Rev Obstet Ginecol Venez. 2026; 86 (1): 159-165.
https://doi.org/10.51288/00860118

Cáncer epidermoide de cuello uterino en paciente joven. Presentación de un caso

Esmely Salazar.[1]

RESUMEN

El cáncer cervicouterino es la cuarta neoplasia más frecuente en mujeres, es raro en menores de 21 años (< 0,5 %), pero suele tener un curso agresivo y diagnóstico tardío por ausencia de cribado. Se presenta el caso de una paciente de 20 años, nuligesta, con dolor pélvico y sangrado intermenstrual; se diagnosticó carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado estadio IIB, virus de papiloma humano-16 positivo, con inmunodeficiencia primaria. Se planifica tratamiento de quimioterapia con cisplatino, radioterapia externa concurrente y braquiterapia, previa transposición ovárica para preservar función endocrina. Esta neoplasia en jóvenes presenta características más agresivas, especialmente asociado a virus de papiloma humano-16 e inmunosupresión, con supervivencia a 5 años del 65 % – 75 % en estadio IIB sin metástasis ganglionar. Se enfatiza la necesidad de revisar las guías de cribado en poblaciones jóvenes de alto riesgo y reforzar la vacunación contra virus de papiloma humano como principal medida preventiva.

***Palabras clave**: Cáncer cervicouterino, Virus del papiloma humano, Paciente joven, Inmunocompromiso.*

Squamous cell cancer of the cervix in a young patient. Presentation of a case.

SUMMARY

Cervical cancer (CC) is the fourth most common cancer in women. In women under 21 years of age, it is rare (<0.5%), but it tends to be aggressive and diagnosed late due to the absence of screening. We present the case of a 20-year-old nulliparous patient with pelvic pain and intermenstrual bleeding who was diagnosed with moderately differentiated squamous cell carcinoma, stage IIB, human papillomavirs-16 positive, with primary immunodeficiency. Treatment with cisplatin chemotherapy, concurrent external radiotherapy, and brachytherapy is planned, following ovarian transposition to preserve endocrine function. Cervical cancer in young patients has more aggressive characteristics, especially when associated with human papillomavirs-16 and immunosuppression, with a 5-year survival rate of 65–75% in stage IIB without lymph node metastasis. The need to review screening guidelines in high-risk young populations and reinforce human papillomavirs vaccination as the primary preventive measure is emphasized.

***Keywords:** Cervical cancer, Human Papillomavirus, young patient, immunocompromised.*

INTRODUCCIÓN

El cáncer cervicouterino (CCU) es la cuarta neoplasia más frecuente en mujeres a nivel mundial. Se ha evidenciado en reportes del *Global Cancer Observatory* de la Organización Mundial de la Salud (OMS), para el año 2022, un 11 % de mortalidad por CCU en América Latina y el Caribe. En Venezuela, la incidencia reportada es de 33,0 por 100 mil mujeres/año, con una tasa de mortalidad de 18,2 por 100 mil mujeres/año (1, 2). El CCU es resultado de una infección el virus de papiloma humano (VPH), y se debe considerar que la mayoría de las mujeres sexualmente activas tendrán contacto con el virus en algún momento de sus vidas, con un riesgo acumulado mayor al 80 %. No obstante, solamente alrededor del 10 % tendrán una infección persistente por un tipo viral de alto riesgo, lo cual puede contribuir al desarrollo de cáncer de cuello uterino (3). En las células escamosas del cérvix se produce la replicación viral y suele haber una lenta progresión desde la aparición de lesiones precursoras hasta el desarrollo de cáncer, con una latencia de hasta 20 años (4).

La prevalencia de la infección por VPH en la población general varia del 5 % al 25 %. La Agencia

[1]Docente Libre del Postgrado de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario "Antonio Patricio de Alcalá" – Universidad de Oriente, Núcleo de Sucre. Cumaná, Sucre. Venezuela. Correo para correspondencia: esmely1@gmail.com

Forma de citar este artículo: Salazar E. Cáncer epidermoide de cuello uterino en paciente joven. Presentación de un caso. Rev Obstet Ginecol Venez. 2026; 86(1):159-165. DOI: 10.51288/00860118

Internacional para la Investigación en Cáncer (IARC) ha agrupado a 13 tipos de VPH como carcinógenos, considerados de alto riesgo debido a su relación con el desarrollo del cáncer de cuello uterino. Los tipos 16 y 18 son los responsables del 70 % de esta enfermedad. La genotipificación extendida permite identificar 3 bandas de riesgo, la primera banda involucra a los tipos 16, 18 y 31, los cuales se asocian a lesiones de alto grado (3).

En el 90 % de los casos se trata de infecciones transitorias que, si producen lesiones, tienen una alta tasa de regresión espontánea, relacionada con la respuesta inmunitaria del huésped. Es así como las lesiones intraepiteliales de bajo grado de malignidad (LIE-BG) tienen una tasa de regresión sin tratamiento del 75 % en mayores de 25 años y del 90 % en menores de 25 años. Un porcentaje importante de mujeres tratadas por lesiones intraepiteliales de alto grado (LIE-AG) se encuentran en edad reproductiva (25 a 35 años), por lo cual se debe tener una especial consideración en su conducta (5).

El CCU en mujeres menores de 21 años es infrecuente, pero agresivo, con diagnóstico tardío en la mayoría de los casos. Los estudios confirman que el CCU en este grupo etario es raro, menos del 0,5 % de los casos, pero suele estar asociado a infección por VPH de alto riesgo, especialmente VPH-16 y VPH-18, inicio temprano de actividad sexual, inmunosupresión y mutaciones genéticas (6). Las guías actuales no recomiendan cribado rutinario, citología o prueba de VPH, antes de los 21 años, lo que puede retrasar el diagnóstico. Muchos casos se detectan en etapas avanzadas debido a la falta de sospecha clínica (7).

Con respecto a las manifestaciones clínicas del carcinoma escamoso del cérvix, en etapas tempranas las pacientes suelen estar asintomáticas. Los síntomas más comúnmente referidos, cuando están presentes, son: sangrado vaginal, sangrado poscoital, dolor pélvico y dispareunia. En la mayoría de las mujeres afectadas, la exploración física es normal y el cuello uterino puede ser de aspecto sano en estadios iniciales. La enfermedad visible a simple vista exhibe una apariencia variable pues las lesiones pueden ser de característica exofítica o endofítica, alterar la forma del cuello uterino, o crecer como masas polipoides (8).

En relación con el tratamiento del cáncer cervicouterino, la quimiorradioterapia se reserva para estadios avanzados, pero con alto impacto en la fertilidad y la calidad de vida. (9) Las pacientes jóvenes suelen tener mejor pronóstico que las adultas, especialmente en estadios iniciales, con mayor supervivencia a 5 años en estadios I-II (85 % - 95 %) (10).

La vacunación contra el VPH tiene un impacto significativo en la prevención y futuro descenso de la incidencia del cáncer de cuello uterino en jóvenes. Los estudios realizados han mostrado una reducción significativa en lesiones precursoras en las poblaciones vacunadas (5,10).

El presente caso clínico está relacionado con una paciente de 20 años a quien se le diagnosticó cáncer epidermoide de cuello uterino, estadio IIB (FIGO 2018), VPH-16 positivo. Infrecuente a esta edad y primer caso reportado en Cumaná, Sucre, Venezuela.

CASO CLINICO

Se trata de paciente de sexo femenino, de 20 años, quien consultó por dolor pélvico y sangrado intermenstrual de 6 meses de evolución. Negó antecedentes oncológicos en sus familiares de primer y segundo grado; sin comorbilidades, nuligesta, con antecedente de menarquia a los 12 años, ciclos menstruales irregulares por presencia de implante subdérmico, colocado hace 3 años, inicio de actividad sexual a los 16 años, dos parejas sexuales. Refirió

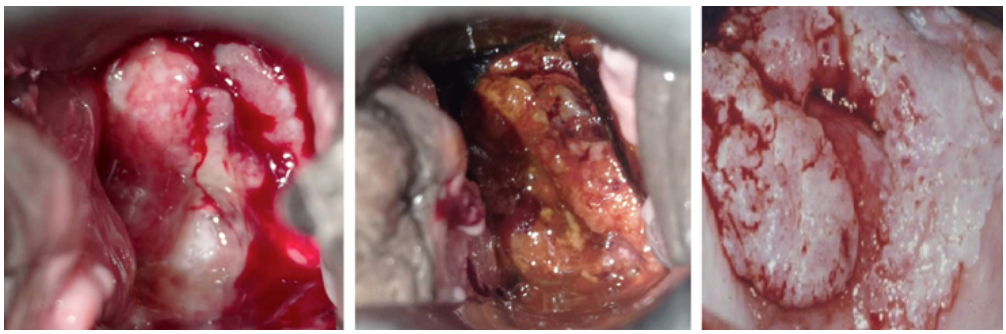


Figura 1. Colposcopia: Inadecauda. Se observa una masa exofítica, vegetante, de aspecto cerebroide, mamelonada, con areas de necrosis, vasos atípicos, y lagunas vasculares. Friable, sangrante al contacto.

inicio de la enfermedad actual en octubre de 2024 cuando presentó sangrado genital profuso asociando la causa al uso del implante subdérmico. Por persistir la sintomatología acudió a la consulta ginecológica en donde se evaluó y al examen físico se evidenció: frecuencia cardiaca de 77 latidos por minuto, presión arterial de 110/65 mm de Hg, frecuencia respiratoria de 19 respiraciones por minuto y temperatura de 36,8 grados Celsius. Estaba hidratada, con palidez cutáneo mucosa moderada, el tórax era simétrico, los ruidos cardiacos rítmicos, y sin soplos. A nivel respiratorio no hubo presencia de agregados pulmonares. Mamas simétricas, acordes a su edad, sin masas palpables. El abdomen estaba blando y había dolor a la palpación en hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal. Los genitales externos eran de aspecto normal. Se evidenció sangrado activo. Al tacto bimanual combinado: vagina normotérmica, normoelástica, cuello uterino central, con lesión palpable, de consistencia dura al tacto, que ocupaba todo el cérvix. Esfínter anal tónico, ampolla rectal vacía, parametrios infiltrados hasta tercio medio, bilateral. Resto del examen físico sin alteraciones evidentes. Se realizan las siguientes evaluaciones:

Colposcopia: Inadecauda. Se observó una masa exofítica, vegetante, de aspecto cerebroide, mamelonada, con areas de necrosis, vasos atípicos, y lagunas vasculares. Friable, sangrante al contacto (Figura 1).

Biopsia de cuello uterino, coloreada con hematoxilina y eosina, mostró tumor epitelial constituido por células escamosas atípicas que infiltraban en masa al estroma desmoplásico, infiltrado por células inflamatorias mixtas. Las células neoplásicas presentaban citoplasma abundante, núcleo aumentado de tamaño, pleomórfico, vesiculoso y nucleolos eosinofílicos. Mitosis atípicas. Se identificaron células con queratinización individual y áreas de necrosis. Se concluyó como carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado (Figura 2).

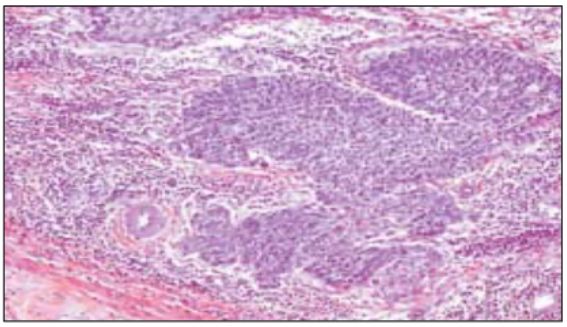


Figura 2. Biopsia de cuello uterino que muestra carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado

Inmunohistoquímica: P-16 positiva, Ki-67: 70 % (Figura 3).

Genotipificación viral: PCR-RT (reacción en cadena de polimerasa de transcripción inversa) positiva para VPH de alto riesgo, tipo 16.

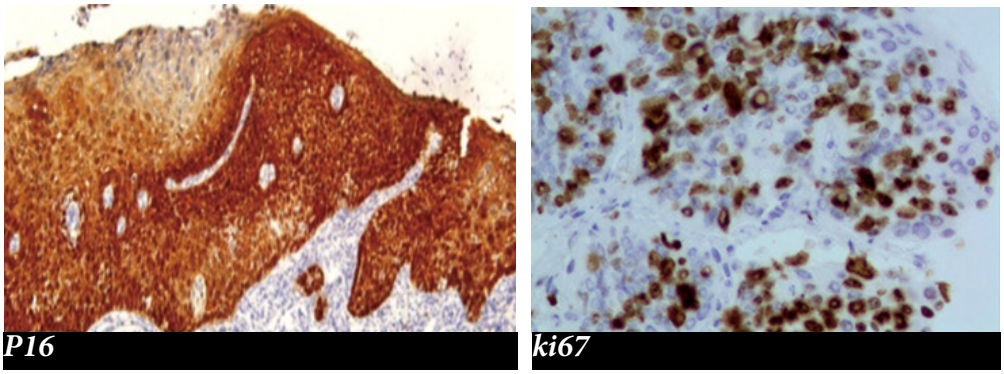


Figura 3. Inmunohistoquímica. P-16 Positiva. Las células muestran tinción citoplasmática y/o nuclear de color marrón, indicando integración de material genético de VPH y transformación celular. Ki 67 Positiva: 70 %. Se observan células con citoplasma marrón y núcleo de color rojo evidenciando integración viral y proliferación celular, las células cancerosas se están dividiendo activamente. Sugiere que el cáncer tiene mayor probabilidad de crecer y diseminarse rápidamente.

Pruebas Inmunológicas: linfocitos T CD4: 300 cel/ul; linfocitos T CD8: 500 cel/ul. Relación T CD4/TCD8: 0,60. Prueba para virus de inmunodeficiencia humana (VIH) negativa.

Tomografía axial computarizada (TAC) abdominopélvica con doble contraste, mostró engrosamiento a nivel de cuello uterino con invasión parametrial bilateral. Lesión en cérvix mide aproximadamente 50 mm (Figura 4).

Estadificación FIGO 2018: Estadio II-B. La paciente fue referida a los Servicios de Inmunología, Oncología y Radioterapia del Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá (HUAPA), Cumaná, Sucre. La valoración inmunológica concluyó inmunodeficiencia primaria. Actualmente en espera de inicio de tratamiento. La decisión terapéutica incluyó quimioterapia (cisplatino semanal), radioterapia externa concurrente más braquiterapia. Se planteó transposición ovárica laparoscópica previa a radioterapia para preservar la función endocrina.

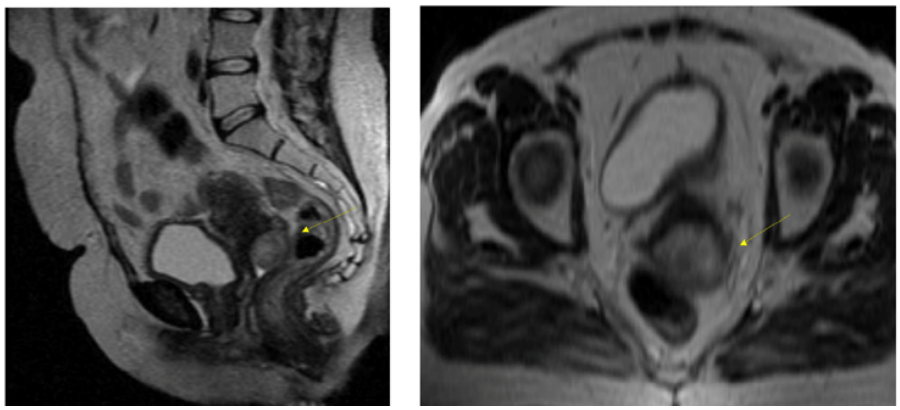


Figura 4. TAC abdominopélvica con doble contraste, mostró engrosamiento a nivel de cuello uterino con invasión parametrial bilateral

DISCUSIÓN

Se analiza el caso de una paciente de 20 años con diagnóstico de cáncer epidermoide de cuello uterino, estadio IIB (FIGO 2018), con prueba de VPH de alto riesgo positivo, genotipo 16 y Ki-67 de 70 %, considerado infrecuente a esta edad. Un alto índice de Ki-67 en el cáncer de cuello uterino puede indicar mal pronóstico, el tumor podría crecer y diseminarse más rápidamente con una proliferación celular rápida y potencialmente menor supervivencia (6).

El CCU en pacientes menores de 21 años representa solo el 0,3 % – 0,5 % de todos los casos, siendo el tipo epidermoide asociado a VPH-16 el más frecuente (70 % – 80 %) (6). A diferencia de las pacientes adultas, las adolescentes y jóvenes presentan desafíos únicos, un diagnóstico tardío por falta de cribado antes de los 25 años (7), necesidad de preservación de la fertilidad en estadios localmente avanzados y agresividad biológica en tumores asociados a VPH-16 (8, 11).

En esta paciente, la infección persistente por VPH-16 con rápida progresión a cáncer, podría explicarse por la inmunosupresión no vinculada a VIH, sugerida por los valores bajos de linfocitos T CD4 y T CD8 con prueba negativa de VIH, con la consecuente integración viral temprana del gen E6/E7, promoviendo inestabilidad genómica. En la literatura consultada se hace referencia a la inmunosupresión como factor de riesgo en la progresión rápida a cáncer; el VPH-16 fue el genotipo dominante, variantes AA, Afi en el 72 %, el cual muestra mayor agresividad en adolescentes, seguido de el VPH-18 en un 18 %, asociado a inicio sexual precoz (menores de 16 años), incrementando la probabilidad de transformación maligna. (12 - 14)

La paciente presenta un riesgo intermedio (estadio IIB sin afectación ganglionar); con el tratamiento planteado, la supervivencia esperada a los 5 años es de 65 % - 75 %, con una tasa de recurrencia local de 20 % - 30 % (9). Es fundamental la monitorización postratamiento, que debe incluir tomografía computarizada con emisión de positrones (PET-CT) cada 6 meses, ya que presenta mayor sensibilidad para detectar recurrencia, y preservar la salud ósea por la aceleración de la pérdida de densidad mineral debida a la quimio-radioterapia (QT-RT).

Aunque la QT-RT contraindica embarazos, la transposición ovárica permite mantener la función hormonal (8). Cabe destacar que ensayos recientes han demostrado que el pembrolizumab junto con el tratamiento radiante podría mejorar la supervivencia en jóvenes con CCU positivo a genotipos de VPH-alto riesgo.

El presente caso permite reflexionar sobre la rigidez de las conductas establecidas en las guías de consenso actuales, a nivel mundial, relacionadas con pacientes menores de 21 años. Las guías internacionales se basan en el hecho de que el cáncer de cuello uterino es raro en adolescentes y mujeres jóvenes, la incidencia e infección por VPH es común y las lesiones a menudo regresan. Se enfatiza en la evaluación innecesaria y, el tratamiento de lesiones cervicales preinvasivas, que tienen una alta probabilidad de regresión espontánea, es excesivo, y se asocia a un aumento del riesgo de problemas reproductivos. Se desalienta la realización de colposcopia para las anomalías citológicas menores en adolescentes y mujeres jóvenes, ya que identifica un número considerable de lesiones cervicales que tienen una importancia oncogénica mínima a largo plazo y podría resultar potencialmente perjudicial al provocar un tratamiento innecesario (10, 11, 13, 15). En vista de considerarse al cáncer de cuello uterino en menores de 21 años infrecuente, pero agresivo, con diagnóstico tardío en la mayoría de estos casos, es fundamental individualizar a cada paciente de este grupo etario a fin de efectuar una conducta oportuna.

CONCLUSIÓN

Los estudios confirman que el cáncer cervicouterino en las pacientes menores de 21 años es raro, menos del 0,5 % de los casos, pero suele estar asociado a infección por VPH de alto riesgo, especialmente VPH-16 y VPH-18, inicio temprano de actividad sexual, inmunosupresión y mutaciones genéticas. La vacunación contra el VPH es la principal estrategia preventiva. Es fundamental individualizar los casos en este grupo etario, priorizando la cirugía conservadora cuando sea posible. El CCU en jóvenes menores de 21 años con estadio IIB requiere quimioterapia-radioterapia como estándar, con estrategias como la transposición ovárica a fin de mejorar la calidad de vida.

La autora declara no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin. 2021;71(3):209-249. DOI: 10.3322/caac.21660.
2. Cancer Today. Age-Standardized Rate (World) per 100 000, Incidence and Mortality, Females, in 2022 Cervix uteri Latin America and the Caribbean [Internet]. International Agency for Research on Cancer; 2022 [consultado 24 de julio de 2025]. Disponible en: https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/bars?mode=population&cancers=23&types=0_1&sort_by=value1&group_populations=0&sexes=2&populations=152_170_218_604_68_862_904
3. WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention, second edition [Internet]. Ginebra: World Health Organization; [consultado 24 de julio de 2025]. Disponible en: https://iris.who.int/items/16652e25-1204-4d55-910b-9df5fd952f80
4. Okunade KS. Human papillomavirus and cervical cancer. J Obstet Gynaecol. 2020;40(5):602-608. DOI: 10.1080/01443615.2019.1634030. Erratum in: J Obstet Gynaecol. 2020;40(4):590. DOI:10.1080/01443615.2020.1713592.
5. Wei F, Georges D, Man I, Baussano I, Clifford GM. Causal attribution of human papillomavirus genotypes to invasive cervical cancer worldwide: a systematic analysis of the global literature. Lancet. 2024;404(10451):435-444. DOI: 10.1016/S0140-6736(24)01097-3.
6. Smith RA, Andrews KS, Brooks D, Fedewa SA, Manassaram-Baptiste D, Saslow D, *et al*. Cancer screening in the United States, 2018: A review of current American Cancer Society guidelines and current issues in cancer screening. CA Cancer J Clin. 2018;68(4):297-316. DOI: 10.3322/caac.21446.
7. Aka EK, Horo AG, Fanny M, Koffi AC, Olou L, Konan P, *et al*. The delay, symptoms, and survival of Ivorian adolescent girls and young adults with uterine cervical cancer. Gynecol Obstet Clin Med. 2021;1(3):153-159. DOI: 10.1016/j.gocm.2021.04.001
8. Morice P, Maulard A, Scherier S, Sanson C, Zarokian J, Zaccarini F, *et al*. Oncologic results of fertility sparing surgery of cervical cancer: An updated systematic review. Gynecol Oncol. 2022;165(1):169-183. DOI: 10.1016/j.ygyno.2022.01.023.
9. Naranjo HL, Villafuerte RJ, Rodríguez MA, Alonso Y. Condiciones que favorecen el desarrollo del cáncer cervicouterino en la adolescencia. Rev Finlay [Internet]. 2023 [consultado 24 de julio de 2025];13(2):209-215. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342023000200209
10. Drolet M, Bénard É, Pérez N, Brisson M; HPV Vaccination Impact Study Group. Population-level impact and herd effects following the introduction of human papillomavirus vaccination programmes: updated systematic review and meta-analysis. Lancet. 2019;394(10197):497-509. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)30298-3.
11. Castle PE, Schiffman M, Burk RD, Wacholder S, Hildesheim A, Herrero R, *et al*. Restricted cross-reactivity of hybrid capture 2 with nononcogenic human papillomavirus types. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev [Internet]. 2002 [consultado 24 de julio de 2025];11(11):1394-9. Disponible en: https://aacrjournals.org/cebp/article/11/11/1394/166650/Restricted-Cross-Reactivity-of-Hybrid-Capture-2
12. Trama JP, Trikannad C, Yang JJ, Adelson ME, Mordechai E. High-risk HPV genotype distribution according to cervical cytology and age. Open Forum Infect Dis. 2022;9(11):ofac595. DOI: 10.1093/ofid/ofac595

13. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2020 [consultado 24 de julio de 2025]. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107

14. Mellblom AV, Ruud E, Loge JH, Lie HC, Finset A. From Observation to Action: Developing and Pilot-Testing a Communication Tool for Follow-up Consultations with Adolescent Cancer Survivors. J Adolesc Young Adult Oncol. 2022;11(4):419-426. DOI: 10.1089/jayao.2021.0123.

15. Loopik DL, Bekkers RLM, Massuger LFAG, Melchers WJG, Siebers AG, Bentley J. Justifying conservative management of CIN2 in women younger than 25 years - A population-based study. Gynecol Oncol. 2019;152(1):82-86. DOI: 10.1016/j.ygyno.2018.10.038.

Recibido 9 de agosto de 2025
Aprobado para publicación 21 de octubre de 2025