Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação — REASE

OPEN ACCESS

doi.org/10.51891/rease.v12i11.32528

CARCINOMA ENDOMETRIOIDE OVARIANO E CARCINOSSARCOMA ENDOMETRIAL EM UMA PACIENTE DE 24 ANOS: DESAFIO DIAGNÓSTICO, ANATOMOPATOLÓGICO E TERAPÊUTICO

OVARIAN ENDOMETRIOID CARCINOMA AND ENDOMETRIAL CARCINOSARCOMA IN A 24-YEAR-OLD PATIENT: A DIAGNOSTIC, ANATOMOPATHOLOGICAL, AND THERAPEUTIC CHALLENGE

CARCINOMA ENDOMETRIOIDE OVÁRICO Y CARCINOSARCOMA ENDOMETRIAL EN UNA PACIENTE DE 24 AÑOS: DESAFÍO DIAGNÓSTICO, ANATOMOPATOLÓGICO Y TERAPÉUTICO

Jazmin Ovelar Agüero[1]
Cecilia Noemí Correa Martínez[2]
Lígia Maria Oliveira de Souza[3]

RESUMO: A coexistência de neoplasias malignas ovarianas e endometriais representa um desafio diagnóstico, especialmente diante de histologias de alto grau e da necessidade de diferenciar tumores primários independentes de doença metastática. Relata-se o caso de uma paciente de 24 anos, nuligesta, sem antecedentes patológicos relevantes, que apresentou dor abdominal progressiva há três semanas, intensificada nas últimas 72 horas, associada à distensão abdominal e ao sangramento vaginal. A ultrassonografia evidenciou abundante líquido livre intraperitoneal e massa pélvica complexa. Na laparotomia de urgência, identificou-se tumor ovariano esquerdo de aproximadamente 15 cm, torcido e com ruptura capsular, associado a cerca de 2.000 mL de líquido sero-hemático, sendo realizada anexectomia esquerda. O exame anatomopatológico inicial revelou carcinoma endometrioide ovariano de alto grau e pouco diferenciado. Na investigação subsequente, identificou-se espessamento endometrial heterogêneo de 34 mm, e o estudo histológico demonstrou neoplasia de alto grau com componente sarcomatoide, diagnosticada como carcinos sarcoma uterino. Foi realizada cirurgia oncológica abrangente, sem implantes tumorais macroscópicos, embora tenham sido identificadas adenopatias pélvicas bilaterais. A imuno-histoquímica do material de curetagem endometrial mostrou perda subclonal de MLH1 e PMS2, com expressão preservada de MSH2 e MSH6. Registros oncológicos posteriores indicaram carcinos sarcoma endometrial estádio FIGO IIIA, sem laudo anatomopatológico definitivo disponível para confirmação independente. A paciente recebeu seis ciclos de carboplatina e paclitaxel, seguidos de radioterapia pélvica e braquiterapia vaginal. Em agosto de 2026, apresentava bom estado geral, sem exames de imagem disponíveis para avaliação da resposta terapêutica. O caso evidencia a complexidade diagnóstica de neoplasias ginecológicas concomitantes de alto grau em pacientes jovens e reforça a importância da correlação anatomopatológica e da investigação molecular, incluindo a avaliação de possível predisposição hereditária.

Palavras-chave: Carcinoma sarcoma uterino. Carcinoma endometrioide ovariano. Câncer de endométrio. Deficiência do reparo de incompatibilidade do DNA. Diagnóstico diferencial. Relato de caso.

[1] Médico residente de Ginecología y Obstetricia. Hospital Central del IPS.
[2] Médico residente de Ginecología y Obstetricia. Hospital Central del IPS.
[3] Médica revalidada por la Universidade Federal da Bahia.

ABSTRACT: The coexistence of ovarian and endometrial malignancies poses a diagnostic challenge, particularly when high-grade histologies require differentiation between independent primary tumors and metastatic disease. This report describes a 24-year-old nulligravid patient with no relevant medical history who presented with three weeks of progressive abdominal pain, worsening over the preceding 72 hours, associated with abdominal distension and vaginal bleeding. Ultrasonography revealed abundant intraperitoneal free fluid and a complex pelvic mass. Emergency laparotomy identified an approximately 15-cm torsed left ovarian tumor with capsular rupture and approximately 2,000 mL of serosanguineous fluid, and left adnexectomy was performed. Initial histopathological examination revealed high-grade, poorly differentiated ovarian endometrioid carcinoma. Further evaluation identified heterogeneous endometrial thickening measuring 34 mm. Endometrial histology demonstrated a high-grade neoplasm with a sarcomatoid component, diagnosed as uterine carcinosarcoma. Comprehensive oncologic surgery was subsequently performed, with no gross tumor implants, although bilateral pelvic lymphadenopathy was identified. Immunohistochemistry of endometrial curettage tissue showed subclonal loss of MLH1 and PMS2, with retained MSH2 and MSH6 expression. Subsequent oncology records documented FIGO stage IIIA endometrial carcinosarcoma; however, the final histopathological report was unavailable for independent confirmation. The patient received six cycles of carboplatin and paclitaxel, followed by pelvic radiotherapy and vaginal brachytherapy. In August 2026, she was in good general condition, although imaging studies to assess treatment response were unavailable. This case highlights the diagnostic complexity of concurrent high-grade gynecological malignancies in young patients and emphasizes the importance of histopathological correlation and comprehensive molecular assessment, including evaluation for possible hereditary predisposition.

Keywords: Uterine carcinosarcoma. Ovarian endometrioid carcinoma. Endometrial cancer. Mismatch repair deficiency. Differential diagnosis. Case report.

RESUMEN: La coexistencia de neoplasias malignas ováricas y endometriales representa un desafío diagnóstico, especialmente ante histologías de alto grado y la necesidad de diferenciar tumores primarios independientes de enfermedad metastásica. Se presenta el caso de una paciente de 24 años, nuligesta, sin antecedentes patológicos relevantes, que consultó por dolor abdominal progresivo de tres semanas de evolución, intensificado durante las últimas 72 horas, asociado a distensión abdominal y sangrado vaginal. La ecografía evidenció abundante líquido libre intraperitoneal y una masa pélvica compleja. En la laparotomía de urgencia se identificó una tumoración ovárica izquierda de aproximadamente 15 cm, torsionada y con rotura capsular, asociada a unos 2.000 mL de líquido serohemático, por lo que se realizó anexectomía izquierda. El estudio anatomopatológico inicial reveló carcinoma endometrioide ovárico de alto grado y pobremente diferenciado. En la evaluación posterior se identificó engrosamiento endometrial heterogéneo de 34 mm, y el estudio histológico demostró una neoplasia de alto grado con componente sarcomatoide, diagnosticada como carcinosarcoma uterino. Se realizó cirugía oncológica amplia, sin evidencia de implantes tumorales macroscópicos, aunque se identificaron adenopatías pélvicas bilaterales. El estudio inmunohistoquímico del material de legrado endometrial mostró pérdida subclonal de MLH1 y PMS2, con expresión conservada de MSH2 y MSH6. Los registros oncológicos posteriores consignaron carcinosarcoma endometrial estadio FIGO IIIA, sin disponer del informe anatomopatológico definitivo para su confirmación independiente. La paciente recibió seis ciclos de carboplatino y paclitaxel, seguidos de radioterapia pélvica y braquiterapia vaginal. En agosto de 2026 presentaba buen estado general, sin estudios de imagen disponibles para evaluar la respuesta terapéutica. Este caso destaca la complejidad diagnóstica de las neoplasias ginecológicas concomitantes de alto grado en pacientes jóvenes y la importancia de la correlación anatomopatológica y de la evaluación molecular integral, incluida la investigación de una posible predisposición hereditaria.

Palabras clave: Carcinosarcoma uterino. Carcinoma endometrioide ovárico. Cáncer de endometrio. Deficiencia del sistema de reparación de errores de apareamiento del ADN. Diagnóstico diferencial. Reporte de caso.

1 INTRODUCCIÓN

La coexistencia de neoplasias malignas ováricas y endometriales constituye un desafío diagnóstico relevante en ginecología oncológica, particularmente cuando ambas lesiones presentan características histológicas de alto grado. En estos casos, resulta fundamental establecer si se trata de tumores primarios sincrónicos independientes o de manifestaciones metastásicas de una única neoplasia, distinción que repercute directamente en la estadificación, la evaluación pronóstica y la selección del tratamiento. Tradicionalmente, esta diferenciación se ha basado en criterios clínicos, morfológicos e histopatológicos, considerando aspectos como el tamaño y la lateralidad de las lesiones, la profundidad de invasión miometrial, la invasión linfovascular y la presencia de lesiones precursoras. Sin embargo, los avances en la caracterización molecular han demostrado que algunos tumores considerados inicialmente primarios independientes pueden compartir un origen clonal, lo que evidencia la complejidad de su clasificación (Gan; Bian, 2023; Guerriero et al., 2024).

El carcinoma endometrioide de ovario representa uno de los principales subtipos histológicos del carcinoma epitelial ovárico y plantea dificultades diagnósticas cuando coexiste con una neoplasia endometrial. La comparación de las características morfológicas e inmunohistoquímicas de ambas lesiones resulta esencial para establecer su posible relación biológica y determinar el origen primario de la enfermedad. En situaciones de coexistencia de tumores con diferentes patrones histológicos, la integración de los hallazgos anatomopatológicos y, cuando esté indicado, de los estudios moleculares puede contribuir a una clasificación diagnóstica más precisa (Gan; Bian, 2023; Guerriero et al., 2024).

Por otra parte, el carcinosarcoma uterino, históricamente denominado tumor mülleriano mixto maligno, es una neoplasia poco frecuente y de comportamiento particularmente agresivo, caracterizada por la coexistencia de componentes epiteliales carcinomatosos y mesenquimales sarcomatosos malignos. Actualmente, se considera una forma de carcinoma endometrial con diferenciación sarcomatosa, y no un sarcoma uterino convencional. Su presentación ocurre predominantemente en mujeres de edad avanzada y, especialmente, en el período posmenopáusico, por lo que su diagnóstico en pacientes jóvenes constituye una situación excepcional (Berton-Rigaud et al., 2014; McCluggage, 2016).

Desde el punto de vista anatomopatológico, el diagnóstico del carcinosarcoma requiere una evaluación morfológica cuidadosa que permita identificar y caracterizar adecuadamente ambos componentes tumorales. Esta tarea puede resultar especialmente compleja en biopsias

endometriales o muestras de legrado, debido a la representación variable de los componentes epitelial y sarcomatoso, así como al predominio de áreas fusocelulares de alto grado. En este contexto, la inmunohistoquímica constituye una herramienta complementaria importante para la caracterización de la neoplasia y el diagnóstico diferencial con otros tumores uterinos indiferenciados o sarcomatosos (McCluggage, 2016).

Asimismo, la incorporación de la clasificación molecular ha adquirido relevancia creciente en el estudio de las neoplasias endometriales de alto grado, tanto por su valor pronóstico como por sus posibles implicaciones terapéuticas. La evaluación de las proteínas del sistema de reparación de errores de apareamiento del ADN (*Mismatch Repair*, MMR), entre ellas MLH1, PMS2, MSH2 y MSH6, permite identificar tumores con deficiencia de reparación del ADN y orientar la investigación de posibles síndromes hereditarios de predisposición al cáncer, particularmente el síndrome de Lynch. La pérdida de expresión de MLH1 y PMS2 requiere una evaluación complementaria, incluyendo el análisis de la metilación del promotor de MLH1 y, cuando esté indicado, el asesoramiento y estudio genético germinal. Estos hallazgos también pueden tener implicaciones en la selección de estrategias terapéuticas dirigidas (Pérez Ramírez et al., 2025; Toboni et al., 2025).

En este contexto, el abordaje de pacientes jóvenes con neoplasias ginecológicas concomitantes de alto grado requiere una evaluación multidisciplinaria que integre los hallazgos clínicos, radiológicos, quirúrgicos, histopatológicos e inmunomoleculares. La identificación precisa de cada componente tumoral es fundamental para establecer el diagnóstico, orientar la estadificación y definir una estrategia terapéutica individualizada.

Se presenta el caso de una paciente de 24 años con diagnóstico de carcinoma endometrioide ovárico de alto grado y carcinosarcoma endometrial, cuya presentación clínica, características anatomopatológicas e inmunohistoquímicas y evolución terapéutica representaron un importante desafío diagnóstico y asistencial. El objetivo de este trabajo es describir los hallazgos clínicos, quirúrgicos, histopatológicos y moleculares del caso, así como discutir las dificultades del diagnóstico diferencial entre neoplasias ginecológicas concomitantes, la importancia de la caracterización molecular y las particularidades del tratamiento multimodal en una paciente de edad excepcionalmente joven.

2 MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de tipo reporte de caso, basado en la revisión de los registros clínicos de una paciente de 24 años con diagnóstico de carcinoma endometrioide ovárico de alto grado y carcinosarcoma endometrial. Se recopilaron datos relativos a los antecedentes personales, la presentación clínica, los estudios de imagen, los hallazgos intraoperatorios, los informes anatomopatológicos e inmunohistoquímicos, los procedimientos quirúrgicos, los tratamientos oncológicos administrados y la evolución clínica documentada.

La evaluación anatomopatológica se describió a partir de los informes disponibles, considerando las características morfológicas de las lesiones y los resultados de los marcadores inmunohistoquímicos, especialmente la expresión de las proteínas MLH1, PMS2, MSH2 y MSH6, relacionadas con el sistema de reparación de errores de apareamiento del ADN (*Mismatch Repair*, MMR). Asimismo, se recopilaron los datos disponibles sobre el estadio oncológico, la quimioterapia sistémica, la radioterapia pélvica y la braquiterapia vaginal. La información se organizó cronológicamente y se analizó de forma descriptiva, sin aplicación de métodos estadísticos, debido a la naturaleza individual del estudio.

En cuanto a los aspectos éticos, el presente reporte se elaboró de acuerdo con los principios establecidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, en su versión revisada en octubre de 2024. Se respetaron los principios de autonomía, confidencialidad, privacidad y protección de los datos personales de la paciente. Asimismo, se obtuvo el consentimiento informado por escrito para la utilización y publicación de la información clínica con fines científicos.

3 PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de sexo femenino, de 24 años al momento del diagnóstico, nuligesta, con menarca a los 14 años e inicio de relaciones sexuales a los 18 años. Refería ciclos menstruales irregulares y episodios de sangrado vaginal. Negaba comorbilidades, intervenciones quirúrgicas previas, tratamientos hormonales y consumo de tabaco, alcohol u otras sustancias. Como antecedente familiar oncológico, refería una abuela con cáncer de pulmón, sin otros antecedentes familiares conocidos.

El 12 de agosto de 2025 acudió al servicio de urgencias por dolor abdominal de tres semanas de evolución, de inicio insidioso y curso progresivo, localizado predominantemente en

la fosa ilíaca izquierda, con irradiación hacia el hipogastrio y la fosa ilíaca derecha. Describía exacerbación del dolor durante las últimas 72 horas, acompañada de distensión abdominal, sangrado vaginal, anorexia, astenia y pérdida de peso no cuantificada. Negaba fiebre, náuseas, vómitos y síntomas urinarios.

Al ingreso presentaba presión arterial de 90/60 mmHg, frecuencia cardíaca de 66 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto, temperatura de 37,5 °C y saturación de oxígeno del 98 %. Al examen abdominal se constataban distensión, defensa y signos de irritación peritoneal, asociados a una masa pélvica palpable. El examen ginecológico evidenció dolor a la movilización cervical y fondo de saco posterior doloroso y abombado.

La ecografía abdominal identificó un útero globuloso, una colección heterogénea en la cavidad endometrial y abundante líquido libre multicompartimental, estimado en aproximadamente 2.000 mL. La ecografía transvaginal describió una masa pélvica compleja, de predominio sólido-quístico, con tabiques internos y escasa vascularización al Doppler. Se constató discordancia en la lateralidad informada durante la evaluación preoperatoria, que fue aclarada mediante la exploración quirúrgica.

Ante el cuadro de abdomen agudo, se realizó laparotomía exploradora de urgencia el 12 de agosto de 2025. Se identificaron aproximadamente 2.000 mL de líquido serohemático intraperitoneal y una tumoración de unos 15 cm dependiente del ovario izquierdo, con torsión del pedículo anexial de dos vueltas sobre su eje, coloración violácea y rotura capsular de aproximadamente 5 cm, acompañada de exteriorización de contenido serohemorrágico.

Macroscópicamente, la lesión presentaba componentes sólidos y quísticos, múltiples proyecciones papilares y tejido friable. El ovario derecho se encontraba aumentado de tamaño, con una formación quística de aproximadamente 3 cm, de paredes delgadas y sin vegetaciones macroscópicas evidentes.

Se practicó anexectomía izquierda, procedimiento sobre la lesión quística del ovario derecho, consignado en el registro quirúrgico como *drilling*, y lavado de la cavidad abdominal. El estudio anatomopatológico de la lesión ovárica fue informado posteriormente como adenocarcinoma de alto grado, pobremente diferenciado, de tipo endometrioide.

Durante la evaluación posoperatoria, la ecografía transvaginal del 2 de octubre de 2025 evidenció un útero de dimensiones conservadas, ovario derecho presente y ausencia del ovario izquierdo por antecedente quirúrgico. Se describió un endometrio heterogéneo, con áreas quísticas y vascularización al Doppler, y un espesor de hasta 34 mm.

Se realizó evaluación histeroscópica, que mostró una extensa lesión endometrial irregular, friable y vascularizada, con áreas de necrosis. El estudio histopatológico endometrial fue informado como adenocarcinoma endometrial de alto grado con componente sarcomatoide, clasificado como carcinosarcoma uterino.

El 15 de octubre de 2025 se practicó cirugía oncológica programada mediante laparotomía, con realización de histerectomía radical tipo Piver III, anexectomía derecha, omentectomía infracólica, linfadenectomía pélvica bilateral y paraaórtica, apendicectomía y biopsias peritoneales múltiples.

Durante la exploración se constató aproximadamente 80 mL de líquido serohemático intraperitoneal, sin implantes tumorales macroscópicos evidentes en las superficies peritoneales ni en los órganos abdominales evaluados. El útero media aproximadamente 7 × 4 × 3 cm, presentaba superficie lisa, bordes regulares y movilidad conservada. El cuello uterino no presentaba tumoración macroscópica y los parametrios no mostraban compromiso visible.

Se identificaron ganglios pélvicos aumentados de tamaño bilateralmente, predominantemente en las cadenas ilíacas y obturatrices, con diámetros de hasta 2,5 cm. Se obtuvieron muestras para estudio citológico e histopatológico.

El estudio inmunohistoquímico del material de legrado endometrial documentó pérdida subclonal de la expresión de MLH1 y PMS2, con conservación de la expresión nuclear de MSH2 y MSH6 y controles internos adecuados. No se dispuso de resultados de metilación del promotor de MLH1, secuenciación de POLE ni caracterización molecular comparativa de los tumores endometrial y ovárico.

En los registros oncológicos posteriores se consignó el diagnóstico de carcinosarcoma endometrial en estadio FIGO IIIA. Sin embargo, no se dispuso del informe anatomopatológico definitivo de la pieza quirúrgica ni de los resultados histopatológicos completos de las muestras ganglionares y peritoneales para verificar de manera independiente el fundamento de dicha estadificación.

La paciente recibió quimioterapia adyuvante con carboplatino y paclitaxel durante seis ciclos, cuya finalización fue registrada el 22 de abril de 2026. Durante el tratamiento se documentaron episodios de náuseas, vómitos, astenia y cefalea, además de un episodio de trombocitopenia que motivó la reprogramación de una sesión terapéutica.

Posteriormente, recibió radioterapia externa pélvica mediante técnica de intensidad modulada, con una dosis total prescrita de 45 Gy en 25 fracciones, seguida de braquiterapia

vaginal con cilindro, administrándose 7 Gy por fracción en tres sesiones, realizadas los días 20, 22 y 27 de julio de 2026, con una dosis total de 21 Gy.

En la última evaluación clínica disponible, realizada el 19 de agosto de 2026, la paciente refería encontrarse en buen estado general, con molestias abdominales leves, disuria y tenesmo vesical. Se indicó seguimiento ginecooncológico. No se dispuso de estudios de imagen posteriores al tratamiento que permitieran establecer el estado de respuesta oncológica.

4 DISCUSIÓN

La principal dificultad diagnóstica del presente caso radica en la identificación de dos neoplasias ginecológicas de alto grado: un carcinoma endometrioide ovárico, inicialmente diagnosticado como pobremente diferenciado, y una neoplasia endometrial con componente sarcomatoide, informada como carcinosarcoma uterino. Aunque las lesiones fueron identificadas en momentos diferentes, dentro de un intervalo aproximado de dos meses, su coexistencia plantea la necesidad de establecer si corresponden a tumores primarios independientes o a manifestaciones de diseminación de una misma enfermedad neoplásica. Esta distinción tiene implicaciones fundamentales para la estadificación, la interpretación pronóstica y la planificación terapéutica (Gan; Bian, 2023; Guerriero et al., 2024).

La diferenciación entre tumores primarios concomitantes y enfermedad metastásica constituye un problema complejo en la práctica anatomopatológica. Tradicionalmente, esta evaluación se ha basado en criterios morfológicos y clínicos, considerando la histología de cada lesión, la presencia de lesiones precursoras, la profundidad de invasión miometrial, el compromiso de la superficie ovárica, la invasión linfovascular y la distribución anatómica de la enfermedad. Sin embargo, estudios moleculares recientes han demostrado que una proporción de los carcinomas endometriales y ováricos diagnosticados como sincrónicos puede compartir un origen clonal, lo que cuestiona la interpretación de algunas lesiones como primarios independientes (Guerriero et al., 2024). No obstante, estos hallazgos proceden principalmente de estudios de carcinomas endometrioides concomitantes y no deben extrapolarse automáticamente a la asociación entre carcinoma endometrioide ovárico y carcinosarcoma endometrial. En el presente caso, la ausencia de una caracterización molecular comparativa impide establecer de manera concluyente la relación biológica entre ambas neoplasias.

Otro aspecto relevante corresponde a la caracterización histopatológica de la lesión endometrial. El carcinosarcoma uterino se define por la presencia de componentes epiteliales

carcinomatosos y mesenquimales sarcomatosos malignos y actualmente se considera una neoplasia epitelial endometrial de comportamiento agresivo, con diferenciación sarcomatosa. Su diagnóstico diferencial incluye el carcinoma endometrial desdiferenciado, el carcinoma indiferenciado y otros tumores uterinos de alto grado con morfología fusocelular. En biopsias o muestras de legrado, la representación incompleta de los componentes tumorales puede dificultar la clasificación definitiva, especialmente cuando predomina el componente sarcomatoide. Por este motivo, la evaluación de la pieza quirúrgica completa y la correlación morfológica e inmunohistoquímica adquieren especial importancia (McCluggage, 2016; Toboni et al., 2025). En este caso, aunque el material de legrado fue informado como carcinosarcoma uterino, la ausencia del informe anatomopatológico definitivo de la cirugía oncológica limita la posibilidad de verificar independientemente la clasificación histológica.

La edad de presentación constituye otra particularidad clínica importante. El carcinosarcoma endometrial se diagnostica predominantemente en mujeres de edad avanzada y presenta un comportamiento biológico agresivo, por lo que su identificación a los 24 años representa una presentación excepcional. La asociación con una neoplasia ovárica de alto grado incrementa la complejidad del abordaje diagnóstico y plantea la necesidad de considerar posibles factores de predisposición hereditaria, especialmente ante la detección de alteraciones en las proteínas del sistema de reparación del ADN (Toboni et al., 2025).

En relación con los hallazgos inmunohistoquímicos, la pérdida subclonal de expresión de MLH1 y PMS2, con conservación de MSH2 y MSH6, constituye un dato de particular interés. La expresión heterogénea de las proteínas de reparación de errores de apareamiento puede reflejar alteraciones moleculares o epigenéticas adquiridas en subpoblaciones tumorales, incluyendo mecanismos relacionados con la metilación del promotor de MLH1 y alteraciones somáticas o germinales de genes implicados en la reparación del ADN. Un estudio clinicopatológico y genómico de carcinomas endometriales con pérdida subclonal de proteínas MMR identificó diferentes mecanismos moleculares asociados con este patrón, incluyendo alteraciones de MLH1, mutaciones de POLE y modificaciones relacionadas con el síndrome de Lynch (Mendoza et al., 2023).

Por consiguiente, la pérdida subclonal de MLH1 y PMS2 no debe interpretarse, de manera aislada, como confirmación de deficiencia global del sistema MMR ni como diagnóstico de síndrome de Lynch. En este contexto, resulta pertinente complementar la evaluación mediante el análisis de metilación del promotor de MLH1, la caracterización molecular tumoral

y, cuando esté indicado, el estudio genético germinal después del asesoramiento genético correspondiente. Asimismo, la clasificación molecular integral del carcinoma endometrial, incluyendo la evaluación de POLE y p53, puede aportar información pronóstica y terapéutica adicional, especialmente en neoplasias de alto grado (Concin et al., 2025).

La estadificación de las lesiones también requiere una interpretación cuidadosa. En relación con la neoplasia endometrial, los registros oncológicos consignaron estadio FIGO IIIA. Según la actualización de la clasificación FIGO de 2023, este estadio comprende la invasión de la serosa uterina o de los anexos, por extensión directa o metástasis. Por otra parte, el compromiso de ganglios linfáticos pélvicos y paraaórticos corresponde a las categorías IIIC1 y IIIC2, respectivamente. En el presente caso, aunque se describieron adenopatías pélvicas bilaterales de hasta 2,5 cm, la ausencia de los resultados anatomopatológicos definitivos de las muestras ganglionares impide confirmar la naturaleza metastásica de estos hallazgos y verificar de forma independiente la clasificación registrada (Berek et al., 2023).

Respecto de la lesión ovárica, la rotura capsular descrita durante la intervención constituye un elemento importante para la evaluación del estadio. Según la clasificación FIGO, el estadio IC comprende los tumores limitados al ovario o a las trompas de Falopio con rotura capsular o derrame quirúrgico, tumor en la superficie o presencia de células malignas en el líquido ascítico o en los lavados peritoneales. Se distinguen las categorías IC1, correspondiente al derrame quirúrgico; IC2, relacionada con la rotura capsular preoperatoria o la presencia de tumor en la superficie; e IC3, cuando se identifican células malignas en el líquido ascítico o en los lavados peritoneales. En este caso, la documentación describe rotura capsular y abundante líquido serohemático, pero no permite determinar con precisión el momento de la rotura ni establecer el resultado citológico del líquido intraperitoneal. Por lo tanto, no es posible definir con seguridad la subcategoría correspondiente ni confirmar independientemente el estadio definitivo de la neoplasia ovárica (Prat, 2015).

En cuanto al tratamiento, la paciente recibió un abordaje multimodal que incluyó cirugía oncológica, seis ciclos de quimioterapia con carboplatino y paclitaxel, radioterapia pélvica externa y braquiterapia vaginal. La combinación de carboplatino y paclitaxel constituye uno de los principales esquemas quimioterapéuticos utilizados en el tratamiento del carcinosarcoma uterino. El ensayo clínico aleatorizado de fase III GOG-0261 demostró que esta combinación no era inferior al esquema de paclitaxel e ifosfamida para el tratamiento del carcinosarcoma

uterino, con resultados favorables en términos de supervivencia libre de progresión, respaldando su utilización como esquema sistémico de referencia (Powell et al., 2022).

La radioterapia externa y la braquiterapia vaginal pueden complementar el tratamiento sistémico mediante el control locorregional de la enfermedad, aunque su indicación debe individualizarse de acuerdo con el estadio, los factores anatomopatológicos de riesgo, el compromiso ganglionar, los márgenes quirúrgicos y la extensión residual de la neoplasia. En pacientes con carcinosarcoma uterino, la evidencia disponible respalda la importancia del tratamiento sistémico y reconoce un posible beneficio de la radioterapia en el control de recurrencias locales, sin que ello implique necesariamente una mejoría demostrada de la supervivencia global en todos los escenarios clínicos (Toboni et al., 2025; Concin et al., 2025). Por consiguiente, aunque el tratamiento administrado en este caso refleja una estrategia multimodal para una neoplasia de alto riesgo, no es posible evaluar completamente su adecuación individual sin disponer del informe anatomopatológico definitivo y de la evaluación multidisciplinaria documentada.

5 LIMITACIONES DEL REPORTE

La principal limitación de este reporte es la ausencia del informe anatomopatológico definitivo de la cirugía oncológica realizada el 15 de octubre de 2025, incluyendo los resultados histológicos de las linfadenectomías pélvica y paraaórtica, las biopsias peritoneales y el estudio citológico del líquido intraperitoneal. Tampoco se dispuso de una caracterización molecular comparativa de las lesiones ovárica y endometrial, del análisis de metilación del promotor de MLH1 ni de estudios genéticos germinales. Asimismo, la estadificación FIGO IIIA fue obtenida de los registros del equipo tratante y no pudo verificarse de manera independiente. Finalmente, la ausencia de estudios de imagen posteriores al tratamiento impidió establecer objetivamente la respuesta oncológica y evaluar la presencia de enfermedad residual o recurrencia.

6 CONCLUSIONES

La coexistencia de carcinoma endometrioide ovárico de alto grado y carcinosarcoma endometrial en una paciente de 24 años constituye una presentación infrecuente y de particular interés clínico, anatomopatológico y terapéutico.

El diagnóstico de estas neoplasias requiere una correlación rigurosa entre los hallazgos clínicos, radiológicos, quirúrgicos e histopatológicos, especialmente para diferenciar tumores primarios independientes de enfermedad metastásica. La caracterización inmunohistoquímica y molecular representa una herramienta complementaria fundamental para mejorar la precisión diagnóstica y orientar la evaluación pronóstica.

La pérdida subclonal de MLH1 y PMS2 constituye un hallazgo relevante que justifica ampliar la investigación molecular y considerar la evaluación de predisposición hereditaria, sin establecer por sí sola el diagnóstico de síndrome de Lynch.

Finalmente, este caso resalta la importancia del abordaje multidisciplinario, de la documentación anatomopatológica completa, de la estadificación rigurosa y del seguimiento oncológico prolongado en pacientes jóvenes con neoplasias ginecológicas de alto grado.

REFERENCIAS

BEREK, Jonathan S. et al. FIGO staging of endometrial cancer: 2023. *Journal of Gynecologic Oncology*, v. 34, n. 5, e85, 2023. DOI: https://doi.org/10.3802/jgo.2023.34.e85.

BERTON-RIGAUD, Dominique et al. Gynecologic Cancer InterGroup (GCIG) consensus review for uterine and ovarian carcinosarcoma. *International Journal of Gynecological Cancer*, v. 24, supl. 3, p. S55-S60, 2014. DOI: https://doi.org/10.1097/IGC.0000000000000228.

CONCIN, Nicole et al. ESGO-ESTRO-ESP guidelines for the management of patients with endometrial carcinoma: update 2025. *The Lancet Oncology*, v. 26, n. 8, p. e423-e435, 2025. DOI: https://doi.org/10.1016/S1470-2045(25)00167-6.

GAN, Wenli; BIAN, Ce. The research progress on synchronous endometrial and ovarian carcinoma. *Frontiers in Oncology*, v. 13, art. 1291602, 2023. DOI: https://doi.org/10.3389/fonc.2023.1291602.

GUERRIERO, Angela et al. Synchronous endometrial and ovarian carcinomas: pathologic and molecular analysis highlights the monoclonal origin of the lesions. *International Journal of Gynecological Pathology*, v. 43, n. 4, p. 309-315, 2024. DOI: https://doi.org/10.1097/PGP.0000000000000982.

MCCLUGGAGE, W. Glenn. A practical approach to the diagnosis of mixed epithelial and mesenchymal tumours of the uterus. *Modern Pathology*, v. 29, supl. 1, p. S78-S91, 2016. DOI: https://doi.org/10.1038/modpathol.2015.137.

MENDOZA, Rachelle P. et al. Endometrial carcinomas with subclonal loss of mismatch repair proteins: a clinicopathologic and genomic study. *The American Journal of Surgical Pathology*, v. 47, n. 5, p. 589-598, 2023. DOI: https://doi.org/10.1097/PAS.0000000000002031.

PÉREZ RAMÍREZ, Sara et al. SEOM-GEICO clinical guidelines on endometrial cancer (2025). *Clinical and Translational Oncology*, v. 27, n. 12, p. 4368-4380, 2025. DOI: https://doi.org/10.1007/s12094-025-04046-1.

POWELL, Matthew A. et al. Randomized phase III trial of paclitaxel and carboplatin versus paclitaxel and ifosfamide in patients with carcinosarcoma of the uterus or ovary: an NRG Oncology trial. *Journal of Clinical Oncology*, v. 40, n. 9, p. 968-977, 2022. DOI: https://doi.org/10.1200/JCO.21.02050.

PRAT, Jaime; FIGO COMMITTEE ON GYNECOLOGIC ONCOLOGY. FIGO's staging classification for cancer of the ovary, fallopian tube, and peritoneum: abridged republication. *Journal of Gynecologic Oncology*, v. 26, n. 2, p. 87-89, 2015. DOI: https://doi.org/10.3802/jgo.2015.26.2.87.

TOBONI, Michael et al. Updates and controversies in the management of uterine serous carcinoma and uterine carcinosarcoma. *International Journal of Gynecological Cancer*, v. 35, n. 3, art. 101672, 2025. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ijgc.2025.101672.

WORLD MEDICAL ASSOCIATION. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human participants. *JAMA*, v. 333, n. 1, p. 71-74, 2025. DOI: https://doi.org/10.1001/jama.2024.21972.