

Leiomioma parauretral: manifestación clínica inusual, primer reporte de caso en literatura colombiana

Ali Fares-Kamis*
Daniel Mauricio Torrado-Arenas**
Jhon Jairo Omaña-Roa***
Paula Rodríguez****
Liseth Susana Mena-Galviz*****
Ignacio Vicente Mercado-López*****

*Médico general, Universidad del Norte, Barranquilla. Colombia
** Residente IV Urología. Universidad de Cartagena. Cartagena. Colombia
***Médico general. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga. Colombia
****Médica general. Universidad del Bosque. Barranquilla. Colombia
*****Médica general. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga. Colombia
*****Urólogo, Universidad Municipal Rio de Janeiro, Barranquilla. Colombia
Correspondencia: Dra. Liseth Mena. Correo electrónico: lisethmena24@gmail.com

Resumen

El leiomioma parauretral es una neoplasia benigna con pocos casos descritos en la literatura. El leiomioma abarca el 5% de los casos de las masas parauretrales, ocupando el cuarto lugar como una de las causas menos frecuentes, después del divertículo parauretral. Se presenta el caso de una paciente de 43 años con antecedente de infección urinaria a repetición, con una masa de 8 cm en pared vaginal anterior de cuatro años de evolución. La cistoscopia fue normal y la ecografía mostró una lesión sólida parauretral. Se realizó resección por colpotomía sin complicaciones, con resultado de patología de leiomioma. Control postquirúrgico y uroflujometría normal. Dentro de las posibilidades diagnósticas ante una masa parauretral, el leiomioma debe considerarse. La sintomatología es variable, siendo los síntomas urinarios los más frecuentes. La ecografía y la resonancia son herramientas fundamentales y el manejo se basa en la resección quirúrgica, generalmente vía vaginal. **MÉD.UIS.2021;34(2): 77-82.**

Palabras claves: Leiomioma. Uretra. Vagina. Colpotomía. Ultrasonografía.

Parauretral leiomyoma: unusual clinical manifestation, first case report in colombian literature

Abstract

Introduction: Paraurethral leiomyoma is a rare benign neoplasm, with few cases described in the literature. Most of the data on prevalence are based on case series, the leiomyoma covers 5% of the paraurethral masses, occupying the fourth place as one of the less frequent causes, after parurethral diverticulum. Case: 43 years old patient with antecedents of recurring urinary infections and a previous 8 cm mass on the vaginal walls with 4 years of clinical evolution course. Cystoscopy was normal and ultrasound with a solid paraurethral injury. Colpotomy resection was performed without complications, resulting in leiomyoma pathology. Post-surgical control and normal uroflowmetry. Discussion and conclusion: leiomyomas should be considered as a possible diagnosis in case of a periurethral mass presence. Symptomatology is variable. The urinary symptoms are the most frequent as in this case. Ultrasonography and resonance are essential tools treatment are based on surgical resection which is usually vaginally. **MÉD.UIS.2021;34(2): 77-82**

Keywords: Leiomyoma. Urethra. Vagina. Colpotomy. Ultrasonography.

¿Cómo citar este artículo?: Fares-Kamis A, Torrado-Arenas D, Omaña-Roa J, Rodríguez P, Mena-Galviz L, Mercado-López I. Leiomioma parauretral: manifestación clínica inusual, primer reporte de caso en literatura colombiana. MÉD.UIS.2021;34(2): 77-82. doi: 10.18273/revmed.v34n2-2021007

Introducción

Los leiomiomas peri o parauretrales son lesiones raras y los datos de prevalencia son basados principalmente en serie de casos. Un estudio realizado por el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos en el 2004 en el cual se siguieron 1950 mujeres durante 8 años, encontró 79 pacientes con masas parauretrales, de las cuales menos del 5% fueron leiomiomas^{1,2}. Otros estudios arrojan estadísticas de menos del 5% de las muestras, como Wyman y colaboradores, durante 10 años en el Departamento de Medicina Pélvica Femenina y Cirugía Reconstructiva, en el 2014^{3,4}.

El leiomioma parauretral corresponde a un tumor benigno derivado de las células del músculo liso que rodean la uretra^{5,6}. El primer caso fue descrito en 1733 por el Doctor Leyden^{9,10,11}. Su frecuencia es tres veces mayor en mujeres, presentándose principalmente en edad reproductiva entre los 30 y 50 años^{7,9}. En los hombres solamente, se han notificado ocho casos reportados en la literatura¹².

Igual que los leiomiomas uterinos, su fisiopatología no está muy clara, pero se ha planteado que puede ser secundaria al estímulo hormonal, con la hipótesis de que poseen receptores de estrógenos, por ello se explica su prevalencia mayor en mujeres en la edad reproductiva o que inician terapia de reemplazo hormonal^{13,14}. Puede desarrollarse a lo largo de cualquier parte de la uretra; sin embargo, la mayoría se presentan en el segmento proximal^{2,6-8}.

La sintomatología es variable e inespecífica según el tamaño, se han descrito desde pacientes asintomáticos hasta algunos casos con retención urinaria^{6,9,14,15}. Los síntomas de presentación se parecen a los de otras masas parauretrales, que incluyen síntomas urinarios irritativos y de vaciamiento, dispareunia, sensación de cuerpo extraño en vagina, hemorragia genital^{6,14,16-18} y en más del 50% de los casos se presentan con episodios de infección urinaria a repetición¹⁹⁻²¹.

El pronóstico del leiomioma es muy bueno, sin ningún caso de malignización descrito y la mayoría de los pacientes después del tratamiento, que es principalmente quirúrgico, mejora los síntomas con adecuados desenlaces¹⁹⁻²³. No se han encontrado casos reportados en Colombia y es una patología de muy baja frecuencia, por lo cual, el objetivo es presentar el curso clínico del primer caso de leiomioma en Colombia, como hallazgo inusual de masa parauretral de gran tamaño en un Hospital de la región del Caribe.

Reporte de caso

Paciente femenina de 43 años sin comorbilidades asociadas, con antecedente de infecciones urinarias a repetición, dos partos por cesárea (G2PoC2) y una resección quirúrgica de un quiste vulvar del labio mayor derecho de 2,5 x 2,5 cm por ginecología en el 2010, sin complicaciones. Paciente que consultó inicialmente por medicina general por sensación de cuerpo extraño y aparición de una masa en genitales externos con aumento gradual de tamaño desde el 2015, con tenesmo vesical y disuria intermitente, no sangrado, ni hematuria, ni síntomas ginecológicos asociados. Al examen físico se encontró una masa en pared vaginal anterior, que por sospecha de cistocele refirió erróneamente al servicio de ginecología; al cual llega 14 meses después con la misma masa indolora de 5 x 6 cm de diámetro a nivel genital (con más del doble de tamaño), no relacionada con ningún prolapso anterior de vejiga, sino dependiente de la uretra, por lo cual se deriva al servicio de urología.

Posteriormente a los siete meses, fue valorada por urología en la Clínica la Merced, un centro de referencia de tercer nivel con un servicio grande para pacientes ginecológicas, quien ordenó una uretrocistoscopia transuretral, la cual se realizó once meses después con un introito con mucosa vaginal normal, una masa en la pared vaginal anterior, un meato uretral externo sin signos de inflamación, la uretra normal sin estrechez, ni ostium y la vejiga de paredes normales con ambos meatos uretrales. La ecografía transvaginal, sin imágenes, solamente

Mayo-agosto

reportó una lesión sólida dependiente de la uretra de aproximadamente 7 x 8 cm. Con lo anterior se descartó un divertículo parauretral. Y se emitió una impresión diagnóstica de un quiste parauretral, por lo que se ordenó su resección quirúrgica (Ver Figura 1).



Figura 1. Examen físico preoperatorio de masa parauretral en pared anterior vaginal con mucosa normal.

Fuente: autores.

Sin embargo, la paciente no se sometió al procedimiento por problemas administrativos y nuevamente consultó a urología diez meses después, con intermitencia urinaria, persistencia del tenesmo vesical y su masa con aumento de hasta 9 cm (aumentó cerca de 3 cm desde el inicio). Se realizó urocultivo, el cual fue negativo y se llevó a manejo quirúrgico por técnica de abordaje vía vaginal por cercanía a genitales, con previa cateterización uretral para reparo de la uretra, la cual estaba indemne; mediante colpotomía en la pared anterior respetando la uretra, la cual nunca se incidió, disección con tijera y digital resección de la masa y afrontamiento de los bordes, en dos planos con sutura absorbible. Se usó anestesia regional combinada con lidocaína, con epinefrina a nivel local para el control del sangrado.

La paciente se dio de alta al primer día postoperatorio con una sonda uretral, la cual se retiró en siete días sin complicaciones (Ver Figura 3). La pieza patológica midió 7 x 8 cm de aspecto homogéneo, bordes regulares, blanquecina y el estudio microscópico confirmó el leiomioma (Ver Figura 2). Finalmente, en un mes, la paciente asistió al control, estaba

asintomática y se le realizó una uroflujometría, la cual fue normal (Ver Figura 4).

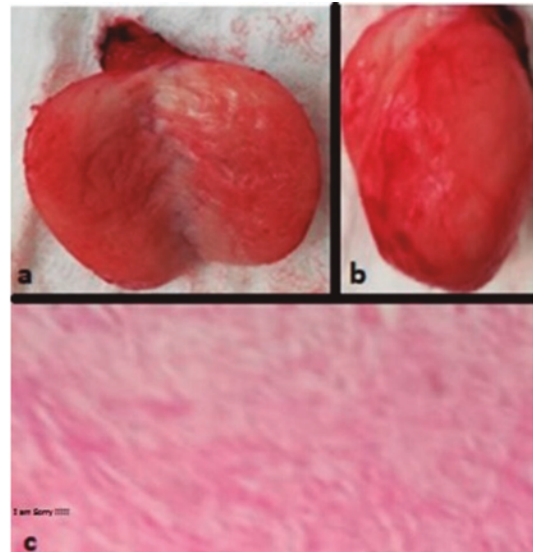


Figura 2. Patología leiomioma parauretral, a. y b. Aspecto macroscópico homogéneo, color rosado y bordes regulares de pieza quirúrgica con apertura en la mitad y c. Aspecto microscópico x100, tinción con hematoxilina-eosina. Se muestran células fusiformes uniformes con citoplasma eosinófilo y núcleos alargados con extremos romos, dispuestas en fascículos entrelazados o en patrón de remolino.

Fuente: autores.



Figura 3. Examen físico normal postoperatorio de resección quirúrgica por vía vaginal de masa parauretral con adecuada cicatrización

Fuente: autores.

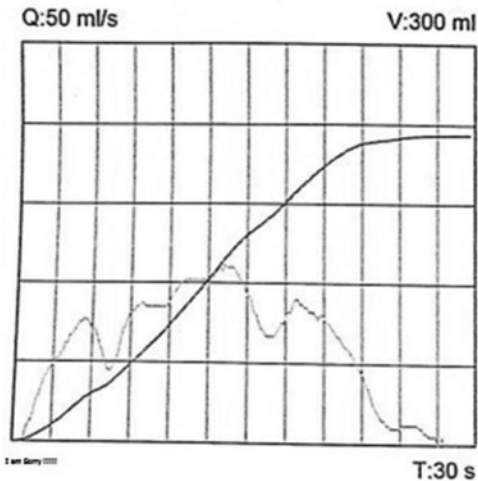


Figura 4. Uroflujometría en postoperatoria curva normal. Qmax 22,4 ml/s, volumen total 232 ml y tiempo total 18,2 segundos.

Fuente: autores.

Discusión

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, SciELO, Springer, Dialnet, Hinari y Google académico utilizando los términos “leiomioma parauretral” y “paraurethral leiomyoma” encontrando pocos reportes en latinoamérica y ninguno en Colombia.

El leiomioma es una causa poco frecuente de masa parauretral, se deben tener en cuenta los posibles diagnósticos diferenciales para su correcto manejo^{6,13,24-26}. En una de las series más grande de *Blaivas y colaboradores* de 79 mujeres con masas periuretrales, la principal causa fue el divertículo uretral con 84% de los casos, seguido del quiste de la pared vaginal con 6% de casos y el leiomioma con 5% de casos. Otras series también incluyen los quistes de la glándula de Skene, carúnculas uretrales y en porcentajes muy bajos los carcinomas de uretra^{6,13} (Ver Tabla 1). Por lo anterior, la probabilidad de malignidad en cualquier masa periuretral es baja; pero en el caso de masas sólidas, duras, irregulares, con compromiso del meato uretral, edad avanzada o hallazgos dudosos, la biopsia puede proporcionar información adicional para permitir una planificación preoperatoria adecuada^{16,19}. En caso no requirió biopsia por no sospecha de una lesión maligna, pero se dio un diagnóstico inicial erróneo de un quiste parauretral.

Tabla 1. Principales diagnósticos diferenciales de masa periuretral.

Divertículo uretral	Pared vaginal anterior, porción proximal y medial uretral, RMN signo de herradura y ostium por cistoscopia.
Quiste G.Bartholino	Pared inferolateral hacia el labio menor.
Quiste G. Skene	Pared vaginal anterior, porción distal uretral y distorsión del meato.
Quistes de Gartner	Variedad de pared vaginal y anomalías renales asociadas, como uréter ectópico.
Leiomioma	Pared vaginal anterior, porción proximal uretral e hipococico en ecografía.

Fuente: autores.

La distinción entre leiomioma uretral, parauretral y de pared vaginal anterior puede ser muy difícil debido a su proximidad anatómica^{17,25-27}, por lo que adicional a un examen físico detallado se puede complementar con ayudas diagnósticas imagenológicas. Algunas diferencias entre leiomioma uretral y parauretral son que los segundos son más móviles y en la cirugía generalmente respetan la uretra y no se requiere reparo adicional^{7,22-25}; en el presente caso la ecografía tenía muchas limitaciones en el reporte, pues no tenía muchas especificaciones, además la paciente no requirió sutura uretral.

No hay guías, ni protocolos para establecer su diagnóstico, toda la información se basa en series y reportes de casos. Es importante una adecuada anamnesis, un examen físico con una masa no dolorosa, regular y el complemento de una uretrrocistoscopia y/o imágenes para descartar sus posibles diagnósticos diferenciales^{7,15,19,24}. Sin embargo, solo con la patología se confirma el diagnóstico definitivo^{12,28,29}. Los hallazgos microscópicos con hematoxilina y eosina son células uniformes de músculo liso con patrón en remolino, sin necrosis, sin mitosis y sin células atípicas^{7,30,31}; tal como se presentó en este caso. Además, la inmunohistoquímica revela la existencia de receptores de hormonas ováricas¹².

Los principales hallazgos en la cistoscopia, igual que en el caso reportado, son la compresión parcial extrínseca de la luz uretral sin ningún ostium, que sí es típico en el divertículo^{5,15,18,30}. Por ello, el presente caso se descartó este diagnóstico. En cuanto a imágenes, la resonancia magnética es

Mayo-agosto

la de mayor sensibilidad; sin embargo, por altos costos, la ecografía transvaginal es una alternativa de mejor acceso^{7,28,30,32}. Los hallazgos ecográficos son masas sólidas hipoeoicas con flujo sanguíneo al doppler, diferente al divertículo que se manifiesta como masa quística o el quiste parauretral que no tiene vascularización doppler^{33,34}. En un estudio ecográfico retrospectivo de Yang y colaboradores de 95 mujeres se reportaron 41% divertículos, 33% quistes parauretrales, 12% leiomiomas y 8% con carúnculas y lesiones malignas^{34,36}. En este caso, debido a cuestiones administrativas propias del sistema de salud, no fue posible la realización de más imágenes preoperatorias y la paciente deseo manejo lo más pronto posible rechazando otro tipo de ayudas diagnósticas. Las diferentes modalidades de imagen reflejan su utilidad en la determinación del compromiso de órganos adyacentes y complementar el diagnóstico^{7,29}.

Finalmente, respecto al tratamiento la literatura igualmente se basa tradicionalmente en principios quirúrgicos establecidos y en la opinión de expertos^{2,4}. Se ha descrito manejo conservador con análogos hormonales con poca eficacia⁷; pero en caso de generar sintomatología, especialmente por el tamaño se recomienda su resección quirúrgica completa. Se han descrito abordajes abdominales, como el caso de Fridman y colaboradores de una paciente 51 años que también se llevó a histerectomía por miomas uterinos concomitantes^{6,37}. Sin embargo, el abordaje transvaginal es el tratamiento de elección, por mayor acceso a la mayoría de lesiones que son más exteriores, además requiere reparo de la uretra y en caso de lesión o compromiso, algunos casos requieren uretroplastia adicional, por ello la disección detallada y el uso de sonda uretral son fundamentales^{7,13,16}. Por lo anterior, en nuestro caso se realizó colpotomía sin complicaciones y se usó epinefrina para el control hemostático local.

Generalmente no hay recurrencia o transformación maligna después del tratamiento^{7,31}. Las complicaciones postoperatorias son raras, se han descrito estrechez uretral, fístula uretrovaginal e incontinencia urinaria, como en el caso presentado por Tunitsky y colaboradores en el que adicional a la exéresis de la masa, requirió la colocación de una cinta cabestrillo uretral^{6,26}. Por ello es indispensable la disección cuidadosa para evitar lesiones en los órganos cercanos^{6,28}. En nuestro caso se prefirió el abordaje vaginal, sin complicaciones en el seguimiento, evidenciados con una uroflujometría

sin alteraciones y micción adecuada. Es importante destacar que el gran tamaño que alcanzó el leiomioma, fue debido a las dificultades administrativas que tuvo la paciente para acceder a los servicios de salud y también por abandonar por un tiempo el tratamiento de su enfermedad.

Conclusiones

El leiomioma parauretral debe considerarse dentro de las posibilidades de una masa parauretral, que generalmente da síntomas urinarios, en el que un buen examen físico, la cistoscopia y las imágenes son fundamentales para su diagnóstico. Su manejo principal es la resección quirúrgica, es de buen pronóstico y es el primer caso reportado en Colombia en un centro de referencia.

Agradecimientos

Los autores agradecen la colaboración ofrecida por el equipo de UROPRADO.

Responsabilidades éticas

Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos, ni en animales. Además, el paciente firmó el respectivo consentimiento informado.

Financiación

Ninguna que declarar.

Conflicto de interés

Ninguno que declarar.

Referencias bibliográficas

1. Blaivas JG, Flisser AJ, Bleustein CB, Panagopoulos G. Periurethral masses: etiology and diagnosis in a large series of women. *Obstet Gynecol.* 2004; 103(5 Pt 1):842-847.
2. Fletcher SG, Lemack GE. Benign masses of the female periurethral tissues and anterior vaginal wall. *Curr Urol Rep.* 2008;9(5):389-396.
3. Wyman A, McDowell M, Prieto I, Jackson E, Bassaly R, Ordorica R, et al. A 10-Year Case Series of Surgically Managed Periurethral Masses at a Single Tertiary Care Institution. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2020;26(11): 668-70.
4. Moawad GN, Abi Khalil ED, Silverbrook C, Barak S, Semerjian A, Phillips M. Urethral Solitary Fibrous Tumor: A Rare Pathologic Diagnosis of a Periurethral Mass. *Case Rep Obstet Gynecol.* 2016;2016:2798079.
5. Cantellano OM, Viveros EJM, Vázquez OL, Lamm WL, Andrade PD, Morales MG, et al. Leiomioma parauretral. Presentación de un caso en paciente femenina y revisión de la literatura. *Rev Mex*

- Urol. 2006;66(6):302-305.
6. Fridman D, Abeshouse M, Sankin A. Paraurethral Leiomyoma as an Incidental Finding in Patient with Fibroid Uterus. *Case Rep Obstet Gynecol*. 2018;2018:7042960.
 7. Migliari R, Buffardi A, Mosso L. Female paraurethral leiomyoma: treatment and long-term follow-up. *Int Urogynecol J*. 2015;26(12):1821-5.
 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;22:111.
 9. Streltsova OS, Kachalina OV, Yunusova KE, Molvi M, Kiseleva EB. *Urologiia*. 2018;(1):129-133.
 10. Tantbirojn P, Sansopha L, Thanakit V, Sirisubya N. Paraurethral Leiomyoma: A Case Report. *J Med Assoc Thai*. 2006;89(4):545-9.
 11. Ribeiro R, Martinho do Rosário J, Costa L. Paraurethral leiomyoma: at the border between Gynecology and Urology. *Acta Obstet Gynecol Port*. 2015;9(4):313-5.
 12. Woo Lee K. Leiomyoma of the Male Urethra. *Soonchunhyang Med Sci*. 2016;22(2):155-7.
 13. Gallego D, Povo I, Miralles J, Gimeno V, Bosquet M, Gallego J. Leiomioma de uretra femenina, aportación de un caso clínico y revisión de la literatura. *Actas Urol Esp*. 2010;34(4):396-7.
 14. Kuramoto T, Nishizawa S, Mori T, Iba T, Fuji R, Nanpou Y, et al. Giant paraurethral leiomyoma in the female: a case report. *Hinyokika Kyo*. 2008;54(10):677-80.
 15. Harada K, Ishikawa Y, Fujiwara H, Ishihara G. Female paraurethral leiomyoma successfully excised through a vaginal approach: A case report. *J Obstet Gynaecol Res*. 2018;44(6):1174-6.
 16. Carral RA, Arellano E, Lira A, Aguilar J, Pérez O, Martín del Campo S. Leiomioma parauretral: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Mex Urol*. 2008;68(6):351-3.
 17. Tunitsky E, Goldman HB, Ridgeway B. Periurethral mass: a rare and puzzling entity. *Obstet Gynecol*. 2012;120(6):1459-64.
 18. Maeda K, Wada A, Kageyama S, Takimoto K, Narita M, Kawauchi A. A Female Paraurethral Leiomyoma Causing Urinary Retention: A Case Report. *Hinyokika Kyo*. 2015;61(11):455-8.
 19. Méndez LM, Velázquez PI, Godoy N. Leiomioma parauretral en la postmenopausia reporte de un caso. *Gac Med Bol*. 2018;41(1):61-3.
 20. Adams-Piper E, Jacobs S, Ghoniem GM. Paraurethral Leiomyoma in a 20 Year-old Woman: A Case Report. *Urol Case Rep*. 2016;4:14-6.
 21. Upadhyay M, Chauhan M, Gautam S, Yadav TC. Rare case of vaginal leiomyoma in an adolescent girl: a diagnostic dilemma. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol*. 2018;7(3):1269-72.
 22. Estrada EE, Mazariegos L, Mora W, Andriano R. Leiomioma parauretral. *REVCOG*. 2015; 20(1):21-2.
 23. Jariwala SK. Leiomyoma of Female Urethra. *J Obstet Gynecol India*. 2014;64(1):138-9.
 24. Rezaei S, LoBue S, Bahl N, Chadee A, Gottimukkala S, Fishman A, et al. A True Paraurethral Leiomyoma, A Case Report and Review of Literature. *Obstet Gynecol Int J*. 2017; 6(5): 00218.
 25. Perugia G, Ciccariello M, Pirolli F, Chinazzi A, Teodonio S, Borgoni G, et al. Paraurethral leiomyoma. *Urology*. 2012;79(4):e51-2.
 26. Catarino R, Pereira D, Ferreira C, Cardoso A, Correia T, Cerqueira M, Reis F, et al. Leiomioma parauretral - caso clínico e revisão da literatura. *Relatos Casos Cir* [Internet]. 2018;(4):e2002. Disponible en: DOI: 10.30928/2527-2039e-20182002
 27. Contreras-Albavera EO, Delgado-Gutiérrez GR, Mandujano-Álvarez GJ, Martínez-Hernández CM, Añorve-Vargas A. Leiomioma en uretra femenina. Reporte de un caso. *Ginecol obstet. Méx* [Internet]. 2017;85(11):778-82. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412017001100778
 28. Navarro P, Martínez J, Martínez C, Teruel M, Segura M, Pastor JM, et al. Leiomioma parauretral. *Arch. Esp. Uro*. 2013;66(8):820-3.
 29. Braga A, Soave I, Caccia G, Regusci L, Ruggeri G, Pitaku I, et al. What is this vaginal bulge? An atypical case of vaginal paraurethral leiomyoma. A case report and literature systematic review. *J Gyecol Obstet Hum Reprod*. 2021;50(6):101822.
 30. Kansal JK, Mohamed M, Mahdy A. Vaginal Approach to Excise a Rare Paraurethral Leiomyoma. *Urol Case Rep*. 2016;9:18-20.
 31. De Lima MM, Sampaio CB, Ticianeli JG, de Lima MM, Granja F. Leiomyoma-a rare benign tumor of the female urethra: a case report. *J Med Case Rep* [Internet]. 2014;8:366. Disponible en: <https://jmedicalcasereports.biomedcentral.com/articles/10.1186/1752-1947-8-366>
 32. Pavlica, P, Bartolone, A., Gaudiano, C., & Barozzi, L. (2004). Female paraurethral leiomyoma: ultrasonographic and magnetic resonance imaging findings. *Acta Radiol*. 2004;45(7):796-8.
 33. Audouin M, Sèbe P. Uretra femenina normal y patológica. *EMC – Urología*. 2014. 46(2), 1–13.
 34. Yang H, Gu JJ, Jiang L, Wang J, Lin L, Wang XL. Ultrasonographic Imaging Features of Female Urethral and Peri-urethral Masses: A Retrospective Study of 95 Patients [Internet] 2020. 46(8): 1896-1907. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32448559/>
 35. Altay C, Bozkurt O, Secil M, Tuna B, Celebi I. Imaging findings of paraurethral leiomyoma. *Diagn Interv Imaging*. 2017;98(2):173-175.
 36. Bruschini H, Truzzi, JC, Simonetti R, Mesquita R, Delcelo R, Szenfeld J, Et al. Paraurethral leiomyoma in a female causing urinary obstruction. *Int Urogynecol*. 2006; 17(3)286-9
 37. Elhadari, T, Archer, R, Barrington, J. Urethral leiomyoma: A rare presentation. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2014;34(2):208-208.