Mexican Journal of Oncology
Gaceta Mexicana de Oncología

Check for updates

CASO CLÍNICO

Carcinoma endometrial que surge de un útero didelfo: reporte de caso

Jorge E. Méndez-Sánchez[1] y Juan P. Gutiérrez-González[2]*

[1]Departamento de Cirugía Oncológica, Hospital de Especialidades No. 1, Centro Médico Nacional del Bajío; [2]Departamento de Patología, Hospital General No. 58. Instituto Mexicano del Seguro Social. León, Gto., México

Resumen

La incidencia de anomalías uterinas es baja. Actualmente se describen pocos casos de cáncer de endometrio con útero didelfo, por lo que identificar síntomas asociados representa un desafío diagnóstico y terapéutico. Describimos el caso de una paciente con adenocarcinoma endometroide en útero didelfo que fue llevada a una intervención quirúrgica, con hallazgo patológico de cáncer en ambas cavidades uterinas, por lo que la importancia de este caso radica en poder optimizar el manejo en casos como este que son anatómicamente complejos y sobre todo tratar el carcinoma asociado para mejorar la sobrevida global en nuestra paciente.

Palabras clave: *Carcinoma endometrial. Útero didelfo. Reporte de caso. Malformación.*

Endometrial carcinoma arising from a didelphys uterus: case report

Abstract

The incidence of uterine abnormalities is low. Few cases of endometrial cancer with a didelphys uterus have currently been described. Therefore, identifying associated symptoms represents a diagnostic and therapeutic challenge. We describe the case of a patient with endometrioid adenocarcinoma in a didelphys uterus who underwent surgery with a pathological finding of cancer in both uterine cavities. The importance of this case lies in optimizing management in anatomically complex cases such as this one and, above all, treating the associated carcinoma to improve overall survival in our patient.

Keywords: *Endometrial carcinoma. Didelphys uterus. Case report. Malformation.*

***Correspondencia:**
Jorge E. Méndez-Sánchez
E-mail: jorgemedicina31@gmail.com

Fecha de recepción: 30-06-2025
Fecha de aceptación: 02-10-2025
DOI: 10.24875/j.gamo.25000079
Disponible en internet: 22-07-2026
Gac Mex Oncol. 2026;25(Supl 1):38-41
www.gamo-smeo.com

2565-005X/© 2025 Sociedad Mexicana de Oncología. Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Introducción

El útero didelfo, una anomalía de clase III del conducto de Müller, consiste en una duplicación completa de los cuernos uterinos, así la duplicación del cuello uterino, lo cual es muy poco frecuente[1,2].

Las malformaciones congénitas del tracto genital femenino son poco comunes, con una incidencia del 4 al 7% en la población general[3,4].

El carcinoma endometrial es una de las neoplasias más comunes del tracto genital femenino[5]. Sin embargo, el cáncer de endometrio asociado con el útero didelfo es extremadamente raro, con reportes estimando cifras mundiales que van del 1 al 1.7%[6,7]. Sin embargo, al ser un carcinoma endometrial tras la escisión quirúrgica primaria, se presenta un adecuado control con tasas de recurrencia que van del 12 al 18%[7]. Las tasas de supervivencia a 5 años oscilan entre el 81 y el 87%, sin embargo por su rareza es de suma importancia presentar el caso[8].

Presentación del caso clínico

Paciente de sexo femenino de 62 años, residente de San Luis de la Paz, casada, dedicada al hogar, antecedentes heredofamiliares oncológicos negados, antecedentes personales patológicos: refiere hipertensión arterial sistémica en control desde hace 5 años, niega alergias, como antecedentes ginecológicos G3C2P1, refiere menarca a los 12 años, no antecedente de uso de anticonceptivos orales.

Comienza su padecimiento en junio del 2023 con presencia de sangrado uterino posmenopáusico de forma intermitente, por lo que acude a valoración a su unidad médica hasta marzo del 2024, donde realizan ultrasonografía (USG) transvaginal, observando endometrio de 25 mm, por lo que es enviada a hospital general para valoración por el servicio de oncoginecología por el hallazgo mencionado, Se propone biopsia endometrial, la cual es realizada el 28 de abril del 2025, con reporte de adenocarcinoma endometrial tipo endometroide G1, por lo que se propone manejo quirúrgico oncológico con la realización de cirugía estadificadora de endometrio.

A la exploración física, paciente consciente, orientada, con abdomen blando, depresible, sin datos de irritación peritoneal, al tacto vaginal con sangrado escaso.

Se realizaron estudios de gabinete (USG transvaginal), reportando útero de 4.8 × 2.5 × 2.5 cm con imagen hipoecoica heterogénea de 1,7 cm, así como imagen hipoecoica en cuerpo uterino derecho de 2.5 × 2.3cm, con endometrio de 25 mm.

Se realiza histerectomía con salpingooforectomía bilateral, así como linfadenectomía pélvica bilateral, sin presentarse complicaciones ni eventualidades.

Se envía a patología pieza quirúrgica con útero didelfo con salpingooforectomía bilateral que pesa 250 g, el cuerpo uterino mide 4.5 × 4.3 cm, cuello uterino de 3 cm de longitud por 2 cm de diámetro, con cavidad uterina izquierda de 4 × 3 cm ocupada por lesión exofítica que protruye por canal endocervical, cavidad uterina derecha de 4 × 2 cm ocupada por lesión exofítica con canal endocervical obliterado. Asimismo, se envía pieza de linfadenectomía pélvica bilateral, que contiene múltiples fragmentos irregulares de tejido adiposo que miden 4 × 4 × 2 cm (Fig. 1).

En el reporte de patología se reporta adenocarcinoma endometroide G1, con invasión miometrial de más del 50% sin invasión linfovascular, con todos los márgenes negativos para carcinoma, Se analizaron ocho ganglios linfáticos (cinco derechos y tres izquierdos), negativos para metástasis (Fig. 2).

Respecto a nuestra paciente se clasificó como EC IB (T1bN0M0), tuvo una buena evolución, no hubo ninguna barrera social para establecer el diagnóstico. Se envió a radiooncología para manejo especializado para aplicación de braquiterapia (6 Gy × 5 fracciones), al momento sin presentar efectos adversos al tratamiento. En la consulta de seguimiento la paciente se encuentra asintomática, con adecuada evolución y con satisfacción del adecuado manejo establecido.

Discusión

El adenocarcinoma endometroide en un útero didelfo representa un desafío clínico e histopatológico debido a la rareza de esta condición, así como a los cambios anatómicos que implica[8,9].

Grandes metaanálisis, como mencionan Bokhman y Chan, han demostrado que la fusión incompleta de los conductos de Müller, aunque infrecuente, se asocia con adenocarcinoma endometrial en algunos casos, la mayoría de estos reportan que hasta en un 15 a 18% se puede encontrar carcinoma endometroide en una sola cavidad uterina, rara vez en ambas cavidades, como se reporta en escasas muestras con porcentajes que oscilan entre el 3 y el 5% de los casos[9]. Sin embargo, estudios como el análisis de Garg documentan que la presencia de dos cavidades endometriales separadas podría aumentar el riesgo de adenocarcinoma hasta en un 8%, como en el caso de nuestra paciente, donde se observaron ambas cavidades uterinas[10].

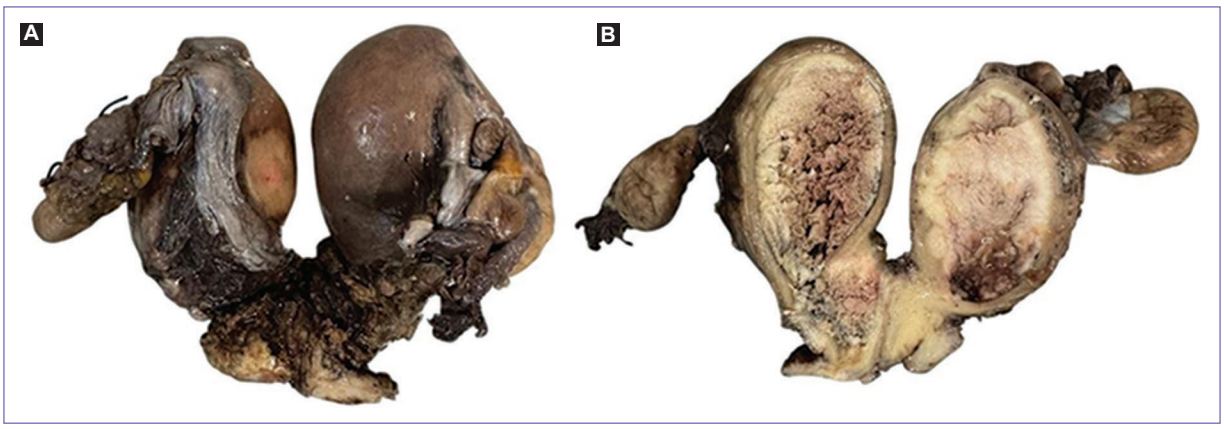


Figura 1. Corte histopatológico de útero. **A:** pieza quirúrgica de útero en cara posterior con presencia de útero didelfo. Irregular, marrón, de consistencia ahulada. **B:** pieza quirúrgica en cara anterior, observando cavidades uterinas con lesión ocupante y oclusión de canales endocervicales.

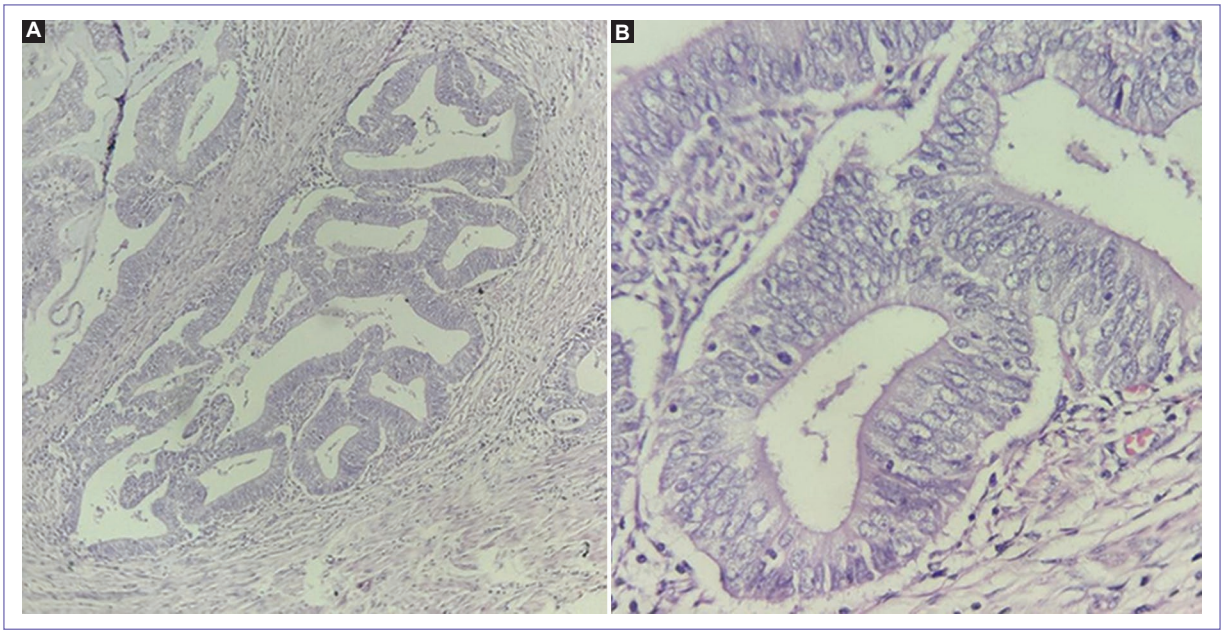


Figura 2. Microfotografías de pieza quirúrgica. **A:** corte histológico donde se observa neoplasia epitelial maligna de patrón predominantemente glandular bien diferenciado. Las glándulas neoplásicas están revestidas por epitelio columnar pseudoestratificado con núcleos redondos a ovalados, con cromatina fina y nucléolos ocasionales. Se identifican mitosis esporádicas. **B:** corte histológico donde se observan estructuras glandulares con complejidad arquitectónica con cierto grado de fusión focal, pero sin formar masas sólidas.

El diagnóstico requiere de una evaluación completa, exhaustiva, donde se incluya USG transvaginal, e histeroscopia con toma de biopsia de ambas cavidades uterinas, ya que debido a que la incidencia de las malformaciones uterinas es tan baja, se pueden considerar otros diagnósticos diferenciales como hiperplasia endometrial, miomatosis uterina y no considerar una enfermedad oncológica de primera instancia, por lo que la evaluación exhaustiva de ambas cavidades uterinas es clave para mejorar los resultados oncológicos[10].

Las posibles causas asociadas a esta afección es su rareza, ya que no es común encontrar malformaciones uterinas y por lo tanto se puede confundir el diagnóstico o realizar un subestadificación en caso de presentar un adenocarcinoma a este nivel, por lo que esto pudiera ser una limitante en el manejo oportuno. Por ello es

fundamental contar con herramientas clínicas, imagenológicas y de histopatología, como en nuestro caso, ya que representan la mayor fortaleza para ofrecer una intervención temprana y oportuna, y así lograr tener un control de la enfermedad[11].

Al reportar nuestro caso, reforzamos la importancia de realizar un adecuado abordaje en pacientes con malformaciones uterinas, ya que se asocia con carcinoma endometrial hasta en un 15%, por lo que al contar con herramientas diagnósticas completas y un seguimiento estrecho podemos realizar un adecuado tratamiento oncológico, como en nuestro caso descrito, mejorando la calidad de vida, la sobrevida global y dando un mayor periodo libre de enfermedad.

Agradecimientos

Un especial agradecimiento a la Universidad de Guanajuato y al Instituto Mexicano del Seguro Social, UMAE T1 y HGR 58.

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para este estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. Los autores han seguido los protocolos de su centro sanitario/institución para acceder a los datos de las historias clínicas. Se ha obtenido el consentimiento informado de los pacientes y se cuenta con la aprobación del Comité de Ética. Se han seguido las recomendaciones de las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no se utilizó algún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción ni la creación de contenido de este manuscrito.

Referencias

1. Chan YY, Jayaprakasan K, Zamora J, Thornton JG, Raine-Fenning N, Coomarasamy A. et al. The prevalence of congenital uterine anomalies in unselected and high-risk populations: a systematic review. Hum Reprod Update. 2011;17(6):761-71.
2. Grimbizis GF, Camus M, Tarlatzis BC, Bontis JN, Devroey P. Clinical implications of uterine malformations and hysteroscopic treatment results. Hum Reprod Update. 2001;7(2):161-74.
3. Molpus KL, Puleo JG, Williams AM, Bernal KL, Remmenga SW. Endometrial adenocarcinoma within a single horn of a didelphic uterus: a report of 2 cases. J Reprod Med. 2004;49(2):123-5.
4. Fanfani F, Fagotti A, Restaino G, Guerriero M, Scambia G. Endometrial cancer arising in both horns of didelphys uterus in a Down's syndrome woman. Gynecol Oncol. 2006;101(3):537-9.
5. Chen CY, Yen MS, Yang MJ, Wu YC. Uterus didelphys with adenocarcinoma in the right cavity diagnosed by 2-dimensional sonography and magnetic resonance imaging. J Ultrasound Med. 2008;27(12):1802-3.
6. Suprasert P, Khunamornpong S. Carcinosarcoma arising in uterine didelphys after tamoxifen therapy for breast cancer: a case report. J Med Assoc Thai. 2010;93(5):608-12.
7. Lei C, Huang M, Li N, An J, Xiong S, Xu Y. Intensity-modulated radiotherapy combined with intracavitary brachytherapy for locally advanced cervical cancer with uterus didelphys. Gynecol Oncol Rep. 2021;36:100724.
8. Vanichtantikul A, Huang KG, Hsu CC. Endometrial carcinoma arising in one horn of a didelphys uterus. Taiwan J Obstet Gynecol. 2020; 59:162-4.
9. Kunos C, Woods C, Colussi VC, Abdul-Karim FW, Waggoner S. Low dose-rate brachytherapy for treatment of uterine didelphys malignancy. J Clin Oncol. 2011;29(5):e104-e106.
10. Iavazzo C, Kokka F, Sahdev A, Singh N, Reynolds K. Uterine carcinosarcoma in a patient with didelphys uterus. Case Rep Obstet Gynecol. 2013;2013:401962.
11. Vazquez VD, Di Fiore HA, Garcia-Foncillas J, Plaza AJ. Endometrial adenocarcinoma in one horn of a didelphic uterus with vaginal duplication. BMJ Case Rep. 2014;2014:bcr2013203280.