



## Reporte de casos clínicos

# Angioleiomioma del útero que imita una masa anexial

## Angioleiomyoma of the uterus mimicking an adnexal mass

Franco Rafael Ruiz-Echeverría<sup>1</sup> \* Jorge Alberto Fonseca-Ochoa<sup>2</sup> \* María Julina Ibarra-Arcos<sup>3</sup>

**Para citar este artículo:** Ruiz-Echeverría FR, Fonseca Ochoa JA, Ibarra-Arcos MJ. Angioleiomioma del útero que imita una masa anexial. Duazary. 2025;22:e6584. <https://doi.org/10.21676/2389783X.6584>

Recibido en mayo 12 de 2025

Aceptado en agosto 14 de 2025

Publicado en línea en agosto 19 de 2025

### RESUMEN

El angioleiomioma uterino es un tumor benigno raro que puede simular una masa anexial debido a sus características clínicas, imagenológicas y quirúrgicas. Se presenta el caso de una paciente de 36 años con distensión abdominal progresiva, náuseas e hiporexia, inicialmente diagnosticada con un tumor ovárico de alto riesgo de malignidad. Durante la cirugía, se identificaron dos masas sólido-quísticas de gran tamaño, de contenido seroso, originadas en el útero y adheridas a estructuras vecinas. El diagnóstico definitivo fue angioleiomioma. Se resalta la importancia de considerar esta entidad en el diagnóstico diferencial de masas pélvicas complejas para evitar procedimientos oncológicos radicales innecesarios.

**Palabras clave:** leiomioma; útero; neoplasias del aparato reproductor femenino; diagnóstico diferencial; reporte de caso.

### ABSTRACT

Uterine angioleiomyoma is a rare benign tumor that may mimic an adnexal malignancy due to its clinical, imaging, and surgical features. We present the case of a 36-year-old woman with progressive abdominal distension, nausea, and hyporexia, initially diagnosed with a high-risk ovarian tumor. Two large solid-cystic uterine masses with serous content and adhesions to adjacent structures were found intraoperatively. The final diagnosis was angioleiomyoma. This case highlights the importance of considering this entity in the differential diagnosis of complex pelvic masses to avoid unnecessary radical oncologic procedures.

**Keywords:** Leiomyoma; Uterus; Genital neoplasms female; Diagnosis differential; Case report.

1. Universidad del Magdalena. Santa Marta, Colombia. Correo: [frruize@unal.edu.co](mailto:frruize@unal.edu.co) - <https://orcid.org/0000-0003-2727-5840>

2. Universidad del Magdalena. Santa Marta, Colombia. Correo: [jafonseca@unimagdalena.edu.co](mailto:jafonseca@unimagdalena.edu.co) - <https://orcid.org/0009-0001-7788-9421>

3. Universidad del Magdalena. Santa Marta, Colombia. Correo: [juibarra06@gmail.com](mailto:juibarra06@gmail.com) - <https://orcid.org/0000-0002-8960-5510>

## INTRODUCCIÓN

El angioleiomioma (AL) es un tumor benigno poco frecuente compuesto por células musculares lisas que rodean vasos sanguíneos de paredes gruesas. Según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2020, pertenece al grupo de tumores perivasculares.<sup>1,2</sup> Aunque su localización típica es la dermis o el tejido celular subcutáneo de las extremidades inferiores, su presentación en el tracto genital femenino es inusual, y representa solo entre el 0,34 % y el 0,60 % de los leiomiomas ginecológicos en las series más amplias publicadas.<sup>1,2</sup>

El AL uterino puede manifestarse como sangrado uterino anormal, masa abdominopélvica o dolor pélvico, y en ocasiones simula neoplasias malignas, tanto clínica como radiológicamente.<sup>3-5</sup> En particular, puede presentarse con síntomas inespecíficos como distensión abdominal, hiporexia o náuseas, lo que retrasa su diagnóstico, especialmente cuando se asocian a masas de gran tamaño o contenido mixto sólido-quístico. Además, se han reportado casos con coagulopatías de consumo y síndrome de pseudo-Meigs, complicaciones poco frecuentes pero relevantes.<sup>5-7</sup>

El diagnóstico preoperatorio es complejo debido a la falta de hallazgos imagenológicos específicos. En la ecografía transvaginal, tomografía computarizada o resonancia magnética. Estas lesiones pueden parecer miomas degenerados o tumores ováricos, sobre todo si son de gran tamaño y desplazan estructuras adyacentes. La presencia de vasos gruesos intratumorales o patrones heterogéneos en las imágenes puede sugerir su naturaleza, pero el diagnóstico definitivo suele establecerse mediante el estudio histopatológico.<sup>3,8,9</sup> Microscópicamente, el AL se distingue por fascículos de células fusiformes sin atipia ni necrosis, con inmunorreactividad positiva para actina muscular lisa, desmina y h-caldesmon.<sup>10,11</sup>

A pesar de ser benigno, el AL uterino puede alcanzar tamaños masivos y presentar adherencias a estructuras vecinas como el omento, colon o vejiga, lo que dificulta la resección quirúrgica y aumenta el riesgo de complicaciones. La cirugía es el tratamiento de elección y varía desde la miomectomía conservadora hasta la histerectomía total, según la edad de la paciente, el deseo de fertilidad y los hallazgos intraoperatorios.<sup>1,2,9</sup>

Actualmente, el AL no se incluye de forma sistemática en la clasificación de tumores mesenquimales uterinos de la OMS, aunque varios autores proponen su incorporación debido a su morfología, inmunofenotipo y comportamiento clínico distintivo.<sup>3,10,11</sup> Esta ausencia de reconocimiento formal contribuye al subregistro y a la falta de familiaridad con esta entidad. Esto limita la capacidad diagnóstica preoperatoria.

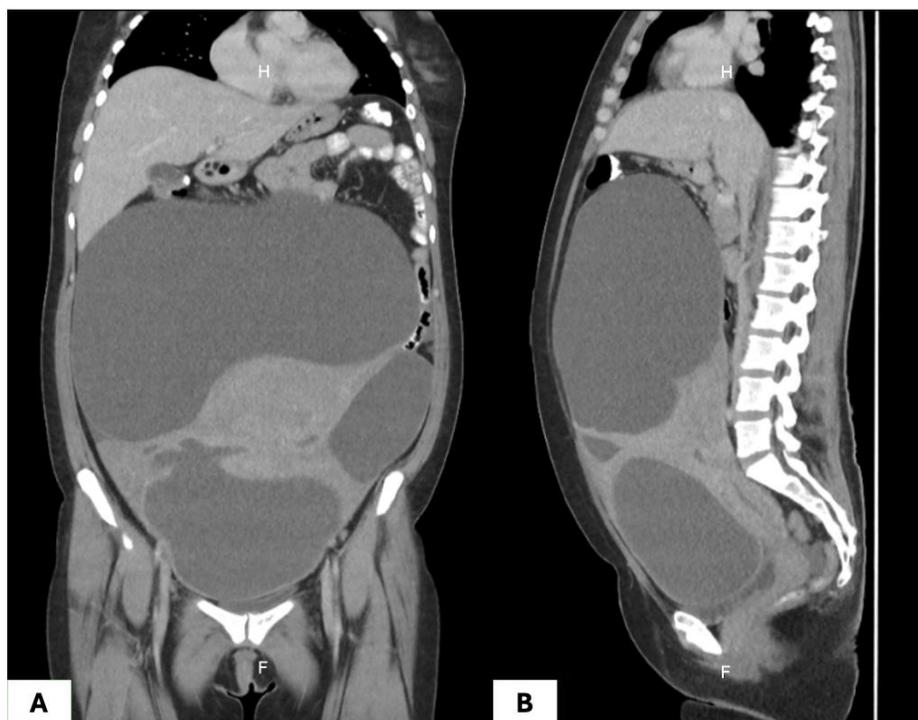
A pesar del creciente número de reportes de casos, persisten vacíos importantes en el conocimiento del AL uterino, especialmente en relación con su origen, marcadores moleculares, pronóstico a largo plazo y potenciales factores predisponentes. El presente trabajo tuvo como objetivo describir las características clínicas, imagenológicas e histopatológicas de un caso de angioleiomioma uterino que simuló una masa anexial con alto riesgo de malignidad en los estudios preoperatorios, y realizar una revisión narrativa de la literatura científica disponible.

## REPORTE DE CASO CLÍNICO

Mujer de 36 años, G3P3, con antecedente de esterilización quirúrgica tipo Pomeroy, quien consultó por cuadro clínico de aproximadamente siete meses de evolución, caracterizado por distensión abdominal progresiva, hiporexia y náuseas ocasionales. Inicialmente fue valorada en un centro de atención primaria,

donde se documentó una masa anexial compleja. La paciente se remitió a una institución de mayor nivel por persistencia de síntomas y hallazgos sugestivos de tumor ovárico maligno.

Al ingreso se encontraba en condiciones generales estables, sin signos de respuesta inflamatoria sistémica. Al examen físico se palpaba una masa abdominopélvica de gran tamaño, dolorosa, sin irritación peritoneal. Los laboratorios extrahospitalarios reportaron el hemograma, la creatinina y el BUN normales; el CA-125 de 89 U/mL, albúmina de 3,77 g/dL, LDH de 177 U/L y beta hCG negativa. La tomografía computarizada de abdomen y pelvis con contraste mostró una masa heterogénea sólido-quística de 24,50 x 14,60 x 13,70 cms, con realce periférico y desplazamiento de estructuras abdominales. Ver figuras 1 y 2. No se identificaron adenomegalias, lesiones hepatoesplénicas ni enfermedad extraovárica.



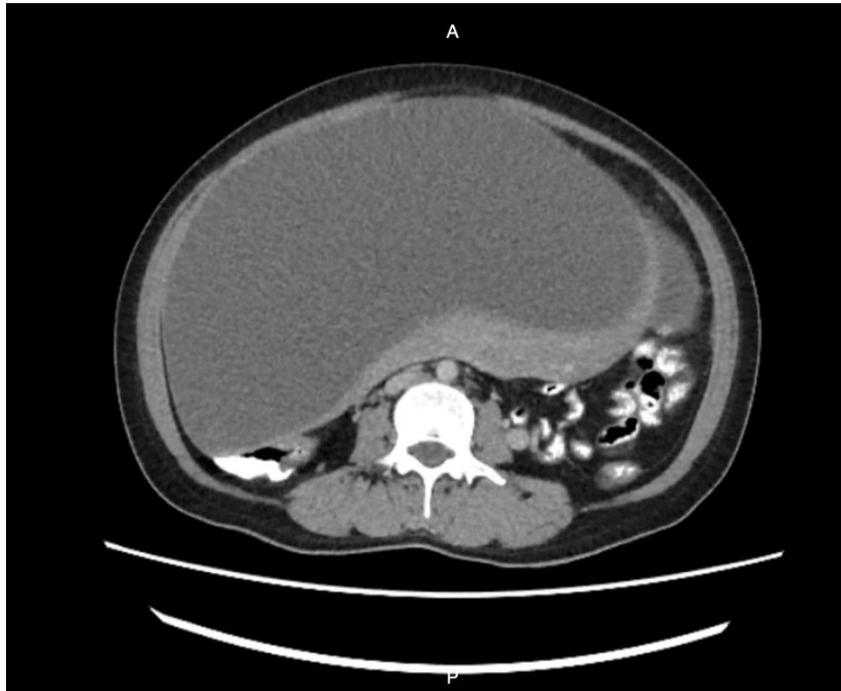
**Figura 1.** Tomografía abdominopélvica con contraste. A) Corte coronal y B) sagital evidencian una masa sólido-quística de gran tamaño, hipodensa y bien delimitada, que se extiende desde la pelvis hasta el abdomen superior que desplazaba estructuras adyacentes. Hallazgos compatibles con tumor uterino que simula neoplasia anexial.

Por la sospecha de neoplasia ovárica con alto riesgo de malignidad, la paciente fue valorada por ginecología oncológica y se programó cirugía de estadificación completa. El plan quirúrgico incluyó la resección del tumor de ovario, histerectomía total, salpingooforectomía bilateral, linfadenectomía pélvica y paraaórtica, omentectomía y lavados peritoneales. La paciente fue clasificada ASA II con clase funcional I, sin comorbilidades. Se explicó el procedimiento y se obtuvo consentimiento informado.

Durante la laparotomía se hallaron dos masas sólidas-quísticas de gran tamaño que se originaban en el fondo uterino. La mayor, de 30 cm, ocupaba el abdomen superior derecho; la segunda, de 28 cm, ocupaba la pelvis y el abdomen superior izquierdo. Ambas contenían líquido seroso. Presentaban adherencias al omento, colon transverso, íleon, ciego, colon descendente, sigmoides y vejiga.

Los ovarios y trompas eran normales (Figura 3). Se realizó histerectomía total con resección completa y dificultad técnica por adherencias, sin complicaciones mayores ni sangrado significativo. Se preservaron los ovarios.

La paciente presentó evolución posoperatoria favorable, con adecuada recuperación gastrointestinal, control del dolor, sin fiebre ni signos de infección. Fue dada de alta en buenas condiciones generales. El estudio histopatológico reportó AL uterino sin atipia, necrosis ni mitosis. Los estudios de inmunohistoquímica (IHQ) respaldaron el diagnóstico final (CD34, HMB-45 positivos y Ki 67 del 25%).



**Figura 2.** Tomografía axial contrastada que muestra una masa hipodensa de gran tamaño, bien delimitada, con contenido líquido y efecto de masa sobre estructuras abdominales. Hallazgos compatibles con lesión quístico-sólida ginecológica o retroperitoneal.

### Declaración de aspectos éticos

El presente caso fue manejado conforme a los principios éticos de la Declaración de Helsinki. Se obtuvo consentimiento informado por escrito por parte de la paciente para la realización del procedimiento quirúrgico, así como para el uso de la información clínica y las imágenes con fines académicos y de publicación científica. Se garantizó la confidencialidad de los datos personales.

## DISCUSIÓN

Se describe un caso de una paciente con un AL de gran tamaño, inicialmente interpretado como un tumor ovárico maligno por las características imagenológicas e intraoperatorias. La paciente presentó una evolución clínica insidiosa de siete meses con distensión abdominal progresiva, hiporexia y náuseas. Durante la laparotomía, se identificaron dos tumores sólidos quísticos originados en el fondo uterino, el mayor de 30 cm, con abundantes adherencias y contenido seroso abundante, hallazgos que contribuyeron al diagnóstico diferencial complejo. El diagnóstico definitivo se estableció mediante histopatología.

Los hallazgos clínicos e imagenológicos de este caso son consistentes con lo reportado previamente. El AL uterino puede alcanzar tamaños masivos, presentarse con síntomas inespecíficos y mimetizar tumores malignos ováricos o uterinos.<sup>5, 8, 12</sup> En las imágenes, la presencia de lesiones heterogéneas, con realce variable y abundante vascularización, como se evidenció en este caso, coincide con las características descritas por Kim et al.<sup>2</sup> y Pham et al.<sup>13</sup> Sin embargo, la simulación de una masa anexial con contenido seroso plantea un diferencial aún más complejo y no descrito con frecuencia.

La localización subserosa y el crecimiento exofítico pueden explicar la adherencia a estructuras intestinales y omento, como ocurrió en esta paciente, lo que dificultó el diagnóstico de origen uterino. Casos similares han sido mal interpretados como carcinomatosis peritoneal o tumores primarios de colon.<sup>8, 13</sup> La identificación intraoperatoria del punto de origen uterino y la ausencia de signos histológicos de malignidad son clave para el diagnóstico correcto.



**Figura 3.** Espécimen quirúrgico de histerectomía total con dos masas sólido-quísticas de gran tamaño adheridas al fondo uterino, con contenido seroso y áreas purulentas con peso de 1294 gramos, el cuerpo uterino mide 12 x 7 x 4,50 cms y las masa uterinas miden 17 x 12 x 8,50 cms y 16 x 14 x 7 cms. Hallazgos compatibles con angioleiomioma uterino gigante.

Microscópicamente, el AL se caracteriza por fascículos de células fusiformes que rodean vasos de paredes gruesas, sin signos de atipia, mitosis ni necrosis, y con inmunorreactividad para actina muscular lisa, desmina y h-caldesmon.<sup>10, 11</sup> Esta morfología permite diferenciarlo de otros tumores mesenquimales como los tumores estromales endometriales y los angiomiolipomas epitelioides, igualmente conocidos como PEComas. Estos últimos muestran positividad para HMB-45 y una morfología citoplasmática granular o clara.<sup>5, 10, 11</sup> En casos

con atipia nuclear se debe realizar un muestreo extenso para excluir sarcoma o leiomioma atípico, ya que la presencia de necrosis tumoral y mitosis atípicas definiría malignidad.<sup>5</sup>

El AL uterino puede manifestarse como sangrado uterino anormal, masa abdominal o dolor pélvico. En muchos casos indistinguible clínicamente y por imagen de otras patologías ginecológicas como los leiomiomas comunes o incluso tumores malignos.<sup>3,4</sup> Se han informado casos de pacientes con anemia severa, pseudo-Meigs y niveles elevados de CA-125, lo que puede llevar a sospechar neoplasias ováricas o sarcomas uterinos.<sup>5</sup> El diagnóstico preoperatorio resulta difícil debido a la ausencia de signos específicos en ultrasonido, tomografía o resonancia magnética y así en la ecografía transvaginal o tomografía computarizada con contraste, el AL puede parecer un leiomioma típico, pero algunos hallazgos —como la presencia de vasos intratumorales gruesos, márgenes irregulares o patrones heterogéneos— pueden levantar sospechas. En estudios con Doppler color se han visualizado flujos vasculares prominentes, y la resonancia magnética puede mostrar lesiones heterogéneas en T2 con realce deficiente en T1 post-gadolinio.<sup>9</sup> El uso de reconstrucción tridimensional por tomografía ha sido útil en planificaciones quirúrgicas complejas, especialmente cuando hay extensión intravascular.<sup>14</sup> El diagnóstico definitivo se establece generalmente tras el estudio histopatológico.<sup>5,8</sup>

En cuanto al tratamiento, la miomectomía o la histerectomía son opciones eficaces, según el deseo de conservar la fertilidad y la severidad de los síntomas.<sup>1</sup> En mujeres jóvenes que desean preservar el útero, la miomectomía, incluso asistida por cirugía robótica, ha demostrado ser eficaz y segura.<sup>2,9</sup> El pronóstico suele ser favorable, con tasas de remisión sintomática cercanas al 100% y recurrencias escasas, aunque existen reportes aislados de recidiva incluso tras histerectomía total.<sup>1,15</sup>

Este caso pone de manifiesto la importancia de considerar el AL como parte del diagnóstico diferencial de masas abdominopélvicas en mujeres en edad reproductiva, incluso en ausencia de sangrado uterino. Su reconocimiento puede evitar procedimientos quirúrgicos radicales innecesarios, como linfadenectomías o resecciones intestinales, especialmente en centros con experiencia limitada en patología ginecológica oncológica.

Una fortaleza de este trabajo es que documenta un caso clínico poco frecuente, con presentación atípica y hallazgos quirúrgicos complejos, que enriquecerán la literatura sobre esta entidad. Además, se propone una revisión crítica de los criterios clínicos e imagenológicos útiles en su sospecha preoperatoria. Sin embargo, el reporte tiene la limitación de la ausencia del conocimiento respecto a si la paciente presentó alteraciones moleculares específicas como amplificación de *CCND2* o *AR*, halladas en otros casos recientes.<sup>6</sup>

El AL uterino puede simular masas anexiales malignas tanto por imagen como por presentación clínica, especialmente cuando se presenta como tumores de gran tamaño con contenido mixto. La familiarización con esta entidad y la sospecha diagnóstica preoperatoria son fundamentales para un abordaje quirúrgico adecuado y conservador cuando sea posible.<sup>5</sup>

## CONCLUSIONES

El AL es una entidad benigna rara que puede simular tumores anexiales malignos, especialmente cuando alcanza grandes dimensiones y presenta hallazgos imagenológicos complejos. Este caso resalta la necesidad de considerar esta variante de leiomioma en el diagnóstico diferencial de masas pélvicas, a fin de evitar tratamientos quirúrgicos excesivos. La confirmación histopatológica es esencial para establecer el diagnóstico

definitivo y orientar el seguimiento adecuado. La sospecha clínica e imagenológica, junto con una evaluación quirúrgica precisa, son determinantes para garantizar un abordaje conservador y seguro.

## DECLARACIÓN SOBRE CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran que no existen conflictos de interés.

## CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

**FRRE** participó en la atención quirúrgica de la paciente, revisión de la historia clínica, elaboración del resumen clínico, búsqueda de literatura en bases de datos científicas, análisis del informe de patología, redacción y aprobación final del manuscrito.

**JAF-O** colaboró en la búsqueda y síntesis de la evidencia, elaboración de una tabla para recolección de datos, resumen de la historia clínica y redacción preliminar del manuscrito. Todos los autores revisaron y aprobaron la versión final del artículo.

**MJI-A** participó en la búsqueda y síntesis de la evidencia, elaboración de una tabla para recolección de datos, resumen de la historia clínica y redacción preliminar del manuscrito. Todos los autores revisaron y aprobaron la versión final del artículo.

## REFERENCIAS

1. He S, Jiang J. Clinical characteristics and treatment outcomes of angioleiomyoma of the female genital tract: A retrospective cohort study. *BMC Womens Health*. 2024;24:479. <https://doi.org/10.1186/s12905-024-03322-6>
2. Pham T, Peterson JM, Hasan H, Gomez M. Uterine angioleiomyoma: Clinical and histopathologic differentiation of an underrecognized mimicker of uterine leiomyoma. *Int J Surg Pathol*. 2025;33:430-5. <https://doi.org/10.1177/10668969241256117>
3. Garg G, Mohanty SK. Uterine angioleiomyoma: a rare variant of uterine leiomyoma. *Arch Pathol Lab Med*. 2014;138:1115-8. <https://doi.org/10.5858/arpa.2013-0315-RS>
4. Pierro A, Rotondi F, Cilla S, De Ninno M, Mattoni M, Berardi S, et al. Giant angioleiomyoma of uterus: A case report with focus on CT imaging. *Radiol Case Rep*. 2018;13:371-5. <https://doi.org/10.1016/j.radcr.2018.01.015>
5. Thomas S, Radhakrishnan L, Abraham L, Matthai A. Uterine angioleiomyoma with atypia, raised CA-125 levels, and pseudo-Meigs syndrome: An alarming presentation. *Case Rep Pathol*. 2012;2012:519473. <https://doi.org/10.1155/2012/519473>
6. Sato H, Murakami K, Fujishima R, Otani T, Sakai K, Nishio K, et al. Uterine angioleiomyoma with disseminated intravascular coagulation: A case report. *BMC Womens Health*. 2023;23:157. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02292-5>

7. Handler M, Rezai F, Fless KG, Litinski M, Yodice PC. Uterine angioleiomyoma complicated by consumptive coagulopathy. *Gynecol Oncol Case Rep.* 2012;2:89-91. <https://doi.org/10.1016/j.gynor.2012.03.005>
8. Singh S, Naik M, Bag ND, Patra S. Angioleiomyoma of uterus masquerading as malignant ovarian tumor. *J Midlife Health.* 2017;8:145-7. [https://doi.org/10.4103/jmh.JMH\\_47\\_17](https://doi.org/10.4103/jmh.JMH_47_17)
9. McAdams CR, Athanasatos G, Jorizzo JR. Case report of a uterine angioleiomyoma. *Ultrasound Q.* 2016;32:384-6. <https://doi.org/10.1097/RUQ.0000000000000253>
10. Gupta M, Suryawanshi M, Kumar R, Peedicayil A. Angioleiomyoma of uterus: a clinicopathologic study of 6 cases. *Int J Surg Pathol.* 2018;26:18-23. <https://doi.org/10.1177/1066896917731516>
11. Diwaker P, Pradhan D, Garg G, Bisaria D, Gogoi K, Mohanty SK. Uterine angioleiomyoma: A rare variant of uterine leiomyoma—A case report and literature review. *J Cancer Res Ther.* 2015;11:649. <https://doi.org/10.4103/0973-1482.138127>
12. Hong JA, Heo GE, Kwak JJ, Chung SH. A case report of angioleiomyoma of uterus. *Obstet Gynecol Sci.* 2017;60:494-7. <https://doi.org/10.5468/ogs.2017.60.5.494>
13. Kim H, Lee JJ, Choi Y, Lee M, Hwang HJ, Chung YJ, et al. Successfully removed uterine angioleiomyoma by robot-assisted laparoscopic myomectomy. *Obstet Gynecol Sci.* 2018;61:425-9. <https://doi.org/10.5468/ogs.2018.61.3.425>
14. Sun R, Guan H, Li H, Bai Y, Wang F, Li C. Computed tomography evaluation of extensive intravenous angioleiomyoma: A case report. *BMC Med Imaging.* 2020;20:13. <https://doi.org/10.1186/s12880-020-0417-2>
15. Hsieh CH, Lui CC, Huang SC, Ou YC, ChangChien CC, Lan KC, et al. Multiple uterine angioleiomyomas in a woman presenting with severe menorrhagia. *Gynecol Oncol.* 2003;90:348-52.