

Revista médica de Panamá

ARTICULO ORIGINAL

Características clínico-patológicas y desenlaces oncológicos en pacientes con carcinosarcoma uterino: serie retrospectiva en el Instituto Oncológico Nacional de Panamá, 2013-2020.

[Clinical and Pathological Characteristics and Oncological Outcomes in Patients with Uterine Carcinosarcoma: A Retrospective Series at the National Cancer Institute of Panama, 2013–2020]

José A. Olmos ¹ , Dianelle Soto ²

1. Instituto Oncológico Nacional. Panamá. 2. Instituto Oncológico Nacional. Panamá.

Palabras Claves

carcinosarcoma uterino; tumor mülleriano mixto maligno; supervivencia global; supervivencia libre de enfermedad; recurrencia.

Keywords:

uterine carcinosarcoma; malignant mixed Müllerian tumor; overall survival; disease-free survival; recurrence.

Correspondencia

Dr. José A. Olmos Morales.
olmosjose29@gmail.com

Dianelle Soto.
dianelle@gmail.com.

Uso y reproducción

© 2025. Artículo de acceso abierto.
Creative Common CC-BY 4.0

DOI <https://doi.org/10.48204/medica.v46n2.a10307>

Resumen

Introducción: El carcinosarcoma uterino es una neoplasia endometrial rara y altamente agresiva, reconocida como carcinoma endometrial de alto grado con transdiferenciación sarcomatosa.

Objetivo: Describir las características clínico-patológicas, modalidades terapéuticas y desenlaces oncológicos de pacientes con carcinosarcoma uterino tratadas en el Instituto Oncológico Nacional de Panamá.

Método: Estudio observacional, retrospectivo, tipo serie de casos. Se revisaron 157 expedientes y se incluyeron 71 pacientes diagnosticadas entre enero de 2013 y diciembre de 2020. El seguimiento cerró el 31 de diciembre de 2023. Se realizó análisis descriptivo y estimación de supervivencia mediante Kaplan-Meier. La supervivencia global se definió desde el diagnóstico histológico hasta muerte por cualquier causa o censura; la supervivencia libre de enfermedad se evaluó en pacientes que alcanzaron estado libre de enfermedad tras el tratamiento primario.

Resultados: La edad media fue 65.9 años; 93.0% eran posmenopáusicas. La enfermedad FIGO III-IV se observó en 52.1%. Se realizó cirugía en 90.1%, quimioterapia en 77.5% y radioterapia en 70.4%. Durante el seguimiento ocurrieron 47 muertes (66.2%). La mediana de supervivencia global fue 20.2 meses; la supervivencia global a 12 y 36 meses fue 58.9% y 36.9%, respectivamente. Entre 48 pacientes evaluables para recurrencia, la supervivencia libre de enfermedad a 36 meses fue 68.8%; en el análisis compuesto de recurrencia o muerte fue 37.3%.

Conclusiones: Esta serie confirma el comportamiento agresivo del carcinosarcoma uterino, con predominio posmenopáusico, alta proporción de enfermedad avanzada y supervivencia global limitada.

Abstract

Introduction: Uterine carcinosarcoma is a rare and highly aggressive endometrial neoplasm, recognized as a high-grade endometrial carcinoma with sarcomatous transdifferentiation.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declaran que no existe conflicto de interés alguno asociado en la publicación de este manuscrito. El estudio corresponde a una revisión retrospectiva sin intervención directa. Los datos fueron anonimizados antes del análisis y no se incluyeron identificadores personales en la base analítica. El protocolo se mantiene alineado con las aprobaciones del comité de ética institucional y las Normas de confidencialidad vigentes.

Objective: To describe the clinical and pathological characteristics, treatment modalities, and oncological outcomes of patients with uterine carcinosarcoma treated at the National Cancer Institute of Panama.

Method: This was a retrospective, observational case series study. A total of 157 medical records were reviewed, and 71 patients diagnosed between January 2013 and December 2020 were included. Follow-up ended on December 31, 2023. Descriptive analysis and survival estimates were performed using the Kaplan-Meier method. Overall survival was defined as the time from histological diagnosis to death from any cause or censoring; disease-free survival was assessed in patients who achieved a disease-free status following primary treatment.

Results: The mean age was 65.9 years; 93.0% were postmenopausal. FIGO stage III–IV disease was observed in 52.1%. Surgery was performed in 90.1%, chemotherapy in 77.5%, and radiation therapy in 70.4%. During follow-up, 47 deaths occurred (66.2%). The median overall survival was 20.2 months; overall survival at 12 and 36 months was 58.9% and 36.9%, respectively. Among 48 patients evaluable for recurrence, the 36-month disease-free survival rate was 68.8%; in the composite analysis of recurrence or death, it was 37.3%.

Conclusions: This series confirms the aggressive nature of uterine carcinosarcoma, with a predominance of postmenopausal cases, a high proportion of advanced disease, and limited overall survival.

INTRODUCCIÓN

El carcinosarcoma uterino, también denominado tumor mülleriano mixto maligno, es una neoplasia bifásica poco frecuente compuesta por elementos epiteliales y mesenquimales malignos. En la clasificación contemporánea se considera un carcinoma endometrial de alto grado con transdiferenciación sarcomatosa secundaria, sustentado por la teoría de conversión y por evidencia molecular de origen monoclonal [1,2]. Esta reclasificación no es solo semántica: condiciona su estadificación, su enfoque terapéutico y la interpretación de sus patrones de diseminación.

Aunque representa una fracción minoritaria de los tumores uterinos, el carcinosarcoma contribuye de forma desproporcionada a la mortalidad por cáncer endometrial. La literatura describe diagnóstico frecuente en estadios avanzados, compromiso linfático y peritoneal, recurrencia temprana y supervivencia limitada aun en escenarios tratados con cirugía, quimioterapia y radioterapia [1,3].

La evidencia de mayor calidad continúa siendo limitada por la rareza de la enfermedad. Buena parte del conocimiento procede de registros poblacionales, estudios retrospectivos y series

institucionales, complementados por ensayos clínicos cooperativos que han definido el papel de la quimioterapia sistémica.

En GOG-261, paclitaxel/carboplatino demostró no inferioridad frente a ifosfamida/paclitaxel y un perfil de toxicidad más favorable, consolidándose como esquema de referencia para enfermedad avanzada, persistente o recurrente [4].

En Latinoamérica existen pocos reportes institucionales con definiciones explícitas de supervivencia, recurrencia, censura y estado libre de enfermedad. Esta carencia dificulta comparar resultados entre centros y establecer líneas base regionales. En este contexto, describir la experiencia del Instituto Oncológico Nacional de Panamá permite aportar información clínica, terapéutica y de desenlaces en una neoplasia rara, agresiva y subrepresentada en la literatura regional.

El objetivo de este estudio fue describir las características clínico-patológicas, modalidades terapéuticas empleadas y desenlaces oncológicos de pacientes con diagnóstico histológico de carcinosarcoma uterino tratadas en el Instituto Oncológico Nacional de Panamá.

MÉTODOLOGÍA

Diseño, escenario y fuente de datos

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, tipo serie de casos, siguiendo las recomendaciones STROBE para el reporte de estudios observacionales [5]. El estudio se desarrolló en el Instituto Oncológico Nacional de Panamá, centro nacional de referencia para atención oncológica.

La fuente primaria de información fue la revisión de expedientes clínicos institucionales, reportes histopatológicos, registros quirúrgicos, registros de quimioterapia, radioterapia y notas de seguimiento. La base analítica fue depurada de forma específica para separar variables clínicas, histopatológicas, terapéuticas, fechas índice, eventos, censuras y desenlaces de supervivencia.

Inicialmente se revisaron 157 expedientes. De estos, 71 pacientes cumplieron criterios de elegibilidad y fueron incluidas en la cohorte final..

Se incluyeron pacientes con diagnóstico histológico confirmado de carcinosarcoma uterino entre el 1 de enero de 2013 y el 31 de diciembre de 2020. El cierre administrativo del seguimiento se estableció el 31 de diciembre de 2023. Los criterios de exclusión fueron: carcinosarcoma primario extrauterino, diagnóstico histológico ambiguo, expediente insuficiente para confirmar variables esenciales o seguimiento no documentable.

Variables y definiciones

Se recolectaron variables sociodemográficas y clínicas: edad al diagnóstico, estado menopáusico, paridad, índice de masa corporal, ECOG, comorbilidades y presentación clínica. Las variables histopatológicas incluyeron estadio FIGO, componente epitelial, componente mesenquimal, invasión miometrial, infiltración linfovascular, invasión cervical, serosa, parametrial y ovárica, compromiso ganglionar, omental, lavado peritoneal y margen quirúrgico.

Las variables terapéuticas incluyeron realización de cirugía, tipo de abordaje, anexohisterectomía, estadificación quirúrgica completa, omentectomía, linfadenectomía pélvica y paraaórtica, quimioterapia, esquema de quimioterapia, número de ciclos, radioterapia externa, braquiterapia y tratamiento adyuvante global. La recurrencia se definió como la aparición de enfermedad documentada clínica, radiológica o histológicamente después de un periodo libre de enfermedad y se clasificó como locorregional o a distancia según el sitio de primera recurrencia.

Desenlaces de supervivencia

La supervivencia global (SG) se definió como el tiempo, en meses, desde la fecha de diagnóstico histológico confirmatorio hasta muerte por cualquier causa. Las pacientes vivas o sin muerte documentada al cierre del periodo de observación fueron censuradas en la fecha de último contacto vital, sin exceder el 31 de diciembre de 2023.

El estado libre de enfermedad, o NED (No Evidence of Disease), se definió como ausencia de enfermedad detectable después del tratamiento primario, documentada por cirugía sin enfermedad residual macroscópica, evaluación histopatológica, examen clínico y/o imagen. NED no implica curación; representa el punto desde el cual puede medirse el intervalo libre de enfermedad.

La supervivencia libre de enfermedad (SLE) principal se calculó únicamente en pacientes que alcanzaron NED. El evento fue recurrencia documentada. Las pacientes sin recurrencia fueron censuradas en la última evaluación sin evidencia de enfermedad, en la fecha de muerte sin recurrencia documentada o al cierre administrativo, lo que ocurriera primero. Adicionalmente se calculó una SLE compuesta, definida como tiempo desde NED hasta recurrencia o muerte por

cualquier causa, lo que ocurriera primero. Este análisis de sensibilidad se incluyó para explorar el posible impacto de muerte sin recurrencia documentada en una cohorte retrospectiva.

Análisis estadístico

Las variables cualitativas se presentan como frecuencias absolutas y porcentajes. Las variables cuantitativas se resumen mediante media, desviación estándar, mediana y rango, según distribución y utilidad clínica. No se realizó imputación de datos faltantes; las categorías no documentadas se mantuvieron explícitas

cuando eran relevantes para interpretar la calidad del registro retrospectivo.

Las curvas de supervivencia se estimaron mediante Kaplan-Meier. Se reportaron mediana de supervivencia, supervivencia a 12 y 36 meses e intervalos de confianza del 95%. Las comparaciones exploratorias por grupos se realizaron mediante prueba de log-rank. El análisis fue realizado con IBM SPSS Statistics. Debido al tamaño muestral y al diseño retrospectivo, los análisis por subgrupos se interpretaron como exploratorios y no como evidencia causal.

RESULTADOS

Flujo de pacientes

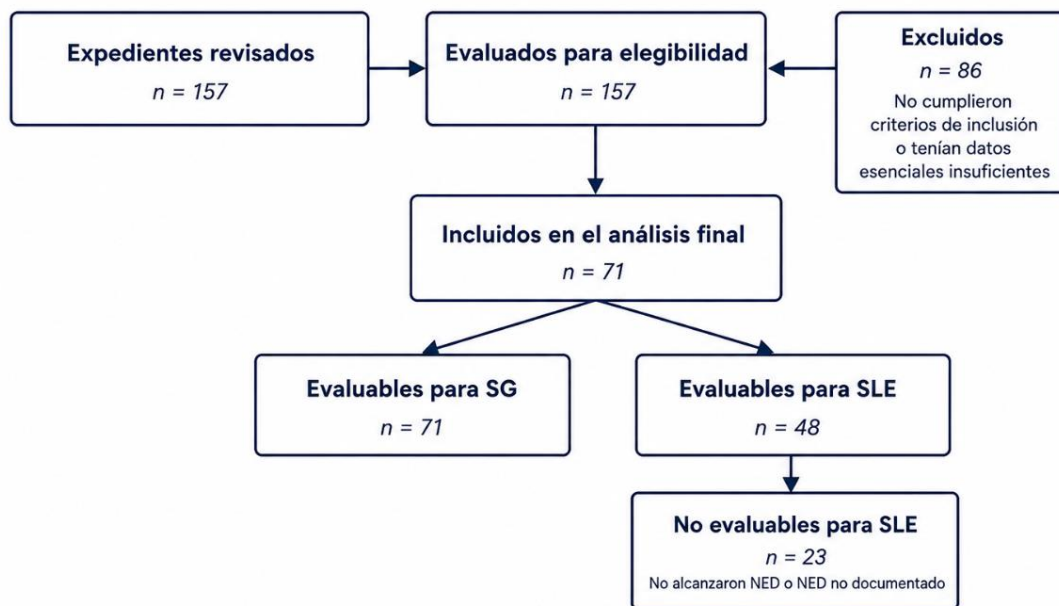
Se revisaron 157 expedientes institucionales. De estos, 86 fueron excluidos por no cumplir criterios de inclusión o por información esencial insuficiente, y 71 pacientes fueron incluidas en el análisis final. Todas las pacientes

incluidas fueron evaluables para SG. Para SLE por recurrencia, 48 pacientes (67.6%) fueron evaluables por haber alcanzado NED posterior al tratamiento primario; 23 pacientes (32.4%) no fueron evaluables para este desenlace.

Figura 1. Flujograma STROBE del estudio. SG: supervivencia global; SLE: supervivencia libre de enfermedad; NED: no evidence of disease

Flujograma STROBE del estudio

Serie retrospectiva de carcinosarcoma uterino, Instituto Oncológico Nacional de Panamá



Características clínico-patológicas y desenlaces oncológicos en pacientes con
carcinosarcoma uterino: serie retrospectiva en el Instituto Oncológico Nacional de
Panamá, 2013-2020, 2026.
José A. Olmos, Dianelle Soto.

Características clínicas y sociodemográficas
La cohorte estuvo constituida predominantemente por mujeres posmenopáusicas. La edad media al diagnóstico fue 65.9 años (DE 11.9), con mediana de 67 años y rango de 22 a 87 años. La hipertensión arterial fue la comorbilidad más frecuente (74.6%), seguida de diabetes mellitus tipo 2 (36.6%) y obesidad documentada (33.8%). El sangrado uterino fue la manifestación inicial dominante, presente en 94.4% de las pacientes.

Tabla 1. Características clínicas, histopatológicas, terapéuticas y desenlaces principales de la cohorte.

Grupo	Variable/categoría	N o estadístico	%
Sociodemográficas	Edad al diagnóstico, media $\pm$ DE	65.9 $\pm$ 11.9	
	Edad al diagnóstico, mediana (rango)	67 (22-87)	
	Edad $\leq$ 65 años	32	45.1
	Edad $>$ 65 años	39	54.9
	Premenopáusica	5	7.0
	Posmenopáusica	66	93.0
	Paridad $>$ 1	56	78.9
	Bajo peso ($<$ 18.5)	2	2.8
	Peso ideal (18.5-24.9)	16	22.5
	Sobrepeso (25-29.9)	28	39.4
	Obesidad grado I	14	19.7
	Obesidad grado II	5	7.0
	Obesidad grado III	6	8.5
Estado funcional y comorbilidad	ECOG 0	27	38.0
	ECOG 1	28	39.4
	ECOG 2	10	14.1
	ECOG 3	3	4.2
	ECOG no documentado	3	4.2
	Hipertensión arterial	53	74.6
	Diabetes mellitus tipo 2	26	36.6
	Obesidad documentada	24	33.8
	Otras comorbilidades	27	38.0
Presentación clínica	Sangrado uterino	67	94.4
	Masa	10	14.1
	Otros síntomas	13	18.3
Histopatología y estadio	FIGO I	24	33.8
	FIGO II	10	14.1
	FIGO III	22	31.0
	FIGO IV	15	21.1
	FIGO I-II	34	47.9
	FIGO III-IV	37	52.1
	Componente epitelial endometrioide	10	14.1

Características clínico-patológicas y desenlaces oncológicos en pacientes con
carcinosarcoma uterino: serie retrospectiva en el Instituto Oncológico Nacional de
Panamá, 2013-2020, 2026.
José A. Olmos, Dianelle Soto.

Grupo	Variable/categoría	N o estadístico	%
	Componente epitelial seroso	7	9.9
	Componente epitelial no documentado	54	76.1
	Componente mesenquimal homólogo	13	18.3
	Componente mesenquimal heterólogo	9	12.7
	Componente mesenquimal no documentado	49	69.0
	Invasión miometrial >50%	30	42.3
	Infiltración linfovascular positiva	26	36.6
	Invasión cervical positiva	24	33.8
	Ganglios pélvicos positivos	16	22.5
	Ganglios paraaórticos positivos	6	8.5
	Omento positivo	5	7.0
Tratamiento	Cirugía realizada	64	90.1
	No operada	7	9.9
	Anexohisterectomía	18	25.4
	Anexohisterectomía + linfadenectomía pélvica + omentectomía + citología peritoneal	8	11.3
	Anexohisterectomía + linfadenectomía pélvica + linfadenectomía paraaórtica + omentectomía + citología peritoneal	12	16.9
	Otros procedimientos quirúrgicos/estadificación parcial	26	36.6
	Quimioterapia	55	77.5
	Carboplatino/paclitaxel	52	73.2
	Otro esquema de quimioterapia	3	4.3
	Radioterapia	50	70.4
	EBRT solamente	31	43.7
	Braquiterapia solamente	1	1.4
	EBRT + braquiterapia	18	25.4
	Sin radioterapia	21	29.6
	Ciclos de quimioterapia, mediana (rango)	4 (1-7)	
Desenlaces	Recurrencia documentada	14	19.7
	Recurrencia a distancia	12	16.9
	Recurrencia locorregional	2	2.8
	Sitios de recurrencia a distancia: pulmón	4	33.3†
	Sitios de recurrencia a distancia: hígado	3	25.0†
	Sitios de recurrencia a distancia: ganglios retroperitoneales	2	16.7†
	Sitios de recurrencia a distancia: mediastino	1	8.3†
	Sitios de recurrencia a distancia: glándula suprarrenal	1	8.3†
	Sitios de recurrencia a distancia: pared torácica	1	8.3†
	Eventos SG (muerte por cualquier causa)	47	66.2

Grupo	Variable/categoría	N o estadístico	%
	Censuras SG	24	33.8
	Evaluables para SLE por recurrencia	48	67.6
	Eventos SLE por recurrencia	9	18.8*
	Censuras SLE por recurrencia	39	81.2*

DE: desviación estándar; EBRT: radioterapia externa; SG: supervivencia global; SLE: supervivencia libre de enfermedad. Los porcentajes se calcularon sobre n=71, salvo *calculado sobre n=48 evaluables para SLE y †calculado sobre n=12 recurrencias a distancia. Las categorías quirúrgicas se construyeron a partir de la combinación de procedimientos documentados; "otros procedimientos/estadificación parcial" agrupa combinaciones distintas a las tres categorías especificadas.

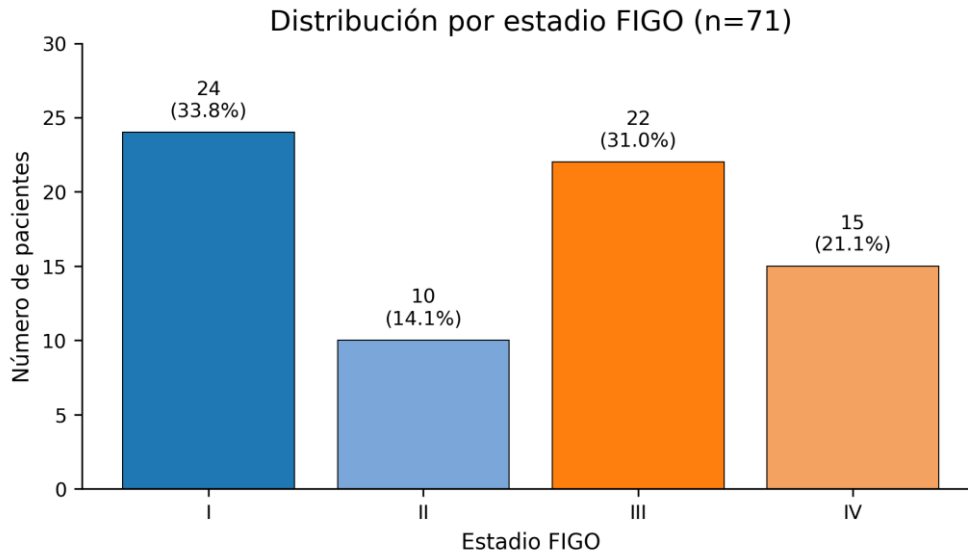
Distribución por estadio FIGO y hallazgos histopatológicos

La enfermedad avanzada fue frecuente: 37 pacientes (52.1%) tenían estadio FIGO III-IV.

Esta proporción es coherente con el comportamiento biológico del carcinosarcoma uterino y con series internacionales que reportan una elevada

carga de enfermedad extrauterina al diagnóstico. La información histopatológica detallada mostró proporciones relevantes de datos no documentados, especialmente en componente epitelial, componente mesenquimal, ganglios paraaórticos, omento y margen quirúrgico, hallazgo esperable en revisiones retrospectivas de largo periodo.

Figura 2. Distribución por estadio FIGO en la cohorte analítica.



Tratamiento quirúrgico y adyuvante

La mayoría de las pacientes recibió cirugía (64/71; 90.1%). La anexohisterectomía aislada se realizó en 18 pacientes (25.4% de la cohorte), mientras que 8 (11.3%) recibieron anexohisterectomía con linfadenectomía pélvica, omentectomía y citología peritoneal, y 12 (16.9%) recibieron

anexohisterectomía con linfadenectomía pélvica y paraaórtica, omentectomía y citología peritoneal. Veintiséis pacientes (36.6%) tuvieron otros procedimientos quirúrgicos o estadificación parcial, reflejando la heterogeneidad esperable en una cohorte retrospectiva de largo periodo. Solo 16.9% cumplió criterios de

estadificación quirúrgica completa según los elementos definidos en el protocolo, lo que limita la precisión del estadio patológico completo y puede influir en la interpretación de recurrencia y supervivencia. La quimioterapia fue administrada en 77.5% de las pacientes, predominantemente carboplatino/paclitaxel. Cincuenta pacientes (70.4%) recibieron radioterapia: EBRT solamente en 31 (43.7%), braquiterapia sola en 1 (1.4%) y EBRT más braquiterapia en 18 (25.4%).

Recurrencia y supervivencia

Durante el seguimiento se documentaron 14 recurrencias (19.7%). Entre las pacientes con recurrencia documentada, 12 (85.7%) fueron a distancia y 2 (14.3%) locorregionales. Dentro de las recurrencias a distancia, los sitios más frecuentes fueron

pulmón (4/12; 33.3%), hígado (3/12; 25.0%) y ganglios retroperitoneales (2/12; 16.7%); se registró además recurrencia mediastinal, suprarrenal y de pared torácica en un caso cada una. La baja tasa cruda de recurrencia debe interpretarse con cautela, dado que en estudios retrospectivos la recurrencia puede subregistrarse cuando ocurre muerte temprana, seguimiento incompleto o ausencia de documentación radiológica sistemática.

En el análisis de SG, ocurrieron 47 muertes (66.2%) y 24 pacientes fueron censuradas (33.8%). Las censuras correspondieron a pacientes vivas o sin muerte documentada al último contacto válido o al cierre administrativo del seguimiento. La mediana de SG fue 20.2 meses. La SG a 12 y 36 meses fue 58.9% (IC95% 46.5-69.4) y 36.9% (IC95% 25.7-48.1), respectivamente.

Figura 3. Curva Kaplan-Meier de supervivencia global. El evento fue muerte por cualquier causa; las pacientes sin muerte documentada fueron censuradas.

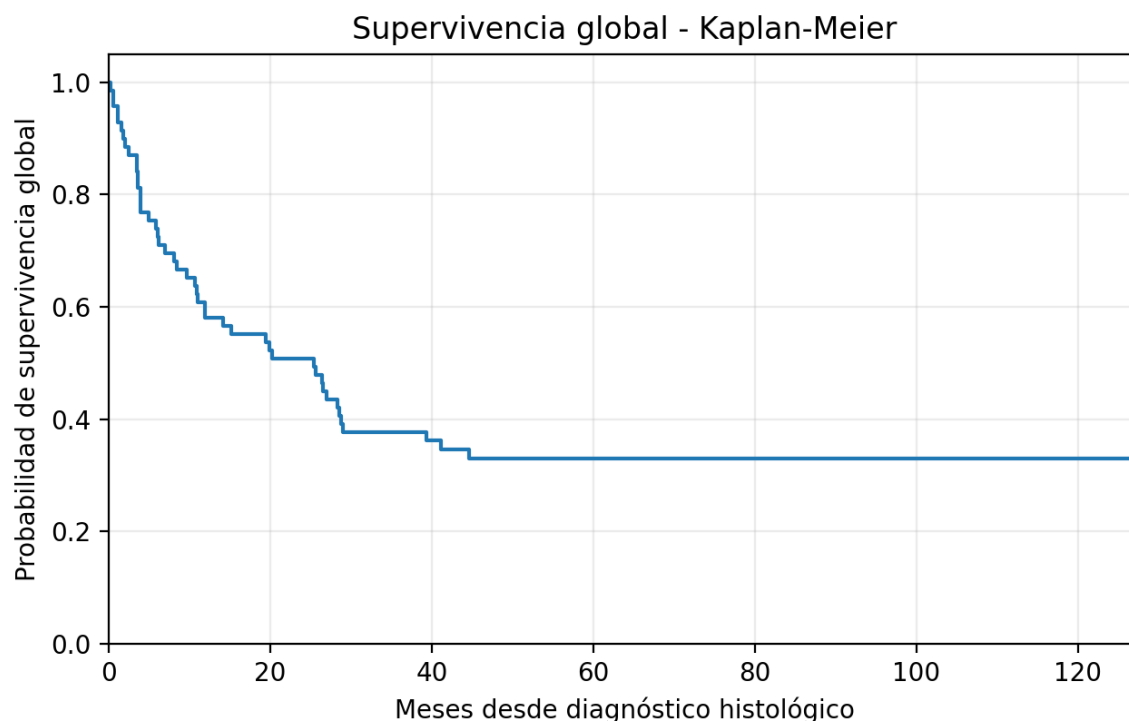
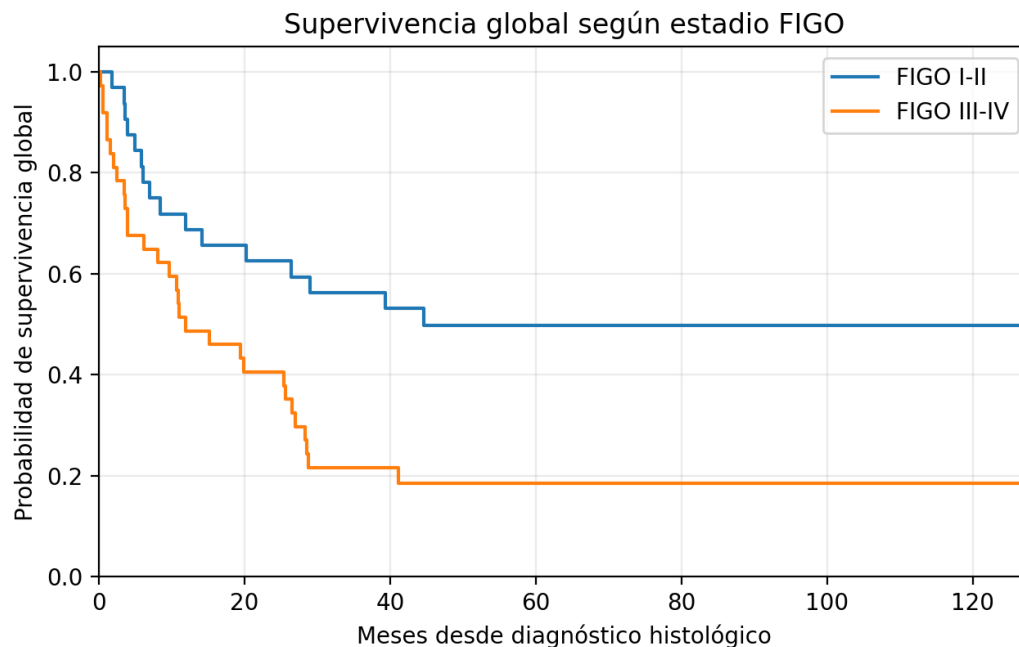


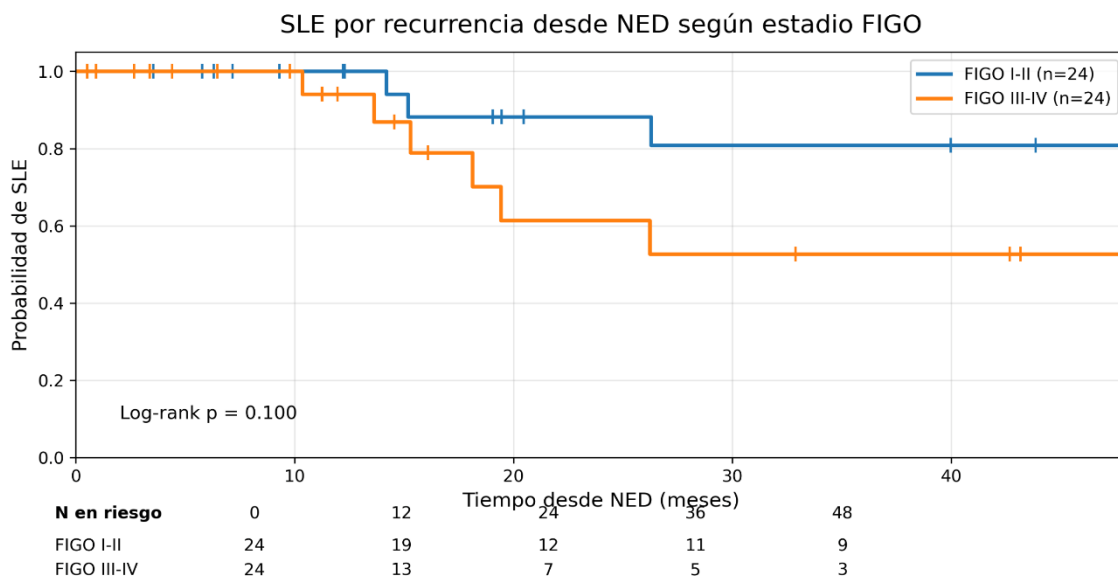
Figura 4. Supervivencia global según estadio FIGO agrupado. La comparación exploratoria por log-rank favoreció a FIGO I-II frente a FIGO III-IV ($p=0.027$).



La SLE por recurrencia se evaluó en 48 pacientes que alcanzaron NED. En este subgrupo se registraron 9 recurrencias y 39 censuras. Los motivos de censura de SLE incluyeron ausencia de recurrencia documentada al último seguimiento libre de enfermedad, muerte sin recurrencia demostrada o cierre administrativo. La mediana de SLE por recurrencia no fue

alcanzada; la SLE a 12 y 36 meses fue 97.2% (IC95% 81.9-99.6) y 68.8% (IC95% 48.2-82.5), respectivamente. En el análisis compuesto de recurrencia o muerte, la mediana fue 16.1 meses y la SLE compuesta a 36 meses fue 37.3% (IC95% 23.8-50.7), reflejando un estimador más conservador del fracaso oncológico en una cohorte retrospectiva.

Figura 5. Curva Kaplan-Meier de SLE por recurrencia según estadio FIGO agrupado en pacientes que alcanzaron NED.



Comparación con series publicadas

La comparación con series internacionales debe interpretarse con cautela por diferencias en criterios de inclusión, periodo de estudio, estadio, completitud quirúrgica, tratamiento adyuvante, definición de SLE y calidad del seguimiento. Aun así, la SG a 36 meses de esta serie fue superior a la

descrita por Samlall et al. en Cuba, pero inferior a la serie turca de Gokce et al.

La SLE compuesta a 36 meses fue cercana a lo reportado por otras series retrospectivas, mientras que la SLE por recurrencia probablemente sobreestima el control de enfermedad al censurar muertes sin recurrencia documentada

Tabla 2. Comparación contextual con series retrospectivas seleccionadas.

Estudio	N	Diseño	Resultados principales
Samlall et al., Cuba, 2020 [6]	40	Retrospectivo descriptivo	Enfermedad avanzada 62.5%; recurrencia 66.6%; SG 1 año 47.5%; SG 3 años 11.7%; SLE 3 años 33.2%
Gokce et al., Turquía, 2015 [7]	94	Retrospectivo	SLE 3 años 42.7%; SG 3 años 59.2%
Galaal et al., Reino Unido, 2009 [8]	93	Cohorte retrospectiva	Recurrencia 59%; SG 5 años 33%
Kucukoztas et al., Turquía, 2013 [9]	26	Retrospectivo	SLE 3 años 37%; SG 3 años 30%
Serie ION Panamá	71	Serie retrospectiva	SG 12 meses 58.9%; SG 36 meses 36.9%; SLE compuesta 36 meses 37.3%

DISCUSIÓN

Esta serie retrospectiva institucional describe 71 pacientes con carcinosarcoma uterino tratadas en un centro nacional de referencia. Los hallazgos principales son: predominio de pacientes posmenopáusicas, alta carga de comorbilidad, presentación clínica dominada por sangrado uterino, más de la mitad de casos en estadio FIGO III-IV y supervivencia global limitada. Estos resultados son consistentes con el comportamiento biológico agresivo descrito para esta neoplasia.

El predominio de enfermedad avanzada es clínicamente relevante. En la literatura, el

carcinosarcoma endometrial se diagnostica con mayor frecuencia en estadios III-IV que los carcinomas endometrioides convencionales, con diseminación linfática y peritoneal frecuente [1]. En nuestra serie, 52.1% de las pacientes fueron FIGO III-IV, lo cual probablemente contribuye a la alta mortalidad observada y a la diferencia de SG entre estadios tempranos y avanzados.

El manejo terapéutico reflejó un enfoque predominantemente multimodal. La mayoría fue operada y recibió quimioterapia y/o radioterapia. Sin embargo, la proporción de estadificación quirúrgica completa fue baja,

lo que puede generar subestadificación y limitar la interpretación de compromiso ganglionar y peritoneal. Este hallazgo debe considerarse una oportunidad de mejora institucional, especialmente porque la enfermedad oculta ganglionar y peritoneal es frecuente en carcinosarcoma uterino.

La SG global observada fue limitada, con mediana de 20.2 meses y SG a 36 meses de 36.9%. Aunque estos resultados parecen mejores que los reportados en la serie cubana de Samlall et al., la comparación directa es limitada por diferencias en periodo de inclusión, distribución por estadio, tratamiento, seguimiento y definiciones de desenlaces [6]. En contraste, la SG a 3 años fue inferior a la reportada por Gokce et al., lo que podría reflejar variaciones en población, acceso a tratamiento multimodal y proporción de enfermedad avanzada [7].

Un aspecto metodológico central de este estudio es la separación entre SLE por recurrencia y SLE compuesta. La SLE por recurrencia, restringida a pacientes que alcanzaron NED, permite describir el intervalo hasta recaída documentada. Sin embargo, en una cohorte retrospectiva con elevada mortalidad, censurar muertes sin recurrencia documentada puede sobreestimar el control oncológico si algunas muertes ocurrieron por enfermedad no registrada como recurrencia. Por ello, el

análisis compuesto de recurrencia o muerte ofrece una estimación más conservadora y probablemente más comparable con estudios internacionales que incluyen muerte como evento de SLE.

La tasa cruda de recurrencia documentada fue menor que en series históricas. Esta diferencia no debe interpretarse como menor agresividad tumoral sin considerar el contexto.

La recurrencia puede subregistrarse cuando las pacientes mueren precozmente, no tienen seguimiento radiológico sistemático, reciben cuidados paliativos o se pierde documentación fuera de la institución. Por esta razón, la interpretación de recurrencia debe apoyarse en las curvas de supervivencia y en el análisis compuesto.

Desde una perspectiva clínica, los datos respaldan la necesidad de estandarizar el diagnóstico, completar la estadificación quirúrgica cuando sea factible, documentar enfermedad residual, registrar NED de manera explícita y establecer seguimiento estructurado.

La incorporación futura de clasificación molecular también será relevante, ya que la mayoría de los carcinosarcomas muestran alteración de p53, mientras que subgrupos MSI-H/dMMR o POLE-mutados pueden tener implicaciones pronósticas y terapéuticas [1,2].

FORTALEZAS Y LIMITACIONES

La principal fortaleza del estudio es que aporta una serie institucional de una neoplasia rara en un centro nacional de referencia, con depuración específica de eventos, censuras y fechas de supervivencia. Otra fortaleza es la definición explícita de NED y la diferenciación entre SLE por recurrencia y SLE compuesta. Las limitaciones incluyen el diseño retrospectivo, ausencia de desglose

detallado de los 86 expedientes excluidos, posible sesgo de información por expedientes incompletos, falta de caracterización molecular sistemática, heterogeneidad terapéutica, baja proporción de estadificación quirúrgica completa y tamaño muestral insuficiente para análisis multivariable robusto. Por ello, los análisis por subgrupos deben considerarse exploratorios y no inferencias causales.

CONCLUSIÓN

En esta serie retrospectiva del Instituto Oncológico Nacional de Panamá, el carcinosarcoma uterino se presentó predominantemente en mujeres posmenopáusicas, con alta proporción de enfermedad avanzada y supervivencia global limitada.

La SLE debe analizarse únicamente en pacientes que alcanzaron NED. En contextos retrospectivos, la SLE compuesta

de recurrencia o muerte puede ser una medida complementaria más conservadora y comparable internacionalmente.

La estandarización del registro clínico, la documentación explícita de NED, el seguimiento estructurado y la incorporación de marcadores moleculares son prioridades para mejorar la calidad del cuidado y la investigación institucional en carcinosarcoma uterino.

BIBLIOGRAFÍA

- [1]. Bogani G, Ray-Coquard I, Concin N, et al. Endometrial carcinosarcoma. *Int J Gynecol Cancer*. 2023;33:147-174. doi:10.1136/ijgc-2022-004073.
- [2]. Concin N, Matias-Guiu X, Vergote I, et al. ESGO/ESTRO/ESP guidelines for the management of patients with endometrial carcinoma. *Int J Gynecol Cancer*. 2021;31:12-39. doi:10.1136/ijgc-2020-002230.
- [3]. Cantrell LA, Blank SV, Duska LR. Uterine carcinosarcoma: a review of the literature. *Gynecol Oncol*. 2015;137:581-588. doi:10.1016/j.ygyno.2015.03.041.
- [4]. Powell MA, Filiaci VL, Hensley ML, et al. Randomized phase III trial of paclitaxel/carboplatin versus paclitaxel/ifosfamide in chemotherapy-naïve patients with newly diagnosed stage I-IV, persistent, or recurrent uterine or ovarian carcinosarcoma: NRG Oncology GOG-261. *J Clin Oncol*. 2022;40:968-977. doi:10.1200/JCO.21.02050.
- [5]. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP; STROBE Initiative. The Strengthening of Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement. *Lancet*. 2007;370:1453-1457. doi:10.1016/S0140-6736(07)61602-X.
- [6]. Samlall S, Sarria Castro M, Parellada Joa O. Carcinosarcoma uterino, sus características clínico-patológicas, manejo terapéutico y supervivencia. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2020;46(3):e459.
- [7]. Gokce ZK, Turan T, Karalok A, et al. Clinical outcomes of uterine carcinosarcoma: results of 94 patients. *Int J Gynecol Cancer*. 2015;25:279-287. doi:10.1097/IGC.0000000000000347.
- [8]. Galaal K, Kew FM, Tam KF, et al. Evaluation of prognostic factors and treatment outcomes in uterine carcinosarcoma. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2009;143:88-92. doi:10.1016/j.ejogrb.2008.12.014.
- [9]. Kucukoztas N, Dizdar O, Rahatli S, et al. Impact of treatment strategies on local control and survival in uterine carcinosarcomas in Turkey. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2013;14:2959-2962. doi:10.7314/APJCP.2013.14.5.2959.
- [10]. Nama N, Cason FD, Misra S, et al. Carcinosarcoma of the uterus: a study from the Surveillance Epidemiology and End Result (SEER) database. *Cureus*.

-
- 2020;12:e10283.
doi:10.7759/cureus.10283.
- [11]. Galaal K, van der Heijden E, Godfrey K, Naik R, Kucukmetin A, Bryant A. Adjuvant radiotherapy and/or chemotherapy after surgery for uterine carcinosarcoma. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(2):CD006812. doi:10.1002/14651858.CD006812.pub3.
- [12]. Homesley HD, Filiaci V, Markman M, et al. Phase III trial of ifosfamide with or without paclitaxel in advanced uterine carcinosarcoma: a Gynecologic Oncology Group Study. *J Clin Oncol.* 2007;25:526-531. doi:10.1200/JCO.2006.06.4907.
- [13]. Raffone A, Travaglino A, Raimondo D, et al. Uterine carcinosarcoma vs endometrial serous and clear cell carcinoma: a systematic review and meta-analysis of survival. *Int J Gynaecol Obstet.* 2022;158:520-527. doi:10.1002/ijgo.14033.
- [14]. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Uterine Neoplasms. Version 1.2025. National Comprehensive Cancer Network; 2025. DOI no aplicable.
- [15]. Toboni M, Kurnit KC, Erickson B, et al. Updates and controversies in the management of uterine serous carcinoma and uterine carcinosarcoma. *Int J Gynecol Cancer.* 2025;35:101672. doi:10.1016/j.ijgc.2025.101672.