

Leiomioma parásito diez años después de histerectomía abdominal por miomatosis uterina

Parasitic leiomyoma ten years after abdominal hysterectomy for uterine myomatosis.

Angie Katherine Grajales Meléndez,^{1,3} Sofía Ortiz Zornosa,^{1,3} Pedro José Lozano Díaz,^{2,3} Diana Marcela Villalobos Rodríguez^{2,3}

¹ Residente de Ginecología y Obstetricia, Universidad de La Sabana, Colombia.

² Especialista en Ginecología y Obstetricia, Departamento de Ginecología y Obstetricia. Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, Hospital Occidente de Kennedy, Bogotá, Colombia.

³ Grupo de Investigación materno-perinatal. Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente Empresa Social del Estado (Código COL0126507). Bogotá, Distrito Capital, Colombia.

Resumen

ANTECEDENTES: Los leiomiomas parásitos son una variante poco frecuente de la miomatosis uterina. Suelen describirse después de una morcelación laparoscópica. También pueden originarse en leiomiomas subserosos pedunculados que pierden su irrigación uterina y adquieren aporte vascular de tejidos vecinos.

CASO CLÍNICO: Paciente de 44 años, con dos embarazos y dos cesáreas previas. Fue diagnosticada con leiomioma parásito gigante 10 años después de una histerectomía abdominal. Consultó por dolor pélvico y sensación de tumoración de larga evolución. Los estudios imagenológicos iniciales mostraron una tumoración pélvica de 464.1 centímetros cúbicos. La lesión fue reportada como útero miomatoso y tenía estrecha relación con el recto, el ovario izquierdo y los vasos ilíacos externos. Se amplió el estudio con angiografía de vasos pélvicos. Luego se hizo la planeación quirúrgica multidisciplinaria. La tumoración se extrajo por vía abdominal mediante disección roma y energía bipolar, previa colocación de un catéter doble J izquierdo. Cinco meses después, la paciente estaba asintomática y refería mejoría en su calidad de vida.

CONCLUSIONES: Los leiomiomas parásitos deben incluirse en el diagnóstico diferencial de tumoraciones pélvicas en pacientes con antecedente de histerectomía abdominal. Esto aplica incluso sin laparoscopia ni morcelación previas. En lesiones voluminosas o relacionadas con órganos vecinos, la atención multidisciplinaria puede favorecer una resección segura.

PALABRAS CLAVE: Leiomioma parásito; histerectomía abdominal; miomatosis uterina; reporte de casos.

Abstract

BACKGROUND: Parasitic leiomyomas are a rare form of extrauterine leiomyomatosis. They are most commonly reported after laparoscopic morcellation; however, they may also develop from pedunculated subserosal leiomyomas that lose their uterine blood supply and subsequently establish vascularization from adjacent tissues.

CASE REPORT: A 44-year-old woman, gravida 2 para 2, with a history of two cesarean deliveries, was diagnosed with a giant parasitic leiomyoma 10 years after abdominal hysterectomy. She presented with chronic pelvic pain and a sensation of pelvic mass effect. Initial imaging demonstrated a pelvic mass measuring 464.1 cm³. The lesion was initially interpreted as a myomatous uterus and was in close proximity to the rectum, left ovary, and external iliac vessels. Further assessment included pelvic angiography. After

Correspondencia

Sofía Ortiz Zornosa
sofiaorzo@unisabana.edu.co

ORCID

<https://orcid.org/0000-0002-5909-6532>
<https://orcid.org/0000-0002-6362-0114>
<https://orcid.org/0000-0002-4127-3721>
<https://orcid.org/0009-0004-5272-7567>

Recibido: mayo 2026

Aceptado: julio 2026

Este artículo debe citarse como:

Grajales-Meléndez AK, Ortiz-Zornosa S, Lozano-Díaz PJ, Villalobos-Rodríguez DM. Leiomioma parásito diez años después de histerectomía abdominal por miomatosis uterina. Casos Clínicos de GOM 2026; 3: e11104.

multidisciplinary surgical planning, the mass was resected via an abdominal approach using blunt dissection and bipolar energy, following placement of a left double-J ureteral stent. At 5-month follow-up, the patient was asymptomatic and reported improved quality of life.

CONCLUSIONS: Parasitic leiomyoma should be considered in the differential diagnosis of pelvic masses in patients with a history of abdominal hysterectomy, even in the absence of prior laparoscopy or morcellation. In cases involving large lesions or proximity to adjacent organs, multidisciplinary management may facilitate safe surgical resection.

KEYWORDS: Leiomyoma; Uterine Neoplasms; Hysterectomy; Morcellation; Pelvic Neoplasms; Case Reports.

ANTECEDENTES

Los leiomiomas uterinos son los tumores benignos más frecuentes del útero. Aparecen en aproximadamente el 25% de las mujeres en edad reproductiva. En estudios histopatológicos se identifican hasta en el 80% de los úteros con histerectomía.^{1,2} Según su localización dentro del miometrio, se clasifican en ocho tipos. El grupo ocho incluye los miomas parásitos.¹ Estos se localizan separados del útero, dentro de la cavidad abdominopélvica. Su crecimiento depende de la irrigación que obtienen de tejidos vecinos, con influencia de hormonas sexuales y factores de crecimiento.^{1,3,4}

La aparición de leiomiomas parásitos se ha descrito con mayor frecuencia después de procedimientos quirúrgicos. Se relaciona, sobre todo, con histerectomía o miomectomía por vía laparoscópica y con morcelación. En menor medida, también se han reportado después de una histerectomía abdominal o vaginal. Los casos se clasifican en espontáneos, primarios, iatrogénicos, o secundarios.⁴

La edad media de aparición es de 40 años.¹ La ecografía transvaginal es el método inicial de elección.⁵ Sin embargo, su rendimiento puede ser limitado en tumoraciones pélvicas grandes. En esos casos, la resonancia magnética aporta una mejor caracterización anatómica.⁶

El tratamiento de esas tumoraciones es quirúrgico. La laparotomía se indica cuando hay sospecha de malignidad, gran volumen tumoral o relación estrecha con órganos vecinos.¹ Enseguida se detalla el caso clínico de una paciente con leiomioma parásito gigante, diagnosticado diez años después de una histerectomía abdominal. Carecía de antecedente de morcelación y de diagnóstico previo de leiomioma subseroso pedunculado.

CASO CLÍNICO

Paciente de 44 años, con dos gestaciones y dos cesáreas previas. Tenía índice de tumoración corporal de 26.2, antecedente de nefrectomía derecha de causa no clara, practicada durante los años de infancia e histerectomía abdominal total con salpingectomía bilateral, practicada en 2015 por miomatosis uterina. Permanecía en seguimiento en la consulta externa debido a dolor abdominopélvico de un año de evolución. Acudió a urgencias el 11/02/2025 por exacerbación del dolor. Al ingreso se palpó una tumoración de gran tamaño, de movilidad limitada, que abarcaba el hemiabdomen inferior. Al tacto vaginal, la tumoración obliteraba el fondo de saco posterior. La ecografía transvaginal del 26/09/2023 reportó al útero en anteversoflexión con miomatosis uterina de grandes elementos, a pesar del antecedente de histerectomía. Por este hallazgo se solicitó la resonancia magnética el 12/02/2024. El estudio reportó

la existencia de una tumoración pélvica de 464.1 cm³, con desplazamiento de la fascia mesorrectal anterior y del recto en sentido posterolateral izquierdo. La lesión estaba en íntimo contacto con la región anexial, el ovario izquierdo y los vasos ilíacos externos izquierdos (**Figura 1, A y B**). Fue descrita como un útero aumentado de tamaño con miomatosis uterina, por sus contornos bien definidos y señal heterogénea sugerente de miomas. Durante el ingreso a urgencias se solicitaron marcadores tumorales. La alfa-fetoproteína, el antígeno carcinoembrionario, el antígeno carbohidrato 19-9 y el antígeno de cáncer 125 se reportaron negativos el 14/02/2025.

Debido al antecedente de histerectomía y los hallazgos imagenológicos, se consideraron dos diagnósticos diferenciales: miomatosis parasitaria y malformación mülleriana no diagnosticada con crecimiento de tejido residual. Las imágenes no mostraban signos sugerentes de malignidad. Sin embargo, evidenciaban una tumoración pélvica heterogénea y de localización compleja. Se decidió la laparotomía exploradora para establecer la causa. El riesgo quirúrgico era alto por la relación estrecha con el recto, la fascia mesorrectal y los vasos ilíacos. Además, la paciente tenía antecedente de nefrectomía. Antes de la laparotomía se efectuó una angiografía de vasos pélvicos (**Figura 2**). En el mismo tiempo quirúrgico, el urólogo le colocó un catéter doble J izquierdo para disminuir el riesgo de lesión de la vía urinaria.

Durante la cirugía se confirmó la ausencia del útero. Se identificó una tumoración pélvica retroperitoneal de aspecto miomatoso, muy vascularizada y en estrecho contacto con el mesorrecto y los vasos ilíacos izquierdos. Medía aproximadamente 18 × 15 cm. Por su apariencia, la impresión diagnóstica intraoperatoria fue leiomioma parásito. La tumoración se liberó por completo con disección roma y energía bipolar (**Figura 3**). El procedimiento no tuvo complicaciones. La paciente fue dada de alta a las 48 horas por evolución satisfactoria. El estudio histopatológico reportó que se trataba de tejido compatible con leiomioma con cambios degenerativos. Con este resultado se confirmó el diagnóstico definitivo de leiomioma parásito. **Figura 4**

A los ocho días se continuó con el seguimiento posoperatorio. La evolución fue adecuada. La paciente refirió la desaparición de la sensación de tumoración y mejor control del dolor pélvico. No tuvo síntomas urinarios ni gastrointestinales. Por ello, no se indicaron intervenciones adicionales. Una semana después fue valorada por el urólogo para retirar el catéter doble J izquierdo.

Cinco meses después se practicó el control con ecografía transvaginal. Los hallazgos estuvieron dentro de límites normales. La paciente se encontraba asintomática y refirió mejoría en su calidad de vida.

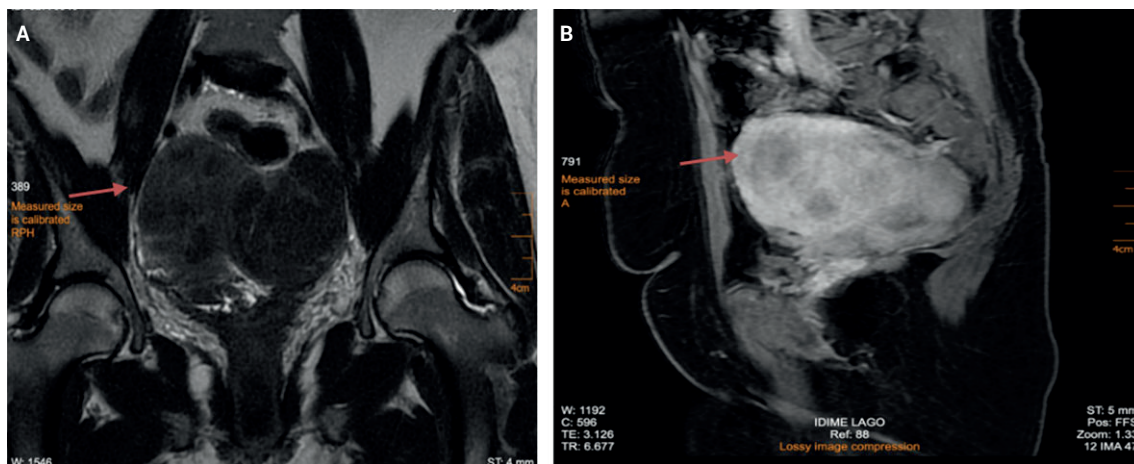


Figura 1. Resonancia de abdomen y pelvis en planos: **A)** coronal y **B)** sagital, que muestra una tumoración sólida de gran tamaño, de contornos bien definidos (flecha naranja), localizada en la cavidad pélvica, con señal heterogénea y en íntima relación con el recto y las estructuras vasculares ilíacas.

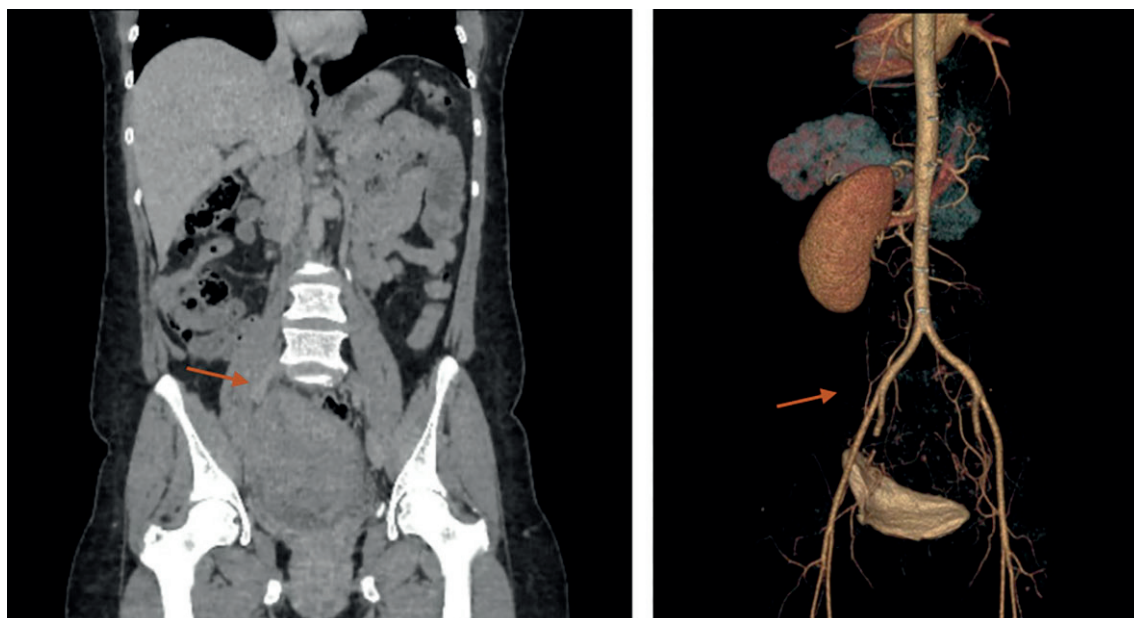


Figura 2. Angiografía de vasos pélvicos: se identifica una tumoración voluminosa de aspecto globular (flecha naranja), que impresiona como tumoración hipodensa en fases arterial y venosa.

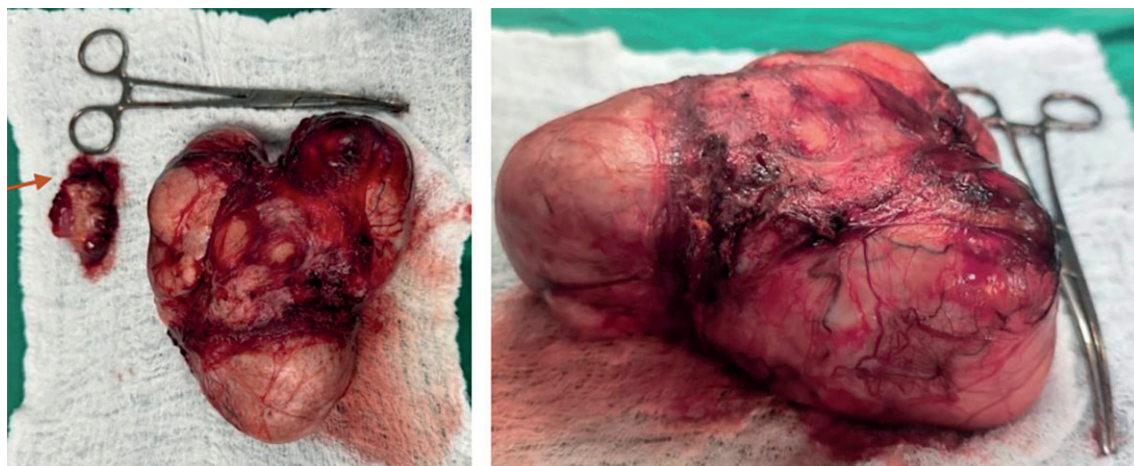


Figura 3. Pieza quirúrgica, tumoración de 18 x 15 cm, de aspecto sólido, vascularizada, dependiente del mesorrecto.

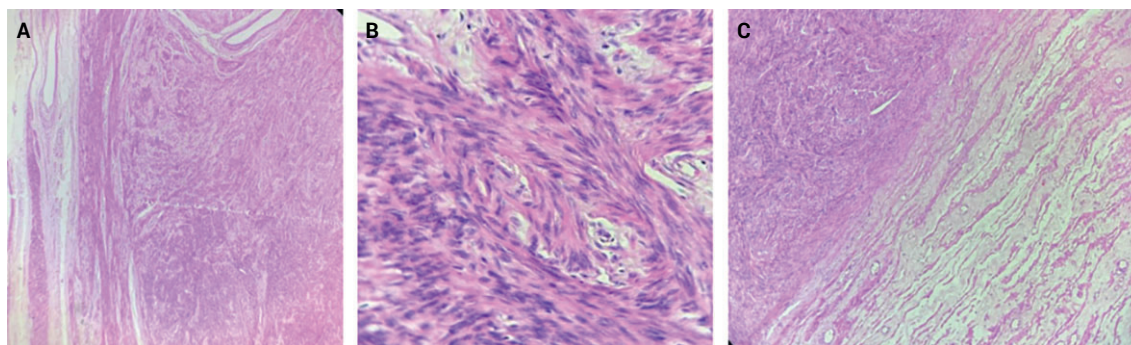


Figura 4. Estudio histopatológico: **A.** Lesión de aspecto fusocelular, compuesta por fibras de músculo liso, dispuestas en un patrón aleatorio sin atipia (10X), **B.** Mayor aumento del componente fusocelular, con células de músculo liso, **C.** Fibras de músculo liso en relación con el tejido adiposo adyacente (mesorrecto).

DISCUSIÓN

Los leiomiomas parásitos pueden ser espontáneos o iatrogénicos. Los espontáneos suelen derivarse de leiomiomas subserosos pedunculados que pierden la irrigación uterina y adquieren el aporte vascular de órganos o tejidos adyacentes. Los iatrogénicos se relacionan, sobre todo, con cirugía con morcelación para miomectomía.^{2,7} Su frecuencia posterior a la morcelación se ha estimado entre 0.12% y 0.95%.^{7,8} Se ha propuesto que los pequeños fragmentos residuales de tejido miomatoso pueden diseminarse en la cavidad abdominal. Luego pueden implantarse y proliferar en tejidos vecinos.⁹

En este caso destaca la ausencia de morcelación. La paciente resultó con un leiomioma parásito gigante diez años después de una histerectomía abdominal. Una hipótesis posible es el desprendimiento de fragmentos microscópicos de tejido miomatoso durante la cirugía. Estos fragmentos pudieron haberse implantado, vascularizado y crecer en tejidos circundantes. Esta interpretación debe ser cautelosa, porque deriva de un caso aislado. No obstante, en la bibliografía existen antecedentes similares. Tong y colaboradores comunicaron un leiomioma parásito posterior a una histerectomía abdominal en una paciente con antecedente

de miomectomía abdominal y laparoscópica.¹ Wang y su grupo reportaron otro caso después de histerectomía con salpingectomía bilateral por laparotomía.¹⁰

Las manifestaciones clínicas son inespecíficas, dependen de la localización y el tamaño del leiomioma parásito.¹¹ Pueden incluir dispareunia, irritación peritoneal por torsión, estreñimiento, urgencia miccional, retención urinaria, sensación de tumoración y dolor pélvico.^{12,13} En este caso, el diagnóstico inicial no fue evidente. La paciente tenía el antecedente de miomatosis uterina y sensación de tumoración. Sin embargo, la aparición de un leiomioma parásito después de una histerectomía abdominal sin morcelación es infrecuente. El gran tamaño, la localización y la relación con estructuras vasculares aumentaron la complejidad diagnóstica. Por ello, este diagnóstico debe considerarse ante tumoraciones pélvicas vascularizadas en pacientes con antecedente de histerectomía abdominal.

El diagnóstico integra la clínica y los estudios de imagen. Entre estos se incluyen la ecografía transvaginal, la resonancia magnética y la tomografía computada.¹⁰ La resonancia magnética pélvica permite una caracterización anatómica precisa. La apariencia clásica es una

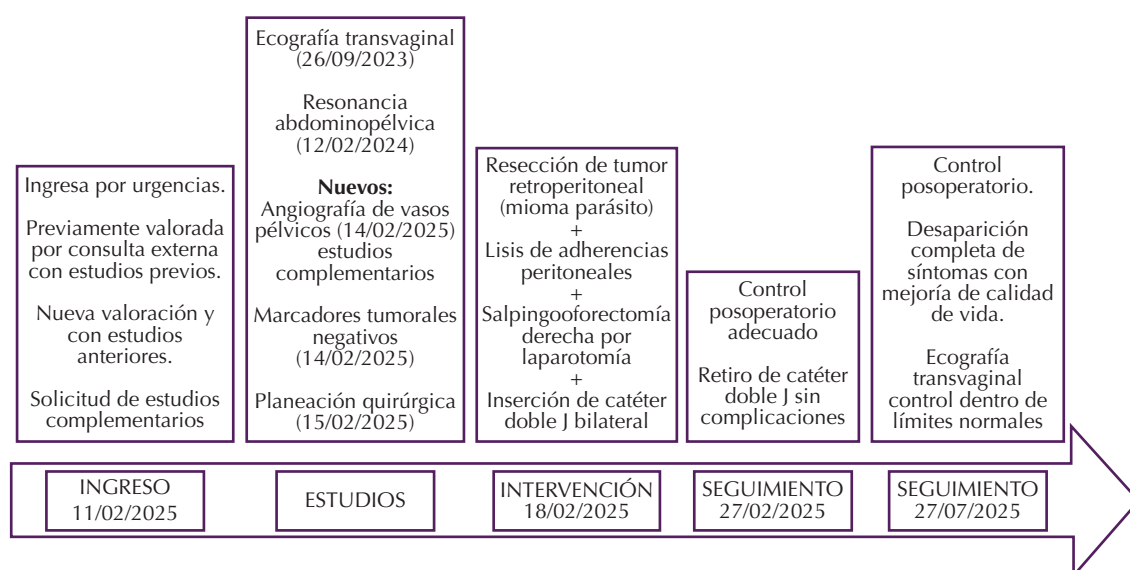


Figura 5. Cronología del caso: secuencia temporal de los principales hitos clínicos, imagenológicos, quirúrgicos y de seguimiento de la paciente.

tumoración debidamente delimitada, hipointensa en T2 e isointensa en T1 respecto del miometrio.^{11,13} En este caso se observó una tumoración hipointensa en T2, de gran tamaño y en estrecha relación con los vasos ilíacos externos y el mesorrecto.

El tratamiento de pacientes con leiomioma parásito es quirúrgico. Puede llevarse a cabo mediante laparotomía, laparoscopia o cirugía robótica. En cualquier procedimiento se recomienda inspeccionar y lavar la cavidad para retirar el tejido residual y limitar el riesgo de nuevos miomas parásitos.¹⁰ La técnica debe individualizarse según el tamaño, la vascularización y la relación con órganos vecinos. En la paciente del caso se eligió la laparotomía por el gran volumen tumoral, la alta vascularización y la cercanía con el mesorrecto y los vasos ilíacos. La planeación multidisciplinaria favoreció una resección segura y disminuyó el riesgo de lesión de estructuras vecinas.

CONCLUSIÓN

Los leiomiomas parásitos deben incluirse en el diagnóstico diferencial de tumoraciones pélvicas en pacientes con antecedente de histerectomía abdominal, incluso sin laparoscopia ni morcelación.

La evidencia disponible sugiere inspeccionar y lavar la cavidad después de procedimientos para tratar miomatosis uterina. Esta medida podría disminuir la implantación de tejido residual. En lesiones voluminosas o adyacentes a órganos vecinos, la atención multidisciplinaria es especialmente útil: permite optimizar la planeación quirúrgica y disminuir las complicaciones intraoperatorias. Este caso plantea una hipótesis etiológica aceptable en ausencia de morcelación. Su confirmación requiere series más amplias o estudios adicionales.

DECLARACIONES

Conflicto de interés: no se declaran conflictos de interés.

Financiamiento: no se obtuvo ninguna fuente de financiación.

Uso de inteligencia artificial: solo se utilizó para fines de corrección gramatical y ordenamiento de las referencias bibliográficas.

Contribución de todos los autores: todos los autores participaron en la concepción, redacción, diseño, adquisición de datos, análisis e interpretación de la información, planeación del reporte de caso, revisión del contenido intelectual y aprobación final del manuscrito para envío.

De derechos humanos y de los animales: este reporte de caso solo contiene información de una paciente.

De consentimiento informado: se obtuvo consentimiento informado por parte de la paciente y del Comité de Ética en Investigación de la Subred Sur Occidente Empresa Social del Estado. El código de aprobación es P-AP-02-2026. La aprobación del proyecto fue otorgada el 23 de enero de 2026 y el consentimiento informado fue firmado por la paciente el 19 de febrero de 2025.

Permisos: Todas las figuras son originales

Referencias clave

- Tong LX, Wu L. A case of giant parasitic myoma three years after abdominal hysterectomy for fibroids. *Asian J Surg*. 2022;45(6):1324–1325. doi:10.1016/j.asjsur.2022.01.056.
- Kho KA, Nezhat C. Parasitic myomas. *Obstet Gynecol*. 2009;114(3):611-615. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181b2b09a.
- Wang J, Liu G, Yang Q. Parasitic myoma after transabdominal hysterectomy for fibroids: a case report. *BMC Womens Health*. 2023;23:310. doi:10.1186/s12905-023-02410-3.

REFERENCIAS

- Tong LX, Wu L. A case of giant parasitic myoma three years after abdominal hysterectomy for fibroids. *Asian J Surg*. 2022;45(6):1324–1325. <https://doi.org/10.1016/j.asjsur.2022.01.056>
- Lete I, González J, Ugarte L, Barbadillo N, et al. Parasitic leiomyomas: a systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2016; 203: 250-59. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.05.025>
- Kho KA, Nezhat C. Parasitic myomas. *Obstet Gynecol* 2009; 114 (3): 611-15. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181b2b09a>
- Pai AH, Yen CF, Lin SL. Parasitic leiomyoma. *Gynecol Minim Invasive Ther* 2020; 9 (2): 108-9. https://doi.org/10.4103/GMIT.GMIT_35_20
- Di Giuseppe J, Natalini L, Bordini M, Crescenzi D. Diagnosis, treatment and clinical outcomes of extrauterine sites of leiomyomatosis: a systematic review. *Ann Med* 2025; 57: 1-15. <https://doi.org/10.1080/07853890.2025.2546681>
- Dueholm M, Lundorf E, Hansen ES, Ledertoug S. Accuracy of magnetic resonance imaging and transvaginal ultrasonography in the diagnosis, mapping, and measurement of uterine myomas. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186 (3): 409-15. <https://doi.org/10.1067/mob.2002.121725>
- Gangadhar K, Mahajan A, Sable N, Bhargava P. Magnetic resonance imaging of pelvic masses: a compartmental approach. *Semin Ultrasound CT MR* 2017; 38 (3): 213-30. <https://doi.org/10.1053/j.sult.2016.11.004>
- Leren V, Langebrekke A, Qvigstad E. Parasitic leiomyomas after laparoscopic surgery with morcellation. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012; 91 (10): 1233-36. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2012.01453.x>
- Gocinski J, Hensarling KF. A large parasitic leiomyoma mistaken for an ovarian mass: a case report. *J Case Rep Images Obstet Gynecol* 2023; 9 (1): 31-35. <https://doi.org/10.5348/100141Z-08JG2023CR>
- Wang J, Liu G, Yang Q. Parasitic myoma after transabdominal hysterectomy for fibroids: a case report. *BMC Womens Health* 2023; 23: 310. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02410-3>.
- Tan-Kim J, Hartzell KA, Reinsch CS, O'Day CH, et al. Uterine sarcomas and parasitic myomas after laparoscopic hysterectomy with power morcellation. *Am J Obstet Gynecol* 2015; 212 (5): 594.e1-594.e10. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.12.002>
- Wang J, Liu G, Yang Q. Parasitic myoma after transabdominal hysterectomy for fibroids: a case report. *BMC Women's Health* 2023; 23: 310. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02410-3>
- Van der Meulen JF, Pijnenborg JMA, Boomsma CM, Verberg MFG. Parasitic myoma after laparoscopic morcellation: a systematic review of the literature. *BJOG* 2016; 123 (1): 69-75. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13541>
- Lee YJ, Lee YH, Chung DH, Shin JW. A case of acute abdominal pain caused by infarcted parasitic leiomyoma. *J Obstet Gynaecol* 2020; 40 (1): 143-144. <https://doi.org/10.1080/01443615.2019.1590805>
- Velasco-García A, González-Muñoz A, Mendoza-Quevedo J, Barrios JA. Leiomioma parasitario retroperitoneal: reporte de un caso. *Ginecol Obstet Mex* 2022; 90 (6): 538-542. <https://doi.org/10.24245/gom.v90i6.6958>