

398 **Fernando Vázquez Camino**  
**Rut Bernardo Vega**  
**José Manuel Mayor González**  
**Carmen González-Tejero**  
**Gonzalo Quesada Segura**

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario del Río Hortega. Valladolid. España.

**Correspondencia:**

Dr. F. Vázquez Camino.  
Servicio de Obstetricia y Ginecología.  
Hospital Universitario del Río Hortega. Valladolid.  
Francisco Zarandona, 10, 1.º A. 47003 Valladolid. España.

Fecha de recepción: 5/5/05

Aceptado para su publicación: 13/1/06

## **Adenocarcinoma de endometrio en útero septo: utilidad de la histeroscopia en el diagnóstico**

*Endometrial adenocarcinoma in a septate uterus. Diagnostic utility of hysteroscopy*

---

### **RESUMEN**

Se presenta el caso de un adenocarcinoma de endometrio en el hemiútero izquierdo de un útero septo. Realizar un diagnóstico correcto muchas veces es difícil, y la histeroscopia aparece como uno de los métodos diagnósticos de primera elección.

### **PALABRAS CLAVE**

Útero septo. Adenocarcinoma de endometrio. Histeroscopia.

### **ABSTRACT**

We present a case of adenocarcinoma in the left horn of a septate uterus. Correct diagnosis is often difficult. Hysteroscopy is one of the diagnostic methods of choice.

### **KEY WORDS**

Endometrial carcinoma. Septate uterus. Hysteroscopy.

### **INTRODUCCIÓN**

Los defectos en la formación, el desarrollo o la fusión de los conductos müllerianos durante el desarrollo fetal producen un conjunto de anomalías del tracto reproductor. Estas anomalías se asocian con aborto de repetición, parto pretérmino, presentaciones fetales anormales y subfertilidad<sup>1</sup>; sin embargo, no hay estudios que demuestren la asociación de anomalías uterinas con el adenocarcinoma de endometrio, como es la situación del caso clínico que presentamos.

La clasificación propuesta por la Sociedad Americana de Fertilidad (AFS) en 1988<sup>2</sup> es la más aceptada; continúa aún vigente, e incluye la hipoplasia y la aplasia uterinas, así como los úteros unicorne, bicorne, didelfo, arcuato y septo.

El incompleto desarrollo, o la ausencia del mismo, de los conductos de Müller originan una hipoplasia o una aplasia uterina, respectivamente. Si falta uno de los conductos se forma un útero unicorne. Si se produce una falta de fusión de uno de los conductos, el resultado será un útero didelfo, con 2 cuernos uterinos separados, 2 cérvix y 2 vaginas, mientras que si esta fusión es incompleta se originará un útero bicorne, con 2 cuernos uterinos (es decir, 2 fondos), pero solamente un cérvix y una vagina.

En el útero arcuato es la cúpula que normalmente se forma en el fondo la que no se ha desarrollado, por lo que el músculo del fondo uterino está adelgazado.

Por último, lo que ilustra la variedad del caso clínico presentado, se encuentra el útero septo, constituido por 2 cavidades uterinas con un único fondo, un cérvix y una vagina.

La incidencia de anomalías müllerianas en la población general se cree que es aproximadamente del 5%, aunque en una revisión de 5 estudios, que incluyó aproximadamente a 3.000 mujeres, se encontró una incidencia del 4,3%<sup>1</sup>.

La incidencia de cada una de las anomalías uterinas también varía según los diferentes autores<sup>3</sup>, pero se estima que el útero septo representa aproximadamente el 35% de los casos, seguido por el útero didelfo (25%) y el arcuato (20%); los otros tipos son menos comunes.

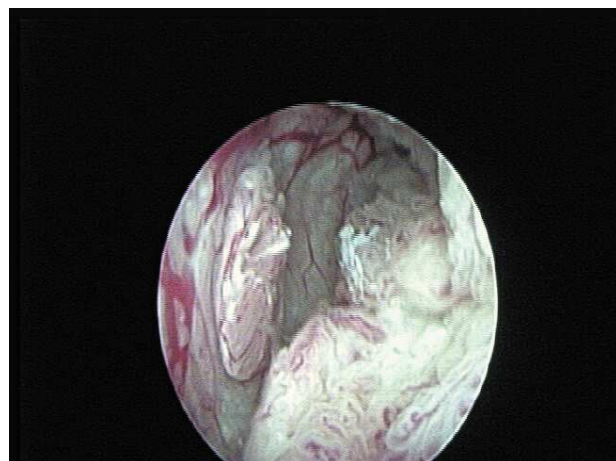
## CASO CLÍNICO

Paciente de 63 años, hipertensa, en tratamiento con indapamida 1,5 mg cada 24 h, gravida 5, para 3, con 2 abortos espontáneos a las 9 semanas de gestación, en los que se realizaron sendos legrados evacuadores.

Menopáusica desde hace 10 años, acude a la consulta de ginecología por presentar un sangrado vaginal abundante de 2 meses de evolución. Se realiza una ecografía transvaginal en la que se observa un engrosamiento endometrial de 17 mm sin ninguna otra alteración visible.

Se remite a la paciente a la unidad de endoscopia, donde al realizarle una histeroscopia diagnóstica se aprecia la existencia de un útero septo, con la presencia de una imagen compatible con adenocarcinoma de endometrio en la cavidad izquierda (figs. 1 y 2).

Se realiza una histerectomía total con doble aneختomía. El estudio anatomopatológico describe una tumoración de 3,5 × 1,5 × 1,4 cm, localizada en la cara anterior y posterior del lado izquierdo uterino; se observa la existencia de un tabique uterino libre, sin afección, al igual que el hemiútero derecho. La superficie externa uterina no presenta alteraciones. El tumor es un adenocarcinoma de endometrio estadio IB grado 2 de la FIGO (tipo endometroide grado nuclear II y grado arquitectural II).



**Figura 1.** Imagen histeroscópica de cavidad izquierda.



**Figura 2.** Imagen histeroscópica de cavidad izquierda.

Posteriormente, la paciente recibe 4 sesiones de braquiterapia, y permanece actualmente (1 año después del tratamiento inicial) sin evidencia de enfermedad.

## DISCUSIÓN

Este caso demuestra la importancia de incluir las anomalías congénitas uterinas en el estudio y la evolución de las hemorragias vaginales en las mujeres posmenopáusicas. La prevalencia de dichas

**400** anomalías es difícil de determinar, pues muchas de ellas son clínicamente silentes, pero se estima que aparecen en el 3-5% de las mujeres en edad reproductiva<sup>1</sup>.

Además, una búsqueda en el MEDLINE desde 1966 hasta 2004 revela 9 casos de cáncer de endometrio en úteros con malformaciones congénitas<sup>5-8</sup>. En todos ellos se describe la presencia del adenocarcinoma de endometrio solamente en una de las 2 cavidades, sin aparente predilección por la izquierda o la derecha tras una revisión de la bibliografía, lo que significa que hay un 50% de probabilidad de obtener una biopsia del cuerno o cavidad que no presenta la patología y retrasar así el tratamiento. Diferentes trabajos recomiendan el uso de la resonancia magnética (RM) para la continuación del estudio en pacientes con biopsia endometrial negativa pero con sospecha clínica de adenocarcinoma de endometrio<sup>5</sup>, aunque Itoh et al<sup>9</sup> refieren en su estudio que no fue posible detectar el útero doble a través de la RM.

Con esto queremos concluir con que consideramos imprescindible la realización de una histeroscopia diagnóstica en el estudio inicial de cualquier sangrado vaginal en mujeres posmenopáusicas, antes incluso de la realización de una biopsia endometrial, y por supuesto antes de llevar a cabo un legrado diagnóstico.

Creemos también que, en caso de que se demuestren alteraciones patológicas, debe combinarse con la realización de una biopsia endometrial. El número de casos en que la histeroscopia es suficiente para obtener un diagnóstico sin la necesidad de biopsia posterior depende directamente de la experiencia del endoscopista.

Tras una razonable experiencia, es posible usar la histeroscopia para identificar a las pacientes con patología endometrial con aproximadamente un 20% de falsos positivos y sin falsos negativos. El uso combinado de la histeroscopia y de la biopsia endometrial aumenta al 100% la exactitud diagnóstica de la neoplasia endometrial.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Grimbizis GF, Camus M, Tarlatzis BC, et al. Clinical implications of uterine malformations and hysteroscopic treatment results. *Hum Reprod Update*. 2001;7:161-74.
2. American Fertility Society. The American Fertility Society classifications of adnexal adhesions, distal tubal occlusion, tubal occlusion secondary to tubal ligation, tubal pregnancies, mullerian anomalies and intrauterine adhesions. *Fertil Steril*. 1988;49:944-55.
3. Acien P. Incidente of Mullerian defects in fertile and infertile women. *Hum Reprod*. 1997;12:1372-6.
4. 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;49:123-5.
5. Kosinski A, Dini M. Endometrial cancer in a double uterus. A report of two cases. *J Reprod Med*. 1994;39:926-7.
6. Eichner E, Simak KA. Uterus Didelphys unicollis with adenocarcinoma in one horn and atypical endometrial hyperplasia in the other: case report. *Am J Obstet Gynecol*. 1981;139:222-5.
7. Nag S, Botstein C, Roseblatt R. Endometrial adenocarcinoma in a uterus duplex treated with radiotherapy: a case report and a review of literature. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 1980;6:1759-60.
8. Tsukara Y, Fukamatsu Y, Tomita K, Shiozawa T, Iinuma H, Fukuta T. Endometrial carcinoma arising from a double uterus. *Gynecol Obstet Invest*. 1990;29:311-2.
9. Itoh K, Shiozawa T, Shiohara S, Ashida T, Konishi I. Endometrial carcinoma in septate uterus detected 6 months after full term delivery: case report and review of the literature. *Gynecol Oncol*. 2004;93:242-7.