Caso Clínico

LEIOMIOMA OVÁRICO GIGANTE EN UNA PACIENTE POSMENOPÁUSICA CON DOBLE TORSIÓN DEL PEDÍCULO: REPORTE DE CASO

GIANT OVARIAN LEIOMYOMA IN A POSTMENOPAUSAL PATIENT WITH DOUBLE PEDICLE TORSION: A CASE REPORT

María Belén Estay Solís[a]*
María Jesús Marín Hinojosa[a]
Sofía Bendel Manterola[b]
Juan Rodríguez Ticona[c]

[a]Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad San Sebastián, Chile.
[b]Médica Cirujana, Residente de Ginecología y Obstetricia Universidad San Sebastián, Santiago, Chile.
[c]Médico Cirujano, Especialista en Ginecología y Obstetricia, Servicio Ginecología Hospital Félix Bulnes Cerda, Santiago, Chile.
Artículo recibido el 28 de julio, 2026. Aceptado en versión corregida el 03 de noviembre, 2026.
DOI: 10.52611/confluencia.2026.1912

RESUMEN

Introducción: El leiomioma ovárico gigante es una neoplasia benigna infrecuente e inusual en la posmenopausia dado su carácter hormonodependiente. **Objetivo:** Describir los hallazgos clínicos, imagenológicos, quirúrgicos e histopatológicos de un leiomioma ovárico gigante complicado con doble torsión del pedículo en una paciente posmenopáusica, y discutir los mecanismos fisiopatológicos propuestos para su crecimiento en un ambiente de hipoestrogenismo. **Metodología:** Reporte de caso con revisión narrativa de la literatura. **Desarrollo:** Paciente de 53 años, posmenopáusica desde 2021, con dolor pélvico sordo de larga data que ingresó a servicio de urgencia por abdomen agudo. Las imágenes mostraron lesión anexial derecha gigante con hallazgos discordantes entre modalidades. Se realizó laparoscopía exploradora, con una lesión de 30 × 20 cm aproximadamente y doble torsión del pedículo vascular resuelta mediante anexectomía derecha. El estudio anatomopatológico informó una neoplasia fusocelular inicialmente compatible con fibroma. El estudio inmunohistoquímico complementario confirmó el diagnóstico de leiomioma ovárico primario con cambios post-torsión. **Discusión:** Se discuten los mecanismos para el crecimiento posmenopáusico del leiomioma, como conversión periférica de andrógenos, aromatasa local, e hipoxia por torsión, reconocidos como hipótesis no demostradas en el caso individual. Se enfatiza el papel del panel inmunohistoquímico para diferenciarlo de otras neoplasias fusocelulares ováricas. **Conclusión:** El leiomioma ovárico gigante posmenopáusico es una entidad excepcional cuyo diagnóstico definitivo depende de correlación clínica, imagenológica, histológica e inmunohistoquímica. Su reconocimiento oportuno permite diferenciarlo de neoplasias malignas fusocelulares y evitar conductas terapéuticas o seguimientos oncológicos no indicados.
Palabras clave: Leiomioma; Torsión ovárica; Diagnóstico diferencial; Inmunohistoquímica; Posmenopausia.

ABSTRACT

Introduction: Giant ovarian leiomyoma is a rare benign neoplasm, and its presentation in the postmenopausal period is uncommon given the hormone-dependent nature of the tumor. **Objective:** To describe the clinical, imaging, surgical, and histopathological findings of a giant ovarian leiomyoma complicated by double pedicle torsion in a postmenopausal patient, and to discuss the pathophysiological mechanisms proposed for its growth in a hypoestrogenic environment. **Methodology:** Case report with a narrative literature review. **Development:** A 53-year-old postmenopausal woman with longstanding dull pelvic pain was admitted to the ER department with acute abdomen. Imaging studies revealed a giant right adnexal lesion with discordant findings across modalities. Exploratory laparotomy disclosed an approximately 30 × 20 cm mass with a double torsion of the vascular pedicle, treated with right adnexectomy. Pathology initially suggested fibroma; a complementary immunohistochemical panel confirmed the diagnosis of primary ovarian leiomyoma with post-torsion changes. **Discussion:** Proposed mechanisms for postmenopausal leiomyoma growth are reviewed, including peripheral androgen-to-estrogen conversion, local aromatase expression, and the possible contribution of torsion-induced tissue hypoxia; these remain plausible hypotheses rather than demonstrated findings in the individual case. The role of the immunohistochemical panel in defining tumor lineage and differentiating leiomyoma from other spindle-cell ovarian neoplasms is emphasized. **Conclusion:** Postmenopausal giant ovarian leiomyoma is an exceptional entity whose definitive diagnosis relies on clinical, imaging, histological, and immunohistochemical correlation. Timely recognition allows differentiation from spindle-cell malignancies and avoids unnecessary oncological escalation.
Key words: Leiomyoma; Ovarian torsion; Differential diagnosis; Immunohistochemistry; Postmenopause.

Cómo citar:
Estay-Solís MB, Marín-Hinojosa MJ, Bendel-Manterola S, Rodríguez-Ticona J. Leiomioma ovárico gigante en una paciente posmenopáusica con doble torsión del pedículo: Reporte de caso. Rev Conflu [Internet]. 2026 [citado 30 de noviembre 2026];9. Disponible en: https://doi.org/10.52611/confluencia.2026.1912

*Correspondencia: mestays@correo.uss.cl

INTRODUCCIÓN

Los leiomiomas son tumores mesenquimales benignos derivados de la proliferación de células musculares lisas. Si bien el útero es el órgano más frecuentemente afectado, pueden desarrollarse en cualquier estructura que contenga dicho tejido, incluidos el ligamento ancho, la vulva y la vejiga urinaria[1,2]. El leiomioma ovárico primario constituye la presentación extrauterina más infrecuente y representa entre el 0,5% y el 1% de todas las neoplasias ováricas benignas. Desde su descripción inicial en 1862 se han comunicado menos de 100 casos en la literatura internacional[1].

Desde el punto de vista etiopatogénico, se distinguen formas primarias y secundarias. La variante primaria deriva de componentes ováricos intrínsecos; la teoría más aceptada postula su origen a partir de células musculares lisas de las paredes de los vasos sanguíneos hiliares, aunque se han propuesto hipótesis alternativas que incluyen a las células miometriales del ligamento ovárico, al estroma cortical, a células germinales indiferenciadas o a focos de metaplasia miometrial y endometriosis ovárica. Diversas revisiones sugieren que los estrógenos y la progesterona podrían estar implicados en su patogenia, lo que explicaría la disminución de su incidencia tras el cese de la función ovárica[3,4].

Epidemiológicamente, la mayoría de los casos corresponde a lesiones unilaterales y pequeñas (menores de 3 cm) en mujeres en edad fértil[2,4,5]. Las presentaciones en la posmenopausia son inusuales y representan aproximadamente el 16% de los casos reportados[6]. Por su baja incidencia y curso habitualmente silente, el diagnóstico preoperatorio es un desafío y suelen ser detectados de forma incidental durante evaluaciones de rutina[7,8]. Cuando el tumor alcanza grandes dimensiones, la historia natural puede modificarse. El debut clínico puede manifestarse con síntomas inespecíficos o compresivos por efecto de masa, o instaurarse de forma abrupta como un abdomen agudo secundario a torsión anexial favorecida por el peso de la lesión[1,4,7,8].

El objetivo de este reporte es describir el caso de una paciente posmenopáusica con un leiomioma ovárico primario gigante complicado con una doble torsión del pedículo vascular, discutir los mecanismos fisiopatológicos propuestos para su crecimiento en un ambiente de hipoestrogenismo y destacar la utilidad del estudio inmunohistoquímico en la confirmación diagnóstica. El manuscrito se organiza en cinco secciones: introducción, presentación del caso, discusión, limitaciones y conclusión.

Consideraciones éticas

El presente reporte se desarrolló conforme a los principios de la Declaración de Helsinki. Se obtuvo consentimiento informado escrito de la paciente para la publicación anonimizada de sus datos clínicos y de las imágenes asociadas. El manuscrito cuenta con el respaldo institucional del centro asistencial responsable del caso. Dado que corresponde a un reporte de un único paciente, el estudio se acogió al procedimiento de exención de revisión por comité ético-científico conforme a la normativa local vigente, resguardando en todo momento la confidencialidad y el anonimato de los datos personales.

DESARROLLO

Presentación de caso

Paciente de sexo femenino de 53 años de edad, posmenopáusica desde 2021 (aproximadamente cinco años), sin uso previo o actual de terapia hormonal ni de tamoxifeno, con índice de masa corporal informado como normal (sin valores numéricos específicos registrados en la ficha), sin antecedentes de leiomiomatosis uterina, endometriosis ni cirugías ginecológicas previas. Entre sus comorbilidades destacan hipertensión arterial, dislipidemia y resistencia a la insulina.

Consultó inicialmente de forma ambulatoria por dolor abdominal sordo en hemiabdomen inferior de seis meses de evolución, asociado a sensación de plenitud y baja de peso de aproximadamente 4 kg. En ese contexto se realizó una ecografía transvaginal en policlínico oncoginecológico, que informó un útero en anteversoflexión (56 × 30 × 41 mm) con miometrio homogéneo, endometrio de 4 mm de aspecto homogéneo, ovario izquierdo de 2,1 cc y un ovario derecho reemplazado por una lesión ovalada bien delimitada de 99 × 65 × 83 mm, de aspecto quístico unilocular con contenido denso hipoecogénico, proyección de sombra acústica, escasa movilidad y folículos de aspecto normal en el polo caudal, con fondo de saco de Douglas libre. El informe concluyó un tumor quístico anexial derecho sugerente de neoplasia ovárica benigna. En función de los criterios International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) disponibles al momento, la lesión se categorizó como unilocular compleja, sin componentes sólidos ni papilares descritos y sin evaluación Doppler consignada. Los marcadores tumorales (CA-125, CA 19-9, CEA y AFP) fueron informados como dentro de límites normales; los valores numéricos específicos no quedaron consignados en la ficha clínica.

Se planteó resolución quirúrgica electiva; sin embargo, por una descompensación metabólica severa, se condicionó el ingreso a la lista de espera a la optimización previa de sus comorbilidades, perdiéndose el seguimiento institucional durante los tres años posteriores. La paciente reingresó al Servicio de Urgencias (SU) por dolor intermitente en hemiabdomen derecho de larga data, agudizado abruptamente en las últimas 24 horas con intensidad 10/10 en la Escala Visual Análoga (EVA), asociado a náuseas y vómitos. Al ingreso se encontraba hemodinámicamente estable; al examen físico

destacaban un abdomen marcadamente doloroso, signo de Blumberg positivo y una gran lesión abdominopélvica palpable.

En SU se completó el estudio con imágenes complementarias. Una ecografía abdominal realizada en atención primaria, previa al ingreso, había descrito a nivel del mesogastrio una voluminosa lesión sólida hipoecogénica, heterogénea, de bordes bien definidos, con flujo vascular al Doppler color, de 17 × 15 cm. La Tomografía Computarizada (TC) de abdomen y pelvis con contraste informó una lesión anexial derecha de aproximadamente 177 × 119 × 219 mm, de aspecto quístico, densidad líquida de 21 UH, sin realce significativo tras la administración de contraste, con compresión extrínseca sobre asas de intestino delgado y sin signos de obstrucción intestinal (Figura 1). La ecografía transvaginal y abdominal realizadas en urgencias describieron, respectivamente, un útero en anteversoflexión de 74 × 32 × 45 mm y una lesión densa de 176 × 117 × 139 mm en el anexo derecho, dolorosa al paso del transductor.

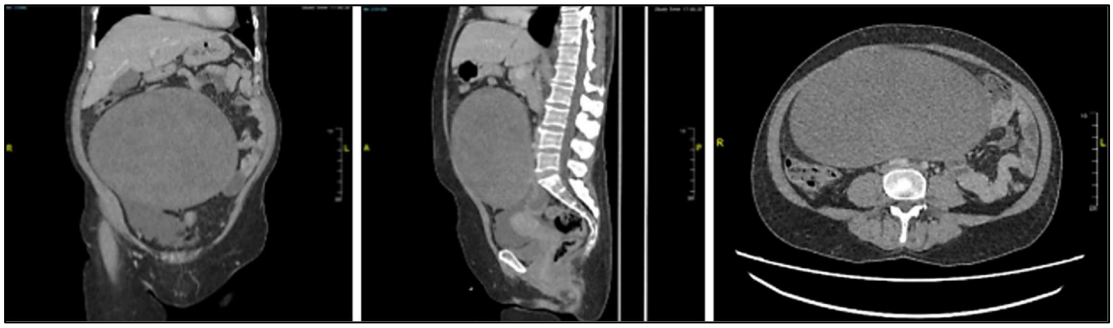


Figura 1.
TC de abdomen y pelvis (cortes coronal, sagital y axial): voluminosa lesión anexial derecha que ejerce compresión extrínseca sobre órganos adyacentes.

La discordancia descriptiva entre los estudios de imagen —aspecto quístico en TC y en la ecografía inicial, versus componente sólido vascularizado en la ecografía abdominal previa al ingreso— se consideró compatible con una lesión sólida con degeneración, edema, hemorragia o necrosis, en concordancia con los hallazgos quirúrgicos e histológicos posteriores. Dicha discordancia subraya la limitación de la TC sin realce para caracterizar lesiones fusocelulares con cambios degenerativos extensos.

Bajo la sospecha diagnóstica de tumor anexial derecho complicado con torsión aguda, se indicó Laparotomía Exploradora (LPE) de urgencia. Durante la apertura peritoneal se constató una voluminosa lesión sólida de superficie lisa, intensamente violácea, de aproximadamente 30 × 20 cm, dependiente del ovario derecho, con doble torsión sobre su pedículo vascular. Ante los signos críticos de compromiso isquémico, se realizó anexectomía derecha, con cápsula tumoral conservada e integridad del útero, sin leiomiomas uterinos coexistentes, y del anexo contralateral (Figura 2).



Figura 2. Hallazgo intraoperatorio: lesión ovárica gigante, de superficie lisa y coloración violácea intensa, con áreas de hemorragia capsular, cambios compatibles con compromiso isquémico por doble torsión del pedículo vascular.

Se tomó muestra para estudio citológico de líquido peritoneal mediante aspiración y lavado, sin biopsia intraoperatoria. No se identificaron otros hallazgos peritoneales. La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta al tercer día postoperatorio. El estudio citológico del líquido peritoneal (68 mL, color pardo-anaranjado, traslúcido), informó abundante celularidad mesotelial, macrófagos ocasionales, linfocitos y escasos neutrófilos, sin células neoplásicas malignas.

El estudio anatomopatológico diferido describió un ovario derecho de 22 × 18 cm y 2.646 g, de superficie externa blanquecina violácea, con un tumor heterogéneo violáceo blanquecino de aspecto fibrilar al corte, junto a una trompa uterina edematosa con congestión vascular. Microscópicamente se informó una neoplasia fusocelular, fibrótica, de bajo grado, con extensa hemorragia estromal, zonas edematosas y focos de necrosis compatibles con cambios post-torsión, sin atipias citológicas ni figuras mitóticas identificables. No se consignó un recuento mitótico cuantitativo por cada 10 campos de gran aumento ni evaluación específica de invasión vascular en el informe disponible, lo que se declara como limitación del reporte. El estudio inmunohistoquímico complementario mostró positividad para actina de músculo liso y negatividad para inhibina, calretinina y WT1, hallazgos compatibles con diferenciación de músculo liso que, integrados a los datos morfológicos, confirmaron el diagnóstico de leiomioma ovárico con signos de degeneración/torsión. En los controles ambulatorios, realizados al mes y a los 2-3 meses del alta, la paciente presentó evolución favorable, otorgándose el alta del centro con indicación de continuar controles en atención primaria.

DISCUSIÓN

El presente caso corresponde a una lesión anexial gigante que se presentó como abdomen agudo secundario a torsión del pedículo vascular. La torsión ovárica es una urgencia ginecológica frecuentemente asociada a masas anexiales, particularmente mayores de 5 cm, por el desequilibrio mecánico que generan en relación con sus ligamentos de sostén. La categoría de "lesión gigante", aplicada por algunos autores a tumores mayores de 20 cm, corresponde a una definición operacional y no a un umbral universal; estas lesiones pueden extenderse hacia la cavidad abdominal, donde el mayor espacio libre favorece su desplazamiento rotacional[9-11].

La torsión puede ser parcial o completa, y conduce a oclusión del flujo sanguíneo con compromiso inicial del drenaje venoso y linfático, edema e inflamación intratumoral, y afectación posterior del flujo arterial, con eventos de isquemia, infarto y hemorragia estromal[12,13]. Clínicamente puede manifestarse como dolor abdominopélvico intenso, náuseas y vómitos; sin embargo, en mujeres posmenopáusicas se ha descrito con mayor frecuencia una presentación subaguda, con dolor sordo persistente, y se ha postulado que episodios repetidos de torsión–detorsión podrían explicar un curso clínico intermitente[9,11,12].

En este contexto, los síntomas intermitentes de larga data y los cambios isquémicos observados son compatibles tanto con torsión parcial o intermitente crónica como con el efecto de masa de la propia lesión; dado que no se dispone de una documentación objetiva de episodios previos de torsión, la hipótesis de cronicidad se presenta como una posibilidad clínica entre otras explicaciones plausibles. El cambio abrupto en la intensidad del dolor es compatible con una torsión completa aguda que condicionó la oclusión del flujo arterial[14]; la afirmación de que la presión intratumoral habría superado la presión sistólica de la arteria ovárica carece de medición directa y se mantiene como un fenómeno teóricamente plausible.

El segundo desafío diagnóstico lo constituyeron las características histológicas de la lesión. Los mecanismos del crecimiento de los leiomiomas no están completamente comprendidos, aunque la evidencia respalda un papel de los estrógenos y la progesterona en la estimulación de la proliferación celular y la inhibición de la apoptosis en células leiomiomatosas[6,8]. Esto explica su predominio en mujeres en edad fértil y plantea la pregunta de cómo un leiomioma ovárico primario puede alcanzar dimensiones gigantes en una paciente posmenopáusica.

Entre los mecanismos propuestos, cabe mencionar la conversión periférica de androstenediona a estrona y, posteriormente, a estradiol en el tejido adiposo y en otros tejidos periféricos, así como una posible expresión de aromatasa local propia de algunas estirpes celulares de leiomiomas, mecanismo que se ha propuesto como facilitador de un estímulo estrogénico tisular aun en condiciones de hipoestrogenismo sistémico. Adicionalmente, estudios experimentales han sugerido que la hipoxia tisular puede inducir la expresión del factor inducible por hipoxia 1-alfa (HIF-1α) y respuestas adaptativas asociadas a angiogénesis y proliferación en células de leiomioma uterino[15]. Si bien es plausible que la hipoxia, secundaria a eventos de torsión repetida, contribuya a estos circuitos adaptativos, los datos actuales no permiten demostrar directamente este mecanismo en el leiomioma ovárico individual del presente caso; por lo tanto, debe considerarse una hipótesis fisiopatológica y no una causa establecida. Asimismo, el aumento de tamaño observado puede atribuirse, al menos en parte, a edema, congestión, hemorragia y necrosis acumulados tras la torsión, y no exclusivamente a proliferación celular.

En relación con la caracterización inmuno-histoquímica, la tinción con hematoxilina-eosina resulta frecuentemente insuficiente para diferenciar un leiomioma de otros tumores fusocelulares del ovario, como los fibromas, tecomas y fibrotecomas, dado que comparten patrones de crecimiento fascicular o estoriforme, núcleos alargados, depósitos de colágeno y áreas de hialinización[6,8]. En este caso, el estudio inmunohistoquímico mostró positividad para actina de músculo liso y negatividad para inhibina, calretinina y WT1, hallazgos compatibles con diferenciación de músculo liso y no concordantes con un tumor del estroma gonadal[1,6,8,16]. El panel inmunohistoquímico, por tanto, permitió establecer la estirpe celular; la benignidad del tumor se fundamenta principalmente en los hallazgos morfológicos —ausencia de atipia significativa y de figuras mitóticas— y en el carácter isquémico de la necrosis observada, además del muestreo histológico realizado.

La identificación de focos de necrosis en una lesión ovárica fusocelular genera, de forma razonable, una alerta diagnóstica. En este caso, la necrosis presentaba características compatibles con isquemia por torsión y no con necrosis coagulativa tumoral, caracterizada por bordes geográficos y detritus nucleares abruptos propios del leiomiosarcoma[13]. No obstante, debe considerarse, que el diagnóstico diferencial con tumores de músculo liso de potencial maligno incierto y leiomiosarcoma primario del ovario descansa principalmente en criterios morfológicos: tipo celular, atipia, recuento mitótico cuantificado por 10 CGA o por mm^2, mitosis atípicas, patrón de necrosis e invasión vascular, de acuerdo con los criterios clinicopatológicos clásicos aplicados a tumores de músculo liso del ovario[13,14].

La correlación entre la presentación clínica, los hallazgos quirúrgicos, el perfil inmunohistoquímico de

músculo liso y el patrón morfológico de necrosis isquémica permitió sostener, con un grado de certeza razonable, un diagnóstico histológico benigno. Dado el seguimiento clínico de duración limitada disponible al cierre de este reporte, debe reconocerse que las afirmaciones categóricas sobre pronóstico a largo plazo exceden la evidencia individual del caso.

La relevancia docente y clínica de este caso para la formación de pregrado radica en varios aspectos. Primero, constituye una oportunidad concreta de integrar el razonamiento clínico, imagenológico y anatomopatológico frente a una lesión anexial poco frecuente. Segundo, ilustra el valor del panel inmunohistoquímico dirigido para resolver un diagnóstico diferencial complejo entre neoplasias fusocelulares ováricas. Tercero, destaca la importancia de la adherencia al seguimiento ambulatorio en pacientes con cirugías diferidas por optimización de comorbilidades. En términos pragmáticos, el reconocimiento oportuno de esta entidad permite evitar estadificaciones adicionales o tratamientos oncológicos no indicados que, en el escenario de un hallazgo intraoperatorio y biopsia diferida, podrían plantearse ante la mera presencia de necrosis en una lesión fusocelular voluminosa.

En comparación con otros casos posmenopáusicos de leiomioma ovárico primario reportados en la literatura[6,8,12,16], el presente caso comparte la edad peri-posmenopáusica, el carácter unilateral y el perfil inmunohistoquímico típico, pero destaca por sus dimensiones excepcionales, el peso de la pieza quirúrgica y la asociación con doble torsión del pedículo vascular, elementos que, considerados en conjunto, lo sitúan en el extremo superior del espectro de presentaciones descritas.

Limitaciones

Este reporte presenta varias limitaciones. En primer lugar, la pérdida del seguimiento institucional durante tres años impidió documentar la tasa real de progresión volumétrica de la lesión. En segundo lugar, no se dispuso de valores numéricos de los marcadores tumorales ni del índice de masa corporal, de criterios IOTA completos de la ecografía inicial —en particular evaluación Doppler estandarizada—, de recuento mitótico cuantitativo por 10 CGA o por mm², ni de evaluación específica de invasión vascular en el informe anatomopatológico. Tampoco se realizaron determinaciones tisulares de marcadores de hipoxia (HIF-1α) ni de receptores hormonales en la lesión, lo que impide corroborar directamente los mecanismos fisiopatológicos propuestos. Finalmente, la cronicidad de la torsión constituye una inferencia clínica basada en los síntomas intermitentes y los cambios isquémicos observados, sin documentación objetiva de episodios previos. Tampoco se describió el parénquima ovárico residual circundante a la lesión en el informe anatomopatológico disponible, elemento cuya documentación habría robustecido la asignación de origen ovárico primario. El seguimiento clínico disponible al cierre de este reporte es de corta duración.

CONCLUSIÓN

El leiomioma ovárico primario gigante en una paciente posmenopáusica es una entidad excepcional cuya presentación clínica puede incluir dolor pélvico insidioso de larga data, con episodios de agudización compatibles con torsión anexial. Su diagnóstico definitivo requiere la correlación de los hallazgos clínicos, imagenológicos, quirúrgicos y anatomopatológicos, siendo el estudio inmuno-histoquímico una herramienta clave para definir la estirpe celular y diferenciar al leiomioma de otras neoplasias fusocelulares ováricas, mientras que la benignidad se sustenta principalmente en los criterios morfológicos y en el patrón de necrosis observado.

En el escenario de una lesión fusocelular ovárica con focos de necrosis en una mujer posmenopáusica, el panel inmunohistoquímico dirigido —actina de músculo liso, inhibina, calretinina y WT1— permite establecer el linaje de músculo liso y orientar la correlación diagnóstica, evitando intervenciones adicionales o seguimientos oncológicos no indicados cuando la morfología y el perfil inmunofenotípico son consistentes con benignidad.

Finalmente, se destaca la importancia de mantener el seguimiento clínico de lesiones anexiales conocidas, especialmente cuando la resolución quirúrgica se difiere por optimización de comorbilidades, con el objetivo de prevenir complicaciones agudas y de documentar su evolución natural.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bharti S, Khera S, Sharma C, Balakrishnan A. Unilateral primary ovarian leiomyoma masqueraded as ovarian fibroma: A histopathological diagnosis. J Family Med Prim Care [Internet]. 2021 [citado el 18 de julio 2026];10(9):3494-7. Disponible en: https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_2546_20
2. Kim M. Laparoscopic management of a twisted ovarian leiomyoma in a woman with 10 weeks gestation: Case report and literature review. Medicine (Baltimore) [Internet]. 2016 [citado el 18 de julio 2026];95(44):e5319. Disponible en: https://doi.org/10.1097/md.0000000000005319
3. Wang QM, Zhao Y, Ma Y, Yao LT, Han X. One case report of giant atypical leiomyoma of the ovary. Medicine (Baltimore) [Internet]. 2018 [citado el 18 de julio 2026];97(40):e12526. Disponible en: https://doi.org/10.1097/md.0000000000012526
4. Alshwairikh K, AlOtaibi W, Alshammari S, Alshammari T, Hakami R, Alswayyed M, et al. Cystic Ovarian Leiomyoma in a Patient with Progressive Abdominal Pain. Am J Case Rep [Internet]. 2021 [citado el 18 de julio 2026];22:e930299. Disponible en: https://doi.org/10.12659/ajcr.930299
5. Shrestha S, Homagain S, Kandel S, Jha P, Gurung G. Bilateral ovarian edema with unilateral ovarian

leiomyoma and double inferior vena cava: a case report. J Med Case Rep [Internet]. 2020 [citado el 18 de julio 2026];14(1):97. Disponible en: https://doi.org/10.1186/s13256-020-02418-5
6. Meel M, Hemrajani D, Kumar M, Agnani B. Symptomatic Primary Ovarian Leiomyoma in a Postmenopausal Woman: A Rare Entity. J Midlife Health [Internet]. 2020 [citado el 18 de julio 2026];11(3):175-7. Disponible en: https://doi.org/10.4103/jmh.JMH_105_19
7. Liang G, Wu Z, Zhu L, Ruan F. Case Report: Primary Ovarian Leiomyoma: A Clinical Analysis of Case Series and Literature Review. Front Med (Lausanne) [Internet]. 2022 [citado el 18 de julio 2026];9:822339. Disponible en: https://doi.org/10.3389/fmed.2022.822339
8. Reyna-Villasmil E. Leiomioma ovárico primario. Rev Peru Ginecol Obstet [Internet]. 2023 [citado el 18 de julio 2026];69(2):00015. Disponible en: https://doi.org/10.31403/rpgo.v69i2522
9. Tjokroprawiro BA, Novitasari K, Ulhaq RA. orsion Giant ovarian cysts in a postmenopausal woman with cervical cancer. Oxf Med Case Reports [Internet]. 2025 [citado el 18 de julio 2026];2025(5):omaf054. Disponible en: https://doi.org/10.1093/omcr/omaf054
10. Hongju H. A giant ovarian cyst torsion: Case report. Medicine (Baltimore) [Internet]. 2024 [citado el 18 de julio 2026];103(15):e33283. Disponible en: https://doi.org/10.1097/MD.0000000000033283
11. Baron S, Mathai JK. Ovarian Torsion [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [citado el 24 de octubre 2026]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560675/
12. Marwaha PD, Kaundal A, Bhavna, Malik N, Kaushal S. Ovarian Torsion in a Postmenopausal Woman: A Case Report and Review of Literature. J Menopausal Med [Internet]. 2023 [citado el 24 de octubre 2026];29(3):134-8. Disponible en: https://doi.org/10.6118/jmm.23022
13. Lerwill MF, Sung R, Oliva E, Prat J, Young RH. Smooth muscle tumors of the ovary: a clinicopathologic study of 54 cases emphasizing prognostic criteria, histologic variants, and differential diagnosis. Am J Surg Pathol [Internet]. 2004 [citado el 24 de octubre 2026];28(11):1436-51. Disponible en: https://doi.org/10.1097/01.pas.0000141393.99300.d0
14. Mandato VD, Torricelli F, Mastrofilippo V, Palicelli A, Costagliola L, Aguzzoli L. Primary Ovarian Leiomyosarcoma Is a Very Rare Entity: A Narrative Review of the Literature. Cancers (Basel) [Internet]. 2023 [citado el 24 de octubre 2026];15(11):2953. Disponible en: https://doi.org/10.3390/cancers15112953
15. Miyashita-Ishiwata M, El Sabeh M, Reschke LD, Afrin S, Borahay MA. Differential response to hypoxia in leiomyoma and myometrial cells. Life Sci [Internet]. 2022 [citado el 24 de octubre 2026];290:120238. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.lfs.2021.120238
16. Selak N, Čerkez I, Iljazović E, Sadiković A, Konrad Čustović M, Mustedanagić Mujanović J, et al. Extraovarian fibrothecomas: Two case reports and comprehensive review of ovarian sex cord-stromal fibroma-thecoma tumors. Biomol Biomed [Internet]. 2025 [citado el 24 de octubre 2026];26(3):509-24. Disponible en: https://doi.org/10.17305/bb.2025.12816