

Adenocarcinoma escamoso queratinizante. Caso clínico

Keratinising squamous cell adenocarcinoma. Clinical case

Sandra Pamela Bazante-Riofrio
docentetp124@uniandes.edu.ec

Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ibarra, Imbabura, Ecuador
<https://orcid.org/0009-0008-6645-030X>

Katherine Valeria Estévez-Freire
ui.katherineef56@uniandes.edu.ec

Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ibarra, Imbabura, Ecuador
<https://orcid.org/0009-0006-2189-9993>

Mónica Gabriela Chachalo-Sandoval
monicacs48@uniandes.edu.ec

Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ibarra, Imbabura, Ecuador
<https://orcid.org/0000-0002-0672-3301>

RESUMEN

Objetivo: describir las características citológicas del adenocarcinoma escamoso queratinizante de cérvix. **Método:** caso clínico. **Resultados:** Paciente femenina de 78 años con menopausia hace 25 años, sin citologías previas, consultó por dolor pélvico y sangrado abundante. Al examen físico presentó cérvix con pérdida de arquitectura anatómica y lesión ulcerada sangrante de consistencia pétrea. El análisis citológico reveló extendido hemorrágico-necrótico con células atróficas ovales, marcada anisonucleosis, hiperchromatismo, cromatina granular irregular, macronúcleos múltiples, células fusiformes hiperchromáticas, placas paraqueratóticas, núcleos cerebroides y sincitios celulares con pérdida de polaridad. El diagnóstico confirmó adenocarcinoma escamoso queratinizante de cérvix. **Conclusión:** El diagnóstico oportuno realizado por profesionales capacitados es fundamental para la prevención secundaria. La vacunación contra VPH y eliminación de factores de riesgo son estrategias clave de prevención primaria.

Descriptor: neoplasias del cuello uterino; carcinoma de células escamosas; citodiagnóstico. (Fuente, DeCS).

ABSTRACT

Objective: Describe the cytological characteristics of keratinising squamous adenocarcinoma of the cervix. **Method:** Clinical case. **Results:** A 78-year-old female patient who had been menopausal for 25 years and had no previous cytology tests consulted for pelvic pain and heavy bleeding. Physical examination revealed a cervix with loss of anatomical architecture and a bleeding ulcerated lesion with a stony consistency. Cytological analysis revealed extensive haemorrhagic-necrotic changes with oval atrophic cells, marked anisonucleosis, hyperchromatism, irregular granular chromatin, multiple macronucleoli, hyperchromatic spindle cells, parakeratotic plaques, cerebroid nuclei, and cell syncytia with loss of polarity. The diagnosis confirmed keratinising squamous adenocarcinoma of the cervix. **Conclusion:** Timely diagnosis by trained professionals is essential for secondary prevention. HPV vaccination and elimination of risk factors are key primary prevention strategies.

Descriptors: cervical neoplasms; squamous cell carcinoma; cytodiagnosis. (Source, DeCS).

Recibido: 27/08/2025. Revisado: 12/09/2025. Aprobado: 17/09/2025. Publicado: 29/09/2025.

Caso clínico



INTRODUCCIÓN

El cáncer es una grave complicación de salud que afecta al país y al mundo, no hace distinción en cuanto al desarrollo económico, raza, estrato sociocultural o inclusive edad. (1) A nivel ginecológico. (1) Específicamente el cáncer de origen cérvico uterino es una neoplasia de alta morbimortalidad y mortalidad. Se inicia como una lesión displásica o intraepitelial cervical, que en caso de detectarse a tiempo se pueden buscar mecanismos de erradicación de la lesión, con la finalidad de evitar que evolucione y se convierta en carcinoma in situ y finalmente a carcinoma altamente invasivo. (2) El diagnóstico idealmente se inicia con la sospecha clínica al examen físico y correlacionando los signos y síntomas de la paciente, así como los factores de riesgo que presenta, posteriormente el diagnóstico se ancla en la citología y biopsia. (3)

La literatura describe principalmente la posibilidad de distinguir entre dos tipos de cáncer cervicouterino: el que se caracteriza por presentar células escamosas o el epidermoide. (3) El de tipo queratinizante es mejor diferenciado, tiene una evolución más favorable que la no queratinizante de células grandes y pequeñas. (4) Existen hipótesis donde se asegura que uno de los factores de riesgo importantes es el contacto con el Virus del papiloma humano, la edad de comienzo de relaciones sexuales, número de compañeros sexuales en la vida. (4)(5)

El presente caso se trata de una paciente de 78 años de edad, quien declaró que la fecha de última menstruación fue hace 25 años, también indicó que ha tenido 6 partos por vía vaginal, un aborto y nunca se ha realizado una citología de control. Refirió que su visita a la consulta ginecológica fue por dolor pélvico con presencia de sangrado abundante, aduce que se asemeja en cantidad a una menstruación. Al examen físico se pudo apreciar un cérvix con pérdida de la arquitectura anatómica, con lesión ulcerada sangrante de consistencia pétrea en toda la superficie. Como

hipótesis diagnóstica el médico indicó un tumor maligno de cuello uterino o tumor de cérvix, por lo que se tomó una muestra de endocérnix exocérnix y fondo de saco para ser remitida y analizada por patología.

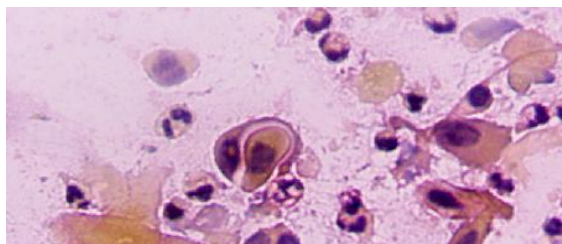
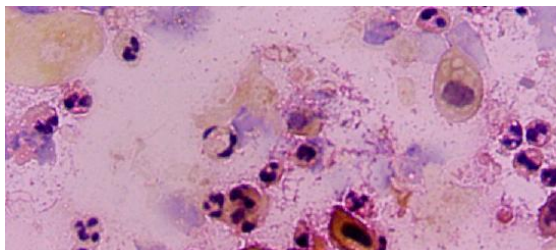
DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

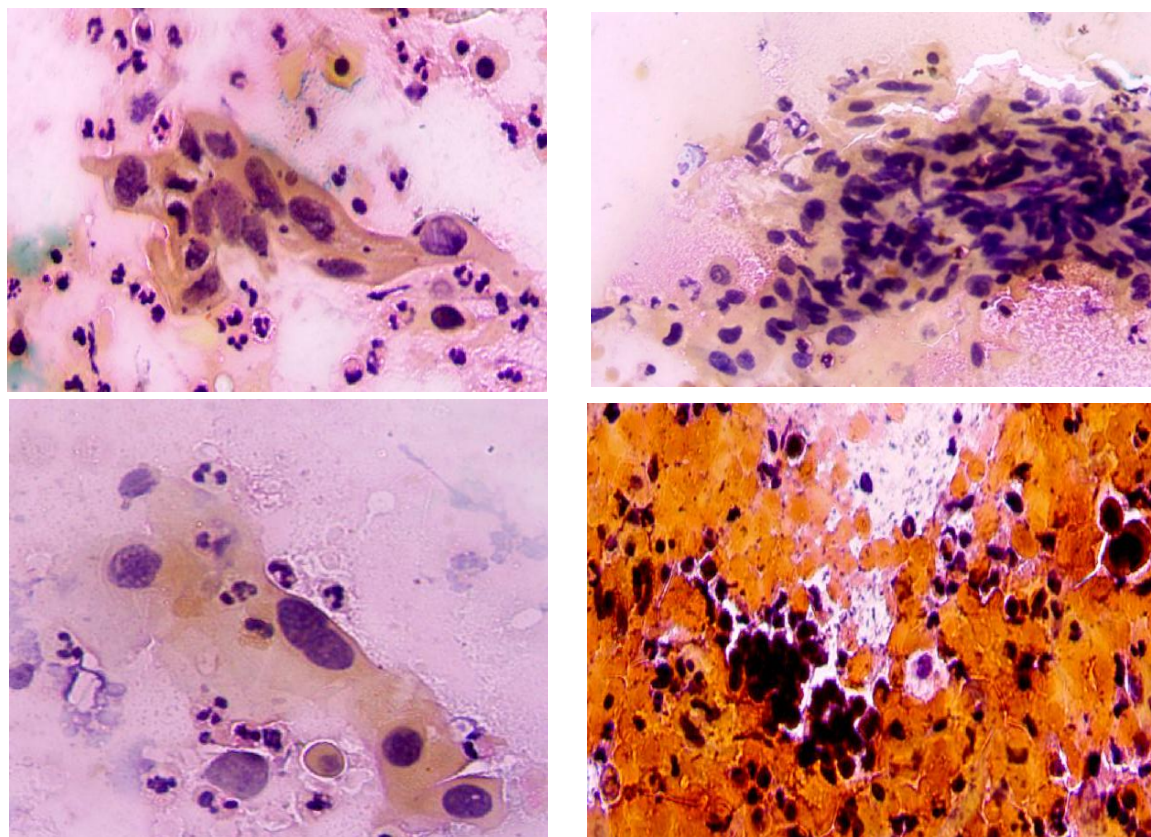
Se realizó una toma de muestra ginecológica bajo normas de asepsia y antisepsia, mediante la utilización de un espéculo vaginal para la adecuada visualización y recogida de la muestra, obteniendo un exudado vaginal tanto de endocérnix y exocérnix, se procedió a evaluar la calidad de la muestra, siendo esta adecuada para ser examinada, posteriormente se explora una placa de vidrio fijada realizando un rastreo completo de la totalidad de la misma, que previamente fue sometida a una tinción de papanicolaou. Con respecto a la investigación de la muestra se realizó una visualización por dos diferentes operadores entrenados y especializados y en dos microscopios un OLYMPUS BX51 y en un CARL ZEISS lab A1, visualizando todo el extendido con los oculares de 20X y 40X, finalmente se compararon los dos reportes realizados y se realizó una discusión del caso clínico para lograr el diagnóstico final (6)(7)

RESULTADOS

Extendido citológico en fondo hemorrágico y necrótico, con presencia de células atróficas ovales con marcada anisonucleosis, hipercromatismo con cromatina granular irregularmente distribuida, macronúcleos múltiples, citoplasma denso y claros nucleares. Presencia de detritus celular con diátesis tumoral. Células fusiformes en fibra hipercromáticas Y placas paraqueratósicas. Presencia de núcleos cerebroides. Sincitios celulares con pérdida de la polaridad, anisonucleosis, algunos núcleos abizarrados con hipercromatismo. (8)(9)

Imágenes 1-6





Imágenes1-6.Adenocarcinoma escamoso queratinizante de cérvix
Fuente: Imágenes cortesía de Laboratorios Riolab Ibarra -Ecuador 2024

DISCUSIÓN

El adenocarcinoma escamoso queratinizante es un subtipo de carcinoma escamoso caracterizado por la presencia de queratinización y diferenciación escamosa dentro de la estructura tumoral. Su importancia radica en su agresividad y el impacto que tiene en la salud de los pacientes, ya que puede desarrollarse en distintos órganos, en el presente caso expuesto se desarrolla en cérvix.(10)

Características patológicas y diagnóstico

El adenocarcinoma escamoso queratinizante se distingue por la presencia de células escamosas atípicas con tendencia a formar perlas de queratina. El diagnóstico se realiza mediante citología, biopsia y estudio histopatológico, finalmente se puede utilizar técnicas de inmunohistoquímica para diferenciarlo de otros carcinomas. Es común encontrar expresión de marcadores como **p63**, **CK5/6** y **EMA**, los cuales confirman su origen epitelial.(11)

Factores de riesgo y etiología

Entre los principales factores de riesgo se encuentran la exposición prolongada a radiación ultravioleta, el consumo de tabaco y alcohol, la infección por el **virus del papiloma humano (VPH)** y la exposición a agentes carcinogénicos industriales. (11)

Opciones terapéuticas y pronóstico

El tratamiento depende del estadio en el que se diagnostique la enfermedad. En estadios tempranos, la cirugía es el tratamiento de elección, seguida de radioterapia o quimioterapia adyuvante en casos de riesgo de recurrencia. Para tumores avanzados, el uso de terapias dirigidas, como inhibidores de PD-1/PD-L1, ha demostrado mejorar la supervivencia en algunos pacientes.(7)(11)

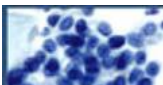
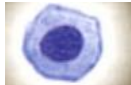
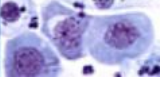
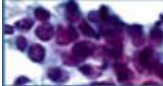
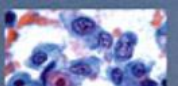
El pronóstico del adenocarcinoma escamoso queratinizante varía según el órgano afectado y el grado de diferenciación tumoral. En general, los tumores bien diferenciados tienen un mejor pronóstico, mientras que aquellos poco diferenciados

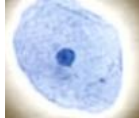
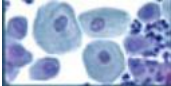
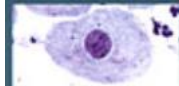
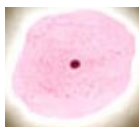
presentan una mayor probabilidad de metástasis y recurrencia.(11)(12). En la siguiente imagen podemos evidenciar la clasificación a n nivel citológico de la diferenciación escamosa en contraste con el tipo de lesión ya sea benigna, pre maligna o maligna.(13)

Tabla 1. Nomenclatura de categorías de diagnóstico.

NOMENCLATURA TRADICIONAL	Nomenclatura CIN	Nomenclatura del sistema Bethesda (SIL)
Atipia escamosa	Atipia escamosa	ASCUS
Condiloma	Condiloma	SIL de grado bajo
Displasia leve	NIC I	SIL de grado bajo
Displasia moderada	NIC II	SIL de alto grado
Displasia severa	CIN III	SIL de alto grado
Carcinoma in situ	CIN III	SIL de alto grado

Tabla 2. Matriz de categorías de diagnóstico.

	REACCIONES PROLIFERATIVAS TEMPRANAS	NEOPLASIA/LESIÓN INTRAEPITELIAL		CARCINOMA	DIFERENCIACIÓN
		DISPLASIA	CARCINOMA IN SITU		
BASAL 	Hiperplasia 	Hiperplasia de células atípicas 	Carcinoma in situ de células pequeñas 	Carcinoma de células escamosas pequeñas 	Pobremente diferenciada
PARABASAL 	Metaplasia escamosa inmadura 	Metaplasia displasia inmadura 	Carcinoma in situ de células intermedias 	Carcinoma de células escamosas no queratinizadas 	Moderadamente diferenciada
INTERMEDIA	Metaplasia escamosa madura	Metaplasia displasia madura	Carcinoma in situ de células grandes		

					
SUPERFICIAL 	Queratosis 	Queratinización displásica 		Carcinoma de células escamosas queratinizadas 	Altamente diferenciada

Fuente: *Women's Health and Education Center (WHEC)*. Dr. Bruce Dziurab Chief, New England Pathology Associates *Springfield, MA (USA)*, 2009.

CONCLUSIONES

El adenocarcinoma escamoso queratinizante es una entidad patológica relevante debido a su agresividad y su relación con factores ambientales y virales. La prevención primaria, como la eliminación de factores de riesgo y la vacunación contra el VPH, es fundamental para reducir su incidencia. Asimismo, el desarrollo de nuevas terapias dirigidas representa una esperanza para mejorar la supervivencia de los pacientes afectados, el diagnóstico a tiempo y realizado por profesionales latamente capacitados es muy importante para lograr una prevención secundaria.(14)(15)

FINANCIAMIENTO

No monetario

CONFLICTO DE INTERÉS

No existe conflicto de interés con personas o instituciones ligadas a la investigación.

AGRADECIMIENTOS

A la dirección de investigación de UNIANDES.

REFERENCIAS



1. Vergara Cárcamo RF, Vergara Ealo S, Salas-Navarro CP, Duque-Urbe C, Salas-Navarro J. Carcinoma escamoso de cérvix en una paciente de 21 años: reporte de caso. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. 2023;7(5):10146-54.
2. Chica Lozada CX, Bermeo Guerrero CD, Lavayen Benites FA, Criollo Asencio AG, Moria Figueroa DG. Paciente de 50 años con carcinoma celular escamoso cervicouterino estadio IIIB: reporte de caso. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. 2023;7(3):6763.
3. Tian Y, Yang L, Wang W, Zhang J, Tang Q, Ji M, et al. Computer-aided detection of squamous carcinoma of the cervix in whole slide images. *arXiv preprint arXiv:1905.10959*. 2019.
4. Bosch FX, Lorincz A, Muñoz N, Meijer CJ, Shah KV. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *J Clin Pathol*. 2002;55(4):244-65.
5. de Sanjose S, Quint WG, Alemany L, et al. Human papillomavirus genotype attribution in invasive cervical cancer: a retrospective cross-sectional worldwide study. *Lancet Oncol*. 2010;11(11):1048-56.
6. Muñoz N, Bosch FX, de Sanjose S, et al. Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. *N Engl J Med*. 2003;348(6):518-27.
7. Ronco G, Giorgi-Rossi P, Carozzi F, et al. Efficacy of human papillomavirus testing for the detection of invasive cervical cancers and cervical intraepithelial neoplasia: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol*. 2010;11(3):249-57.
8. Dickinson J, Tsakonas E, Conner Gorber S, Lewin G, Shaw E, Singh H, et al. Recommendations on screening for cervical cancer. *CMAJ*. 2013;185(1):35-45.
9. Castellsagué X, Bosch FX. Avances en la prevención del cáncer de cuello de útero: vacunas VPH. *Farm Hosp*. 2007;31(5):261-3.
10. Drolet M, Bénard É, Pérez N, Brisson M, HPV Vaccination Impact Study Group. Population-level impact and herd effects following the introduction of human papillomavirus vaccination programmes: updated systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2019;394(10197):497-509.
11. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2021;71(3):209-49.
12. Vorsters A, Bosch FX, Bonanni P, Franco EL, Baay M, Simas C, et al. Prevention and control of HPV infection and HPV-related cancers in Colombia: a meeting report. *BMC Proc*. 2020;14(Suppl 9):8.
13. WHO. WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention. 2nd ed. 2021.



14. Murphy J, Kennedy EB, Dunn S, McLachlin CM, Kee Fung MF, Gzik D, et al. HPV testing in primary cervical screening: a systematic review and meta-analysis. *J Obstet Gynaecol Can.* 2012;34(5):443-52.
15. Castro-Jiménez MÁ, Vera-Cala LM, Posso-Valencia HJ. Epidemiología del cáncer de cuello uterino: estado del arte. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2006;57(3):182-9.

Derechos de autor: 2025. Por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>