorrente a compressão do trato urinário baixo e formação de globo vesical palpável, o que mostra a evolução de sintomas a partir do momento em que ocorre a compressão do trato urinário inferior. O exame físico pélvico pode evidenciar massa vaginal de consistência cística, semicística ou sólida (JEONG PS, et al., 2007). Ao observar o presente estudo, nota-se que durante a realização do exame de toque vaginal foi evidenciado presença de massa amolecida abaulando parede vaginal anterior, medindo cerca de 9 cm.

Ao exame físico, essas tumorações podem representar abaulamentos na região vaginal, o que pode ser confirmado e realizado diagnósticos diferenciais com os exames de imagem (CAIRES LTV, et al., 2023). O diagnóstico diferencial dos leiomiomas parauretrais vaginais pode incluir prolapso, pólipos fibrosos, cisto vaginal, glândula de Bartholin, abscesso do ducto de Skene, cistos do ducto de Gartner, divertículos uretrais e carúncula uretral. Entretanto, o rápido crescimento e a natureza infiltrativa leva a suspeita de malignidade (BRAGA A, et al., 2021).

Para GOYAL LD, et al. (2013), o diagnóstico é evidentemente clínico, uma vez que o pedículo do tumor surge da parede vaginal e a massa se encontra evidenciada em canal vaginal. Em contrapartida, LUQUETTI CM, et al. (2024) afirma que o diagnóstico clínico de leiomiomas é realizado por meio de um exame ginecológico pélvico e achados de imagem compatíveis, como a USG TV e a RNM de pelve.

Os sintomas específicos dão suporte adicional ao diagnóstico clínico, apesar de diversas pacientes serem assintomáticas (LUQUETTI CM, et al., 2024; GOYAL LD, et al., 2013). Dessa maneira, é possível verificar que o diagnóstico definitivo por avaliação patológica não é alcançado em todos os casos, porém é capaz de ser investigado na suspeita da massa indeterminada, a qual pode corresponder a quadros neoplásicos malignos (LUQUETTI CM, et al., 2024).

Por outro lado, observa-se que os tumores benignos são evidenciados nos exames de imagem de forma circunscrita, sólida e hipoecoica originando uma sombra acústica variável (MATHEW RP, et al., 2021). Contudo, o diagnóstico pré-operatório é realizado através de ultrassonografia, porém é melhor traçado com RNM. Na RNM, eles apresentam como lesões homogêneas com sinal semelhante ao do miométrio (GOYAL LD, et al., 2013), conforme visto em exame evidenciado na (**Figura 1**).

Assim sendo, a paciente do presente estudo realizou USG TV, revelando nodulação homogênea, de contornos regulares, sugestivo de mioma na região ântero-lateral direita, possivelmente intra-ligamentar,

medindo 8,6 x 7,5 cm, sendo levantada a hipótese de leiomioma vaginal, a partir da delimitação da localização por meio do exame de RNM pélvica. No estudo de BOUHTOURI Y, et al. (2022), os autores relataram o caso de uma paciente com presença de massa necrótica que se projetava através da vagina, medindo 25 cm de comprimento e a paciente foi submetida a miomectomia vaginal.

O diagnóstico de leiomioma vaginal raramente é feito no pré-operatório, visto a raridade da patologia, sendo então confirmado com o achado histopatológico (JEONG PS, et al., 2007). Corroborando com tais achados, no presente estudo a paciente recebeu o diagnóstico de leiomioma vaginal, a partir da miomectomia vaginal e confirmada no estudo anatomopatológico. A intervenção definitiva de miomas sintomáticos é cirúrgica. A depender da localização e da gravidade dos miomas, a cirurgia é realizada por via abdominal, vaginal ou vaginal com o auxílio laparoscópio (FERREIRA MVR, et al., 2024; ABRAR S, MOHSIN R, 2022).

A cirurgia vaginal é o tratamento de escolha, devendo ser priorizada a ressecção em bloco do tumor, evitando-se o morcelamento (JEONG PS, et al., 2007). Os indivíduos que necessitam de acesso abdominal, o morcelamento possui contraindicação, respectivo ao elevado risco de recidiva (ALONSO ESPÍAS M, et al., 2019). É rara a recorrência, entretanto a abordagem prática compreende uma abordagem abdominoperineal minuciosa urgente e/ou histerectomia para melhor acesso cirúrgico (IMAI A, et al., 2008). Para evitar a recorrência, evidências preconizam a remoção do tumor em bloco (ALONSO-ESPÍAS M, et al., 2019; SIQUEIRA CB, et al., 2018). Concordando com a literatura, a paciente evoluiu sem intercorrências e sem recorrência de sintomas.

Esses miomas possuem fácil dissecção, sem relatos de perdas sanguíneas importantes durante o ato cirúrgico. Via de regra, a maior parte dos tumores são cobertos por mucosa vaginal íntegra e normal, conforme evidenciado nas Figuras 3 e 4 (JEONG PS, et al., 2007). Em casos de tumores grandes, a administração de análogos do hormônio liberador de gonadotrofinas (GnRH) ou a embolização intravascular são métodos eficientes para diminuição do risco de hemorragia intra operatória (REYNA-VILLASMI E, et al., 2021). Tumores grandes podem impor a abordagem abdominal e perineal combinada. Apesar do morcelamento tumoral tornar a cirurgia pela via vaginal mais acessível, há maior recidiva (IMAI A, et al., 2008).

Dessa forma, o tratamento de referência compreende na remoção cirúrgica, diagnóstica e terapêutica, através da excisão absoluta, abrangendo a cápsula e as margens livres (ALONSO-ESPÍAS M, et al., 2019). A remoção por via vaginal comumente é viável, porém esporadicamente a abordagem abdominoperineal seja necessária para completar a excisão em tumores grandes (ALONSO-ESPÍAS M, et al., 2019; GOYAL LD, et al., 2013; IMAI A, et al., 2008).

Portanto, pacientes portadoras de tumores sugestivos ao leiomioma vaginal necessitam na maior parte dos casos de realização da miomectomia vaginal, com excisão e enucleação do tumor. Em mulheres com neoplasias grandes ou situadas no fórnice vaginal anterior, o acesso deve ser realizado pela via abdominoperineal ou exclusivamente vaginal. No decorrer da remoção é fundamental a inserção de cateter vesical, a fim de evitar lesões em estruturas anatômicas como a bexiga (ROBLES-FRADEJAS M, et al., 2018).

A realização deste estudo revelou que os leiomiomas são encontrados comumente no útero e, em parte, no colo do útero, porém na vagina é raro. Apesar de leiomiomas representarem os tumores benignos mais comuns em pacientes do sexo feminino em idade reprodutiva, a sua manifestação vaginal é excepcional. O diagnóstico clínico da doença é realizado através de exame ginecológico pélvico e o tratamento ouro é cirúrgico que pode ser feito por via vaginal, laparoscópica ou abdominal, a depender do tamanho, da localização e da acessibilidade do tumor.

Porém, a via vaginal é a abordagem de escolha. O diagnóstico definitivo é determinado através de estudo anatomopatológico. Embora raro, há casos de recorrência da doença após a cirurgia. No caso de leiomiomas uterinos é de 15 a 30%, porém não há dados estatísticos sobre os leiomiomas de localização vaginal. A fim de realizar a melhor intervenção, é fundamental buscar o diagnóstico, assim como ter conhecimento dos diagnósticos diferenciais, a fim de realizar uma abordagem precoce. Ainda, se faz importante mais relatos clínicos na literatura sobre os leiomiomas vaginais, com o objetivo de difusão do conhecimento dessa patologia, tornando-a importante diagnóstico diferencial na investigação e abordagem de tumores vaginais.

REFERÊNCIAS

1. ABRAR S e MOHSIN R. Vaginal Leiomyoma Presenting as Pelvic Organ Prolapse in Pregnancy. Journal of the College of Physicians and Surgeons--pakistan: JCPSP, 2022; 32(12): 143-145.
2. ALONSO-ESPÍAS M, et al. Leiomioma vaginal con núcleos atípicos. Informe de un caso. Ginecología y Obstetricia de México, 2019; 87 (6): 405-409.
3. BOUHTOURI Y, et al. A huge uterine leiomyoma prolapsed through the vagina: image in medicine. Oxford Medical Case Reports, 2022; 4: 36.
4. BRAGA A, et al. What is this vaginal bulge? An atypical case of vaginal paraurethral leiomyoma. A case report and literature systematic review. Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction, 2021; 50(6): 101822.
5. CAIRES LTV, et al. Fatores associados a benefícios e complicações da miomectomia. Brazilian Journal of Health Review, 2023; 6(2): 4592-4599.
6. CANDO M, et al. Reporte de caso: Mioma Vaginal Gigante: Case report: Giant Vaginal Mioma. La U Investiga, 2020; 7(1): 15-21.
7. EGBE TO, et al. Vaginal leiomyoma: medical imaging and diagnosis in a resource low tertiary hospital: case report. BMC Women's Health, 2020; 20: 1-6.
8. FERREIRA MVR, et al. O Impacto da Histerectomia e a Participação dos Profissionais de Saúde Durante o Processo Cirúrgico. Revista de Divulgação Científica Sena Aires, 2024; 13(1): 197-206.
9. GANDOLFO JL, et al. Gestante de alto risco com diagnóstico de leiomiomas em atendimento na atenção primária: Relato de caso. Brazilian Journal of Health Review, 2020; 3(6): 19332-19341.
10. GAO Y, et al. Vaginal leiomyoma: A case report. Experimental and Therapeutic Medicine, 2022; 24(5): 1-6.
11. GIULIANI E, et al. Epidemiology and management of uterine fibroids. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 149(1): 3-9.
12. GOWRI R, et al. Leiomyoma of the vagina: an unusual presentation. Journal of Obstetrics and Gynaecology Research, 2003; 29(6): 395-398.
13. GOYAL LD, et al. An unusual case of vaginal myoma presenting with postmenopausal bleeding. Journal of Family and Reproductive Health, 2013: 103-4.
14. IMAI A, et al. Leiomyoma and rhabdomyoma of the vagina Vaginal myoma. Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2008; 28(6): 563-566.
15. JEONG PS, et al. Leiomyoma of the vagina that caused cyclic urinary retention. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 2007; 86(1): 102-104.
16. LUQUETTI CM, et al. Miomas uterinos (leiomiomas): epidemiologia, características clínicas, diagnóstico e história natural. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, 2024; 6(8): 5688-5702.
17. MATHEW RP, et al. Uterine leiomyomas revisited with review of literature. Abdominal Radiology, 2021; 46(10): 4908-4926.
18. MONTAÑEZ MA, et al. Mioma nascens: reporte de caso. Ginecología y Obstetricia de México, 2022; 90(7): 612-615.
19. NING Y, et al. Common and uncommon lesions of the vulva and vagina on magnetic resonance imaging: correlations with pathological findings. BJR | Open, 2023; 5(1): 20230002.
20. NUNES MMC, et al. Prevalência de miomatose uterina em gestantes atendidas no ambulatório da mulher da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2020; 40: 2247-2247.
21. OLIVEIRA GA, et al. Mioma uterino no Brasil: Panorama epidemiológico e desafios para a saúde da mulher. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, 2024; 6(5): 2462-2471.
22. REYNA-VILLASMIL E. et al. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, 2021; 67(4): 1-4.
23. ROBLES-FRADEJAS M, et al. Leiomioma vaginal de crecimiento rápido. Reporte de un caso. Ginecología y Obstetricia de México, 2018; 86(10): 687-691.
24. ROCHA LLS, et al. Linfonodo sentinela no câncer de endométrio: Revisão narrativa. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2019; 11 (5): 302.
25. SHAH M, et al. Vaginal leiomyoma: A case report. JNMA: Journal of the Nepal Medical Association, 2021; 59 (237): 504.
26. SIQUEIRA CB, et al. Repercussões psicossociais da histerectomia em nulíparas em idade fértil. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2018; 2178: 2091.
27. ZHANG NN, et al. An effective method using laparoscopy in treatment of upper vaginal leiomyoma. Fertility and Sterility, 2020; 114(1): 185-186.