



Archivos Venezolanos de Farmacología y  
Terapéutica  
ISSN: 0798-0264  
revista.avft@gmail.com  
Sociedad Venezolana de Farmacología Clínica y  
Terapéutica  
Venezuela

## Cáncer cérvico uterino escamoso no queratinizante en paciente de 25 años: reporte de caso clínico

Tapia Ávila, Marco; Idrovo Guamán, María Del Carmen; Chanatasig Mallitasig, Sandra; Torres Yamunaque, Yustin; Sánchez Llerena, Jessica; Tene Carrillo, Cecilia; Yépez Daqui, Johanna; Triviño Naula,, Paulina  
Cáncer cérvico uterino escamoso no queratinizante en paciente de 25 años: reporte de caso clínico

Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica, vol. 40, núm. 3, 2021

Sociedad Venezolana de Farmacología Clínica y Terapéutica, Venezuela

**Disponible en:** <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55969712013>

**DOI:** <https://doi.org/10.5281/zenodo.5041073>

Queda prohibida la reproducción total o parcial de todo el material contenido en la revista sin el consentimiento por escrito del editor en jefe.



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-SinDerivar 4.0 Internacional.

## Cáncer cérvico uterino escamoso no queratinizante en paciente de 25 años: reporte de caso clínico

Non-keratinizing squamous cervical cancer in a 25-year-old patient: clinical case report

*Marco Tapia Ávila*

*Centro Latinoamericano de Estudios Epidemiológicos y Salud Social. Departamento de Investigaciones “Dr. Carlos J. Finlay y de Barré”, Ecuador*  
marcotapia\_27@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-8813-928X>

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.5041073>

Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55969712013>

*María Del Carmen Idrovo Guamán*

*Centro Latinoamericano de Estudios Epidemiológicos y Salud Social. Departamento de Investigaciones “Dr. Carlos J. Finlay y de Barré”, Ecuador*

 <https://orcid.org/0000-0002-9587-8128>

*Sandra Chanatasig Mallitasig*

*Centro Latinoamericano de Estudios Epidemiológicos y Salud Social. Departamento de Investigaciones “Dr. Carlos J. Finlay y de Barré”, Ecuador*

 <https://orcid.org/0000-0001-7756-9615>

*Yustin Torres Yamunaque*

*Centro Latinoamericano de Estudios Epidemiológicos y Salud Social. Departamento de Investigaciones “Dr. Carlos J. Finlay y de Barré”, Ecuador*

 <https://orcid.org/0000-0002-6376-0926>

*Jessica Sánchez Llerena*

*Centro Latinoamericano de Estudios Epidemiológicos y Salud Social. Departamento de Investigaciones “Dr. Carlos J. Finlay y de Barré”, Ecuador*

 <https://orcid.org/0000-0001-6533-0586>

*Cecilia Tene Carrillo*

*Centro Latinoamericano de Estudios Epidemiológicos y Salud Social. Departamento de Investigaciones “Dr. Carlos J. Finlay y de Barré”, Ecuador*

 <https://orcid.org/0000-0003-2040-278X>

*Johanna Yépez Daqui*

---

### NOTAS DE AUTOR

marcotapia\_27@hotmail.com

*Centro Latinoamericano de Estudios Epidemiológicos y Salud Social. Departamento de Investigaciones “Dr. Carlos J. Finlay y de Barré”, Ecuador*

 <https://orcid.org/0000-0001-5025-498X>

*Paulina Triviño Naula,  
Centro Latinoamericano de Estudios Epidemiológicos y Salud Social. Departamento de Investigaciones “Dr. Carlos J. Finlay y de Barré”, Ecuador*

Recepción: 28 Enero 2020  
Aprobación: 26 Febrero 2021  
Publicación: 05 Noviembre 2021

## RESUMEN:

El cáncer cérvico uterino es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello uterino que suele manifestarse inicialmente a través de lesiones precancerosas y cuyo origen está relacionado a la persistencia de serotipos oncogénicos del Virus de Papiloma Humano. El cáncer de cérvico uterino es la cuarta neoplasia más frecuente en mujeres a nivel mundial, se calcula que en 2018 se diagnosticaron unos 570.000 nuevos casos, suponiendo un 6.6% de los cánceres en mujeres y se registraron un total de 311.365 muertes. Diversas investigaciones muestran que la frecuencia de este tipo de cáncer en mujeres jóvenes es baja y que son aquellas con 35 años o más, las que tienen mayor riesgo de presentar la enfermedad. Esto debido al largo periodo de tiempo que se requiere para que los factores implicados en su desarrollo inicien la cascada pro-oncogénica. Se presenta el caso clínico de una paciente de 25 años a la cual se le realizó el diagnóstico de carcinoma cérvico uterino, que demuestra que la edad no es un limitante en la aparición y gravedad de este tipo de cáncer.

**PALABRAS CLAVE:** cáncer cérvico uterino, cérvix, edad, factor de riesgo, virus de papiloma humano.

## ABSTRACT:

Cervical cancer is a cellular alteration that originates in the epithelium of the cervix that usually manifests initially through precancerous lesions and whose origin is related to the persistence of oncogenic human papillomavirus serotypes. Cervical cancer is the fourth most frequent neoplasm in women worldwide, it is estimated that in 2018 some 570,000 new cases were diagnosed, representing 6.6% of cancers in women and a total of 311,365 deaths were registered. Several reports show that the frequency of this type of cancer in young women is low and that those who are 35 years of age or older are at the highest risk of developing the disease. This is due to the long period of time required for the factors involved in its development to initiate the pro-oncogenic cascade. We present the clinical case of a 25-year-old patient who was diagnosed with cervical carcinoma, which shows that age is not a limitation in the appearance and severity of this type of cancer.

**KEYWORDS:** cervical cancer, cervix, age, risk factor, human papillomavirus.

## INTRODUCCIÓN

La Sociedad Americana contra el Cáncer plantea que para el año 2020 en los Estados Unidos serán diagnosticados alrededor de 13.800 nuevos casos de cáncer invasivo del cuello uterino y morirán aproximadamente 4.290 mujeres debido a este. La incidencia en mujeres menores de 20 años fue de 0,1 por cada 100.000; aumentó a 1,3 por cada 100.000 en mujeres de 20 a 34 años y alcanzó un máximo de 2,3 por cada 100.000 en mujeres de 35 a 54 años<sup>1</sup>. Por su parte, en Ecuador el cáncer cérvico uterino constituye la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres, registrándose en el año 2015 un total de 449 defunciones en sujetos con una edad promedio de 60 años.

Diversas investigaciones muestran que la frecuencia del cáncer cérvico uterino en mujeres jóvenes es baja y que son aquellas con 35 años o más, las que tienen mayor riesgo de presentar la enfermedad. De hecho, la infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH), que es uno de los principales factores de riesgo, suele tener una lenta progresión natural de la infección hacia el cáncer (entre 10-20 años) en el 10% de los casos

que muestra esta historia natural. En el 90% restante las infecciones por VPH son transitorias y de regresión espontánea debido a la respuesta inmune del huésped<sup>3</sup>.

### CASO CLÍNICO

Se evaluó una paciente de 25 años, soltera, nacida en Sigchos y residente en Latacunga, de etnia indígena, con un nivel de instrucción de educación secundaria completa, ocupación ama de casa, sin antecedentes patológicos personales; cuyo motivo de consulta fue sangrado transvaginal. La paciente refiere que 4 meses previos a su consulta presentó secreción vaginal amarillenta, fétida, de moderada cantidad, que cedió espontáneamente sin tratamiento específico. Un mes después, presentó sangrado transvaginal en escasa cantidad, en ocasiones tipo manchas, de presentación intermitente durante 3 meses, por lo cual consulta.

Entre sus antecedentes ginecológicos: menarca 15 años, inicio de vida sexual 15 años, parejas sexuales: 6, niega enfermedades de transmisión sexual. Gestas: 1, Parto: 1, Hijos vivos: 1. No precisa la fecha de última menstruación debido al sangrado activo intermitente, motivo de consulta.

En la evaluación física, peso: 78 Kg, presión arterial: 125/65 mmHg; frecuencia cardiaca: 87 lpm; frecuencia respiratoria: 18 rpm; saturación de oxígeno: 91%. La paciente se encontraba hidratada, afebril, con ligera palidez cutáneo-mucosa, la mucosa oral húmeda, orofaringe no congestiva, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular audible sin agregado. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, ruidos hidroaéreos: 4 por minuto, región inguino-genital no se palparon adenopatías, genitales externos sin alteraciones, tacto vaginal impresiona acortamiento de los parámetros, el cuello uterino es posterior con lesión tumoral exofítica de 4x4x3 cm que ocupa todo el cérvix y tercio superior de la vagina de predominio del lado derecho, sin aparente infiltración de alguno de los fondos de saco. Extremidades sin edemas, pulsos distales presentes.

### Exámenes complementarios

Leucocitos: 10.400 xmm<sup>3</sup>, segmentados: 69%, linfocitos: 19%, monocitos: 4%, eosinófilos: 8%, hemoglobina: 12gr/dL, hematocrito: 38%, plaquetas: 350.000 xmm<sup>3</sup>, glucosa: 88,7mg/dL, urea: 30,9mg/dL, creatinina: 0,64mg/dL, ácido úrico: 4,5mg/dL, fosfatasa alcalina: 149 U/L. Antígeno de hepatitis B negativo, VIH negativo, VRDL no reactivo. Grupo sanguíneo ORH+.

En la ultrasonografía transvaginal se observó masa de aspecto neoplásico de bordes indefinidos predominantemente hipocogénico, con volumen estimado 84cc, que pierde interfase con canal cervical por probable infiltración y se encuentra en íntimo contacto con borde posterior de pared anterior de cérvix y pared posterior de fondo de saco vaginal, lo cual podría estar en relación a infiltración tumoral. Vejiga distendida de paredes delgadas sin lesiones intraluminales.



FIGURA 1.  
Hallazgos ultrasonográficos

Masa de aspecto neoplásico de bordes indefinidos, predominante hipococica con volumen estimado de 84cc

En el examen cistoscópico se observó: uretra anterior permeable al paso del instrumento, cuello de vejiga normotónico, vejiga de paredes lisas, patrón vascular normal. Se observa en piso vesical, a nivel retrotrigonal, elevación edematosa con zona de eritema alargada de unos 2cm y meatos ureterales en posición normal (Figura 2); los hallazgos sugieren cistitis edematosa e infiltración tumoral.

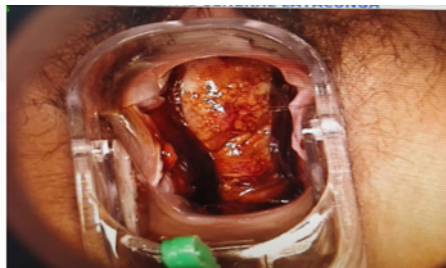


FIGURA 2.  
Hallazgos en la cistoscopia

Se observa en piso vesical a nivel retrotrigonal elevación edematosa, con zona de eritema, alargada, de unos 2cm.

Se tomó muestra de lesión para análisis anatómo-patológico:

**Macroscópico:** fijado en formalina buferada al 10% con identificación del paciente y rotulado cérvix se recibe dos fragmentos irregulares de tejido blando que mide 1x1cm y 0,6x0,4 cm blanquecinos con áreas hemorrágicas.

**Microscópico:** mucosa exocervical ulcerada, infiltrada por neoplasia epitelial maligna constituida por nido de células escamosas con atipia citológica moderada-severa, mitosis frecuentes, algunas atípicas. Infiltra el estroma, está rodeado por moderado infiltrado inflamatorio mixto, con extensas zonas de hemorragia. No se observa endocervix.

Los hallazgos son sugestivos de carcinoma escamoso no queratinizante, grado histológico: moderadamente diferenciado.

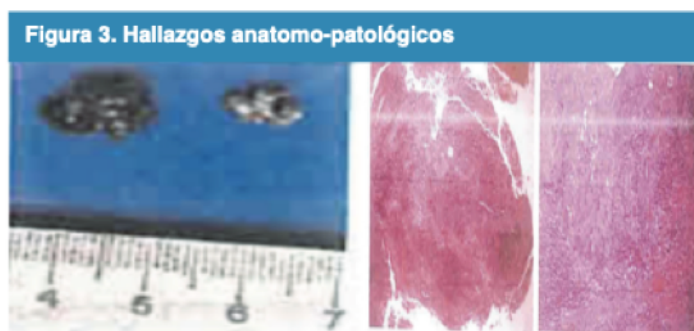


FIGURA 3.  
Hallazgos anatómo-patológicos

(Izquierda) Macroscópicamente: fragmentos irregulares de tejido blando 1x1cm y 0,6x0,4cm

(Derecha) Microscópicamente: infiltrado por neoplasia epitelial maligna

Se realizó tomografía computada de pelvis donde se observó vejiga distendida de paredes delgadas sin lesiones intraluminales. Útero en antero versión, lateralizado a la izquierda, el cérvix prominente con formación endoexofítica con realce postcontraste endovenoso que asocia cambios en la densidad de la grasa para cervical con la presencia de bandas lineales hiperatenuantes, impronta la vejiga con extensión hasta los márgenes de la vagina con aparente plano de transición con estas estructuras, mide 66x67mm (tx sp), adenomegalias iliaca internas y obturatrices con tamaño de hasta 10x17mm, en la región anexial derecha formación quística redondeada de 34x37mm. Ampolla rectal de características normales. Se concluye

el estudio como formación cervical sólida endo-exofítica en relación a primario conocido con datos de compromiso de los parametrios que incluyen adenomegalias regionales, sin hallazgos de compromiso a distancia (Figura 4).

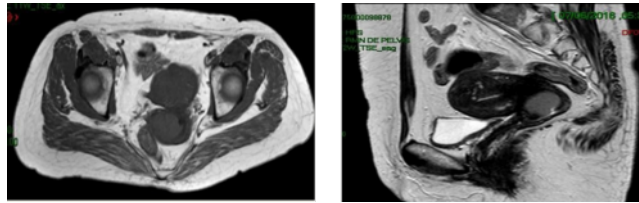


FIGURA 4.  
Hallazgos en la tomografía computada pélvica

Útero en antero versión, lateralizado a la izquierda, el cérvix prominente con formación endoexofítica con realce postcontraste endovenoso que asocia cambios en la densidad de la grasa para cervical con la presencia de bandas lineales hiperatenuantes, impronta la vejiga con extensión hasta los márgenes de la vagina con aparente plano de transición con estas estructuras

Ante los hallazgos clínicos y paraclínicos se plantea el diagnóstico de cáncer de cérvix estadio clínico III C1R (por afectación de cadenas ganglionares y vejiga), se inició radioterapia y quimioterapia con esquema de Paclitaxel + Cisplatino.

## DISCUSIÓN

El cáncer cérvico uterino es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello uterino que suele manifestarse inicialmente a través de lesiones precancerosas y cuyo origen está relacionado a la persistencia de serotipos oncogénicos del VPH<sup>4</sup>. Epidemiológicamente, un 83% de los casos ocurren en países en vías de desarrollo, GLOBOCAN estima que los casos de cáncer cérvico uterino se incrementarán aproximadamente un 2% por año hasta llegar a 770.000 nuevos casos en el 2030, la mayoría de los cuales serán diagnosticados en países menos desarrollados<sup>5</sup>.

El factor de riesgo más vinculado a la presencia de este tipo de cáncer es la infección por el VPH, seguido del inicio de relaciones sexuales a temprana edad, las relaciones sexuales con múltiples parejas y el tabaquismo, sin menoscabo a otros factores y tomando en consideración que pueden variar de un país a otro. Asimismo, la confluencia de dos o más factores agrava la predisposición de contraer la enfermedad<sup>6</sup>.

Las directrices de cribado del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), Sociedad Americana del Cáncer (ACS), Sociedad Americana de Patología Clínica (ASCP), la Sociedad Americana de Colposcopia y Patología Cervical (ASCCP), US Preventive Services Task Force (USPSTF) son las siguientes: <21 años: no se recomienda el cribado, 21-29 años: citología (Papanicolaou) solo cada 3 años, 30-65 años: VPH y citología cada 5 años (preferido) o citología sola cada 3 años (aceptable), >65 años: no se recomienda el cribado si el cribado previo adecuado ha sido negativo y no existe alto riesgo<sup>7</sup>.

Entre las manifestaciones clínicas, los hallazgos al examen físico pueden ser relativamente normales. El primer síntoma suele ser el sangrado vaginal anormal (generalmente postcoital), malestar o secreción vaginal fétida, dolor pélvico o lumbar, hematuria, tenesmo rectal o vesical y edema de miembros inferiores. A medida que la enfermedad progresa, el cuello uterino puede volverse anormal en apariencia, con erosión gruesa, úlcera o masa; anomalías que pueden extenderse a la vagina. Los hallazgos de la exploración pélvica bimanual a menudo revelan masas en la región pélvica o parametrial<sup>8</sup>.

Para el diagnóstico, la evaluación completa comienza con la prueba del Papanicolaou, ante resultados positivos se debe realizar la colposcopia y las biopsias para el estudio de la neoplasia intraepitelial cervical (NIC), incluyendo procedimientos de escisión. Si la evaluación patológica después de la escisión o conización

electroquirúrgica de bucle sugiere cáncer invasivo con márgenes positivos, la paciente debe ser referida a un oncólogo ginecológico. Por su parte, las pacientes con lesiones cervicales sospechosas o muy anormales en el examen físico deben someterse a biopsia independientemente de los hallazgos citológicos, como en nuestro caso <sup>9</sup>. Asimismo, la paciente descrita nunca se realizó una prueba de Papanicolaou, a pesar de su inicio temprano de vida sexual y el número de parejas sexuales, los únicos controles que se realizó, aunque de manera inadecuada, fueron durante su embarazo, adicionalmente no utilizaba métodos anticonceptivos. Al no tener una cultura de salud preventiva, pese a tener acceso al despistaje de cáncer cérvico uterino, es común encontrar este tipo de casos con un estadio avanzado y por ende con un pronóstico más desfavorable.

El sistema de estadiaje FIGO (International Federation of Gynaecology and Obstetrics) es usado en la mayoría de los cánceres de órganos del aparato reproductor femenino, el estadio clínico el cual se basa en el examen físico, imágenes, biopsia, entre otros estudios paraclínicos; sirve para establecer el plan terapéutico. El estadio I está estrictamente confinado al cérvix, el diagnóstico de los subtipos IA1 y IA2 es microscópico a partir del tejido removido, preferiblemente una conobiopsia, la cual debería incluir la lesión completa. En el estadio II el carcinoma se extiende más allá del cérvix, pero no se extiende dentro de la pared pélvica, puede involucrar la vagina, pero hasta los dos tercios superiores. Cuando involucra el tercio inferior de la vagina se clasifica como IIIA y en el estadio IV el carcinoma se extiende más allá de la pelvis verdadera o clínicamente involucra a la mucosa de la vejiga y/o el recto. Por su parte, la American Joint Committee on Cancer (AJCC) y el US Committee for Cancer proponen la clasificación TNM, basada en la extensión del tumor primario (T), la existencia de metástasis en nódulos linfáticos (N) y la existencia de metástasis lejanas (M). En ambos sistemas de clasificación los estadios son comparables <sup>10</sup>.

En estadios localmente avanzados (T1B2, T2A2 y superiores) y siempre en N1 (independientemente de la T) el tratamiento de elección es la asociación Radioterapia-Quimioterapia y Braquiterapia, con finalidad radical (evidencia alta, recomendación fuerte a favor). La adecuación de los volúmenes de irradiación requiere del estudio del nivel de afectación ganglionar. Dicho estudio ganglionar previo debe realizarse mediante abordaje laparoscópico (transperitoneal o extraperitoneal) puesto que disminuye el riesgo de formación de adherencias y de fijación de estructuras intraperitoneales, con lo que disminuye la morbilidad del tratamiento de radioterapia <sup>5,11</sup>. Por el estadio localmente avanzado, se indicó radioterapia y quimioterapia con esquema de Paclitaxel + Cisplatino para el manejo de la paciente.

La agresividad y toxicidad de los tratamientos y procedimientos oncológicos dejan secuelas orgánicas importantes, afectando componentes centrales o periféricos del sistema nervioso, sistema vascular periférico, eje hipotalámico, pituitario y gonadal. La mayor expresión de efectos adversos y deterioro de la calidad de vida sexual se observa en mujeres recientemente diagnosticadas y a medida que transcurre el tiempo se aprecia una mejora consistente de su condición física y emocional para afrontar la situación <sup>12</sup>.

En conclusión, el cáncer cérvico uterino es un tipo de cáncer de creciente importancia epidemiológica en nuestra región, aunque las mujeres más afectadas son aquellas con al menos 35 años. El presente caso clínico muestra la forma de presentación típica en mujeres más jóvenes, en las cuales es importante tomar en cuenta cualquier manifestación clínica para realizar un abordaje de cribado y diagnóstico oportuno que permita establecer estrategias terapéuticas tempranas y una mejor calidad de vida en las afectadas. Independientemente de la edad, en mujeres con factores de riesgo y un control ginecológico insuficiente durante su adultez, es necesario un alto índice de sospecha para un diagnóstico precoz.

## REFERENCIAS

1. American Cancer Society's. Key Statistics for Cervical Cancer. Disponible: <https://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer/about/key-statistics.html> Consultado: 21/12/20
2. Henríquez-Trujillo R, Nárvaez F. Estimación de la carga de enfermedad por cáncer de cuello uterino en Ecuador. *Rev Med Vozandes* 2016; 27: 53-55.

3. Sharafadeen K. Human papillomavirus and cervical cancer. *J Obstet Gynaecol.* 2020;40(5):602-608.
4. Sánchez E. Tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino. *Revista Médica Sinergia.* 2019;4(11): e300.
5. Oncoguía SEGO: Cáncer infiltrante de mama. Guías de práctica clínica en cáncer ginecológico y mamario. Publicaciones SEGO, June 2017.
6. Mwaka AD, Orach CG, Were E, et al. Awareness of cervical cancer risk factors and symptoms: cross - sectional community survey in post - conflict northern Uganda. *Health Expect.* 2016; 19(4): 854–867.
7. Tsikouras P, Zervoudis S, Manav B, Tomara E, Iatrakis G, Romanidis C, Bothou A, Galazios G. Cervical cancer: screening, diagnosis and staging. *J BUON.* 2016;21(2):320-5.
8. Bedell SL, Goldstein LS, Goldstein AR, Goldstein AT. Cervical Cancer Screening: Past, Present, and Future. *Sex Med Rev.* 2020;8(1):28-37.
9. Arévalo A, Arévalo D, Villarroel C. El cáncer de cuello uterino. *Rev Med La Paz.* 2017;23(2): 45-56.
10. Šarenac T, Mikov M. Cervical Cancer, Different Treatments and Importance of Bile Acids as Therapeutic Agents in This Disease. *Front Pharmacol.* 2019; 10: 484.
11. Cibula D, Pötter R, Planchamp F, Avall-Lundqvist E, Fischerova D, Haie Meder C, et al. The European Society of Gynaecological Oncology/European Society for Radiotherapy and Oncology/European Society of Pathology Guidelines for the Management of Patients with Cervical Cancer. *International Journal of Gynecological Cancer.* 2018;28(4), 641–655.
12. Silva-Muñoz MA. Efectos de la enfermedad y tratamiento en la calidad de vida sexual de la mujer con cáncer cérvico uterino. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol.* 2020;85(1), 74-98.