



DOI: <https://doi.org/10.46296/yc.v10i19.0991>

CARCINOMA CERVICAL INVASOR EN UNA MUJER DE 28 AÑOS SIN ANTECEDENTE DOCUMENTADO DE VPH DETECTABLE: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN BREVE

INVASIVE CERVICAL CARCINOMA IN A 28-YEAR-OLD WOMAN WITHOUT DOCUMENTED DETECTABLE HPV HISTORY: A CASE REPORT AND BRIEF REVIEW

Martinez-Soto Jessenia Elizabeth ¹; Salinas-Rocano Diana Jacqueline ¹;
Poma-Ramon Luis Alejandro ¹

¹ Médico, Universidad de Cuenca. Cuenca, Ecuador.

Resumen

Introducción: La mayoría de los carcinomas cervicales invasores se asocian a infección persistente por virus del papiloma humano (VPH); sin embargo, los casos en los que no existe antecedente documentado de VPH detectable plantean desafíos diagnósticos y de interpretación, especialmente en mujeres jóvenes. **Caso clínico:** Se presenta el caso de una mujer de 28 años, sin comorbilidades relevantes, remitida por citología cervical anormal y biopsia compatible con carcinoma epidermoide pobremente diferenciado. Durante la evolución presentó dolor pélvico, sangrado transvaginal progresivo y hematuria. El examen ginecológico evidenció una tumoración cervical sangrante de aproximadamente 4–5 cm. La resonancia magnética pélvica mostró una lesión expansiva excéntrica del cuello uterino de 40,8 mm, con realce heterogéneo y restricción a la difusión, sin adenopatías pélvicas descritas. La tomografía de tórax no mostró extensión metastásica. El caso fue documentado clínicamente como estadio IIB y recibió radioterapia externa (50,4 Gy en 28 fracciones), cisplatino concomitante semanal en seis ciclos y braquiterapia de alta tasa. En el muestreo cervical posterior al tratamiento no se identificó carcinoma invasor en los fragmentos evaluados, aunque persistieron cambios displásicos escamosos moderados a severos. **Conclusión:** La edad joven y la ausencia de antecedente documentado de VPH no deben retrasar la biopsia de una lesión cervical sospechosa. La denominación de carcinoma HPV-independiente requiere confirmación virológica y/o inmunohistoquímica adecuada.

Palabras claves: cáncer de cuello uterino; carcinoma epidermoide; virus del papiloma humano; mujer joven; quimiorradioterapia; reporte de caso.

Abstract

Background: Most invasive cervical cancers are associated with persistent human papillomavirus (HPV) infection; however, cases lacking a documented history of detectable HPV raise diagnostic and interpretive challenges, particularly in young women. **Case presentation:** A 28-year-old woman with no relevant comorbidities was referred after abnormal cervical cytology and a biopsy consistent with poorly differentiated squamous cell carcinoma. She later developed pelvic pain, progressive vaginal bleeding, and hematuria. Gynecologic examination revealed a bleeding cervical mass measuring approximately 4–5 cm. Pelvic magnetic resonance imaging showed a 40.8 mm eccentric cervical lesion with heterogeneous enhancement and diffusion restriction, without reported pelvic lymphadenopathy. Chest computed tomography showed no metastatic extension. The disease was clinically documented as stage IIB. Definitive treatment consisted of external-beam radiotherapy (50.4 Gy in 28 fractions), six weekly cycles of concurrent cisplatin, and high-dose-rate brachytherapy. Post-treatment cervical sampling showed no invasive carcinoma in the examined fragments, although moderate-to-severe squamous dysplasia persisted. **Conclusion:** Young age and lack of documented detectable HPV should not delay biopsy of a suspicious cervical lesion. A truly HPV-independent cervical carcinoma requires appropriate virologic and/or immunohistochemical confirmation.

Información del manuscrito:

Fecha de recepción: 15 de junio de 2026.

Fecha de aceptación: 18 de agosto de 2026.

Fecha de publicación: 17 de septiembre de 2026.





Keywords: cervical cancer; squamous cell carcinoma; human papillomavirus; young woman; chemoradiotherapy; case report.

1. Introducción

El cáncer cervicouterino continúa siendo un problema prioritario de salud pública y una causa importante de morbilidad y mortalidad femenina a nivel mundial. Aunque la mayoría de los tumores cervicales invasores se atribuyen a infección persistente por genotipos oncogénicos de VPH, el pequeño subgrupo de lesiones sin evidencia documentada de VPH constituye un reto clínico y patológico, ya que obliga a descartar falsos negativos analíticos, errores de clasificación del sitio primario y variantes realmente HPV-independientes [1–6].

En la práctica clínica, la expresión “VPH negativo” suele utilizarse de forma laxa; sin embargo, para sustentar que un carcinoma cervical es verdaderamente HPV-independiente se requieren correlación morfológica, inmunohistoquímica especialmente p16 cuando está indicada— y, de ser posible, verificación molecular del estado viral [3–6]. Este punto cobra particular relevancia en pacientes jóvenes, en quienes la presentación

de un carcinoma cervical invasor en ausencia de antecedente documentado de VPH es infrecuente y potencialmente llamativa desde el punto de vista editorial.

El objetivo de este manuscrito es describir un caso de carcinoma cervical invasor en una mujer de 28 años sin antecedente documentado de VPH detectable, reconstruido y actualizado a una cronología clínica relativa para evitar trasladar fechas históricas del archivo fuente, y discutir de forma breve sus implicaciones diagnósticas y terapéuticas.

2. Presentación de caso

2.1 Información de la paciente

Mujer de 28 años, sin antecedentes patológicos personales relevantes registrados. En la documentación clínica no se consignaron hipertensión arterial, diabetes mellitus, asma, cardiopatía, alergias, cirugías previas ni tratamiento habitual. Entre los antecedentes gineco-obstétricos disponibles se registraron menarquia a los 11 años,



inicio de relaciones sexuales a los 18 años y paridad G2P1011. No constaba antecedente documentado de una prueba positiva para VPH en el material revisado.

2.2 Motivo de consulta y hallazgos clínicos iniciales

La paciente fue remitida para evaluación ginecológica luego de una citología cervical anormal y de una biopsia informada como carcinoma epidermoide pobremente diferenciado. En la evolución clínica refirió dolor pélvico y sangrado transvaginal de escasa cuantía que posteriormente aumentó, asociado a hematuria. En una valoración inicial se describió una tumoración de aproximadamente 2 cm a nivel

cervical; en evaluaciones posteriores se registró cérvix hipertrófico con lesión tumoral de 4–5 cm, friable y sangrante, con parametrios móviles en la exploración consignada.

2.3 Evaluación diagnóstica

Los estudios auxiliares consignaron grupo sanguíneo O Rh positivo, RPR no reactivo y HBsAg no reactivo. La evolución laboratorial sugirió desarrollo de anemia durante el curso clínico, sin deterioro renal significativo. Para adecuar el manuscrito a una presentación contemporánea y evitar trasladar fechas históricas del archivo fuente, los resultados se reorganizaron por momentos clínicos relativos (Tabla 1).

Tabla 1. Evolución de parámetros de laboratorio reorganizada según momentos clínicos relativos para evitar la reproducción de años históricos del material fuente.

Parámetro	Evaluación inicial	Evolución temprana	Pretratamiento	Durante tratamiento
Leucocitos (/mm ³)	5600	5690	4270	3900
Hemoglobina (g/dL)	12,8	13,3	9,5	11,8
Hematocrito (%)	37,4	38,4	28,4	34,6
Plaquetas (/mm ³)	283 000	279 000	390 000	232 000
Creatinina (mg/dL)	0,56	0,73	0,66	0,67
Urea (mg/dL)	20	26	22	21
Glucosa (mg/dL)	107	102	92	108

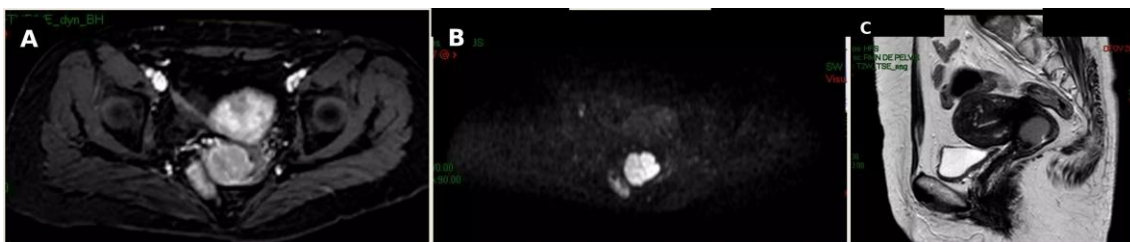
La tomografía de tórax no mostró hallazgos compatibles con extensión metastásica. La tomografía abdominopélvica describió engrosamiento irregular del cuello

uterino, sin evidencia de adenopatías retroperitoneales o ilíacas ni signos de enfermedad secundaria abdominal o pélvica. La resonancia magnética pélvica

documentó una lesión expansiva excéntrica del cuello uterino, localizada predominantemente hacia el aspecto lateral derecho, de 40,8 mm, hipointensa en secuencias T1, hiperintensa en T2, con captación heterogénea de contraste y

restricción a la difusión. También se consignaron ausencia de masa parametrial definida, dos quistes anexiales derechos simples de 18 y 24 mm y cambios compatibles con adenomiosis.

Figura 1. Resonancia magnética pélvica con paneles contiguos sin espacios intermedios. A) Secuencia axial poscontraste que muestra lesión cervical expansiva. B) Secuencia de difusión con restricción del tumor. C) Secuencia sagital T2 que ilustra la relación anatómica de la lesión con el cuello uterino. Las imágenes fueron anonimizadas y recompuestas para publicación.



La histología inicial fue informada como carcinoma epidermoide pobremente diferenciado. En el control histopatológico posterior al tratamiento se describieron fragmentos de epitelio escamoso con cambios displásicos moderados a severos, además de cervicitis granulomatosa crónica con células gigantes multinucleadas tipo cuerpo extraño y focos de necrosis fibrinoide; en los fragmentos examinados no se identificó carcinoma invasor residual. El material disponible no incluyó inmunohistoquímica p16 ni prueba molecular tumoral de VPH.

Con base en la documentación clínica global, el caso fue consignado por el equipo tratante como estadio IIB. Dado que la resonancia no describió una masa parametrial inequívoca, se optó por conservar en el manuscrito la estadificación clínica registrada y explicitar esta posible discordancia como limitación metodológica del reporte.

2.4 Intervención terapéutica

La paciente recibió quimiorradioterapia definitiva. La radioterapia externa se administró con una dosis total de 50,4 Gy en 28 fracciones. La quimioterapia concomitante consistió en cisplatino

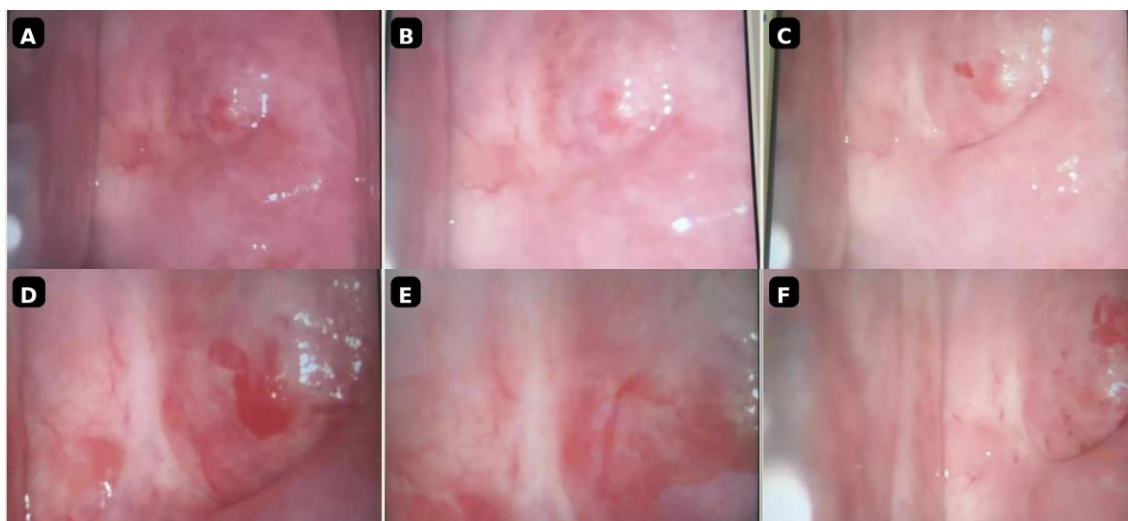
semanal durante seis ciclos, según los registros disponibles. Posteriormente se completó braquiterapia de alta tasa en dos aplicaciones. El esquema es concordante con el estándar terapéutico para enfermedad cervical localmente avanzada [7].

2.5 Seguimiento y desenlaces

En el muestreo cervical realizado después del tratamiento no se

observó carcinoma invasor en los fragmentos estudiados, aunque persistieron alteraciones displásicas escamosas moderadas a severas. El archivo fuente no aportó información suficiente para reconstruir con exactitud el seguimiento radiológico a mediano plazo ni los desenlaces oncológicos posteriores; por lo tanto, dichos resultados no se infieren y se reconocen como una limitación del reporte.

Figura 2. Secuencia colposcópica representativa del cuello uterino organizada en paneles contiguos sin espacios blancos. Se aprecian áreas irregulares y friables con zonas focales de sangrado. La secuencia se presenta con fines descriptivos; el archivo original no precisó el intervalo temporal exacto entre cada captura.



3. Cronología clínica

Tabla 2. Cronología clínica reorganizada en términos relativos para adecuar el caso a una presentación contemporánea sin reproducir la datación histórica del expediente fuente.

Momento clínico relativo	Hecho clínico principal
Evaluación inicial	Citología cervical anormal y biopsia compatible con carcinoma epidermoide pobremente diferenciado; lesión cervical aproximada de 2 cm.
Progresión sintomática	Dolor pélvico, sangrado transvaginal progresivo y hematuria.

Momento clínico relativo	Hecho clínico principal
Reevaluación ginecológica	Masa cervical friable y sangrante de 4–5 cm; persistencia de parametrios móviles en el registro disponible.
Estadificación por imagen	TC de tórax sin metástasis; TC abdominopélvica sin adenopatías evidentes; RM con lesión cervical de 40,8 mm y restricción a la difusión.
Tratamiento definitivo	Radioterapia externa 50,4 Gy/28 fracciones + cisplatino semanal (6 ciclos) + braquiterapia de alta tasa (2 aplicaciones).
Control posterior	Muestreo cervical sin carcinoma invasor en los fragmentos evaluados; persistencia de displasia escamosa moderada a severa.

4. Discusión

Este caso es relevante por dos motivos principales: la corta edad de la paciente y la ausencia de antecedente documentado de VPH detectable. No obstante, el valor editorial del reporte depende de una interpretación prudente. La documentación disponible permite afirmar que no existía un antecedente positivo registrado de VPH, pero no permite concluir que el tumor fuera inequívocamente HPV-independiente. La literatura contemporánea subraya que los carcinomas cervicales verdaderamente HPV-independientes son inusuales y requieren un abordaje diagnóstico riguroso [3–6].

4.1 Significado clínico de un cáncer cervical aparentemente HPV-negativo

Un resultado aparentemente negativo para VPH puede obedecer a varias circunstancias: muestreo insuficiente, baja carga viral, degradación del material, integración viral con pérdida de regiones blanco del ensayo, limitaciones metodológicas o incluso clasificación incorrecta del sitio primario [5,6]. Por ello, cuando el mensaje central de un caso descansa en la ausencia de VPH, el análisis debe complementarse con revisión morfológica experta y, cuando sea posible, con p16 e investigación molecular específica. En este contexto, el título y el texto del presente manuscrito emplean la expresión “sin antecedente documentado de VPH detectable” como formulación científicamente más cautelosa.



4.2 Comparación con la literatura disponible

Series recientes han mostrado que la inmensa mayoría de los carcinomas epidermoides cervicales son VPH-dependientes [2–4]. En el estudio de Stolnicu y colaboradores, la frecuencia de carcinomas escamosos invasores HPV-independientes fue muy baja [4]. De

manera similar, series moleculares posteriores han confirmado que los casos realmente HPV-independientes constituyen una minoría y suelen presentarse en pacientes de mayor edad [6]. Por consiguiente, una presentación a los 28 años sería poco frecuente y justificaría verificación etiológica robusta antes de afirmarla como tal.

Tabla 3. Evidencia seleccionada utilizada para contextualizar el caso y su revisión breve.

Referencia	Tipo de evidencia	Aporte principal al caso
WHO / Female Genital Tumours [1,3]	Documento de referencia y clasificación	Confirman el papel central del VPH en el cáncer cervicouterino y delimitan la necesidad de una correcta clasificación tumoral.
Stolnicu et al. [4]	Serie clinicopatológica	Describe la muy baja frecuencia de carcinomas escamosos cervicales HPV-independientes.
Yoshida et al. [5]	Revisión molecular	Explica mecanismos y causas de aparente negatividad para VPH.
Kır et al. [6]	Serie clinicopatológica y molecular	Muestra que los carcinomas escamosos cervicales HPV-independientes confirmados son excepcionales y requieren corroboración exhaustiva.
Cibula et al. [7]	Guía clínica	Sustenta el estándar terapéutico con quimiorradioterapia y braquiterapia en enfermedad localmente avanzada.

4.3 Implicaciones diagnósticas y terapéuticas

La evolución desde una lesión inicialmente pequeña hasta una masa cervical sangrante de 4–5 cm reafirma que la edad joven no excluye patología maligna y no debe disminuir el umbral para indicar evaluación ginecológica completa, biopsia e imagen. Asimismo, el caso muestra que la conducta terapéutica

estuvo determinada por el estadio clínico documentado y no por el antecedente de VPH. En enfermedad localmente avanzada, la quimiorradioterapia con platino concomitante y braquiterapia continúa siendo la piedra angular del tratamiento [7].

5. Conclusiones

El carcinoma cervical invasor puede presentarse en mujeres menores de 30 años y debe considerarse ante sangrado genital anormal, dolor pélvico o una lesión cervical sospechosa, incluso en ausencia de antecedente documentado de VPH detectable. La confirmación histológica y la correcta estadificación siguen siendo determinantes para el tratamiento. La eventual atribución de un carcinoma cervical a una vía HPV-independiente exige corroboración patológica y virológica específica.

Bibliografía

1. World Health Organization. Cervical cancer. Fact sheet. Geneva: WHO; 2026.
2. Wei F, Georges D, Man I, Baussano I, Clifford GM. Causal attribution of human papillomavirus genotypes to invasive cervical cancer worldwide: a systematic analysis of the global literature. *Lancet*. 2024;404(10451):435-444. doi:10.1016/S0140-6736(24)01097-3.
3. WHO Classification of Tumours Editorial Board. Female Genital Tumours. 5th ed. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2020.
4. Stolnicu S, Allison D, Praiss AM, et al. Incidence and clinicopathologic characteristics of human papillomavirus-independent invasive squamous cell carcinomas of the cervix: a morphologic, immunohistochemical, and human papilloma-virologic study of 670 cases. *Am J Surg Pathol*. 2023;47(12):1376-1389. doi:10.1097/PAS.00000000000002122.
5. Yoshida H, Shiraishi K, Kato T. Molecular pathology of human papillomavirus-negative cervical cancers. *Cancers (Basel)*. 2021;13(24):6351. doi:10.3390/cancers13246351.
6. Kır G, Erbağcı A, Özen F, Sayit D, Karateke A. HPV-independent squamous cell carcinoma of cervix: a clinicopathological, immunohistochemical, and molecular analysis of six cases. *Virchows Arch*. 2025;487(4):775-786. doi:10.1007/s00428-025-04113-6.
7. Cibula D, Raspollini MR, Planchamp F, et al. ESGO/ESTRO/ESP Guidelines for the management of patients with cervical cancer - Update 2023. *Int J Gynecol Cancer*.

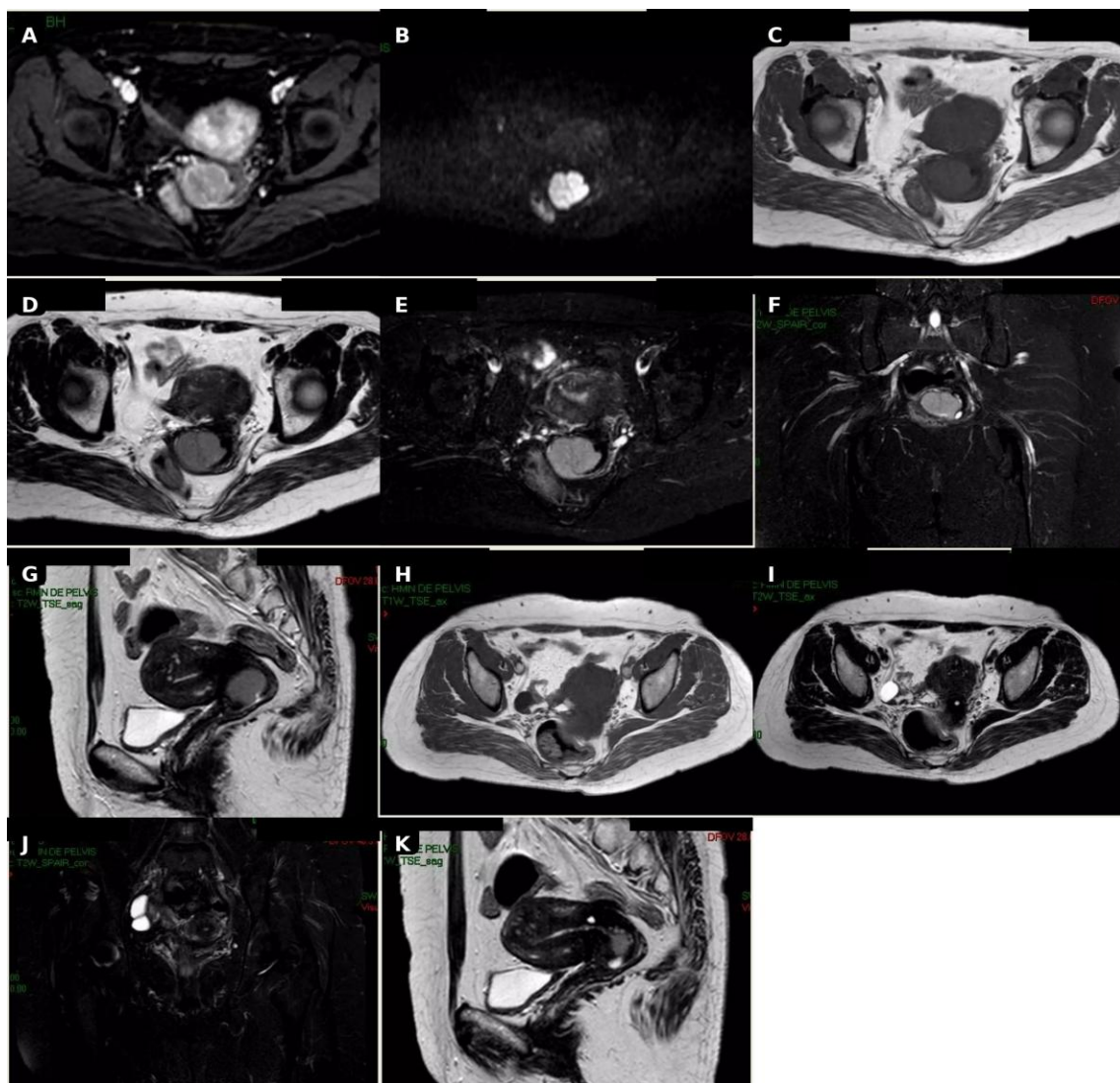
2023;33(5):649-666.
 doi:10.1136/ijgc-2023-
 004429.

case reports: explanation and
 elaboration document. J Clin
 Epidemiol. 2017;89:218-235.
 doi:10.1016/j.jclinepi.2017.04.
 026.

8. Riley DS, Barber MS, Kienle GS,
 et al. CARE guidelines for

Material suplementario

Con el fin de conservar la iconografía clínica en el orden provisto por el archivo original, se añadieron láminas suplementarias recompuestas para publicación. Las imágenes fueron anonimizadas y se eliminaron espacios blancos entre paneles para mejorar su calidad editorial.



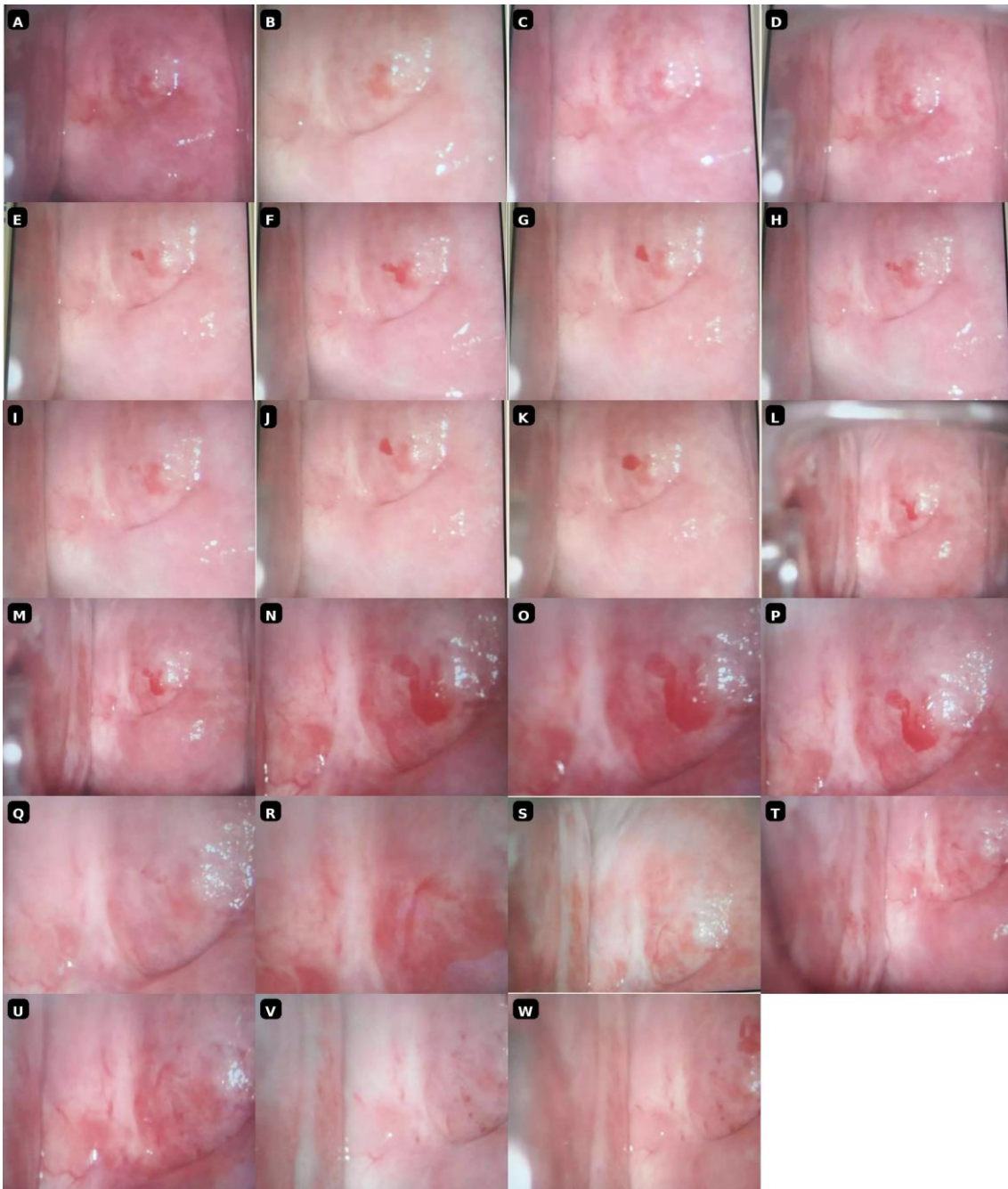


Figura suplementaria S2. Serie colposcópica completa disponible en la presentación original, organizada en el mismo orden y recompuesta sin espacios blancos entre paneles.