

REPORTE DE CASO

Carcinosarcoma endometrial asociado a inversión uterina

Endometrial carcinosarcoma associated with uterine inversion

Andrés Felipe Valencia-Cardona¹, Daisy Isabela Cuero-Bastidas², María Camila Londoño-Jiménez²,
Jhoan Sebastian Cruz-Barbosa¹

¹ Programa de Medicina, Facultad de Salud, Universidad Santiago de Cali, Cali, Colombia.

² Estudiante del pregrado en Medicina, Facultad de Salud, Universidad Santiago de Cali, Cali, Colombia.

Fecha de sometimiento: 27/07/2025
Fecha de aceptación: 22/12/2025
Disponible en internet: 02/03/2026

Abstract

Uterine inversion is characterized by the invagination of the uterus through the cervix. Classically, uterine inversion is divided into two main categories: puerperal and non-puerperal, with the latter being a rare entity with few reports in the literature.

This case report describes a 68-year-old woman with a three-month history of hypogastric pain and vaginal bleeding. Abdominal nuclear magnetic resonance revealed uterine inversion associated with a solid mass measuring 9.4 x 7.9 cm. Based on this finding, the patient received neoadjuvant chemotherapy for local control and later underwent a total hysterectomy. Histopathological examination confirmed the diagnosis of carcinosarcoma. She subsequently received complementary treatment with radiotherapy.

Carcinosarcomas are rarely associated with uterine inversion; however, they constitute an entity that should be considered in the differential diagnosis.

Keywords: uterine inversion; carcinosarcoma; endometrial neoplasms; diagnosis, differential.

Conflictos de interés

Los autores declaran no presentar conflictos de interés.

Citación

Valencia-Cardona A, Cuero-Bastidas D, Londoño-Jiménez M, Cruz-Barbosa J. Carcinosarcoma endometrial asociado a inversión uterina. Rev Col Cancerol. 2026;30(1):66-70. <https://doi.org/10.35509/01239015.1137>

Autor de correspondencia

Andrés Felipe Valencia-Cardona
Programa de Medicina, Facultad de Salud,
Universidad Santiago de Cali, Cali, Colombia.

Correo electrónico:

andres.valencia.cardona@correounivalle.edu.co

Resumen

La inversión uterina se caracteriza por la invaginación del cuerpo uterino a través del cuello uterino. Clásicamente, la inversión uterina se divide en dos categorías principales: puerperal y no puerperal, siendo la última una entidad poco común y con poco registro en la literatura.

Este caso clínico se trata de una mujer de 68 años con cuadro de tres meses de dolor en el hipogastrio y con sangrado vaginal. La resonancia magnética nuclear de abdomen evidenció una inversión uterina asociada a una masa

sólida de 9,4 cm × 7,9 cm. A partir de este hallazgo, la paciente recibió quimioterapia para control local como neoadyuvancia y luego fue llevada a histerectomía total, cuyo estudio histopatológico confirmó el diagnóstico de carcinosarcoma. Posteriormente, recibió manejo complementario con radioterapia.

Los carcinosarcomas están asociados a inversión uterina de manera infrecuente, sin embargo, constituyen una entidad que debe considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales.

Palabras clave: inversión uterina; carcinosarcoma; neoplasias endometriales; diagnóstico diferencial.

Introducción

La inversión uterina constituye una emergencia obstétrica y ginecológica, caracterizada por la invaginación del cuerpo uterino a través del cuello uterino. Clásicamente, la inversión uterina se divide en dos categorías principales: puerperal y no puerperal (1). La inversión uterina puerperal, típicamente se ha asociado a factores obstétricos como la tracción excesiva del cordón umbilical o la atonía uterina (2). Por otro lado, la inversión uterina no puerperal, menos común y con una etiología más compleja, representa un desafío diagnóstico y terapéutico.

La inversión uterina no puerperal está asociada a una variedad de factores de riesgo, tanto anatómicos como clínicos y patológicos. Entre los factores anatómicos se destacan las anomalías uterinas congénitas, como el útero bicorne o el septado, que pueden predisponer a la inversión al alterar la forma y la función del útero (3). Otros factores de riesgo clínico que se han descrito incluyen el prolapso uterino previo, los tratamientos hormonales, las enfermedades del tejido conectivo y los traumatismos pélvicos (4).

En cuanto a los factores patológicos, las neoplasias, principalmente los fibromas y los leiomiomas, representan las causas más comúnmente identificadas de inversión uterina no puerperal, representando aproximadamente el 87,0% de los casos. Es importante destacar que un porcentaje considerable de las inversiones uterinas no puerperales están asociadas a neoplasias malignas, como los sarcomas (7,4%) y los carcinomas (5,6%) (5). Respecto a las inversiones uterinas asociadas a neoplasias malignas, se ha descrito que el crecimiento tumoral dentro de la cavidad actúa como irritante del miometrio, condicionando contracciones que pueden llevar a la

expulsión del tumor, traccionando el útero desde la inserción fúndica ya debilitada; además, el peso tumoral y el aumento de la presión intraabdominal secundario a tos o la maniobra de Valsalva pueden contribuir con el mecanismo fisiopatológico (2). En la literatura mundial se ha reportado un único caso de carcinosarcoma como causa de prolapso uterino (6).

El objetivo de este trabajo es describir un caso de inversión uterina no puerperal secundaria a una neoplasia maligna, presentado en Colombia, resaltando los hallazgos clínicos, histopatológicos y quirúrgicos que permitieron su diagnóstico y abordaje terapéutico.

Descripción del caso clínico

Mujer de 68 años con antecedente de hipertensión arterial y antecedente familiar de cáncer endometrial, cáncer de colon y cáncer gástrico. Su menopausia fue a los 55 años. La paciente consultó por cuadro consistente en dolor en el hipogastrio y sangrado vaginal de tres meses de evolución. La resonancia magnética nuclear (RMN) de abdomen reportó inversión uterina, con desplazamiento del cuerpo y del segmento uterino hacia el canal vaginal, con una masa sólida dependiente del fondo y cuerpo uterino que medía 9,4 cm × 7,9 cm, respetaba las paredes del canal vaginal y no tenía extensión a estructuras adyacentes. Se realizó biopsia por legrado, que evidenció tumor maligno mal diferenciado con estudios de inmunohistoquímica que mostraron positividad fuerte y difusa para los marcadores vimentina y P16, y sobreexpresión del gen P53. No hubo inmunorreactividad para los receptores de estrógeno, progesterona, CKEA1EA3, CK7, CK20, S100 y napsina A; mientras que el inmunoperfil

fue consistente con sarcoma indiferenciado de alto grado. La estadificación tumoral fue T3bN0M0 estadio IIIb.

La paciente fue valorada en junta oncológica, donde se consideró que, dado el compromiso por imágenes de vejiga y recto, se beneficiaría de un tratamiento de cuatro ciclos de quimioterapia neoadyuvante para el control local con esquema de paclitaxel + carboplatina. Posterior al ciclo quimioterapéutico y dada la respuesta al manejo, se realizó histerectomía abdominal total. Al examen macroscópico se

evidenciaron las dos tubas uterinas y un ovario en el interior de la cavidad endocervical, protruyendo por el orificio cervical. El fondo uterino mostró una zona cruenta de aspecto tumoral que al corte fue blanquecina, heterogénea y midió 2 cm × 1 cm, extendiéndose hasta la serosa. Desprendida del útero se encontró una masa tumoral parda, blanda e irregular de 9 cm × 7 cm, cubierta de membranas fibrinopurulentas, que al corte era blanquecina y blanda con áreas extensas de necrosis ([figura 1](#)).

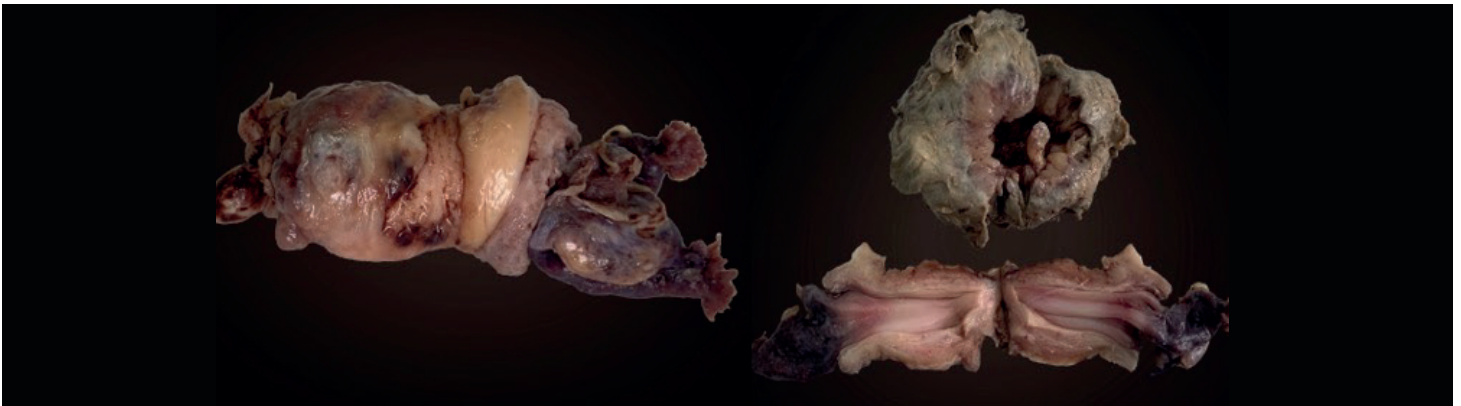


Figura 1. Valoración macroscópica de útero y tubas uterinas

Además, en la zona cruenta del fondo uterino y en la masa desprendida, los cortes histológicos evidenciaron una neoplasia maligna mixta con componente epitelial de configuración glandular y mesenquimal fusocelular ([figura 2](#)). Los parametrios, el ovario y las tubas uterinas no presentaban lesiones.

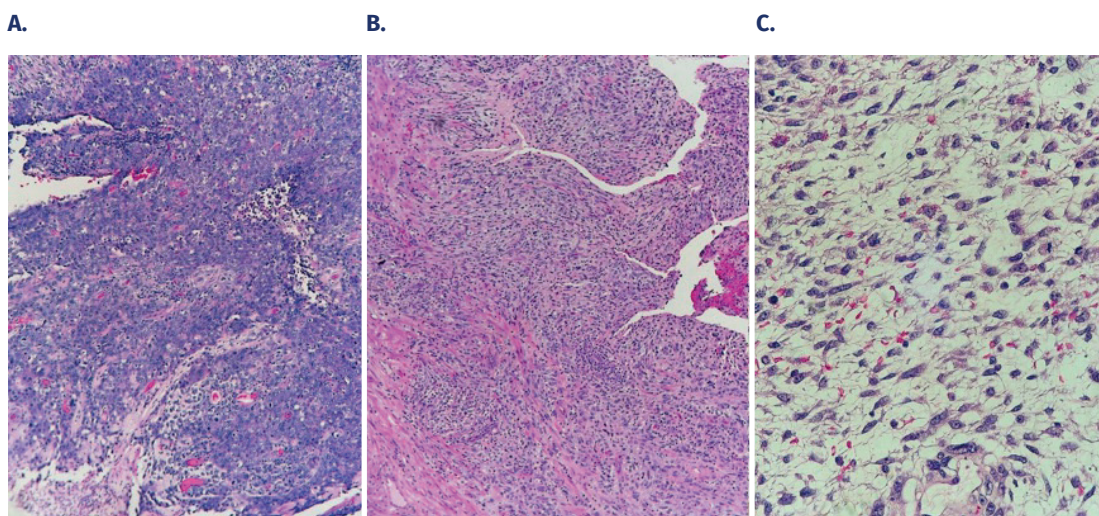
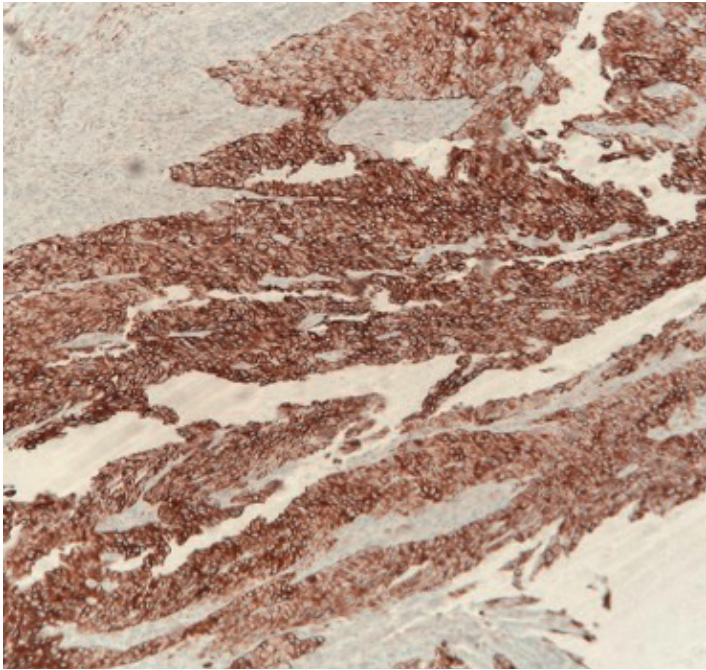


Figura 2. Valoración microscópica hematoxilina y eosina (4x, 10x, 40x). **A.** (4x) Neoplasia maligna de origen mixta con componente epitelial que se dispone en glándulas de tipo endometriode, con células de tamaño grande y con núcleos hiper cromáticos y cromatina dispersa. **B.** (10x) y **C.** (40x) El componente mesenquimal fue consistente en una lesión fusocelular de alto grado con extensa necrosis y más de 30 mitosis por 10 campos de alto poder.

Se realizaron estudios de inmunohistoquímica evidenciándose marcación de CK EA1/EA3 en el componente epitelial glandular y desmina en el componente sarcomatoso, además de negatividad para miogenina, actina de músculo liso y para los factores de transcripción PAX8 y WT1; sin expresión de receptores de estrógenos y progesterona. Además, presentó sobreexpresión del gen P53 y estabilidad

de microsatélites (positividad de las proteínas MSH2, MSH6, PMS2, MLH1) y de la proteína PDL1 con reporte positivo (figura 3). Los hallazgos histológicos e inmunohistoquímicos fueron compatibles con carcinosarcoma (adenocarcinoma endometriode y sarcoma indiferenciado de alto grado), con sobreexpresión de P53 y expresión nuclear intacta para proteínas *mismatch repair*.

A.



B.

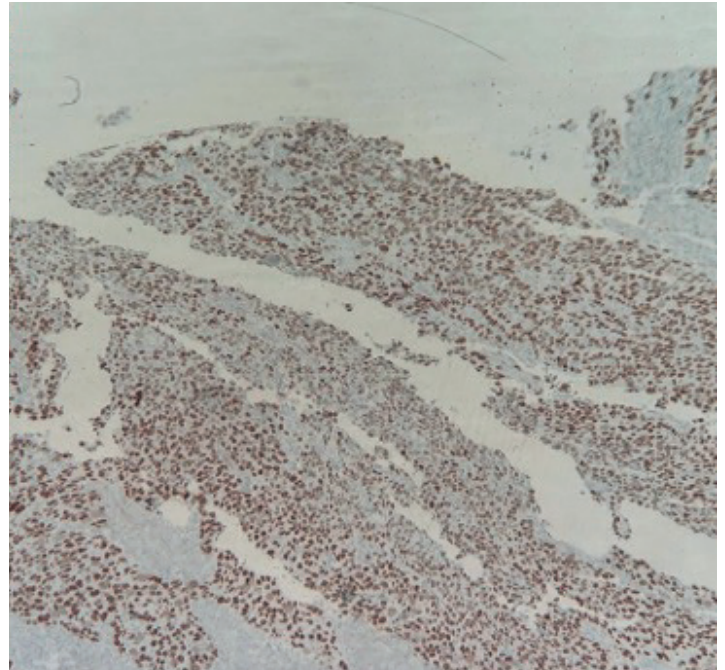


Figura 3. Estudio de inmunohistoquímica. **A.** (10x) CKEA1EA3, inmunorreactividad de membrana fuerte y difusa en células epiteliales que conformaban el componente epitelial. **B.** (4x) Desmina, inmunorreactividad perinuclear en células fusiformes que conformaban el componente mesenquimal.

Luego, la paciente fue valorada por oncología clínica, área que recomendó tratamiento con radioterapia adyuvante; al seguimiento efectuado al tercer mes de iniciada la radioterapia, esta continuaba sin complicaciones y se extendió el tratamiento hasta el sexto mes, en el cual se realizaría control por la especialidad tratante.

Discusión

La inversión uterina no puerperal representa aproximadamente el 17% de todos los casos de inversión uterina, en la literatura científica global se han reportado alrededor de 79 casos desde el año 1976 hasta diciembre del 2024,

siendo los leiomiomas la causa más frecuente (8-7). Hay tan solo dos casos de inversión uterina por causa no puerperal asociados a neoplasias malignas reportados a nivel mundial en los años 1963 y 2001 relacionados con carcinosarcomas que, como en el caso aquí descrito, se presentaron en pacientes posmenopáusicas entre 65 y 75 años que manifestaron dolor abdominal, sangrado genital crónico y masa palpable que protruía por la vagina; solo en el caso acá reportado, se acompañó de anexos uterinos (tubas uterinas y ovarios). En ninguno de los casos se mencionaron antecedentes hereditarios como leiomiomatosis uterina en madre o hermanas (9-6). En cuanto al diagnóstico por imágenes, la RMN fue el método utilizado con un adecuado rendimiento, el mismo que ya se había descrito en patologías ginecológicas pélvicas y cuyos

hallazgos comprenden cavidad uterina con forma de U, fondo uterino engrosado e invertido en la sección sagital y una configuración de “ojo de buey” (10). El diagnóstico etiológico de la inversión uterina requiere del estudio histopatológico y de ensayos de inmunohistoquímica necesarios para la confirmación diagnóstica, los cuales se efectuaron tanto en el caso reportado en 2001 como en el aquí informado; en el caso más antiguo, esta tecnología no se encontraba disponible.

En este tipo de neoplasias se ha descrito que, además de la histerectomía total y la salpingooforectomía, se sugiere el uso de la terapia adyuvante. La *National Comprehensive Cancer Network* recomienda terapia sistemática basada en carboplatino/placlitaxel, asociada a anticuerpos monoclonales (por ejemplo: trastuzumab, dostarlimab-gxly y bevacizumab) y braquiterapia, en cualquiera de los estadios patológicos; adicionando radioterapia de haz externo en estadios patológicos iguales o superiores a estadio II (10). Al caso reportado en 2001 se le realizó embolización de arterias uterinas, procedimiento que logró disminuir el sangrado y permitió la estabilización preoperatoria para realizar la histerectomía, que es el eje central del tratamiento.

La inversión uterina asociada a carcinosarcoma es excepcionalmente rara, requiere de manejo multidisciplinario y de la individualización de las pacientes, considerando terapias para los problemas asociados como el sangrado y la anemia secundaria, aun cuando estas no se mencionen en las guías de práctica clínica.

Consideraciones éticas

El presente trabajo se desarrolló bajo los lineamientos plasmados en la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. Se obtuvo consentimiento informado de la paciente para la publicación de imágenes y se tienen en cuenta las recomendaciones para anonimato y confidencialidad de los datos.

Referencias

- Rodríguez J, Calderón A, López L, Montenegro D. Inversión uterina puerperal crónica: presentación de caso y revisión de la literatura. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2005;56(3): 249-55. <https://doi.org/10.18597/rcog.538>
- Herath R, Patabendige M, Rashid M, Wijesinghe P. Nonpuerperal uterine inversion: what the gynaecologists need to know? *Obstet Gynecol Int.* 2020;2020:8625186. <https://doi.org/10.1155/2020/8625186>
- Wendel M, Shnaekel K, Magann E. Uterine inversion: a review of a life-threatening obstetrical emergency. *Obstet Gynecol Surv.* 2018;73(7):411-7. <https://doi.org/10.1097/ogx.0000000000000580>
- Cormio G, Loizzi V, Nardelli C, Fattizzi N, Selvaggi L. Non-puerperal uterine inversion due to uterine sarcoma. *Gynecol Obstet Invest.* 2006;61(3):171-3. <https://doi.org/10.1159/000091179>
- Mehra R, Siwatch S, Arora S, Kundu R. Non-puerperal uterine inversion caused by malignant mixed mullerian sarcoma. *BMJ Case Rep.* 2013;2013:bcr2013200578. <https://doi.org/10.1136/bcr-2013-200578>
- Bernardini G, Alessandro P. Carcinosarcoma e inversione totale dell'utero. (presentazione di un caso). *Quad Clin Ostet Ginecol.* 1963;18(supl. 1):1500. PMID: 14175685.
- Takano K, Ichikawa Y, Tsunoda H, Nishida M. Uterine inversion caused by uterine sarcoma: a case report. *Jpn J Clin Oncol.* 2001;31(1):39-42. <https://doi.org/10.1093/jjco/hye002>
- Lewin J, Bryan P. MR imaging of uterine inversion. *J Comput Assist Tomogr.* 1989;13(2):357-9. <https://doi.org/10.1097/00004728-198903000-00038>
- Zhao H-H, Cheng J-X, Li L. Inversion of the uterus combined with endometrial carcinosarcoma. *Chin Med J.* 2018;131(19): 2366-7. <https://doi.org/10.4103/0366-6999.241806>
- National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) for Uterine Neoplasms. Version 1.2026 [internet]. Fort Washington: National Comprehensive Cancer Network; 2025. [citado 2025 nov. 14]. Disponible en: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/uterine.pdf