



Universidad Católica de Santa María

Facultad de Obstetricia y Puericultura Segunda Especialidad en Prevención de Cáncer Cérvico Uterino y de Mamas

Cáncer Cérvico Uterino en hospital de nivel III de Arequipa - 2025

Trabajo académico presentado por:

Miranda Cjuno, Tania Araceli

ORCID: 0009-0006-0623-5224

para optar el Título de Segunda Especialidad en Prevención de Cáncer Cérvico Uterino y de
Mamas.

Asesor(a):

Dra. Flores Pari, Lizbeth Yannine

ORCID: 0000-0002-8736-2500

Arequipa – Perú

2026

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PREVENCIÓN DE CÁNCER CERVICU UTERINO Y
DE MAMAS**

SEGUNDA ESPECIALIDAD CON TRABAJO ACADÉMICO

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 09 de Enero del 2026

Dictamen: 016006-C-2026

Visto el borrador del expediente 016006, presentado por:

2023977722 - MIRANDA CJUNO TANIA ARACELI

Titulado:

CÁNCER CÉRVICO UTERINO EN HOSPITAL DE NIVEL III DE AREQUIPA - 2025

Nuestro dictamen es:

APROBADO

Título Profesional/Título de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

PREVENCIÓN DE CÁNCER CERVICU UTERINO Y DE MAMAS

**29374447 - FERNANDEZ VASQUEZ ARMIDA ANGELITA
DICTAMINADOR**



**29642489 - CARDENAS NUÑEZ YENHNY MARGARETH
DICTAMINADOR**



**29677873 - HERRERA CARDENAS MARCOS ERVETH
DICTAMINADOR**



Cáncer Cérvico Uterino en hospital de nivel III de Arequipa - 2025

INFORME DE ORIGINALIDAD

16%	13%	8%	10%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	2%
2	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	www.gob.pe Fuente de Internet	<1%
4	1library.co Fuente de Internet	<1%
5	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante	<1%
6	oncologiaclinica.aaoc.org.ar Fuente de Internet	<1%
7	Submitted to uncedu Trabajo del estudiante	<1%
8	repositorio.unsch.edu.pe Fuente de Internet	<1%
9	repositorio.unsaac.edu.pe Fuente de Internet	<1%
10	www.infovacunacion.co.cr Fuente de Internet	<1%
11	repositorio.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	<1%

DEDICATORIA

A Dios, por ser mi guía constante, por fortalecerme en los momentos de dificultad y alentarme a no rendirme jamás. Gracias por iluminar cada paso que he dado y por permitirme alcanzar esta meta tan significativa en mi vida.

A mis padres, Williams y Noemí, por ser mi base, mi impulso y mi refugio; gracias mamá por tu amor inagotable, por tu paciencia, tus consejos y por enseñarme que cada caída es solo una oportunidad para levantarme con más fuerza; gracias papá por tu dedicación y sacrificio silencioso, por trabajar sin descanso para darme lo mejor y por mostrarme con tu ejemplo el valor del esfuerzo, la fe y la perseverancia.

A mi hermano Leonel, por su ternura, su cariño inquebrantable y por estar siempre presente, regalándome alegría en los momentos más difíciles.

Este logro no es solo mío, es de ustedes. Gracias por caminar conmigo, por creer en mí y por enseñarme que los sueños, con amor y esfuerzo, sí se cumplen.



AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradezco a Dios por guiar cada paso de mi vida, por su amor incondicional, por brindarme la fuerza necesaria en los momentos más desafiantes y por permitirme llegar hasta aquí con fe y esperanza; sin su luz, este logro no habría sido posible.

Con todo mi amor y reconocimiento, agradezco a mis padres, Williams y Noemí, quienes han sido y seguirán siendo mi mayor motivación. Gracias por su apoyo incondicional, por creer en mí, incluso cuando yo misma dudaba, y por enseñarme qué con esfuerzo, sacrificio y valores firmes, todo es posible. Este logro es tan suyo como mío.

A mi hermano Leonel, gracias por estar siempre, por tu cariño genuino y por ser una fuente constante de alegría y apoyo.

Mi profundo agradecimiento a la Dra. Lizbeth Yannine Flores Pari, por su valioso acompañamiento como asesora de este trabajo de investigación. Su orientación, paciencia y compromiso fueron fundamentales para culminar esta etapa.

Gracias también a los docentes, dictaminadores y facilitadores que dejaron huella a lo largo de mi formación; cada uno, desde su experiencia y dedicación, contribuyó de forma significativa a mi desarrollo académico y personal, me llevo con gratitud cada enseñanza recibida.

Finalmente, a todas las personas que me acompañaron a lo largo de este camino, gracias por su compañía, sus palabras de aliento y por compartir conmigo cada paso de esta hermosa etapa. Culmino este capítulo con el corazón lleno de gratitud.

RESUMEN

Objetivo: Presentar de forma estructurada los antecedentes personales, ginecológicos y familiares registrados en la historia clínica; analizar críticamente la evolución del caso y el tratamiento según el estadio de la enfermedad; y promover medidas de prevención primaria y secundaria orientadas a disminuir el riesgo de cáncer cervicouterino. **Método:** Se realizó un estudio de caso basado en la revisión detallada de la historia médica de una paciente de 40 años consultante por dolor abdominal y sangrado transvaginal persistente. Se recopilaron datos sobre antecedentes, evolución de síntomas, hallazgos físicos, estudios complementarios y la intervención terapéutica. La descripción del caso se amplió en el resumen para ofrecer una visión más completa de su evolución. **Resultados:** La paciente presentó un cuadro de tres meses caracterizado por metrorragia progresiva y dolor abdominal, que culminó en anemia severa (Hb 6.6 g/dL) y necesidad de transfusión. La ecografía inicial evidenció engrosamiento endometrial, motivando un legrado que no resolvió el sangrado. Una biopsia posterior confirmó neoplasia maligna. En la reevaluación se observó un cuello uterino exofítico y sangrante, y la tomografía reveló una lesión cervical infiltrante de 34 × 29 mm con adenopatías sospechosas. El estudio histopatológico identificó un carcinoma epidermoide invasor G2, compatible con un estadio FIGO III–IV. La evaluación multidisciplinaria indicó quimioterapia con platinos y radioterapia externa, junto con seguimiento imagenológico tras el tercer ciclo. **Conclusiones:** La revisión del caso permitió identificar antecedentes personales, ginecológicos y familiares relevantes, como la edad, la paridad, el número de parejas sexuales, el tipo de tamizaje según la edad, el sangrado vaginal anormal, el dolor abdominal recurrente, los ciclos menstruales irregulares y la diabetes mellitus tipo 2 en la madre, los cuales ayudaron a contextualizar el cuadro clínico y comprender su influencia en la progresión de la enfermedad. El análisis clínico confirmó un carcinoma cervicouterino en estadio avanzado, sustentado en hallazgos físicos, imagenológicos y anatomopatológicos, lo que justificó el inicio inmediato de quimioterapia y radioterapia dentro de un manejo multidisciplinario e integral. Asimismo, este caso evidencia la necesidad de fortalecer la prevención primaria y secundaria mediante la vacunación contra el VPH, el tamizaje periódico y la educación en salud, con el fin de detectar lesiones precursoras de manera temprana, reducir la incidencia del cáncer cervicouterino y evitar diagnósticos en etapas avanzadas.

Palabras clave: Cáncer de cuello uterino, prevención, virus del Papiloma Humano.

ABSTRACT

Objective: To present, in a structured manner, the personal, gynecological, and family history recorded in the medical chart; to critically analyze the clinical evolution of the case and the treatment according to the stage of the disease; and to promote primary and secondary prevention measures aimed at reducing the risk of cervical cancer. **Method:** A case study was conducted based on a detailed review of the medical history of a 40-year-old patient who presented with abdominal pain and persistent transvaginal bleeding. Information was collected on her medical background, the progression of symptoms, physical findings, complementary studies, and therapeutic intervention. The case description was expanded within the abstract to provide a more comprehensive overview of its clinical course. **Results:** The patient presented a three-month history marked by progressive metrorrhagia and abdominal pain, which led to severe anemia (Hb 6.6 g/dL) requiring blood transfusion. The initial transvaginal ultrasound showed endometrial thickening, prompting a curettage that did not resolve the bleeding. A subsequent biopsy confirmed malignant neoplasia. Upon reevaluation, an exophytic, indurated, friable, and bleeding cervical lesion was observed. CT imaging revealed an infiltrative cervical mass measuring 34 × 29 mm with suspicious pelvic lymphadenopathy. Histopathological analysis identified a moderately differentiated invasive squamous cell carcinoma (G2), consistent with an advanced FIGO stage III–IV. A multidisciplinary team recommended platinum-based chemotherapy and external radiotherapy, along with imaging follow-up after the third treatment cycle. **Conclusions:** The case review made it possible to identify relevant personal, gynecological, and family history factors, such as age, parity, number of sexual partners, the type of screening according to age, abnormal vaginal bleeding, recurrent abdominal pain, irregular menstrual cycles, and the mother's type 2 diabetes mellitus, all of which helped contextualize the clinical picture and understand their influence on disease progression. The clinical analysis confirmed advanced-stage cervical cancer, supported by physical, imaging, and anatomopathological findings, which justified the immediate initiation of chemotherapy and radiotherapy within a multidisciplinary and comprehensive management approach. Likewise, this case highlights the need to strengthen primary and secondary prevention through HPV vaccination, periodic screening, and health education in order to detect precursor lesions early, reduce the incidence of cervical cancer, and prevent diagnoses at advanced stages.

Keywords: Cervical cancer, prevention, Human Papillomavirus.

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

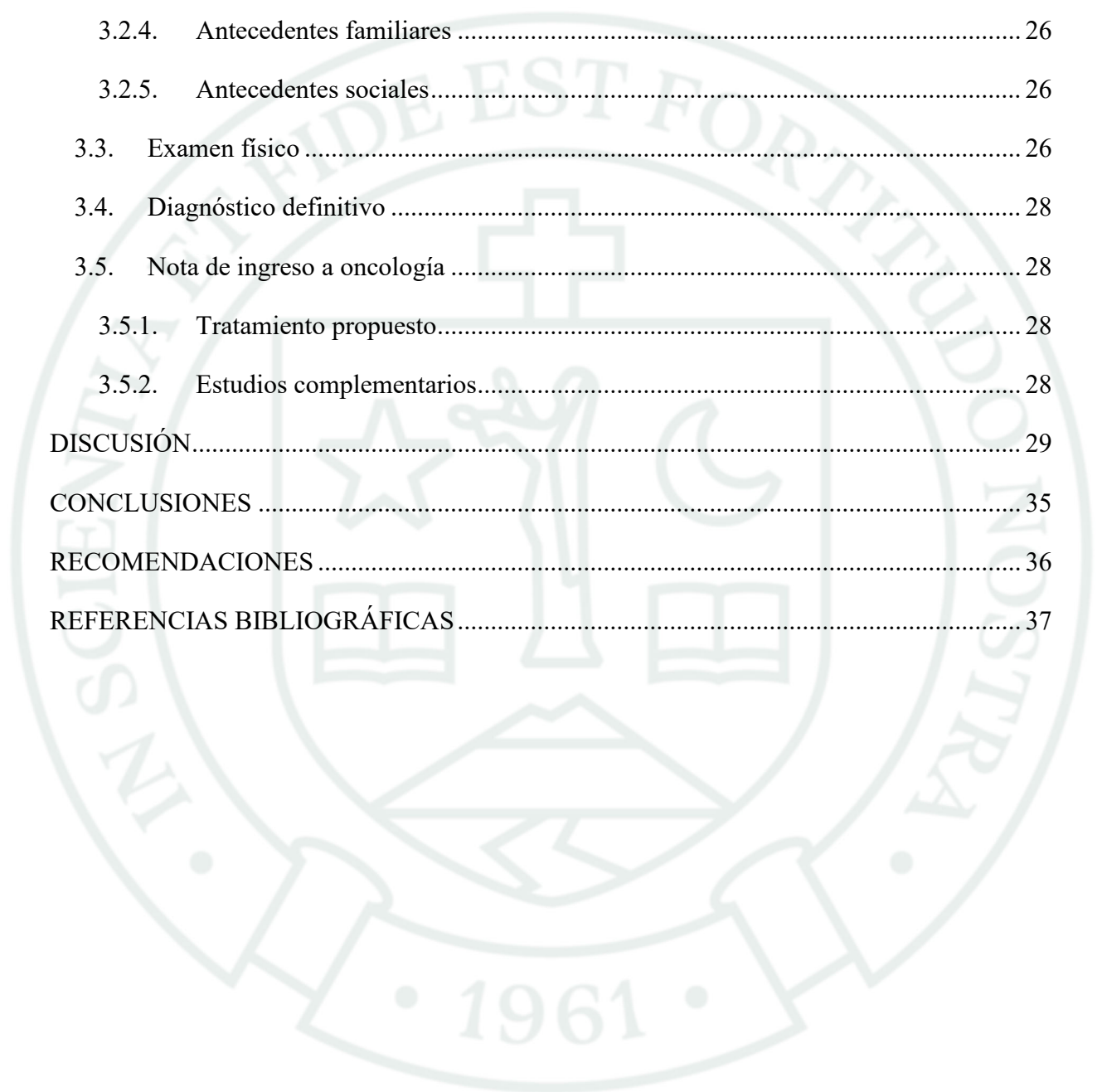
RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO	3
1. Marco teórico	4
1.1. Introducción al cáncer cervicouterino	4
1.2. Etiopatogenia del carcinoma de cuello uterino.....	4
1.3. Manifestaciones clínicas y progresión del tumor	5
1.4. Diagnóstico y estadificación clínica.....	5
1.5. Tratamiento del carcinoma cervical en estadio avanzado	6
1.6. Diagnóstico diferencial.....	6
1.6.1. Patologías benignas	6
1.6.2. Otras neoplasias ginecológicas.....	7
1.6.3. Patologías infecciosas	7
1.6.4. Lesiones premalignas	7
1.7. Estratificación y estadificación del cáncer cervicouterino	7
1.7.1. Fundamentos y cambios recientes en FIGO.....	7
1.7.2. Rol de la imagen en la estadificación actual	8
1.7.3. Subestadios con compromiso ganglionar (IIC1 vs IIC2)	8
1.7.4. Síntesis operativa por estadios (enfoque clínico-patológico).....	8
1.7.5. Estrategias terapéuticas según estadio (panorama actualizado).....	8
1.8. Lesiones intraepiteliales del cuello uterino (NIC/CIN): clasificación, riesgo y manejo actual	9

1.8.1.	Definición y correspondencia con citología.....	9
1.8.2.	Riesgo de progresión y regresión: evidencia reciente	9
1.8.3.	Actualizaciones normativas para el manejo basado en riesgo	9
1.8.4.	Genotipado VPH y triaje avanzado	9
1.9.	Grado de diferenciación tumoral y su interacción con el estadio clínico	10
1.9.1.	Marco morfológico contemporáneo: OMS quinta edición	10
1.9.2.	Adenocarcinoma: clasificación IECC y patrón de Silva.....	10
1.9.3.	Escamoso: del G1–G3 a sistemas alternativos (TBNS).....	10
1.9.4.	Cómo se integra el grado con el estadio (implicaciones clínicas).....	11
1.10.	Integración con programas de tamizaje y prevención secundaria	11
1.11.	Factores pronósticos en el carcinoma cervicouterino	11
1.12.	Prevención del cáncer de cuello uterino en el Perú	12
1.12.1.	Vacunación contra el VPH.....	13
1.12.2.	Papanicolaou (PAP)	14
1.12.3.	Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)	15
1.12.4.	Prueba molecular de VPH (PCR-VPH)	16
1.13.	Seguimiento clínico y vigilancia postratamiento.....	17
1.14.	Consideraciones terapéuticas en estadios avanzados.....	17
1.15.	Impacto del diagnóstico tardío en el pronóstico individual.....	18
2.	Antecedentes investigativos.....	19
CAPÍTULO II MARCO METODOLÓGICO.....		21
3.	Presentación de caso clínico	22
3.1.	Anamnesis	22
3.1.1.	Filiación.....	22
3.1.2.	Enfermedad actual:.....	23
3.1.3.	Funciones biológicas	25

3.2. Antecedentes.....	25
3.2.1. Antecedentes personales	25
3.2.2. Antecedentes patológicos	25
3.2.3. Antecedentes ginecológicos	26
3.2.4. Antecedentes familiares	26
3.2.5. Antecedentes sociales.....	26
3.3. Examen físico	26
3.4. Diagnóstico definitivo	28
3.5. Nota de ingreso a oncología	28
3.5.1. Tratamiento propuesto.....	28
3.5.2. Estudios complementarios.....	28
DISCUSIÓN.....	29
CONCLUSIONES	35
RECOMENDACIONES	36
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37



ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 Tomografía computarizada con contraste donde se evidencia tumoración cancerosa.....	44
Anexo 2 Informe anátomo patológico.....	45
Anexo 3 Analisis de laboratorio.....	46



INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino continúa siendo un problema de salud pública significativo a nivel mundial, especialmente en regiones con acceso limitado a servicios de prevención y tratamiento. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2022 se registraron aproximadamente 660 000 nuevos casos y más de 350 000 muertes por esta neoplasia, cifras que evidencian la necesidad urgente de fortalecer las estrategias de tamizaje y vacunación en países de ingresos bajos y medianos, donde se concentra más del 85 % de la carga de enfermedad (1).

La prevención primaria —vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH)— y la prevención secundaria —tamizaje oportuno— constituyen las intervenciones más costo-efectivas; sin embargo, en América Latina persisten brechas en su implementación y cobertura, condicionadas por inequidades sociales, desinformación y dificultades de acceso al sistema de salud. Modelos recientes muestran que incrementar la cobertura vacunal y de tamizaje en países de ingresos medios podría evitar una gran proporción de casos y muertes por cáncer de cuello uterino a lo largo de la vida (2,3).

A pesar de que el VPH es reconocido como el principal agente etiológico presente en más del 99 % de los casos, la cobertura de vacunación aún resulta insuficiente a nivel global. Según un análisis publicado en *Frontiers in Public Health* 2024, se proyecta un aumento del 56,8 % en la incidencia y un 80,7 % en la mortalidad por cáncer cervical hacia el año 2050 si no se fortalecen las políticas de prevención y detección oportuna (4).

En países como Estados Unidos, donde existen programas sostenidos de tamizaje y vacunación, la tendencia ha sido positiva. El Surveillance, Epidemiology, and End Results Program (SEER) señala que la incidencia en mujeres jóvenes ha disminuido drásticamente gracias a la vacunación, con una reducción del 65 % entre 2012 y 2019 en el grupo de 20 a 24 años. No obstante, en mujeres de 30 a 44 años, la tasa ha mostrado un ligero incremento en los últimos años (5).

De manera similar, un informe de The Guardian 2025 advierte que un tercio de las mujeres en edad de tamizaje en el Reino Unido se encontraba retrasado en sus controles, mientras que las tasas de vacunación han disminuido progresivamente desde la pandemia (6).

En el Perú, persisten desigualdades en el acceso y uso de servicios preventivos para cáncer en mujeres, incluido el papanicolaou, según etnicidad, nivel educativo y ruralidad; cerrar estas brechas es prioritario para mejorar la detección temprana (7).

Además, la vacunación contra el VPH sufrió caídas importantes en 2020–2021, lo que hizo necesario implementar estrategias de “catch-up”, es decir, acciones de recuperación orientadas a vacunar a las cohortes que no recibieron sus dosis en el momento oportuno (8). Aunque el país ha realizado esfuerzos en este sentido, la adherencia al tamizaje citológico continúa mostrando dificultades de origen socioeconómico (9).

A nivel de Arequipa, según Medina et al 2025, reportan la distribución de genotipos de alto riesgo, siendo relevante la presencia del VPH 16 y del RH-VPH, esta información disponible no resulta suficiente para orientar estrategias locales de prevención y seguimiento. Esta limitación se vincula principalmente a la escasa información con la que cuentan tanto los padres como la población en general. Se sabe que una de las medidas preventivas más promovidas a nivel mundial es la vacunación en mujeres antes del inicio de la actividad sexual, lo cual requiere del consentimiento de los padres. Sin embargo, debido a la falta de información y a la baja importancia que la población otorga al tamizaje primario, la cobertura de vacunación no logra alcanzar los estándares esperados. Esto contribuye a que el riesgo de infección se incremente en la región (10).

Dadas estas tendencias globales y regionales, es fundamental revisar de manera crítica las características clínicas, diagnósticas y terapéuticas de casos reales. Por ello, a continuación, se presentará el análisis de un caso de estudio que permitirá examinar en profundidad los desafíos actuales en la detección y manejo integral del cáncer de cuello uterino, desde una perspectiva clínica, epidemiológica y de salud pública.

En este contexto, el presente trabajo tiene como propósito exponer de forma estructurada los antecedentes personales, ginecológicos y familiares registrados en la historia clínica, analizar críticamente la evolución del caso clínico y el tratamiento instaurado según el estadio de la enfermedad y, finalmente, promover medidas de prevención primaria y secundaria orientadas a reducir el riesgo de cáncer cervicouterino.

El trabajo se encuentra organizado de la siguiente manera: en el Capítulo I se desarrolla el marco teórico, donde se abordan los fundamentos conceptuales del cáncer de cuello uterino, su etiopatogenia, manifestaciones clínicas, diagnóstico, tratamiento y estrategias preventivas. En el Capítulo II se presenta el marco metodológico, que describe detalladamente el caso clínico, la anamnesis, los antecedentes, los exámenes complementarios y el diagnóstico definitivo. Posteriormente, en el Capítulo III se expone la discusión, se analizan los hallazgos clínicos a la luz de la evidencia científica actual. Finalmente, se exponen las Conclusiones y Recomendaciones, orientadas a fortalecer la detección temprana y la prevención integral del cáncer cervicouterino.



CAPÍTULO I
MARCO TEÓRICO

1. Marco teórico

1.1. Introducción al cáncer cervicouterino

El cáncer de cuello uterino constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en mujeres a nivel mundial, especialmente en contextos donde el acceso a programas de prevención y diagnóstico temprano es limitado. Se trata de una neoplasia originada en el epitelio del cuello uterino, generalmente como consecuencia de la infección persistente por virus del papiloma humano (HPV), el cual es considerado el principal agente etiológico. En el año 2022, este tipo de cáncer fue la segunda neoplasia más frecuente entre mujeres, con 4 809 casos nuevos reportados. Además, provocó 2 545 muertes, lo que subraya su impacto sanitario en el país, con una distribución desproporcionada en países de ingresos bajos y medios (11).

Desde una perspectiva clínica, el cáncer cervicouterino ofrece un amplio espectro de presentaciones, que va desde lesiones pre invasivas asintomáticas hasta estadios avanzados con manifestaciones hemorrágicas, dolor pélvico, e incluso compromiso sistémico. La enfermedad, aunque prevenible en la mayoría de los casos, continúa siendo diagnosticada en fases tardías, como el caso que motiva este análisis, en el cual se identificó un carcinoma epidermoide invasor moderadamente diferenciado en estadio avanzado (FIGO III–IV), con compromiso anatómico significativo (12).

1.2. Etiopatogenia del carcinoma de cuello uterino

La fisiopatología del cáncer cervicouterino está estrechamente relacionada con la infección persistente por HPV, especialmente por los genotipos de alto riesgo oncogénico como el 16 y el 18. En condiciones normales, el sistema inmunológico logra eliminar la infección en un plazo aproximado de 12 a 24 meses. Sin embargo, en un grupo reducido de mujeres, el virus persiste, se integra al genoma celular y desencadena una cascada oncogénica que compromete los mecanismos de regulación del ciclo celular (13).

Las oncoproteínas E6 y E7 del HPV interfieren con los genes supresores tumorales p53 y Rb, respectivamente, lo que conduce a una proliferación celular descontrolada, resistencia a la apoptosis y acumulación de mutaciones genéticas. Este proceso puede extenderse durante años, avanzando desde lesiones intraepiteliales (NIC) de bajo grado hacia displasias severas, carcinoma in situ y, finalmente, carcinoma invasor. El subtipo epidermoide es el más frecuente, representando aproximadamente el 75% de los casos, y se origina típicamente en la zona de transformación del epitelio escamoso del exocérnix (14).

1.3. Manifestaciones clínicas y progresión del tumor

En sus etapas iniciales, el cáncer de cuello uterino puede cursar de manera silente, sin signos clínicos perceptibles. No obstante, en estadios más avanzados, comienzan a aparecer síntomas específicos que reflejan el compromiso local de la lesión. Entre ellos, el sangrado vaginal fuera del ciclo esperado puede ser muy abundante o solo en forma de manchas, con sangre de color rojo intenso, rosado, marrón oscuro o casi negro, y a veces acompañado de coágulos. El caso analizado representa una progresión clínica avanzada, en la cual el sangrado se mantuvo constante, acompañado de coágulos, dolor pélvico y alteraciones hematológicas, como anemia severa. Estas manifestaciones son típicas de una masa tumoral ulcerada, con vascularización anómala, que invade estructuras vecinas como el endometrio y los parametrios. El hallazgo físico de un cuello uterino exofítico hace relevancia a una lesión o crecimiento que sobresale hacia afuera de la superficie del cuello uterino, friable; es decir, que se lesiona con facilidad al mínimo contacto y sangrante al tacto, junto con las imágenes tomográficas que muestran infiltración cervical extensa confirman el carácter invasivo del tumor (15).

1.4. Diagnóstico y estadificación clínica

El abordaje diagnóstico del cáncer de cuello uterino combina métodos citológicos, moleculares, imagenológicos e histopatológicos. Si bien el papanicolaou (PAP) continúa siendo una herramienta eficaz para la detección de lesiones precancerosas, su sensibilidad es limitada en casos ya invasivos. Por ello, cuando existen signos clínicos sugestivos debe realizarse una colposcopia con biopsia dirigida, como se efectuó en este caso. En los últimos años, las pruebas moleculares para la detección del ADN del virus del papiloma humano (VPH) conocidas en el Perú como DTH (detección molecular de VPH de alto riesgo) han demostrado mayor sensibilidad que la citología convencional y constituyen el método de elección para tamizaje primario en numerosos países. Estas pruebas permiten identificar tempranamente infecciones persistentes con VPH oncogénico y pueden realizarse tanto mediante toma clínica como por auto toma, lo que facilita el acceso en poblaciones con limitaciones geográficas (16).

De acuerdo con la Norma Técnica de Salud para la Prevención y Control del Cáncer de Cuello Uterino del MINSA (2020), en el Perú se recomienda el tamizaje con prueba molecular de VPH en mujeres de 30 a 49 años cada 5 años. El papanicolaou se mantiene como alternativa en contextos donde no se dispone de pruebas moleculares. En caso de resultado positivo para VPH de alto riesgo, corresponde la realización de colposcopia y biopsia para confirmar el diagnóstico histopatológico y definir el tratamiento oportuno (17).

1.5. Tratamiento del carcinoma cervical en estadio avanzado

En casos de carcinoma de cuello uterino localmente avanzado, como el analizado, la opción terapéutica de primera línea es la combinación de quimioterapia y radioterapia (QT-RT). El uso de cisplatino como agente radio sensibilizante ha demostrado mejorar la sobrevida libre de progresión y reducir el riesgo de recurrencia. El objetivo terapéutico en estos estadios no es solo curativo, sino también paliativo funcional, especialmente en pacientes con síntomas hemorrágicos activos y compromiso del estado general. La decisión de iniciar quimioterapia ambulatoria y planificar radioterapia externa responde a protocolos bien establecidos en las guías Red Nacional Integral del Cáncer “National Comprehensive Cancer Network” (NCCN) y Sociedad Europea de Oncología Médica “European Society for Medical Oncology” (ESMO). La respuesta a estos esquemas puede permitir una reevaluación de la resecabilidad quirúrgica en pacientes seleccionadas, aunque no es la norma en estadios FIGO III-IV (18).

1.6. Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial del cáncer cervicouterino es un apartado clave, ya que existen diversas patologías benignas y malignas que pueden simular su cuadro clínico e incluso sus hallazgos en estudios de imagen o laboratorio. A continuación, te lo presento de forma estructurada y académica (19).

1.6.1. Patologías benignas

- Erosión o ectropión cervical: puede causar sangrado poscoital o secreción, confundible con lesiones malignas.
- Cervicitis crónica: inflamación del cuello uterino que ocasiona sangrado y flujo anormal.
- Pólipos endocervicales: suelen generar metrorragia o sangrado intermenstrual.
- Miomas submucosos: pueden presentarse con sangrado uterino anormal y dolor pélvico.
- Endometriosis cervical: raramente produce masas o sangrado anormal, simulando una lesión tumoral (19).

1.6.2. Otras neoplasias ginecológicas

- Cáncer de endometrio: especialmente en mujeres con sangrado anormal.
- Cáncer de ovario con extensión a cuello uterino.
- Cáncer de vagina: puede presentarse con masas o sangrado vaginal.
- Tumores metastásicos al cuello uterino (mama, colon, estómago) (19).

1.6.3. Patologías infecciosas

- Infección por virus del papiloma humano (VPH): lesiones intraepiteliales de alto grado (NIC 2-3) que pueden confundirse con carcinoma invasor.
- Tuberculosis genital: puede producir úlceras y masas en cuello uterino semejantes a cáncer.
- Otras infecciones ulcerativas crónicas (ej. sífilis, herpes) (19).

1.6.4. Lesiones premalignas

- Neoplasia intraepitelial cervical (NIC): lesiones precursoras que deben diferenciarse de carcinoma invasor mediante biopsia e histopatología (20).

1.7. Estratificación y estadificación del cáncer cervicouterino

1.7.1. Fundamentos y cambios recientes en FIGO

La actualización de FIGO 2018 supuso un giro conceptual al integrar imagen y patología en la estadificación (además de la valoración clínica), con impacto directo en la selección terapéutica y en la estimación pronóstica. Lo más relevante fue: (a) la subdivisión del estadio IB estrictamente por tamaño tumoral (IB1 ≤ 2 cm; IB2 $>2-\leq 4$ cm; IB3 >4 cm), (b) la creación del estadio IIIC para la afectación ganglionar confirmada por imagen o patología, distinguiendo IIIC1 (pélvica) y IIIC2 (paraaórtica), y (c) la eliminación del componente horizontal en IA en favor de la profundidad de invasión. Estas modificaciones han sido validadas en revisiones recientes y se recomiendan para la práctica clínica habitual (21).

1.7.2. Rol de la imagen en la estadificación actual

La evidencia más reciente respalda el uso de RM pélvica para determinar tamaño tumoral, extensión parametrial y vaginal, y de PET-TC para estadificación ganglionar, integrándolas en algoritmos de decisión. Las guías europeas actualizadas enfatizan que la imagen de alta calidad reduce errores de estadificación y modifica conductas terapéuticas (por ejemplo, indicar radioquimioterapia concurrente en enfermedad localmente avanzada o con nodos positivos) (22).

1.7.3. Subestadios con compromiso ganglionar (IIIC1 vs IIIC2)

Datos contemporáneos muestran diferencias pronósticas entre IIIC1 y IIIC2, con peor supervivencia cuando existe afectación paraaórtica, lo que racionaliza su separación en FIGO 2018 y orienta la extensión de campos de radioterapia y la intensificación sistémica (23).

1.7.4. Síntesis operativa por estadios (enfoque clínico-patológico)

- Estadio I: tumor confinado al cuello (microinvasión IA definida por profundidad; lesiones visibles o >5 mm de invasión en IB, estratificado por tamaño).
 - Estadio II: extensión más allá del cuello sin pared pélvica ni tercio inferior vaginal (IIA–IIB según invasión parametrial).
 - Estadio III: pared pélvica y/o tercio inferior de vagina y/o hidronefrosis/riñón no funcionando; incluye IIIC por ganglios pélvicos o paraaórticos positivos.
 - Estadio IV: invasión vesical/rectal (IVAA) o metástasis a distancia (IVB).
- Las guías ESMO vigentes recomiendan integrar los hallazgos radiológicos y patológicos en la decisión final (cirugía, radioquimioterapia, terapias sistémicas) (24).

1.7.5. Estrategias terapéuticas según estadio (panorama actualizado)

El manejo contemporáneo se alinea con guías ESGO/ESTRO/ESP: cirugía con preservación de fertilidad en estadios muy precoces seleccionados; histerectomía radical o radioquimioterapia en enfermedad temprana de alto riesgo; y radioquimioterapia concurrente como estándar en enfermedad localmente avanzada, con adiciones según respuesta e imagen (25).

1.8. Lesiones intraepiteliales del cuello uterino (NIC/CIN): clasificación, riesgo y manejo actual

1.8.1. Definición y correspondencia con citología

La neoplasia intraepitelial cervical (NIC o CIN) se clasifica histológicamente en CIN1 (bajo grado), CIN2 y CIN3 (alto grado). En práctica clínica, esta gradación se correlaciona con la citología LSIL/HSIL y se integra con pruebas moleculares de VPH para el triaje y la conducción del manejo. Las guías de 2021 de la OMS consolidaron el uso del ADN-VPH como tamizaje primario de elección, superando la citología en sensibilidad (26).

1.8.2. Riesgo de progresión y regresión: evidencia reciente

La literatura más nueva muestra que CIN2 tiene un alto potencial de regresión bajo vigilancia bien seleccionada, con una progresión muy baja a corto-mediano plazo (alrededor del 1 % en metaanálisis), lo que respalda estrategias conservadoras en mujeres jóvenes o con deseos reproductivos, siempre con seguimiento riguroso (27).

Por otra parte, análisis de cohortes y revisiones con seguimiento prolongado alertan que la vigilancia prolongada de CIN2 puede asociarse a mayor riesgo acumulado de cáncer invasor a 10–20 años frente al tratamiento excisional, por lo que la indicación debe individualizarse (edad, genotipos de alto riesgo, adherencia al control) (28).

1.8.3. Actualizaciones normativas para el manejo basado en riesgo

Las actualizaciones 2024 de ASCCP (riesgo-basadas) clarifican escenarios de observación de CIN2, los intervalos de control post-tratamiento y el retorno seguro a cribado de rutina, reforzando la toma de decisiones según riesgo inmediato y a 5 años (combinando historia, citología, VPH y colposcopia) (29).

1.8.4. Genotipado VPH y triaje avanzado

El genotipado 16/18 incrementa la precisión para identificar CIN2+ que requieren intervención o colposcopia temprana y reduce procedimientos innecesarios en genotipos de menor riesgo; estudios recientes en práctica clínica corroboran su utilidad cuando se combina con citología o pruebas réflex (30).

1.9. Grado de diferenciación tumoral y su interacción con el estadio clínico

1.9.1. Marco morfológico contemporáneo: OMS quinta edición

La OMS (quinta edición, 2020) introdujo un cambio conceptual al estratificar por asociación a VPH (tumores VPH-asociados vs. VPH-independientes) tanto en escamosos como en adenocarcinomas, lo que posee relevancia pronóstica y terapéutica. Aunque los informes siguen consignando grado de diferenciación (G1–G3), la OMS no impone un único sistema de gradación universal y subraya otros factores robustos (extensión, márgenes, LVSI, estado ganglionar) (31).

1.9.2. Adenocarcinoma: clasificación IECC y patrón de Silva

En adenocarcinoma endocervical, la clasificación IECC distingue tumores VPH-asociados y no asociados basándose en morfología y marcadores (p16), y su adopción ha mejorado la reproducibilidad diagnóstica. Complementariamente, el patrón de invasión de Silva (A, B, C) estratifica el riesgo de metástasis y recurrencia independientemente del “grado” convencional, guiando la extensión quirúrgica y la necesidad de adyuvancia (32). En términos prácticos, patrones B/C se asocian a mayor riesgo de afectación ganglionar y recurrencia frente a patrón A, con implicaciones directas en el tratamiento conservador (33).

1.9.3. Escamoso: del G1–G3 a sistemas alternativos (TBNS)

En carcinoma escamoso, el grado convencional (bien/moderado/pobremente diferenciado) tiene valor limitado frente a variables como tamaño, profundidad, LVSI y estado ganglionar. En los últimos años han emergido esquemas de alta potencia pronóstica como el TBNS (Tumor Budding + tamaño de nidos celulares), que supera la gradación clásica para predecir recurrencia y metástasis; revisiones y validaciones recientes lo señalan como candidato a incorporarse en informes estandarizados (34). Estudios de confirmación en carcinoma escamoso cervical demuestran la robustez del TBNS, con mejor discriminación de riesgo que G1–G3, lo que puede refinar la indicación de adyuvancia en estadios tempranos (35).

1.9.4. Cómo se integra el grado con el estadio (implicaciones clínicas)

- Estadios I (enfermedad temprana): un G3, la presencia de LVSI y una profundidad de invasión elevada pueden desplazar la conducta hacia tratamientos más radicales o a adyuvancia (radioterapia o radioquimio), incluso con márgenes negativos. En adenocarcinoma, Silva B/C o tumores VPH-independientes justifican ampliar la evaluación ganglionar y considerar intensificación (36).
- Estadios localmente avanzados (III–IV): el volumen tumoral y, sobre todo, el compromiso ganglionar (IIC1/IIC2) dominan el pronóstico por encima del grado, orientando a radioquimioterapia concurrente y eventual terapia sistémica adicional según respuesta (24).

1.10. Integración con programas de tamizaje y prevención secundaria

Los programas modernos privilegian el tamizaje primario con ADN-VPH y el triaje basado en genotipado 16/18 y citología, estrategia que aumenta la detección de CIN2+ y permite segmentar seguimiento/tratamiento según riesgo (edad, historia, resultado colposcópico). Esta lógica de gestión basada en riesgo se ha actualizado recientemente para definir observación segura de CIN2, tiempos de control post-tratamiento y retorno a intervalos de tamizaje ampliados en pacientes de bajo riesgo (37).

1.11. Factores pronósticos en el carcinoma cervicouterino

El pronóstico de las pacientes con cáncer de cuello uterino depende de múltiples variables, tanto tumorales como del huésped. En el contexto del caso clínico, es importante considerar los siguientes elementos:

- Estadio clínico (FIGO): el factor pronóstico más determinante. Las tasas de supervivencia a 5 años oscilan del 90% (estadio I) al 35–40% (estadio III–IV).
- Tamaño tumoral: lesiones mayores a 4 cm (clasificadas como tumores "bulky") tienen peor respuesta a tratamiento.
- Invasión parametrial: indica enfermedad extendida fuera del cuello uterino, con mayor riesgo de recurrencia local.
- Compromiso ganglionar: las adenopatías pélvicas o para aórticas aumentan la probabilidad de metástasis a distancia.

- Tipo histológico y grado de diferenciación: los tumores epidermoides tienen mejor pronóstico que los adenocarcinomas; sin embargo, en este caso, el G2 indica diferenciación intermedia, con riesgo moderado de progresión.
- Estado general y comorbilidades: la presencia de anemia severa, aunque corregible, refleja la agresividad del tumor y puede limitar la tolerancia al tratamiento.
- Respuesta al tratamiento inicial: la evaluación post-quimioterapia permite revalorar el curso clínico y ajustar estrategias terapéuticas.

La paciente analizada presenta varios factores de mal pronóstico: estadio avanzado, anemia grave, masa de gran tamaño y signos de diseminación regional. No obstante, la ausencia de disfunción orgánica severa y la diferenciación G2 del tumor abren una ventana de posibilidad para respuesta favorable al tratamiento instaurado. Además, tener antecedentes familiares de Diabetes Mellitus tipo 2 incrementa el riesgo de presentar diabetes y ciertos tipos de cáncer, debido a la presencia de factores genéticos compartidos y a estilos de vida similares. La DM2 se asocia a un mayor riesgo de cáncer de páncreas, mama, colon e hígado, por lo que el antecedente familiar constituye un indicador importante de predisposición biológica y ambiental (19).

1.12. Prevención del cáncer de cuello uterino en el Perú

En el Perú, la prevención del cáncer de cuello uterino se encuentra respaldada por normativa actualizada del Ministerio de Salud (MINSA), que integra acciones de prevención primaria y secundaria. En febrero de 2025 se aprobó la Directiva Sanitaria N.º 165-MINSA/DGIESP-2025, mediante la Resolución Ministerial N.º 480-2025-MINSA, que establece los lineamientos nacionales para la detección temprana, referencia y manejo integral de esta enfermedad (38).

En cuanto a la prevención primaria, la medida más eficaz es la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH). En enero de 2025, el MINSA aprobó el Plan Nacional de Vacunación contra el VPH 2025 mediante la R.M. N.º 060-2025-MINSA, ampliando la cobertura a mujeres y varones hasta los 18 años, con énfasis en la estrategia escolar y brigadas extramurales (39).

Complementariamente, la Resolución Ministerial N.º 474-2025-MINSA modificó la Norma Técnica de Salud del Esquema Nacional de Vacunación (NTS 196), incorporando vacunas actualizadas frente a genotipos de alto riesgo de VPH, lo que asegura una protección más amplia y moderna (40).

Por otro lado, la prevención secundaria se centra en la detección temprana. La directiva de 2025 establece que la prueba molecular de VPH (PCR) es el método de tamizaje prioritario para mujeres de 30 a 49 años, complementándose con Papanicolaou o inspección visual con ácido acético (IVAA) cuando la prueba molecular no esté disponible. Además, se han protocolizado los procesos de triaje con genotipo (VPH 16/18), citología de apoyo, referencia a colposcopia y tratamiento de lesiones precancerosas en el primer nivel de atención. A continuación, se detalla la prevención primaria (vacunación contra el virus del papiloma humano – VPH) y la prevención secundaria (tamizaje periódico con diferentes pruebas) (41).

1.12.1. Vacunación contra el VPH

La vacunación constituye la medida más efectiva de prevención primaria, ya que evita la infección persistente por el VPH, principal agente causal del cáncer cervicouterino.

- **Fundamento:** el VPH, sobre todo los genotipos 16 y 18, es responsable de alrededor del 70% de los casos de cáncer de cuello uterino. La vacuna induce la formación de anticuerpos neutralizantes que bloquean la infección antes de que se inicie el proceso oncogénico.
- **Situación en el Perú:** en enero de 2025 el MINSA aprobó el Plan Nacional de Vacunación contra el VPH 2025 (R.M. N.º 060-2025-MINSA), que amplió la cobertura de la vacuna hasta los 18 años, tanto en mujeres como en varones. Esto significa que además de la estrategia escolar, que asegura la vacunación en niñas de 9 a 13 años, se implementan brigadas extramurales para adolescentes fuera del sistema educativo, evitando que queden excluidos.
- **Esquemas aplicados:** Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación desde el 2024 en el Perú, ahora se administra una sola dosis de la vacuna contra el VPH a mujeres y hombres entre 9 y 18 años de edad.
- **Importancia de la edad temprana:** la vacuna es más efectiva cuando se administra antes del inicio de la vida sexual, pues asegura protección contra el virus antes de cualquier exposición. No obstante, adolescentes mayores también pueden beneficiarse, dado que no todos los genotipos se adquieren al inicio de la vida sexual.

- Impacto esperado: los países que introdujeron la vacuna hacen más de una década (Australia, Reino Unido, Canadá) ya muestran descensos notables en lesiones precancerosas y casos de cáncer. El Perú, busca alcanzar ese mismo impacto en los próximos 10 a 20 años (19).

1.12.2. Papanicolaou (PAP)

El examen de Papanicolaou se indica en mujeres de 25 a 64 años porque en este rango etario se concentra el mayor riesgo de desarrollar lesiones precursoras y cáncer cervicouterino. En mujeres menores de 25 años, la mayoría de las infecciones por VPH son transitorias y se resuelven espontáneamente, por lo que la tamización temprana podría conducir a diagnósticos y tratamientos innecesarios. En cambio, a partir de los 25 años aumenta la probabilidad de persistencia de la infección y de aparición de displasias relevantes. Por otro lado, en mujeres mayores de 64 años que han tenido resultados negativos en sus controles previos, el riesgo de presentar nuevas lesiones de importancia clínica es bajo, lo que hace innecesario continuar con el tamizaje. De este modo, el intervalo de 25 a 64 años equilibra el beneficio preventivo con la eficiencia en el uso de recursos sanitarios.

- Objetivo: identificar alteraciones celulares (displasias o lesiones intraepiteliales) antes de que progresen a cáncer invasor.
- Frecuencia: habitualmente cada 1 a 3 años en mujeres sexualmente activas, aunque la periodicidad puede variar según la edad, los resultados previos y la normativa vigente.
- Grupo etario: mujeres de 25 a 64 años
- Ventajas:
 - Método probado, con décadas de uso en salud pública.
 - Puede detectar lesiones en etapas tempranas.
 - Costo relativamente bajo y disponible en casi todos los centros de salud.
- Limitaciones:
 - Su sensibilidad es moderada; existe riesgo de falsos negativos.
 - Requiere infraestructura de laboratorio, citotecnólogos y patólogos capacitados.
 - Los resultados no son inmediatos y dependen de la calidad de la toma (19).

1.12.3. Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)

La Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) se recomienda en mujeres de 30 a 49 años porque en este rango se concentra la mayor probabilidad de desarrollar lesiones cervicales persistentes asociadas al VPH, que pueden evolucionar hacia cáncer cervicouterino. Antes de los 30 años, la mayoría de las infecciones son transitorias y tienden a resolverse sin intervención, lo que haría menos eficaz y más riesgoso el uso de esta técnica debido a la posibilidad de falsos positivos y tratamientos innecesarios. Por otra parte, después de los 49 años disminuye la sensibilidad del método, ya que los cambios hormonales de la menopausia pueden alterar la visibilidad del cuello uterino y dificultar la interpretación de los resultados. De esta manera, el rango de 30 a 49 años equilibra la eficacia de la IVAA con su bajo costo y accesibilidad, convirtiéndolo en una herramienta útil en contextos donde no se dispone de citología o pruebas moleculares, maximizando el impacto preventivo en la población de mayor riesgo.

- Objetivo: detectar lesiones sospechosas en entornos donde no hay acceso a PAP o pruebas moleculares.
- Grupo etario: mujeres de 30 a 49 años
- Ventajas:
 - Bajo costo y rápida ejecución.
 - Resultados inmediatos, lo que permite aplicar estrategias de “ver y tratar” (por ejemplo, termo coagulación en la misma visita).
 - No requiere laboratorio especializado.
- Limitaciones:
 - Menor especificidad, lo que puede conducir a falsos positivos.
 - No permite clasificar con detalle la severidad de las lesiones.
 - Depende mucho de la capacitación del personal de salud (19).

1.12.4. Prueba molecular de VPH (PCR-VPH)

La prueba molecular de VPH (PCR-VPH) se recomienda en mujeres de 30 a 49 años porque en este rango etario la infección por genotipos de alto riesgo tiene mayor probabilidad de ser persistente y de evolucionar hacia lesiones precancerosas o cáncer cervicouterino. En mujeres más jóvenes, la mayoría de las infecciones por VPH son transitorias y desaparecen sin intervención, lo que haría poco eficiente la realización rutinaria de esta prueba debido al riesgo de sobrediagnóstico. En cambio, a partir de los 30 años, la persistencia del virus es un factor determinante para identificar a las mujeres con verdadero riesgo, y hasta los 49 años la prueba mantiene una elevada sensibilidad y valor predictivo. De este modo, el rango de 30 a 49 años permite aprovechar al máximo la capacidad diagnóstica de la PCR-VPH, optimizando recursos al espaciar los controles en mujeres con resultados negativos y enfocando intervenciones más precisas en aquellas con infección persistente.

- Objetivo: detectar la infección persistente por genotipos de alto riesgo antes de que aparezcan alteraciones celulares.
- Grupo etario 30 a 49 años, grupo de mayor riesgo.
- Ventajas:
 - Mayor sensibilidad que el PAP o el IVAA.
 - Si el resultado es negativo, puede repetirse cada 5 años, reduciendo la frecuencia de controles.
 - Permite estrategias de triaje: si la prueba resulta positiva, se realiza genotipado (VPH 16/18) o citología refleja.
- Limitaciones:
 - Costo mayor y necesidad de laboratorios especializados.
 - No siempre está disponible en todos los niveles de atención (19).

1.13. Seguimiento clínico y vigilancia postratamiento

El seguimiento de una paciente con cáncer cervicouterino debe ser estructurado, riguroso y multidisciplinario. En los primeros dos años tras el tratamiento, se concentran la mayoría de las recurrencias, por lo que los controles deben ser más frecuentes. Las pautas generales incluyen:

- Evaluación clínica y pélvica cada 3–4 meses durante los primeros dos años, luego cada 6 meses hasta los 5 años.
- Estudios de imágenes (TAC o resonancia magnética) si se sospecha recurrencia o progresión.
- Citología cervical o prueba de HPV solo en casos seleccionados post-conización o resección conservadora, no en estadios avanzados.
- Marcadores tumorales (CA 125, SCC-antígeno) pueden ser útiles en seguimiento si estuvieron elevados al diagnóstico.
- Soporte integral: evaluación nutricional, psicológica, ginecológica y rehabilitación física.

La paciente de este caso requerirá vigilancia estricta desde el tercer ciclo de QT, con nueva tomografía para evaluar reducción tumoral. Según evolución, se considerará si continúa tratamiento adyuvante, si se plantea cirugía o si se enfoca el manejo en cuidados paliativos (42).

1.14. Consideraciones terapéuticas en estadios avanzados

Los tumores en estadios FIGO III–IV, como el presente, presentan retos terapéuticos importantes. La imposibilidad de resección quirúrgica obliga a iniciar con tratamiento médico-radioterapéutico combinado, cuyo objetivo es el control local y la reducción tumoral. En este contexto, los elementos clave son:

- Cisplatino como agente radio sensibilizante: potencia el efecto de la radiación y mejora la sobrevida.
- Radioterapia externa conformada: permite tratar el lecho tumoral, parametrio y cadenas ganglionares con menor toxicidad.
- Evaluación funcional del paciente: permite decidir si es candidata a ciclos completos sin reducción de dosis.

- Monitoreo de toxicidad: la neutropenia, mucositis, nefrotoxicidad y náuseas son efectos frecuentes y deben controlarse activamente.

En esta paciente, el plan de QT ambulatoria en combinación con RT se instauró de forma adecuada, considerando el estado clínico general y la estabilidad hemodinámica. La ausencia de contraindicación orgánica permitió usar esquemas estándar. Sin embargo, la anemia significativa podría condicionar la tolerancia al tratamiento y requerirá control hematológico frecuente (43).

1.15. Impacto del diagnóstico tardío en el pronóstico individual

Uno de los aspectos más significativos del presente caso es el tiempo que transcurre desde la aparición de los síntomas hasta la confirmación diagnóstica. El retardo diagnóstico, que abarcó al menos 2 a 3 meses, se debió tanto a un abordaje inicial incompleto como a la falta de acceso oportuna a estudios de segunda línea. Este retraso tiene consecuencias clínicas directas:

- Aumenta la carga tumoral al momento del diagnóstico.
- Genera mayor compromiso del estado general del paciente (como anemia o dolor).
- Reduce las opciones terapéuticas curativas.
- Aumenta el riesgo de metástasis micrometastásicas no visibles por imagen.

Además, en términos institucionales, los tratamientos en estadios avanzados son más costosos, complejos y requieren más recursos humanos y tecnológicos. En contraste, una lesión detectada en fase intraepitelial (NIC III o carcinoma in situ) puede ser tratada con cirugía conservadora ambulatoria, con tasas de curación cercanas al 100% (44).

2. Antecedentes investigativos

Tapia et al. 2021. Cáncer cérvico uterino escamoso no queratinizante en paciente de 25 años: reporte de caso clínico. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica, 40(3), Sociedad Venezolana de Farmacología Clínica y Terapéutica, Venezuela. En este reporte clínico se describe una paciente joven de 25 años con cáncer cérvico uterino escamoso no queratinizante, incluyendo factores de riesgo relevantes como el inicio de vida sexual precoz, múltiples parejas sexuales y la ausencia de tamizajes preventivos (Papanicolaou). Se presentan hallazgos clínicos detallados, datos paraclínicos e imagenológicos, así como el enfoque terapéutico aplicado (radioterapia combinada con quimioterapia), enfatizando la necesidad de promover un diagnóstico temprano en mujeres jóvenes para mejorar los resultados clínicos (45).

De Faria et al. 2020. Carcinoma fibrolamelar sincrónico con cáncer cérvico-uterino. Presentación de caso clínico y revisión de la literatura. Revista GEN, 74(3), Sociedad Venezolana de Gastroenterología. En este artículo se presenta el caso de una paciente con diagnóstico de carcinoma fibrolamelar hepático sincrónico con cáncer cervicouterino, una combinación extremadamente rara. Se destaca que el carcinoma fibrolamelar representa solo el 1 % de las neoplasias hepáticas malignas, asociado con mutaciones de β -catenina y con fisiopatología poco comprendida. El diagnóstico se realizó mediante estudios histológicos y el tratamiento fue quirúrgico, aunque con evolución tórpida. El caso subraya la importancia del diagnóstico precoz ante neoplasias múltiples, sin presentar datos estadísticos o pruebas de significancia, pero aportando relevancia clínica y epidemiológica (46).

Ordoñez et al. 2024. Carcinoma celular escamoso cervicouterino estadio IIIB. Caso clínico. Sanitas. Revista arbitrada de ciencias de la salud, 3(medicina_Ambato), Instituto de Investigación Multidisciplinaria Perspectivas Globales, Ecuador. En este estudio se describe el caso de una mujer de 50 años con diagnóstico de carcinoma escamoso cervicouterino en estadio IIIB, quien presentó síntomas avanzados como dolor pélvico severo, leucorrea, oliguria y pérdida de peso. Se enfatiza la necesidad de un diagnóstico integral basado en estudios de imagen, biomarcadores y evaluación histopatológica para planificar el tratamiento. Aunque no se incluyen datos estadísticos ni pruebas de significancia, el artículo resalta la gravedad de los casos detectados tardíamente y la importancia de mejorar el acceso temprano al diagnóstico y tratamiento en oncología ginecológica (47).

Salas, Jeny. 2025. Carcinoma Lobulillar Infiltrante de Mama. Hospital Nacional Carlos Alberto Según Escobedo de la Red Asistencial Arequipa - EsSalud (Tesis para optar el título de Segunda Especialidad en Prevención de Cáncer Cérvico Uterino y de Mamas). Universidad Católica de Santa María, Facultad de Obstetricia y Puericultura, Arequipa, Perú. El caso describe a una paciente de 32 años diagnosticada con carcinoma lobulillar infiltrante bilateral en estadio IV (T3N2M1) con metástasis hepáticas, quien inicialmente detectó masas mamarias blandas de rápido crecimiento y presentó pérdida de peso acelerada. A pesar de la falta de factores de riesgo evidentes, la enfermedad avanzó debido a la ausencia de autoexploración y a la limitada capacidad diagnóstica en el primer nivel de atención. Se aplicó una metodología descriptiva para evaluar el estado clínico y la respuesta terapéutica de la paciente. No se reportaron análisis estadísticos ni significancia, pero se resalta la importancia del diagnóstico precoz y del fortalecimiento del sistema de salud oncológico (48).





CAPÍTULO II
MARCO METODOLÓGICO

3. Presentación de caso clínico

3.1. Anamnesis

3.1.1. Filiación

Nombre: H R Z

Edad: 40 años

DNI: XXX

HC: XXX

Cama: 3008

Fecha de nacimiento: 09/12/1984

Sexo: Femenino

Estado civil: Soltera

Raza: Mestiza

Religión: Católica

Ocupación: Cobranzas / Diario La República

Grado de instrucción: Superior completo

Lugar de nacimiento: Cusco

Lugar de procedencia: Cayma, Arequipa

Dirección: xxx

Teléfonos: xxx

Informante: La paciente

Elaboración de HC: 26 de abril de 2025

Historia elaborada por: (MR1 Medicina Oncológica)

3.1.2. Enfermedad actual:

- **Tiempo de enfermedad:** 3 meses (desde enero de 2025)
- **Síntomas principales:** dolor abdominal, sangrado vaginal
- **Historia de la enfermedad:**

Paciente refiere inicio de cuadro en enero de 2025 presentando dolor abdominal asociado a sangrado transvaginal, acude a Hospital donde se le realiza Ecografía transvaginal, indican que hay engrosamiento en endometrio por lo que solicitan exámenes de ampliación y programan de forma ambulatoria para legrado, cuadro clínico no cede, sangrado persiste por lo que acude a consulta médica particular donde se le realiza biopsia y con resultado de neoplasia maligna decide nuevamente ir al Hospital, donde es reevaluada, solicitan exámenes (hemograma), donde se evidencia anemia de 6.6g/dl por lo que se decide hospitalización y transfusión de 02 paquetes globulares; sangrado persiste en regular cantidad además de coágulos, motivo por el que se decide su transferencia al hospital, ingresando por emergencia, es evaluada por el servicio de ginecología y se decide hospitalización para tratamiento especializado.

Relato cronológico:

- **16.01.25:** Emergencia: Ecografía transvaginal: útero en posición de antiversoflexión (RVF) de 8x5x6 cm endometrio de 5 mm, ovarios conservados, sin líquido libre en cavidad
- **16.01.25:** HB 12.3 PTL 353 000 CAN 2300 CREAT 0.55 INR 0.93 BHCG 0.40
- **28.01.25:** GRUPO Y FACTOR O+
- **28.01.25:** Ginecología: dilatación y legrado, diagnósticos y/o terapéuticos (no obstétricos)
- **28.01.25:** HB 6.6 PTL 94 000 CAN 3 100 CREAT 0.53 INR 1.25 (se pasa 2 paq. globulares)
- **23.03.25:** Ecografía transvaginal: útero: en avf de superficie regular de 78x37x55 mm, miometrio: homogéneo, endometrio: de 16 mm heterogéneo, ovario derecho de 30x21mm, no masas anexiales, ovario izquierdo de 32x19 mm, no masas anexiales folículo mayor de 12 mm, fondo de saco: no líquido en cavidad, engrosamiento endometrial hx hiperplasia.

- **23.03.25:** Biopsia realizada por un Centro Médico AP: Carcinoma epidermoide primitivo de cuello uterino invasor medianamente diferenciado, G2
- **22.04.25:** Tomografía Espiral Multicorte de Abdomen y Pelvis realizado en el hospital: hígado de tamaño, morfología y densidad conservada, imagen redondeada hipodensa de 5 mm en lóbulo izquierdo, podría corresponder a quiste, no se descarta lesión tumoral, cuello uterino se evidencia lesión tumoral de aprox. 34 x 29 mm, que compromete el cérvix anterior y posterior a ambos, sin heterogeneidad, con bordes irregulares, con realce heterogéneo, con componentes sólidos y líquido en relación a infiltración tumoral. saco líquido en cavidad endometrial. se evidencia gas en grasa circundante a lesión tumoral, estaría en relación a infiltración tumoral, saco líquido en cavidad endometrial, a nivel de cadena lítica derecha presencia de adenopatía no se descarta compromiso por enfermedad oncológica, presencia de hernia umbilical con anillo de 4 mm y protruye contenido graso en 7 mm, a nivel de región glútea derecha imagen hipodensa de 12 x 11 mm, pequeño foco con cambios inflamatorios adyacentes, a considerar proceso inflamatorio.
- **22.04.25:** Alfa-fetoproteína (AFP) 1.34 –Antígeno Carcinoembrionario (CEA) 1.83 – Antígeno Carbohidrato 19.9 (CA 19-9) 50.59 – Antígeno Carbohidrato 15-3 (CA 15-3) 12.55 – Antígeno Carbohidrato 125 (CA 125) 46.73.
- **22.04.25:** Ecografía transvaginal: se evidencia útero en posición de antiversoflexión (avf) de bordes irregulares, miometrio irregular, mioma en cara anterior isoecoigénico, FIGO 3.
- **22.04.25:** EMG: endometrio de 5 mm
- **23.04.25:** LOTE cuello uterino exofítico de bordes irregulares, indurado, ocre entreabierto, sangrado transvaginal rojo oscuro, que incrementa al tacto. PRU (+), PPL (+)
- **24.04.25:** HB 6.6 PTL 87 000 CAN 3300 CREAT 0.53 TGO 26.4 TGP NHR
- **25.04.25:** ASA I/VI
- **27.04.25:** Asumida para QT - RT

3.1.3. Funciones biológicas

- **Apetito:** Disminuido
- **Sed:** Conservada
- **Orina:** Conservada
- **Deposición:** Conservado
- **Sueño:** Conservado

3.2. Antecedentes

3.2.1. Antecedentes personales

Paciente nacida de parto eutócico, atención domiciliaria. No refiere con exactitud el número de vacunas. Desarrollo psicomotor aparentemente normal.

1.1.1.1. Hábitos nocivos

- Tabaco: Niega
- Alcohol: Niega
- Drogas: Niega
- Té: Niega
- Café: Niega

3.2.2. Antecedentes patológicos

- Enfermedades crónicas: Ninguna
- Operaciones anteriores: No
- Alergias medicamentosas: No
- Transfusiones sanguíneas: Sí
- Medicación habitual: Naproxeno, Ácido tranexámico

3.2.3. Antecedentes ginecológicos

- Gestación 1 (G1): 2005 – Aborto
- Gestación 2 (G2): 2007 – Eutócico
- Fecha de última menstruación (FUM): 01/25
- Menarquia: 12 años
- Régimen catamenial: Irregular
- Inicio de relaciones sexuales: 20 años
- Número de parejas sexuales: 4
- Método anticonceptivo (MAC): Niega
- Último Papanicolaou (PAP): 2024 (negativo)

3.2.4. Antecedentes familiares

- Padre vivo: Fibrosis pulmonar
- Madre: viva, con DM2 en tto
- Hermanos: 7, 2 varones con enf. Tiroidea en tto, y 4 mujeres aparentemente sanas
- Antecedente oncológico: Niega

3.2.5. Antecedentes sociales

- Vivienda de material noble, cuenta con todos los servicios básicos; recojo de basura.
- Crianza de animales: Niega

3.3. Examen físico

- Frecuencia cardíaca (FC): 98 x min
- Frecuencia respiratoria (FR): 18 x min
- Presión arterial (PA): 90/65 mm de Hg
- Temperatura (T°): afebril
- Saturación de oxígeno (SatO2): 95%
- Peso: 63 kg

- Talla: 158 cm
- 1. Estado general: AREG, Hidratada, REN, LOTEP en decúbito dorsal activa
- 2. Piel y faneras: Tibia, turgor y elasticidad conservadas, llenado capilar menor de 2 seg, no cianosis. TCSC en cantidad disminuida de distribución abdominal.
- 3. Cabeza: Normocéfala, mesofacial, no tumoraciones ni exostosis.
- 4. Ojos: Pupilas isocóricas, reactivas a la luz. Conjuntivas palpebrales rosadas.
- 5. Oídos: Pabellones auriculares simétricos bien implantados.
- 6. Nariz: Pirámide nasal bien conformada, FN permeables
- 7. Boca: Mucosas orales húmedas. Dientes en regular estado de conservación e higiene. Lengua central móvil.
- 8. Orofaringe: no congestiva, no placas de pus
- 9. Cuello: central, móvil, no adenopatías
- 10. Tórax: móvil con la respiración, amplexación y elasticidad conservadas. MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados, respiración ruda en ambos campos respiratorios.
- 11. Cardiovascular: RCR, EN 2 T, NO SOPLOS
- 12. Abdomen: Móvil con la respiración, blando depresible, leve dolor a la palpación difuso
- 13. Genitourinario: **Cuello uterino exofítico de bordes irregulares, indurado, ocre entreabierto, sangrado transvaginal rojo oscuro, que incrementa al tacto. PRU (+), PPL (+)**
- 14. Locomotor: Miembros superiores e inferiores simétricos. Edemas (-)
- 15. Neurológico: Lúcida, orientada, tiempo, espacio y persona (LOTEP)., GLASGOW 15, activa, reactiva a estímulos
- 16. Tacto rectal: diferido

3.4. Diagnóstico definitivo

- Neoplasia maligna (NM) epidermoide primitiva de cuello uterino invasor medianamente diferenciado (G2).
- Estadio clínico (EC): III vs IV (en evaluación).
- Sangrado ginecológico secundario.

3.5. Nota de ingreso a oncología

3.5.1. Tratamiento propuesto

- Quimioterapia (QT) sistémica.

1.1.1.2. Plan a corto plazo

- Paciente pasa a cargo de Oncología médica para manejo especializado.
- De acuerdo con disponibilidad de cupos en quimioterapia ambulatoria, inicio de QT sistémica.
- Interconsulta (IC) a ginecología oncológica.
- Interconsulta (IC) a radioterapia.
- Medicamentos transitorios (MT) al alta.
- Control tomográfico al finalizar el tercer curso.

3.5.2. Estudios complementarios

- Tomografía espiral multicorte (TEM) con contraste (día previo):
 - No evidencia imagen tumoral encefálica.
 - No se observa edema ni efecto de masa.

Paciente está siendo valorada por oncología médica debido a una tumoración en seno etmoidal.

DISCUSIÓN

El cuadro clínico se inicia en una paciente adulta, de 40 años, sin antecedentes médicos crónicos ni intervenciones quirúrgicas previas, con funciones biológicas conservadas, que comienza a experimentar sangrado transvaginal anormal y dolor pélvico difuso. Estos síntomas, si bien inespecíficos en fases tempranas, constituyen manifestaciones cardinales en estadios avanzados del cáncer cervicouterino. Lo notable es que los síntomas no motivaron atención inmediata, lo que sugiere cierto grado de tolerancia progresiva o subestimación de los signos, probablemente condicionado por antecedentes ginecológicos personales como ciclos menstruales irregulares. Es importante destacar que la paciente ya había cursado con gestaciones previas y que su último Papanicolaou data de un año anterior, con resultado aparentemente negativo, lo que sugiere una posible lesión de rápida progresión o falsos negativos en el control citológico previo.

Desde el momento inicial del sangrado, que comenzó como metrorragia intermitente, el proceso se fue intensificando, acompañándose de coágulos, malestar general y caída progresiva de la hemoglobina ($6.6 > \text{g/dL}$). Esta evolución habla de una lesión activa con comportamiento hemorrágico, característica de neoplasias cervicales ulceradas o exofíticas en estadios avanzados. Los primeros abordajes fueron ambulatorios: se le practicó una ecografía transvaginal que mostró engrosamiento endometrial y útero en AVF, sin masas anexiales. No se describieron masas cervicales en esa evaluación, lo cual podría deberse a una limitación de la técnica o a una interpretación centrada en patologías endometriales. Es en este punto donde el enfoque inicial podría haberse desviado de una neoplasia cervical a un posible sangrado disfuncional o hiperplasia. Luego se le indicó un legrado uterino diagnóstico terapéutico, que no logró resolver el cuadro clínico. El sangrado continuó con intensidad, lo que motivó reconsulta y una eventual biopsia dirigida de cuello uterino, cuyo resultado fue definitivo: carcinoma epidermoide invasor, G2.

Durante la evaluación física al ingreso hospitalario, se describe un cuello uterino con características compatibles con lesión tumoral: exofítico, es decir, que sobresale hacia la luz vaginal formando una masa visible; indurado, lo que indica una consistencia dura y poco elástica al tacto; de bordes irregulares, que sugiere un crecimiento desordenado y no delimitado; friable, es decir, con tejido frágil que se desgarró o desintegra fácilmente; y sangrante al tacto, lo que refleja la fragilidad vascular propia de lesiones malignas avanzadas. Este hallazgo es absolutamente patognomónico de una lesión infiltrante avanzada, con compromiso de estructuras endocervicales y posiblemente parametriales, como luego se evidencia en la tomografía axial computarizada. La friabilidad con sangrado inducido es típica de lesiones con necrosis central y vascularización aberrante, frecuente en carcinomas escamosos poco diferenciados o en estadios de gran extensión (42).

En cuanto a la evaluación imagenológica e interpretativa. La tomografía abdominal y pélvica contrastada, fundamental en la estadificación clínica, arrojó hallazgos clave: Masa de 34 x 29 mm en cérvix con bordes irregulares, realce heterogéneo y signos indirectos de infiltración; Presencia de líquido en cavidad endometrial, probablemente secundario a obstrucción del canal cervical; gas en grasa circundante a la lesión, sugerente de necrosis tumoral o infección sobreagregada, adenopatías pélvicas sospechosas, imagen hipodensa en lóbulo hepático izquierdo (5 mm), catalogada como quística, sin descartar compromiso metastásico. Lesión inflamatoria en región glútea derecha, sin relevancia oncológica directa. Estos hallazgos refuerzan la sospecha de un carcinoma localmente avanzado, posiblemente con diseminación ganglionar y, aunque no concluyente, con áreas que ameritan seguimiento por posible enfermedad a distancia (15).

Los valores laboratoriales son altamente sugestivos de impacto sistémico de la enfermedad: Hemoglobina 6.6 g/dL: anemia severa por sangrado activo, requiriendo transfusión inmediata; Plaquetas 67,000: trombocitopenia leve que, en el contexto, podría ser por consumo en el sitio tumoral, sangrado o efecto de inflamación crónica; Creatinina, TGO, TGP normales: permite considerar esquemas quimioterapéuticos sin ajustes iniciales; Marcadores tumorales elevados: CA 19.9 y CA 125 con elevaciones leves a moderadas, lo cual no es específico de cáncer cervical, pero puede estar presente en enfermedad extensa o peritoneal.

Con base en los criterios clínicos, imagenológicos e histopatológicos, el diagnóstico establecido fue: Carcinoma epidermoide invasor de cuello uterino, moderadamente diferenciado (G2), estadio clínico FIGO III–IV; El G2 indica un tumor de diferenciación intermedia: ni bien organizado ni francamente anaplásico, lo cual tiene implicancia pronóstica. En cuanto a la estadificación, aunque no hay metástasis confirmadas, el compromiso regional y anatómico cumple criterios para un estadio clínico localmente avanzado, con afectación funcional significativa (sangrado, dolor, compromiso hematológico).

Dada la extensión tumoral y la imposibilidad de resección quirúrgica primaria, el plan oncológico fue: quimioterapia sistémica inicial (QT) con esquemas basados en platinos (cisplatino), de forma ambulatoria; evaluación para radioterapia pélvica externa (RT) en conjunto con radioterapia oncológica; monitoreo por imágenes al final del tercer ciclo, con posible revaloración quirúrgica según respuesta; este enfoque terapéutico cumple con las guías NCCN y ESMO, y responde a la intención de: reducir el volumen tumoral, Controlar el sangrado activo, minimizar el riesgo de diseminación linfática o visceral, mejorar la calidad de vida, el estado funcional y la sobrevida global.

Respecto a la evolución y aspectos clínicos clave, hay tres aspectos relevantes en la evolución:

a) El tiempo de latencia diagnóstico

Desde los primeros síntomas hasta el diagnóstico pasaron aproximadamente 3 meses. Este retraso diagnóstico es clínicamente importante, ya que en carcinomas epidermoides la progresión puede ser rápida en pacientes inmunocompetentes. La ausencia de síntomas previos probablemente refleje la invasión silente del tumor hasta alcanzar estructuras sensibles como vasos o tejido parametrial.

b) La anemia severa como complicación

La paciente requirió transfusión de dos paquetes globulares, lo que indica un nivel de compromiso hemodinámico importante. Esto no solo condiciona la capacidad funcional de la paciente, sino también su tolerancia al tratamiento, riesgo de toxicidad hematológica y necesidad de monitoreo intensivo.

c) La estabilidad general al ingreso

A pesar de la anemia y el sangrado, la paciente se encontraba en estado general relativamente conservado (AREG), sin alteración de conciencia, sin compromiso renal o hepático. Esto es clave para decidir esquemas terapéuticos completos sin necesidad de ajustes de dosis o postergaciones.

Este trabajo académico representa un ejemplo didáctico de carcinoma de cuello uterino diagnosticado en estadio avanzado, con compromiso anatómico evidente, signos de invasión tumoral, sintomatología florida y requerimiento de atención multidisciplinaria urgente.

Finalmente, el análisis revela: Una progresión insidiosa probablemente no detectada por limitaciones diagnósticas iniciales, la importancia de una biopsia dirigida cuando hay síntomas persistentes ginecológicos, la necesidad de integrar criterios clínicos, imagenológicos y anatomopatológicos para establecer el estadio real de la enfermedad, la relevancia de mantener a la paciente con un estado funcional adecuado durante el tratamiento.

Comparación con Tapia Ávila et al. 2021

El reporte de 2021 Tapia Ávila et al. describe un caso de carcinoma escamoso cervicouterino en una paciente de 25 años, cuyo principal factor de riesgo fue el inicio precoz de vida sexual, múltiples parejas sexuales y ausencia de tamizajes preventivos. La similitud con nuestro caso radica en que ambos muestran la influencia de factores de riesgo ginecológicos y conductuales en el desarrollo del cáncer cervicouterino. Sin embargo, se observa una diferencia fundamental:

mientras la paciente de Tapia et al. nunca accedió a tamizajes, nuestra paciente sí se realizó un papanicolaou reciente con resultado negativo. Esta diferencia revela un problema crítico: la limitada sensibilidad del papanicolaou, especialmente en lesiones de progresión rápida o de localización endocervical. En este sentido, la literatura sostiene que la sensibilidad del Papanicolaou para detectar lesiones de alto grado oscila entre 47 % y 62 %, mientras que la prueba de VPH alcanza cifras cercanas al 95 %. La comparación evidencia que, incluso con acceso a tamizaje, si este no se complementa con pruebas moleculares de detección de VPH o inspección visual con ácido acético (IVAA), existe un alto riesgo de diagnósticos tardíos. Por tanto, nuestro caso reafirma la necesidad de modernizar los programas de tamizaje en el Perú, sustituyendo gradualmente el Papanicolaou por pruebas de mayor sensibilidad (45).

En el caso reportado por De Faria et al 2020 se describe una paciente con carcinoma fibrolamelar hepático sincrónico con cáncer cervicouterino, una combinación extremadamente rara. Aunque el cuadro clínico difiere radicalmente del nuestro, pues involucra dos neoplasias simultáneas, la enseñanza principal que aporta es la relevancia de un abordaje diagnóstico integral. En el trabajo de De Faria, el retraso en el diagnóstico se asocia a la complejidad de la presentación clínica y a la rareza de la combinación tumoral. En cambio, en nuestro caso el retraso se debió a la subestimación de síntomas ginecológicos persistentes (sangrado y dolor abdominal), a pesar de haberse realizado estudios previos como ecografías y papanicolaou. Ambos escenarios ilustran cómo, por motivos diferentes, las pacientes llegan al nivel especializado en estadios avanzados. Esto permite reflexionar en torno a la necesidad de protocolos de derivación temprana, que integren factores de riesgo, hallazgos clínicos y resultados paraclínicos, para evitar que las pacientes deambulen entre diferentes consultas hasta que la enfermedad se encuentra avanzada (46).

El caso presentado por Ordoñez-Rengifo et al. 2024 corresponde a una mujer de 50 años con carcinoma escamoso cervicouterino en estadio IIIB, quien consultó por dolor pélvico intenso, leucorrea, oliguria y pérdida de peso. Al igual que en nuestro caso, el diagnóstico se realizó en un estadio avanzado, después de una sintomatología evidente y persistente. La semejanza entre ambos trabajos es que el diagnóstico tardío condicionó el pronóstico, más allá de los factores de riesgo individuales. La principal diferencia es la edad: mientras en el antecedente se describe una paciente posmenopáusica, nuestra paciente se encuentra en la etapa de vida reproductiva tardía. Este contraste demuestra que el cáncer cervicouterino no es exclusivo de mujeres mayores de 50 años, y que puede presentarse de manera agresiva en mujeres jóvenes y de mediana edad si no existe un sistema de detección precoz eficiente. Además, en ambos casos

se evidencia la importancia de la histopatología y la imagenología para confirmar el diagnóstico y estadificar la enfermedad, lo que refuerza el rol de la interconsulta temprana con servicios especializados. Sin embargo, mientras el artículo de Ordoñez-Rengifo se centra en la descripción clínica y terapéutica del estadio avanzado, nuestro caso añade un elemento preventivo crucial: la necesidad de cuestionar la eficacia del papanicolaou como único método de cribado en el contexto peruano (47).

Si bien el caso reportado por Salas Ruelas 2025 aborda un carcinoma lobulillar infiltrante de mama y no un cáncer cervicouterino, guarda un punto de convergencia importante con nuestro trabajo: la detección tardía de una neoplasia debido a la limitada capacidad del primer nivel de atención. En el caso de la mama, la ausencia de autoexploración y el retraso en la evaluación clínica llevaron a un diagnóstico en estadio IV con metástasis hepáticas. En nuestra paciente, la falta de sospecha clínica en controles previos y la dependencia casi exclusiva del papanicolaou condujeron a un diagnóstico cuando la enfermedad ya era invasora. Ambas situaciones, pese a tratarse de órganos distintos, reflejan un problema estructural común: la debilidad de los sistemas de salud en cuanto a la promoción, prevención, el fortalecimiento de la pesquisa activa y la capacitación del personal de salud. Por lo tanto, este antecedente refuerza la idea de que las estrategias preventivas deben ser transversales a todas las neoplasias ginecológicas y mamarias, y que la capacitación en detección temprana no debe limitarse a un solo tipo de cáncer (48).

Síntesis integradora

La comparación de nuestro trabajo académico con los antecedentes revisados revela un patrón constante: la mayoría de los casos reportados se diagnostican en estadios avanzados, independientemente de la edad de la paciente o del órgano comprometido. Esto pone de manifiesto que los factores más determinantes no son únicamente los riesgos individuales, sino también la calidad de las estrategias de prevención y detección precoz.

Mientras que Tapia Ávila et al. resaltan la ausencia de tamizajes, nuestro caso cuestiona la eficacia del papanicolaou aislado; De Faria et al. destacan la complejidad de diagnósticos múltiples, lo cual se enlaza con nuestra necesidad de abordajes integrales; Ordoñez-Rengifo et al. refuerzan la gravedad del diagnóstico tardío, y Salas Ruelas aporta evidencia de que este problema es transversal a distintas neoplasias (45,46).

La evidencia comparada subraya que la prevención primaria (vacunación contra el VPH, educación sexual, autoexploración) y la prevención secundaria (tamizajes de alta sensibilidad,

protocolos de referencia rápida, capacitación del personal) constituyen los ejes fundamentales para revertir la tendencia a diagnósticos tardíos que condicionan la mortalidad oncológica en nuestro medio.

Según la clasificación etaria de la OMS, la adultez joven se sitúa entre los 20 y 39 años, mientras que la adultez media comprende de los 40 a 59 años. De manera concordante, la normativa peruana también considera que a partir de los 40 años la mujer transita hacia una etapa de mayor riesgo en el desarrollo de patologías ginecológicas y oncológicas. En este sentido, la paciente de nuestro caso, con 40 años, se ubica dentro del grupo de adultez media, donde la incidencia del cáncer cervicouterino muestra un incremento significativo. Este dato resulta relevante, ya que no solo contextualiza el perfil de la paciente dentro de un marco epidemiológico, sino que también resalta que se encontraba en un grupo etario priorizado por los programas de prevención del cáncer ginecológico en el Perú (1).

Más allá de reconocer la etapa vital en la que se encontraba, el caso pone en evidencia que la problemática no se limita únicamente a las limitaciones diagnósticas de los métodos tradicionales, como el papanicolaou, cuya sensibilidad es variable y no siempre garantiza la detección de lesiones de alto grado. Si bien esta herramienta continúa siendo ampliamente utilizada, su desempeño limitado puede llevar a falsos negativos y, en consecuencia, a diagnósticos en estadios avanzados. No obstante, reducir la discusión únicamente a las limitaciones técnicas sería insuficiente.

Es fundamental enfatizar la importancia de la prevención y la detección temprana, entendidas como procesos integrales que incluyen la promoción de la salud sexual y reproductiva, la vacunación contra el VPH, la educación comunitaria sobre signos de alarma y la implementación de pruebas complementarias de mayor sensibilidad (como la detección molecular de VPH o la inspección visual con ácido acético en contextos de bajos recursos). Asimismo, el rol del primer nivel de atención resulta crucial, pues allí se deben identificar oportunamente los factores de riesgo como ciclos menstruales irregulares o sangrados persistentes y establecer protocolos de derivación hacia niveles especializados antes de que la enfermedad alcance estadios avanzados (7).

En conclusión, al situar a la paciente dentro de la clasificación etaria de la OMS y la normativa peruana, se refuerza que pertenecía a un grupo de mayor riesgo, lo que debió motivar un seguimiento más riguroso. Este hecho, junto con las limitaciones del diagnóstico convencional, resaltan que la verdadera solución para fortalecer las estrategias preventivas y de detección temprana son pilares que permiten modificar de manera efectiva la historia natural del cáncer cervicouterino y reducir su impacto en la salud pública (1).

CONCLUSIONES

PRIMERA: La revisión detallada identifica los antecedentes personales como la edad; así como, dentro de los antecedentes ginecológicos la paridad, número de parejas sexuales, tipo de examen para evaluar el cuello uterino según edad, el sangrado vaginal anormal, dolor abdominal recurrente, ciclos menstruales irregulares; y respecto a los antecedentes familiares la diabetes mellitus tipo 2 que cursa la madre permitieron contextualizar adecuadamente el cuadro clínico y comprender cómo estos factores influyeron en la progresión de la enfermedad.

SEGUNDA: El análisis clínico evidenció que la paciente presentaba un carcinoma cervicouterino en estadio avanzado, sustentado por los hallazgos físicos, imagenológicos y anatomopatológicos. Esta situación justificó la indicación de quimioterapia y radioterapia de forma inmediata; no obstante, debido a la complejidad del cuadro, el manejo debió realizarse con un enfoque multidisciplinario que permitiera un abordaje integral y completo de la paciente, favoreciendo una atención oportuna, coordinada y orientada a optimizar el pronóstico.

TERCERA: El caso analizado resalta la urgencia de fortalecer las acciones de prevención primaria y secundaria mediante el tamizaje periódico, la educación en salud y la vacunación contra el VPH respectivamente. Estas estrategias son esenciales para detectar lesiones precursoras de forma temprana, reducir la incidencia de cáncer cervicouterino y evitar la identificación de casos diagnosticados en etapas avanzadas.

RECOMENDACIONES

- 1. A los servicios de salud y profesionales de la salud:** fortalecer los controles ginecológicos periódicos en mujeres que presenten síntomas persistentes, como sangrado transvaginal anormal, dolor abdominal recurrente, o anemia inexplicada; así como los antecedentes ginecológicos ciclos menstruales irregulares, número de parejas sexuales y el tipo de examen que se realiza para evaluar el cuello uterino garantizando protocolos de referencia oportuna hacia el nivel especializado.
- 2. A los responsables de programas de cáncer de cuello uterino:** extender y fortalecer el tamizaje, promoviendo el uso complementario de pruebas moleculares para detección del VPH junto con IVAA, especialmente en mujeres mayores de 30 años. Esta estrategia permitirá superar las limitaciones del tamizaje convencional y mejorar la detección de lesiones precursoras.
- 3. A las instituciones educativas y entidades de salud pública:** reforzar los programas de educación en salud sexual y reproductiva dirigidos a adolescentes y mujeres en edad reproductiva, fomentando el conocimiento sobre factores de riesgo, la importancia del tamizaje periódico y la consulta temprana ante signos de alarma.
- 4. A los profesionales de la salud:** mantener la difusión sostenida sobre la importancia de la vacunación contra el VPH, no solo en adolescentes, sino también en mujeres adultas que no accedieron al esquema preventivo inicial. La vacunación en este grupo puede ofrecer beneficios protectores, previa evaluación individual del riesgo y del tipo viral.
- 5. Al área de capacitación de los establecimientos de salud:** promover la actualización continua del personal de salud, especialmente de quienes trabajan en el primer nivel de atención, con el fin de optimizar la detección temprana de lesiones sospechosas. Esto incluye formación en historia clínica dirigida, reconocimiento de signos ginecológicos tempranos y uso adecuado de métodos diagnósticos actualizados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Cervical cancer. [Online].; 2022. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/cervical-cancer#tab=tab_1.
2. Nogueira et al. Vacunación contra el VPH en América Latina: estado de la cobertura desafíos de implementación y estrategias para superarlos. *Frontiers in Oncology*. [Internet]. 2022; 12: 984449.
3. Abbas et al. Impacto en la equidad de la vacunación contra el VPH sobre las proyecciones de por vida de la carga del cáncer cervicouterino en cohortes de 84 países según niveles globales regionales y de ingreso 2010–22: un estudio de modelado. *eClinicalMedicine*. [Internet]. 2024; 70: 102524 Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102524>.
4. Wu et al. Cervical cancer incidence, mortality, and burden in China: a time-trend analysis and comparison with England and India based on the global burden of disease study 2019. *Frontiers in Public Health*. [Internet]. 2024; 12: 1358433.
5. American Cancer Society. Every donation counts. [Online].; 2025. Disponible en: <https://www.cancer.org/cancer/types/cervical-cancer/about/key-statistics.html>.
6. Thomas, Toby. One in three across UK are overdue for cervical cancer screening. [Online].; 2025. Disponible en: <https://www.theguardian.com/society/2025/jun/20/third-overdue-cervical-cancer-screening-uk>.
7. Intimayta C. Desigualdades étnicas en la cobertura y uso del tamizaje de cáncer en mujeres en Perú. *BMC Women's Health*. [Internet]. 2024; 24: 418 Disponible en: <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-024-03225-6>.
8. Parellada et al. Impacto del COVID-19 en el programa de inmunización contra el virus del papiloma humano en Perú: modelado del tiempo y tasas de recuperación para cerrar la brecha de inmunización. *International Journal of Infectious Diseases*. [Internet]. 2023; 130: S124 Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2023.04.307>.
9. Ardila et al. Situación actual y retos en la prevención y control del cáncer cervicouterino en Colombia. *Revista de Salud Pública*. [Internet]. 2023; 25(2): e361161 Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/103026>.

10. Medina et al. Prevalencia de los genotipos del virus del papiloma humano en mujeres con lesiones precancerosas y cáncer de cuello uterino en Arequipa Perú. *Life*. [Internet]. 2025; 15(2): 267 Disponible en: <https://doi.org/10.3390/life15020267>.
11. Centro internacional de investigaciones sobre el cáncer. Hoja informativa de Perú – Globocan 2022. [Online].; 2024 [citado 2024 agosto 20. Disponible en: https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/604-peru-fact-sheet.pdf?utm_source.
12. Organización Mundial de la Salud. Cáncer de cuello uterino. [Online].; 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>.
13. Instituto Nacional del Cáncer. El virus del papiloma humano (VPH) y el cáncer. [Online].; 2024. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/germenes-infecciosos/vph-y-cancer>.
14. Nuñez, José. Papel del virus del papiloma humano en el desarrollo del cáncer del cuello uterino. *Investigación clínica*. [Internet]. 2023; 64(2): 233-254 Disponible en: <https://doi.org/10.54817/ic.v64n2a09>.
15. Sociedad Española de Oncología Médica. Los Avances en Cáncer de Cérvix. [Online].; 2025. Disponible en: <https://seom.org/los-avances-en-cancer-de-cervix>.
16. Instituto Nacional del Cancer. Detección del cáncer de cuello uterino (PDQ®) – Versión para profesionales de la salud. [Online].; 2024.
17. Guartambel et al. Conocimiento y factores asociados a la detección de cáncer de cuello uterino.. *Salud, Ciencia y Tecnología*. [Internet]. 2022; 2(51): 211-216 Disponible en: <https://sct.ageditor.ar/index.php/sct/article/view/68>.
18. Piñon et al. Sobrevida libre de enfermedad en Cáncer de cuello uterino localmente avanzado luego del tratamiento con quimiorradioterapia: Experiencia Institucional. *Oncología Clínica*. [Internet]. 2024; 29(3) Disponible en: <https://doi.org/10.56969/oc.v29i3.162>.
19. Instituto Nacional del Cáncer. Cáncer de cuello uterino[Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>.
20. Santiago, Elena. ¿Miomomas uterinos? así te afecten para conseguir el embarazo. [Online].; 2024. Disponible en: <https://vidafertility.com/miomomas-uterinos-embarazo-fertilidad/>.

21. Dhamija et al. Imagenología en el carcinoma de cuello uterino y el sistema de estadificación FIGO revisado 2018: implicancias en los informes radiológicos. *Indian Journal of Radiology & Imaging*. [Internet]. 2021; 31(3): 623--634 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8590564/>. DOI: 10.1055/s-0041-1735502.
22. Fischerova et al. El rol de la imagenología en la estadificación del cáncer de cuello uterino: directrices ESGO/ESTRO/ESP (Actualización 2023). *Cancers (Basel)*. [Internet]. 2024; 16(4): 775 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10886638/>. DOI: 10.3390/cancers16040775.
23. Li et al. Rationality of FIGO 2018 IIIC cervical cancer according to local tumor and pelvic lymph node metastatic extent—a cohort study. *BMC Women's Health*. [Internet]. 2025; 25: 308 Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12231735/>. DOI: 10.1186/s12905-025-03846-5.
24. Marth et al. Cáncer de cuello uterino: guías de práctica clínica de ESMO para el diagnóstico tratamiento y seguimiento. *Annals of Oncology*. [Internet]. 2017; 28(suppl 4): iv72--iv83 Disponible en: <https://www.esmo.org/guidelines/gynaecological-cancers/cervical-cancer>.
25. Cibula et al. Guías ESGO/ESTRO/ESP para el manejo de pacientes con cáncer de cuello uterino - Actualización 2023. *International Journal of Gynecological Cancer*. [Internet]. 2023; 33(5): 649--666 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10176411/>. DOI: 10.1136/ijgc-2023-004429.
26. Organización Mundial de la Salud. Guía de la OMS para el tamizaje y tratamiento de lesiones precancerosas del cuello uterino para la prevención del cáncer de cuello uterino: uso de pruebas de ARNm para el virus del papiloma humano (VPH). [Online].; 2021. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK576617/>.
27. Li et al. Biomarcadores que diferencian la regresión de la progresión entre lesiones de neoplasia intraepitelial cervical grado 2 no tratadas. *Journal of Advanced Research*. [Internet]. 2025; 74: 391--402 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC12302658/>. DOI: 10.1016/j.jare.2024.09.009.

28. Kyrgiou et al. Vigilancia activa de la neoplasia intraepitelial cervical grado 2: declaración de consenso 2025 de la Sociedad Británica de Colposcopia y Patología Cervical y de la Sociedad Europea de Oncología Ginecológica. *The Lancet Oncology*. [Internet]. 2025; 26(3): e140--e151.
29. Perkins et al. Guías de consenso de la ASCCP 2019 para el manejo basado en riesgo: actualizaciones hasta 2023. *Journal of Lower Genital Tract Disease*. [Internet]. 2024; 28(1): 3--6. DOI: 10.1097/lgt.0000000000000788.
30. Cho et al. Evaluación de la utilidad clínica de la genotipificación de HPV-16 y HPV-18 para el tamizaje del cáncer cervicouterino. *Journal of Gynecologic Oncology*. [Internet]. 2024; 35(6): e72 Disponible en: <https://doi.org/10.3802/jgo.2024.35.e72>. DOI: 10.3802/jgo.2024.35.e72.
31. Höhn et al. Clasificación WHO 2020 de tumores del aparato genital femenino. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*. [Internet]. 2021; 81(10): 1145--1153 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8494521/>. DOI: 10.1055/a-1545-4279.
32. Talia et al. Graduación de los adenocarcinomas endocervicales: revisión de la literatura y recomendaciones de la Sociedad Internacional de Patólogos Ginecológicos. *International Journal of Gynecological Pathology*. [Internet]. 2021; 40: S66--S74. DOI: 10.1097/pgp.0000000000000741.
33. Alvarado et al. La clasificación basada en patrones de Silva para el adenocarcinoma endocervical invasivo asociado al VPH y la distinción entre el adenocarcinoma in situ e invasivo: cuestiones relevantes y recomendaciones de la Sociedad Internacional de Patólogos Ginecol. *International Journal of Gynecological Pathology*. [Internet]. 2021; 40(Suppl 1): S48--S65 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7969170/>. DOI: 10.1097/pgp.0000000000000735.
34. Santoro et al. Avances recientes en el manejo del cáncer de cuello uterino: revisión de nuevos factores pronósticos en tumores primarios y recurrentes. *Cancers*. [Internet]. 2023; 15(4): 1137 Disponible en: <https://doi.org/10.3390/cancers15041137>. DOI: 10.3390/cancers15041137.
35. Zhang et al. Confirmación adicional de un esquema de gradación altamente pronóstico basado en brotes tumorales y tamaño del nido celular en el carcinoma escamoso cervical.

- Histopathology. [Internet]. 2025; 86(6): 967--978 Disponible en: <https://doi.org/10.1111/his.15404>. DOI: 10.1111/his.15404.
36. Cibula et al. Guías ESGO/ESTRO/ESP para el manejo de pacientes con cáncer de cuello uterino - Actualización 2023. International Journal of Gynecological Cancer. [Internet]. 2023; 33(5): 649--666 Disponible en: <https://doi.org/10.1136/ijgc-2023-004429>. DOI: 10.1136/ijgc-2023-004429.
37. Organización Mundial de la Salud. La OMS recomienda la prueba de ADN como método de cribado de primera elección para la prevención del cáncer de cuello uterino. [Online].; 2021 [citado 2021 septiembre 11. Disponible en: <https://www.who.int/europe/news/item/11-09-2021-who-recommends-dna-testing-as-a-first-choice-screening-method-for-cervical-cancer-prevention>.
38. Ministerio de Salud. Minsa hace oficial la ampliación de vacunación contra el virus del papiloma humano para niñas niños y adolescentes hasta los 18 años. [Online].; 2024 [citado 2024 marzo 29. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/924181-minsa-hace-oficial-la-ampliacion-de-vacunacion-contra-el-virus-del-papiloma-humano-para-ninas-ninos-y-adolescentes-hasta-los-18-anos>.
39. Ministerio de salud. Minsa aprueba la introducción de vacunas actualizadas contra el neumococo y VPH que brindan mayor protección. [Online].; 2025 [citado 2025 julio 18. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/945653-minsa-aprueba-la-introduccion-de-vacunas-actualizadas-contra-el-neumococo-y-vph-que-brindan-mayor-proteccion>.
40. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N.º 480-2025-MINSA: Directiva Sanitaria para la prevención del cáncer de cuello uterino. [Online].; 2025 [citado 2025 julio 18. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/946197-480-2025-minsa>.
41. Ministerio de Salud. Avances y desafíos en la implementación de la Política Nacional de Lucha contra el Cáncer en el Perú con énfasis en la población de mujeres y niños/as. [Online].; 2024.
42. Instituto Nacional del Cáncer. Tratamiento del cáncer de cuello uterino (PDQ®)–Versión para profesionales de salud [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino/pro/tratamiento-cuello-uterino-pdq>.

43. Instituto Nacional del Cáncer. Tratamiento del cáncer de cuello uterino según el estadio[Internet]. 2024. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino/tratamiento/segun-estadio>.
44. Aguiar et al. Assessing the clinical, humanistic, and economic impact of early cancer diagnosis: a systematic literature review. *Frontiers in Oncology*. [Internet]. 2025; 15: 1546447.
45. Tapia et al. Cáncer cérvico uterino escamoso no queratinizante en paciente de 25 años: reporte de caso clínico. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*. [Internet]. 2021; 40(3): 305--309.
46. De Faria et al. Carcinoma fibrolamelar sincrónico con cáncer cérvico-uterino. Presentación de caso clínico y revisión de la literatura. *Revista GEN*. [Internet]. 2024; 74(3).
47. Ordoñez et al. Carcinoma celular escamoso cervicouterino estadio IIIB. Caso clínico. *Sanitas. Revista arbitrada de ciencias de la salud*. [Internet]. 2024;: 12--21.
48. Salas J. Carcinoma Lobulillar Infiltrante de Mama. Hospital Nacional Carlos Alberto Seguín Escobedo de la Red Asistencial Arequipa - EsSalud. 2023: [Tesis para optar el título de Segunda Especialidad en Prevención de Cáncer Cérvico Uterino y de Mamas][Internet]. 2025. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/6cdf7de6-32f4-496b-aac6-e56a90725a1e/content>.
49. Vergara, R; Salas, C. Carcinoma Escamoso de Cérvix en una Paciente de 21 Años: Reporte de Caso. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. [Internet]. 2023; 7(5) Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/8597>.
50. Sung et al. Sangrado posmenopáusico. *statPearls*. [Internet]. 2025; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562188/>.

ANEXOS



Anexo 1

Tomografía computarizada con contraste donde se evidencia tumoración cancerosa



Anexo 2

Informe anátomo patológico

INFORME ANATOMO PATOLÓGICO PATOLOGÍA QUIRÚRGICA

N. REGISTRO: xxx

Hora impresión: xxx

Pág: 1 de 1

Datos de la paciente

Apellidos y Nombres: xxx

Auto Generado: xxx

DNI: xxx

Edad Asegurado: 40 A 10 M 4 D

Sexo Paciente: FEMENINO

Procedencia: xxx

Servicio: ONCOLOGÍA MÉDICA

Estación / Hac. / Cama: Piso 1 – Cama 1

Médico Solicitante: xxx

Solicitud Origen: xxx

Especímen Quirúrgico: REVISIÓN DE TACOS

Tipo de Examen: 88325

Diagnóstico Clínico: C53.1 TUMOR MALIGNO DEL EXOCÉRVIX

Fecha Resultado: 14/05/2025

Exámenes Anteriores: —

DIAGNÓSTICO

Revisión de láminas.

Muestra: lesión úlcero necrótica sangrante en escasa cantidad.

Diagnóstico:

- Carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado, ulcerado asociado a VPH.

Inmunohistoquímica:

- P16, positivo (+++).

MACROSCOPIA

Se recibe material rotulado como “TOMO 2025FQ 456” (1 lámina y 1 bloque de parafina) para su revisión. Se realiza cortes correspondientes y estudio de láminas.

Anexo 3

Analisis de laboratorio

1. HEMOGRAMA COMPLETO (Sangre total)

Fecha: 16/01/2025 – Resultado: 07:35:37

Parámetro	Resultado	Unidad	Valor de referencia
Leucocitos	4.24	10 ³ /mm ³	4 – 10
Hemáties	4.87	10 ⁶ /mm ³	3.8 – 6.5
Hemoglobina	12.0	g/dL	12 – 17
Hematocrito	38.3	%	37 – 54
VCM	78	μm ³	80 – 100
HCM	24.7	pg	27 – 32
CHCM	31.4	g/dL	32 – 36
Índice de distribución eritrocitaria	22.9	%	11 – 16
Plaquetas	353	10 ³ /mm ³	150 – 500
Volumen plaquetario medio	7.7	μm ³	6 – 11
Segmentados %	54.2	%	15 – 60
Eosinófilos %	1.5	%	0 – 3
Basófilos %	0.4	%	0 – 5
Linfocitos %	40.3	%	8 – 40
Monocitos %	3.6	%	1 – 8
Plaquetocrito	0.271	–	–
Índice de distribución plaquetaria	15.2	%	0 – 100
Segmentados #	2.3	10 ³ /mm ³	–
Eosinófilos #	0.0	10 ³ /mm ³	–
Basófilos #	0.0	10 ³ /mm ³	–
Linfocitos #	1.7	10 ³ /mm ³	–
Monocitos #	0.1	10 ³ /mm ³	–

2. EXAMEN DE ORINA SIMPLE

Fecha: 16/01/2025 – Resultado: 00:00:00

Características fisicoquímicas:

Parámetro	Resultado
Color	Amarillo
Aspecto	Ligeramente turbio

Sedimento urinario:

Elemento	Resultado
Leucocitos	0–1 xC
Hematías	50–60 xC
Células epiteliales	3–4 xC
Bacterias	No se observan
Cilindros	No se observan
Cristales	No se observan

3. TIEMPO DE PROTROMBINA (TP)

Código: xxx

Fecha: 16/01/2025 – Resultado: 00:00:00

Parámetro	Resultado
TP	10.7 seg
INR	0.93
Muestra	Plasma citratado

4. TIPIFICACIÓN ABO

Código: xxx

Fecha: 16/01/2025 – Resultado: 00:00:00

Parámetro	Resultado
Grupo sanguíneo	O
Factor RH	Positivo
Muestra	Sangre EDTA

5. TIPIFICACIÓN RH (D)

Código: xxx

Fecha: 16/01/2025 – Resultado: 00:00:00

Parámetro	Resultado
Grupo sanguíneo	O
RH (D)	Positivo
Muestra	Sangre total

6. GONADOTROPINA CORIÓICA (hCG) CUANTITATIVA

Código: xxx

Fecha: 16/01/2025 – Resultado: 19:29:49

Parámetro	Resultado
β -hCG cuantitativa	0.403 mUI/mL
Muestra	Suero

