

11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE POSTGRADO E
INVESTIGACIÓN
HOSPITAL REGIONAL 1° DE OCTUBRE
I.S.S.S.T.E.

COLPOSCOPIA EN EL EMBARAZO



T E S I S
SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
FACULTAD DE MEDICINA
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
U.N.A.M.

PRESENTA:
DR. RICARDO MONTEERRUBIO RODRÍGUEZ

ASESOR DE TESIS:

DR. FCO. JAVIER ALVARADO GAY



ISSSTE

I.S.S.S.T.E.
SUBDIRECCION MEDICA

MÉXICO, D.F.

05 NOV 2004

FEBRERO 2004

COORDINACION DE ORGANIZACION
DESARROLLO E INVESTIGACION



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice

Introducción.....	3
Contexto Histórico.....	5
Clasificación del Nic.....	6
Sistema Bethesda.....	7
Consideraciones Generales.....	10
Colposcopia def. incidencia del Cáncer y Embarazo.....	12
Índice Colposcópico de Reid.....	13
El Cuello Uterino en el Embarazo.....	14
Cuadros Colposcópicos Durante el embarazo.....	16
Discusión de Autores.....	21
Conducta ante el Papanicolaou Anormal.....	24
Resultado del estudio.....	25
Conclusiones.....	26
Bibliografía.....	27



Colposcopia en el Embarazo



Coilocitos VPH

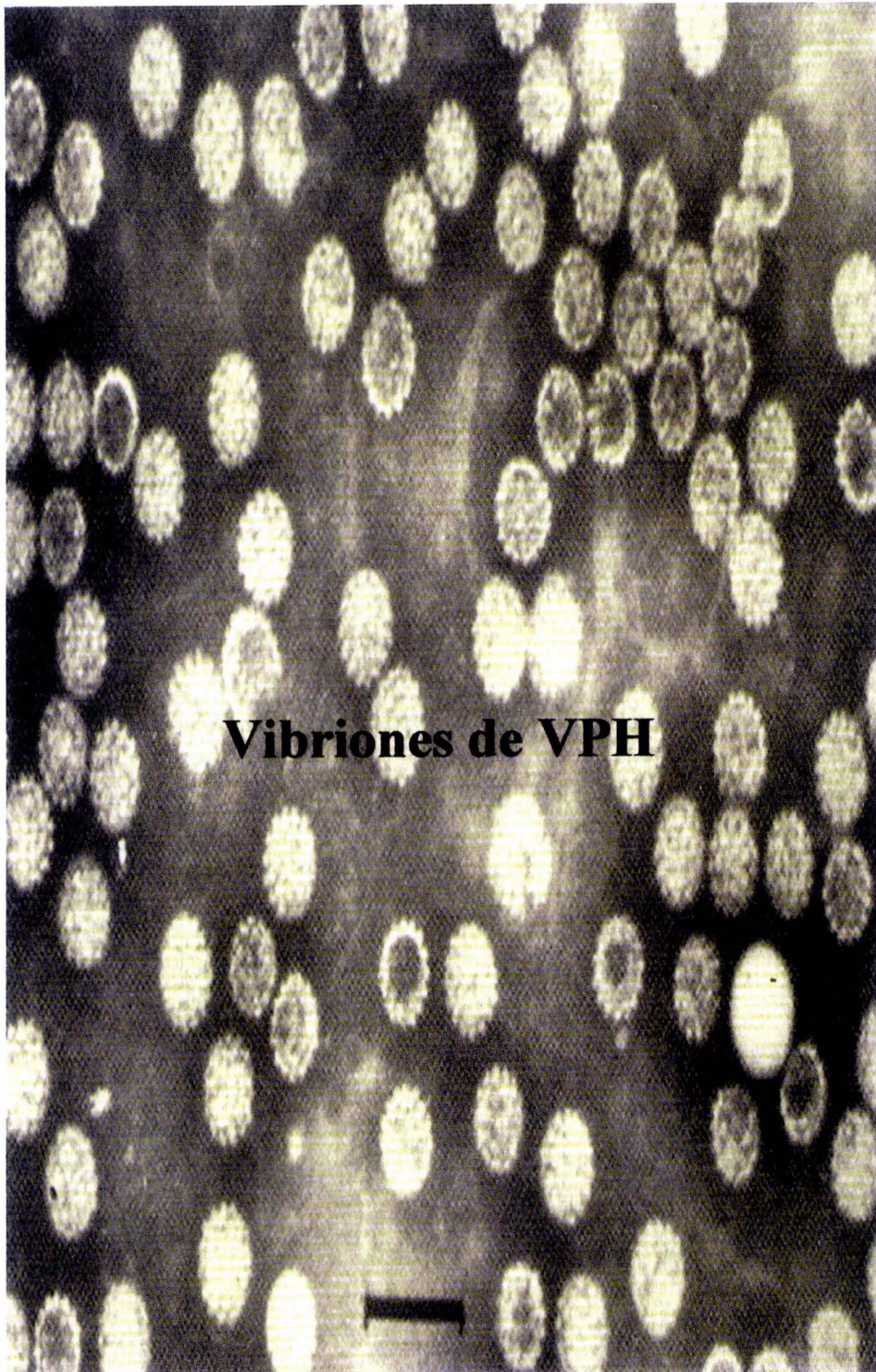
INTRODUCCION

El Virus de Papiloma Humano (VPH) es el cofactor más importante que puede desencadenar las lesiones precursoras del Cáncer Cervico-uterino, siendo la vía sexual la forma de transmisión de este. El inicio temprano de las relaciones en las adolescentes a creado la aparición de lesiones precursoras en algunas mujeres infectadas con la aparición de lesiones de alto grado en mujeres a muy temprana edad de la vida, cuando están en edad reproductiva, empezando a notarse problemas de esterilidad por los procedimientos escisionales agresivos. Hay un gran porcentaje de mujeres que adquieren el virus de VPH en la primera relación.

La citología sigue siendo el método de diagnóstico más simple y barato para el diagnóstico de lesiones precursoras sin embargo puede dejar pasar hasta un 30% de lesiones de bajo grado y no es un método confiable para detección de VPH.

La Colposcopia se ha aceptado como una herramienta más con un grado mayor de especificidad para la detección de lesiones de alto, bajo grado y VPH.

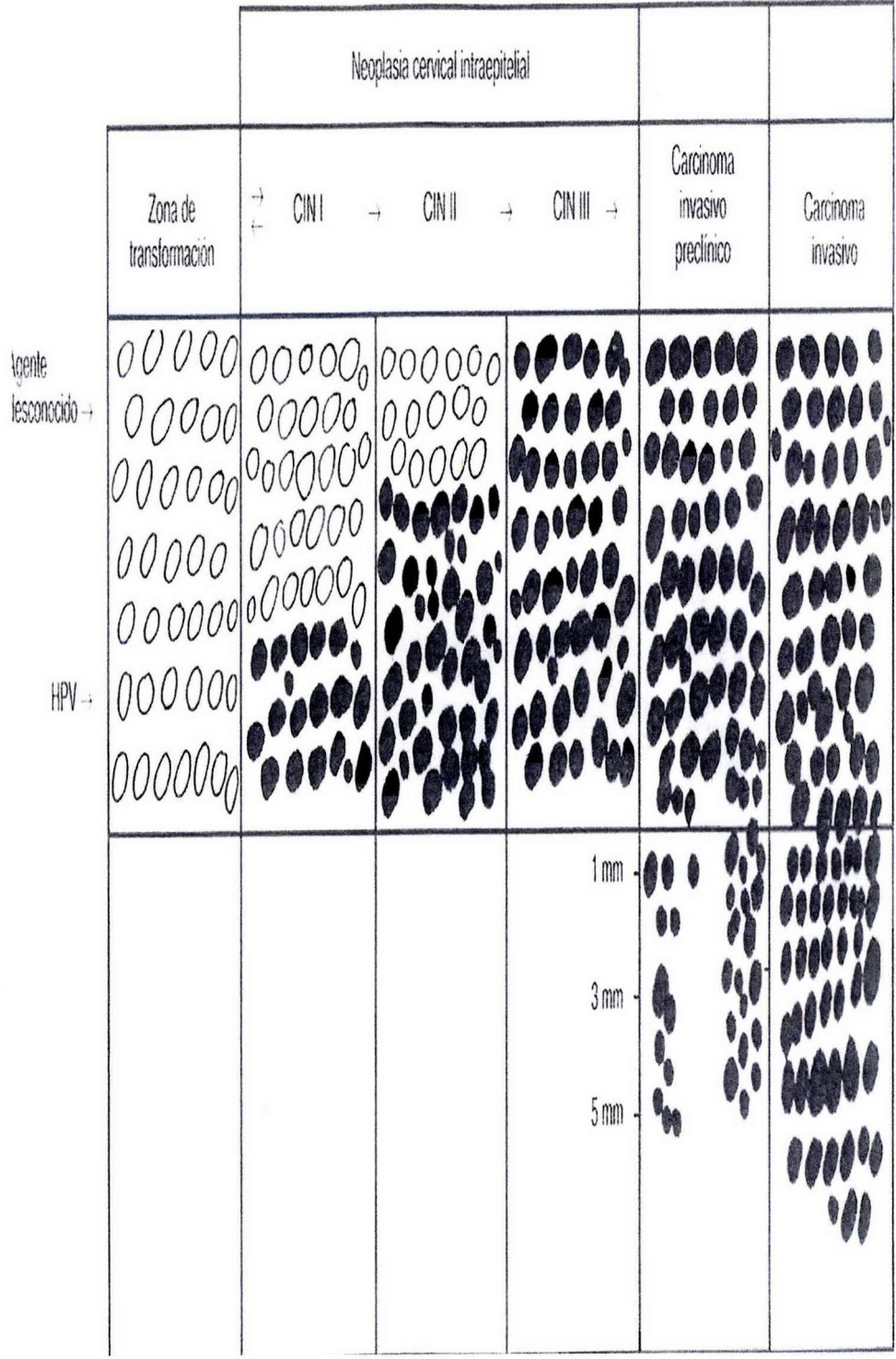
Por todo esto la búsqueda de lesiones de alto grado y Carcinoma in situ durante el embarazo se ha convertido en todo un reto para el médico Gineco-obstetra



Vibrones de VPH

Contexto Histórico

La colposcopia fue introducida por Hans Hinsellmann médico Alemán que con la ayuda de los médicos de la firma Leitz ponen a punto el primer colposcopio en 1925 Shiller en 1928 demuestra que el carcinoma del cuello uterino no contiene glúcogeno y desarrolla la prueba conocida con su nombre a base de yodo, en 1938 Hinsellman introduce la prueba del ácido acético, la colposcopia tardo en ser aceptada en América donde en algún momento la consideraron como el mayor engaño ginecológico de ese y cualquier otro siglo y fue hasta la década de los 70's que fue aceptada como medio de diagnostico después de un examen citológico anormal, hoy en día se acepta la colposcopia a nivel mundial como el método más estudiado para detectar una neoplasia cervical temprana. A pesar de ser interpretativa, subjetiva y falible las ventajas sobrepasan sus desventajas ya que hay acuerdo ínter observadores del epitelio normal, de alto grado e invasión y diferencias en metaplasia y lesiones de bajo grado. En Norte América George N. Papanicolau anatomista introdujo la citología en 1928, Ernest Ayre ginecólogo introdujo la espátula de madera para raspar el cuello uterino y revisar directamente la zona de transformación. Papanicolau diseño en 1954 el primer sistema de notificación de la citología cervical, en 1968 realizo otra clasificación morfológica y 10 años después Richard introdujo la neoplasia cervical intraepitelial llegando a 1988 el sistema Bethesda la cual ha ido teniendo modificaciones hasta el año 2001 que es la que rige en la actualidad.



SISTEMA DE BETHESDA 1991

Espécimen adecuado satisfactorio para evaluación

Satisfactorio para evaluación pero limitado

Insatisfactorio para evaluación

Categorización general

Con límites normales

Cambios celulares benignos

Anormalidades de células epiteliales

Diagnósticos descriptivos

Cambios celulares benignos

Infección

Cambios reactivos

Cambios celulares reactivos asociados con: inflamación, atrofia, radiación,
DIU, otros.

Anormalidades de células epiteliales

Células epiteliales

Atípica escamosa de significado no determinado

Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado: incluye VPH, NIC

Displasia leve.

Lesión escamosa intraepitelial de alta grado: incluye displasia moderada

Y severa, NIC II-III

Carcinoma de células escamosas

Células glandulares

Células endometriales

Átipia glandular de significado no determinado

Adenocarcinoma endocervical

Adenocarcinoma endometrial

Adenocarcinoma extrauterino

Adenocarcinoma

Otras neoplasias malignas

SISTEMA BETHESDA 2001

CALIDAD DEL ESPECIMEN

Satisfactorio para evaluación (*anotar presencia/ausencia endocervicales*)

Inadecuado para evaluación... (*Especificar la causa*)

Muestra rechazada/no procesada (*especificar la causa*)

Muestra procesada y estudiada, pero insatisfactoria para evaluación de

Anormalidades epiteliales a causa de... (*Especificar*)

DIAGNOSTICO GENERAL (Opcional)

Negativo para lesión intraepitelial o neoplasia maligna

Anormalidades en células epiteliales

Otro

INTERPRETACION/RESULTADOS

A.- NEGATIVO PARA LESION INTRAEPITELIAL O NEOPLASIA MALIGNA

INFECCION

Trichomonas vaginalis

Organismos consistentes con el diagnóstico de *Cándida* spp

Predominio de cocobacilos consistentes con una desviación de la flora vaginal

Bacterias morfológicamente consistentes con *Actinomyces* spp

Cambios celulares asociados a virus del *herpes*

Otros

OTROS HALLAZGOS NO NEOPLASICOS (opcional; lista no limitante)

Cambios celulares reactivos asociados a:

Inflamación (incluye reparación típica)

Radiación

DIU

Presencia de endocervicales después de histerectomía

Atrofia

B.- ANORMALIDADES DE CELULAS EPITELIALES

CELULAS PLANAS (ESCAMOSAS)

Células planas atípicas (ASC) de significado indeterminado (ASC-US) sin poderse excluir LEIAG (ASC-H)

Lesión escamosa intraepitelial de **BAJO GRADO** (VPH/displasia leve/NIC1)

Lesión escamosa intraepitelial de **ALTO GRADO** (displasia moderada y severa, carcinoma in situ; NIC2 y NIC3)

Carcinoma epidermoide

CELULAS GLANDULARES

Células glandulares atípicas (*especificar endocervical, endometriales o no especificado*)

Células glandulares atípicas, favor neoplásicas (*especificar endocervicales o no especificado*)

Adenocarcinoma endocervical in situ

Adenocarcinoma

C.- OTRO: (lista no limitante)

Células endometriales en mujer \geq de 40 años

REVISION AUTOMATIZADA Y PRUEBAS AUXILIARES (*incluir según el caso*)

NOTAS EXPLICATIVAS Y SUGERENCIAS (*opcional*)

IMPRESION HORMONAL (BETHESDA 1993)

Patrón hormonal compatible con la edad y la información clínica

Patrón hormonal con discrepancia con la edad y la información clínica:
(especificar)

Valoración hormonal no posible por... (Especificar)

La colposcopia es aun hoy, un medio de investigación que poco se emplea durante el embarazo. Ello se explica por dos actitudes: una por parte del médico y la otra de la paciente embarazada.

Esta última, notoriamente reacia tanto en el pasado como en la actualidad, a cualquier acción médica que pueda ser considerada lesiva para el embarazo, y el médico, por temor a las condiciones anatomofuncionales del cérvix, como el moco de tipo progestacional abundante denso y difícil de eliminar, la turgencia de las paredes vaginales con la consiguiente nada fácil observación del cuello uterino, el fácil sangrado, el por una posible repercusión medicolegal promovida por la embarazada.

Estas dos actitudes impidieron, durante años, conocer los aspectos de la fisiología Colposcópica gravidita y limitaron considerablemente la posibilidad de detectar la neoplasia cervical intraepitelial durante el embarazo.

En realidad, la colposcopia lo mismo que la colpocitología pueden efectuarse durante la gestación con absoluta tranquilidad, con un máximo de cuidados y una buena experiencia práctica.

La técnica del estudio colposcópico durante el embarazo no difiere de la que se emplea en la mujer no grávida, ni son necesarios destreza o instrumental especiales.

La biopsia no constituye un problema en particular si se efectúa con taponamiento inmediato con un tapón de algodón en el sitio biopsiado, sustituido más adelante con solución de Monsel's en pasta, dejándose taponamiento de 8 a 12 hrs., el cual lo retirara la paciente

La colposcopia durante el embarazo identifica las mismas categorías de la clasificación. No obstante, los cuadros aislados aparecen modificados, con aspectos característicos y a veces peculiares. Puede no ser fácil distinguir lo que es fisiológico de lo que es patológico dado los cambios anatómicos del cuello por el embarazo la guía mas usada es el índice de reid Cuadro tres figura 1 no embarazo, fig. 2 embarazo de 23 semanas fig. 3 40 días post-parto



Fig. 1



Fig. 2

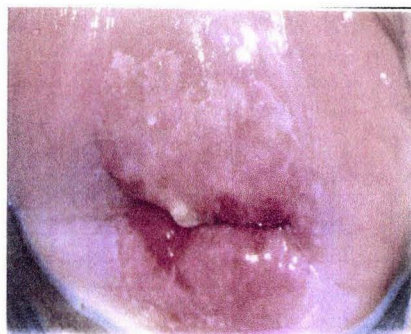


Fig. 3

La colposcopia se utiliza para la iluminación amplificada de la parte inferior del aparato genital femenino: vulva, vagina y cuello uterino, permite al colposcopista hacer una distinción entre las características normales y anormales y tener la impresión de los rasgos distintivos de enfermedad benigna o enfermedad preinvasora o invasora.

Si se lleva a cabo siguiendo protocolos aceptables y se guía por un método de valoración Colposcópica que permita graduar los datos epiteliales puede obtenerse un diagnóstico preciso. El objetivo principal y primordial es no pasar por alto ninguna enfermedad invasora.

El carcinoma de cervix puede presentarse en la edad reproductiva y es la neoplasia más común asociada al embarazo ocurre uno en 1250 embarazos mientras que el de mama 1 en 3000, la edad promedio es de 33.5 años.

La incidencia de cáncer invasor durante el embarazo oscila de 0.02 a 0.95 mientras que el embarazo en pacientes de cáncer invasor oscila en 0.5% y 5% y hay reportes que el carcinoma in situ tiene una incidencia de 0.13% en el embarazo.

El diagnóstico siempre se demora entre una de las causas por pensar que el sangrado transvaginal espontáneo o post-coito los cuales son el síntoma más frecuente en el cáncer, es erróneamente diagnosticado por atribuirlo a complicaciones del embarazo por eso todas las pacientes deben tener una exploración pélvica y papanicolau en la primera visita prenatal y toda lesión sospechosa debe ser biopsiada si la citología es positiva células malignas y el diagnóstico de carcinoma invasor no se puede hacer por colposcopia y biopsia se deberá hacer una conización la cual deberá ser en el segundo trimestre del embarazo con pacientes con una colposcopia inadecuada y fuertes evidencias citológicas de cáncer invasor. La conización en el primer trimestre se asocia a abortos en un 33%

Índice colposcópico de Reid

Signo colposcópico	0 puntos	1 punto	2 puntos
Margen	Contorno papilomatoso o microcapilar	Lesiones regulares con contornos uniformes, rectos	Bordes arrollados excoriados
	Bordes no precisos	Márgenes periféricos precisos	Bordes internos entre zonas
	Márgenes fluculentos		de aspecto diferente
	Lesiones angulares, melladas		
Color	Lesiones satélite cambio aceto blanco que se extiende más allá de la zona de transformación	Brillante, de color gris blanco	Mate, gris y ostión
	Blanco de nieve	Blanco intermedio	
	Cambio aceto blanco no preciso semi-transparente en lugar de completamente Opaco		
Vasos	Uniformes, calibre fino	Ausencia de vasos superficiales	Punteado o mosaico definidos
	Patrones dispuestos al azar		Vasos individuales dilatados
	Asas capilares no dilatadas		dispuestos en patrones bien definidos, delimitados con precisión
	Áreas definidas con punteado o mosaico fino		
Trinción con yodo	Captación positiva de yodo, que produce un color pardo caoba	Captación parcial de yodo (variegada, en caparazón de tortuga)	Tinción amarilla de una lesión, que se califica 3/6
	Tinción amarilla de área que se reconoce como una lesión de grado bajo según criterios anteriores (<2/6)		Aspecto amarillo mostaza
Calif. Colposcópica	0 a 2 = HPV con CIN (enfermedad de bajo grado)	3 a 4 = CIN1 o CIN2 (enfermedad de grado intermedio)	5 a 8 = CIN3 o CIN4 (enfermedad de alto grado)

El cuello uterino en el embarazo

Cambios Fisiológicos

Casi todos los cambios fisiológicos que experimenta el cuello uterino durante el embarazo se deben al estado estrogénico alto e incluyen remodelamiento del control, de la superficie, incremento de la vascularidad y producción abundante de moco

Alteraciones el cuello uterino durante el embarazo:

Ectocérvix

Las alteraciones resultan del nivel estrogénico alto. El incremento de la vascularidad produce un tinte azulado.

La reacción al ácido acético del epitelio metaplásico es excesiva en el embarazo

Hay un mayor volumen cervical por hipertrofia del estroma fibro-muscular

Endocérvix

El conducto endocervical está evertido, en particular en mujeres primíparas.

Está abierto el conducto endocervical, en particular en mujeres múltiparas.

El epitelio evertido, expuesto ala acidez del ambiente vaginal, suele dar por resultado metaplasia escamosa importante.

Cambios colposcópicos del cuello uterino en el embarazo

- 1.- Aumento de la prominencia de configuraciones o patrones vasculares.
- 2.- Disminución de la prominencia del epitelio acetoblanco.
- 3.- Dificultad para distinguir entre metaplasia inmadura y lesión intraepitelial escamosa de bajo grado; efecto acetoblanco.
- 4.- Patrón vascular residual; atípico, polipoide, tinción acetoblanca menos intensa de zonas anormales.
- 5.- Patrón de punteado y mosaico fino dentro de la metaplasia , que puede ocasionar diagnóstico erróneo de las lesiones.
- 6.- Durante el embarazo, la angioarquitectura cervical puede ocasionar una graduación Colposcópica excesiva de las lesiones intraepiteliales.

Modificaciones Microscópicas y Microscópicas del cuello uterino durante el Embarazo

Modificaciones Microscópicas

- Hipertrofia
- Congestión
- Cianosis

Modificaciones Microscópicas

Epitelio Pavimentoso

Proliferación del estrato intermedio

Hiperactividad de las células basales

Epitelio glandular

Hiperplasia e hipertrofia

Metaplasia

Estroma

Hipervascularización

Edema

Decidualización

Zona de Transformación

-El embarazo aumenta su extensión

Distensión del estroma (edema)

Efecto hormonal (progresión epitelial)

Aumento de vascularidad

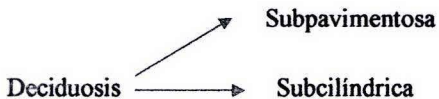
Aumento de Quiste de Naboth

Hipertrofia glandular

Cuadros Colposcópicos

Ectopia, Entropión Papilas hipertroficas y edema

Pólipos 6% Hiperplasia de papilas endocervicales



Aparición a nivel del estroma cervical de modificaciones que pueden semejarse a las que aparecen a nivel endometrial durante el embarazo

CUADROS COLPOSCÓPICOS DURANTE EL EMBARAZO

Los cuadros colposcópicos gravídicos son la expresión morfológica de las notables modificaciones impuestas por el embarazo sobre los componentes cervicales (epitelio, estroma, vasos), modificaciones que, aun cuando alcanzan su máxima expresión en el momento del trabajo de parto, se evidencian desde el comienzo de la gravidez.

El correlato colposcópico de estos fenómenos gravídicos, aparte de los cuadros peculiares representados por la deciduosis, puede ser expresado de manera esquemática por la acentuación general, casi "caricaturesca", de las características propias de cada imagen Colposcópica, con connotaciones a veces "de aparente empeoramiento" .

El cérvix gravídico aparece modificado en forma global en sus dimensiones y color. La hipertrofia gravídica, es decir, el aumento de volumen del cuello uterino en su totalidad, es un fenómeno progresivo que sigue la evolución de la gestación, tanto que puede llegar a duplicar o casi triplicar las dimensiones al término del embarazo. Otro aspecto típico está representado por las modificaciones del color del cérvix, con acentuaciones progresivas y congestión (aspecto intensamente vascularizado) o cianótico (aspecto rojo azulado por la vasodilatación y la estasis).

En la base de estos aspectos se encuentran los fenómenos conectivo vasculares inducidos por la gestación, es decir, el aumento cuantitativo de los componentes cervicales y del aporte sanguíneo, el notable edema estromal gravídico (responsable también, en parte, de la diferente consistencia del cuello) y la hipervascularización, con aumento de la cantidad y el calibre de los vasos, ectasias y, a veces, un aspecto pseudoangiomatoso

Ectopia-ectropión

El embarazo influye en gran medida sobre una ectopia o un ectropión, exagerando las características, con efecto más evidente a medida que pasan semanas de la gestación.

El ectropión gravídico tiene aspecto exuberante, aparece muy congestionado y sangra con facilidad. La estructura hacinar aparece acentuada con la gestación, con papilas hipertróficas, hinchadas, congestionadas, a veces polipoides, después de la aplicación de solución fisiológica. Y netamente acetorreactivas después de aplicar ácido acético. La hinchazón y la congestión papilar dependen ya sea del notable edema en el estroma de las papilas, con vasodilatación e hipervascularización, ya sea de una reacción decidual. Se asocia a estos fenómenos el aspecto hiperplásico e hipersecretor del epitelio cilíndrico, con frecuentes dilataciones de las criptas glandulares.

El embarazo, por efecto combinado de la acción hormonal sobre los epitelios y de la exposición (mediante los fenómenos de eversión) de la mucosa endocervical al pH vaginal ácido, estimula la aparición focal de metaplasia. Este efecto, más acentuado en la primera gravidez, puede evidenciarse como fusión localizada de las papilas por parte de un fino velo epitelial o, con menos frecuencia, zonas acetoblancas planas en el contexto de la estructura hacinar.

Pólipos.

La poliposis cervical es un fenómeno bastante frecuente durante el embarazo, Esta frecuencia es del 6% en el primer trimestre de la gestación y desciende al 4% y al 2% durante el segundo y el tercero, respectivamente. Esta distribución podría justificarse de la siguiente manera:

-el hiperestrogenismo propio del período gravídico que induce una hiperplasia de las papilas endocervicales sería responsable de la elevada frecuencia de la poliposis en los primeros meses.

- la necrosis y la consiguiente caída espontánea de la neoformación en el curso del embarazo llevaría a la reducción de la frecuencia en el último trimestre.

Después de una adecuada limpieza del cuello uterino con solución fisiológica el pólipo puede aparecer:

- congestionado, de color rojo vinoso, a veces hemorrágico o fácilmente sangrante;

- necrótico, de color blanquizco, por lo menos en su punta, y de consistencia friable.

Algunas veces es posible reconocer, con gran aumento, las clásicas papilas endocervicales, que se evidencian mejor después de la aplicación de ácido acético; estas papilas resultan generalmente edematizadas, con aspecto de hinchazón causado por la hipertrofia y la posible decidualización del estroma que les confiere un color blanquizco perlado (pólipos deciduales).

La aplicación de ácido acético puede darnos áreas blancas como signos de hiperdermisación (sustitución del epitelio cilíndrico por epitelio escamoso metaplasico, la prueba de Schiller en negativa).

Los pólipos que se desarrollan durante el embarazo son casi siempre mucosos y participan de las modificaciones propias del cérvix durante el periodo gravídico.

Estas modificaciones afectan a las siguientes estructuras:

- el epitelio, que se vuelve hipersecretor, con criptas glandulares dilatadas, y
- el estroma, que presenta un edema pronunciado, hipervascularización (aumento del número y del calibre de los vasos) y, sobre todo, fenómenos de decidualización, a veces masivos y más a menudo focales.

La poliposis cervical puede ser por completo sintomática, pero a menudo se manifiesta con pequeñas pérdidas sanguíneas ("spotting"), por lo general la caída espontánea de la neoformación consecutiva a fenómenos de necrosis

Deciduosis

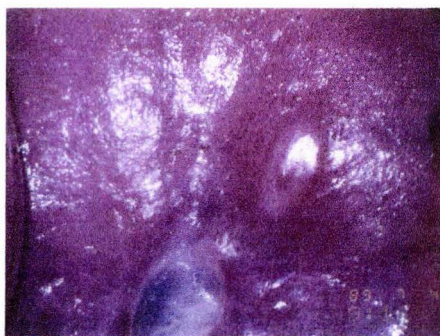
La deciduosis cervical representa el cuadro colposcópico más peculiar del embarazo. El término deciduosis, indica una ectopia decidual, es decir, la aparición a nivel del estroma cervical de modificaciones que pueden asimilarse a las que fisiológicamente se producen a nivel endometrial durante el embarazo. Este hecho, que se encuentra en el 30% de las colposcopias efectuadas durante la gravidez, aparece en época prematura, término medio alrededor de la 12a. semana del embarazo, sin que haya modificaciones

pronunciadas en el curso de la gestación y con la desaparición completa en las observaciones que se efectúan un mes después del parto.

El cuadro colposcópico es característico y depende de la entidad y profundidad del fenómeno estromal y del tipo de epitelio de revestimiento.

Deciduosis subpavimentosa. Se trata de un fenómeno focal si no plurifocal, de localización periunional, a veces en anillo incompleto en la unión escamocilíndrica. Según la profundidad y exuberancia del fenómeno puede ser plana, nodular o vegetante-seudotumoral.

Deciduosis subcilíndrica acentúa las características del ectropión gravídico determinando una hinchazón en las papilas de aspecto polipoide que aparecen rojas y congestionadas después del empleo de solución fisiológica y blanco amarillentas después de la aplicación de ácido acético es frecuente la fragilidad epitelial con erosiones y sangrado.



El embarazo plantea un problema para el colposcopista no experimentado, ya que el nivel alto de estrógenos aumenta la vascularidad dando al cuello una tonalidad azulada, la reacción del ácido acético es exagerada y el aumento del volumen del cuello a expensas de la hipertrofia del estroma fibromuscular. Se presentan eversión del endocervix, todo esto aunado a la dificultad técnica que plantea la laxitud de las paredes vaginales, la producción de moco espeso difícil de remover, aunado a la ansiedad de la paciente por lo que se explico a detalle los cambios que se pueden encontrar en el embarazo

Como se menciona anteriormente la colposcopia es un estudio sugestivo, donde las alteraciones pueden tener mas discrepancias, en el estado gravídico por lo que la toma de biopsia es un factor indispensable en la colposcopia de la mujer embarazada con el fin de no dejar pasar ninguna lesión de alto grado, carcinoma in-situ y carcinoma invasor

Se realizo estudio entre observadores expertos encontrándose que mientras el grado de nic es mayor la concordancia entre observadores puede llegar al 77.5%

Los autores y las pruebas se inclinan a favor de no posponer la biopsia cervical durante el embarazo si ello ayudara a tener un diagnostico más exacto.

En un estudio realizado en 208 pacientes embarazadas con alteraciones citológicas 78 se comprobó histológicamente Nic-2, Nic-3, todas las pacientes fueron seguidas cada 2 a 2.5 meses con citología y colposcopia durante el embarazo y revisadas a los 2 o 3 meses del post-parto, la lesión persistió en 30 casos 38.4% y los 48 restantes hubo una regresión a Nic-1, no hubo ningún caso de invasión en el periodo de seguimiento de

estas pacientes, es aceptable el manejo conservador con un seguimiento cercano y con una colposcopia experimentada.

Este artículo es una de las confirmaciones del consenso general en el cual se debe hacer un manejo conservador de la neoplasia intraepitelial cervical y que la gestación no contribuye de ninguna manera a la progresión del Nic y se ha visto que alrededor del 11% de las pacientes tienen una citología normal después del parto y otro tanto una regresión en el grado de Nic. Debido a que hay un índice alto de regresión post parto de la enfermedad cervical, incluso las lesiones de alto grado deben valorarse después del parto antes de cualquier tratamiento.

La citología es también difícil de interpretar durante el embarazo, la metaplasia inmadura y infiltrado inflamatorio la hiperplasia de células basales y la desdualización pueden utilizar ocasionar un diagnóstico citológico engañoso.

Los fenómenos morfológicos y estructurales que presenta el cuello en el embarazo sufren regresión en el puerperio tardío y lo que es más importante la Zona de Transformación adopta un aspecto más regular que permite la revaloración de los casos sospechosos así como el seguimiento de pacientes con enfermedad previa. El embarazo por sí mismo no modifica la evolución de la neoplasia intraepitelial cervical pudiendo hasta desaparecer hasta lesiones de alto grado en el traumatismo que sufren los tejidos en el parto.

El aumento de la frecuencia del virus de papiloma, la mejor información de las pacientes respecto al tema, su vinculación con el cáncer cervical, la posibilidad de

contagio perinatal y su incidencia en pacientes jóvenes en edad reproductiva a cambiado la perspectiva del ginecólogo en realizar exploraciones mas minuciosas así como la toma de papanicolau durante el embarazo ya que es la oportunidad de oro para aquellas pacientes que no ven al medico fuera del embarazo, teniendo también la eversión de la Zona de Transformación permitirá tomar mejores muestras para estudio, se podrá tratar las lesiones condilomatosas pudiéndose decidir cuando tendrá que evitarse el parto vaginal y lo que es mas importante diagnosticar procesos malignos o invasores que pudieran pasar desapercibidos.



Conducta ante el Papanicolaou anormal

- Llevar a cabo Colposcopia para confirmar citología
- Realizar Biopsia dirigida si no es posible excluir Ca., invasor
- Evitar legrado endocervical
- En mujeres con alto grado hacer citología cervical y Colposcopia por lo menos una vez más durante el embarazo
- Realizar biopsia si hay cambios de progresión
- Hacer conización cuando se sospeche invasión y no se confirma con biopsia, si se encuentra micro invasión o adenocarcinoma in situ del cuello o en pacientes seleccionadas con nic 3 y colposcopia no satisfactoria
- Esperar parto vaginal normal revaloración de 3 a 4 meses de post-parto
- El tratamiento se basa en el estado Citológico Histológico y Colposcópico de la lesión en el post-parto



Embarazo de 29 semanas. Lesión de alto grado citología Nic 3



7 semanas post- parto. Sin evidencia de lesión de alto grado



7 meses citología y biopsias normales, captura de
Híbridos 2 negativo para VPH de alto y bajo
grado

En el Hospital 1o. De Octubre del año de 2000-2001 se ha iniciado el estudio el estudio Colposcópico en las pacientes que presentan Citologías alteradas sin embargo se debe insistir en romper la barrera con las pacientes que se encuentran en estado de gestación para poder realizar citologías y de ahí poder detectar lesiones precursoras ya que es casi nulo el estudio en estas pacientes.

Se tiene solo la estadística de 10 pacientes embarazadas a las que se les realizo colposcopia por citologías sospechosas 8 eran metaplasia y 2 lesiones de bajo grado.

Esperamos con este estudio hacer un llamado de atención a la Clínica de Displasias para que realicen la búsqueda de lesiones mediante Citología y en caso necesario Colposcopia ya que según la estadística ira aumentando su prevalecia en la mujer embarazada.

El adiestramiento en ver cuellos normales durante el embarazo así como lesiones es vital ya que como vimos en la literatura el embarazo plantea toda una confusión en la identificación de las lesiones dados los cambios anatómicos que aparecen durante la gestación debido a los cambios hormonales.

Conclusiones

- La incidencia Ca., invasor varia entre 1.6 a 10.6 casos por 10 000 embarazos
- El pronóstico es similar a las no embarazadas
- EL embarazo no modifica la progresión del nic
- Hay cambios morfológicos y técnicos para la Colposcopia
- El cuello sufre variaciones morfológicas por los estrógenos
- Puede haber interpretación de lesiones no existentes
- La Zona de Transformación mejor valorada
- Si hay duda realizar biopsia
- La colposcopia no sustituye a la Citología
- Las lesiones preinvasoras se tratan en el puerperio
- El objetivo principal es descartar Ca., invasor
- La biopsia dirigida permite no subestimar lesiones
- Siempre que exista una hemorragia sin causa evidente hacer colposcopia
- La estadística en el Hospital Regional 1°. De Octubre de Ca., es menor a la literatura Mundial o no se detecta asta el post-parto
- Las lesiones tienen un 11% de regresión en el post-parto

“BIBLIOGRAFÍA”

1. - Apgar, Brotzman, Spitzer Colposcopia Principios y Práctica. Primera Edición 2002
Cap. 20 Pag.413 a 431

2.- Primer curso de Colposcopia en español en los Estados Unidos.

American Society for Colposcopy and Cervical Pathology 18-19 Marzo 2000 ASCP

3.- Harper DM, Roach MSI:Cervical intraepithelial in pregnancy. J Fam Pract 1995;
42:799

Apgar BS, Zoschnick LB: Triagne of the anormal Papanicolaou smear in pregnancy.
Prim Care Clin North Am 1998

4.- Vlahos G. Rodolakis A. Diakomanolis E, Stefanidis K, Haidopoulos D, Abela K.
georgountzos V. Michalas S. Ginecología Oncológica Philip J Disaia Ed. Medica
Panamericana 2000.

5.- Conservative management of cervical intraepithelial neoplasia (CIN(2-3)) in
pregnant women. Gynecol Obstet Invest. 2002; PMID: 12566748 [PubMed -
indexed for MEDLINE]

Murta EF. De Souza FH de Souza MA Adad SJ.

High-grade cervical squamous intraepitheliallesion during pregnancy. Tumori.
2002 *May-Jun*; 88(3):246-50. PMID: 12195765 [PubMed - indexed for MEDLINE]

6.- Paraskevaidis E. Koliopoulos G. Kalantaridou S. Pappa L. Navrozoglou I Related Articles, Links Zikopoulos K. Lolis DE

Management and evolution of cervical intraepithelial neoplasia during pregnancy
O and postpartum. Eur J Obstet Gynecol Reprod BioL 2002 Aug 5;104(1):67-9.

PMID: 12128266 [PubMed - indexed for MEDLINE]

7.- V. Cecil Wright. Clinicas de Ginecología y Obstetricia Temas actuales. Editorial Interamericana, Vol.1 1-11,1993

8.- Clínicas Obstétricas y Ginecológicas Volumen 3/1995 Complicaciones Hematológicas durante el embarazo, diagnóstico y tratamiento de la Neoplasia Intraepitelial Cervical. Interamericana

9.- Curso de adiestramiento en colposcopia, criocirugía y radiocirugía Hospital Lic. Adolfo López Mateos. Issste Ciudad de México. 1997. Dr. Oscar Trejo Solórzano.

10.- Cáncer in Pregnancy H. Hugh Allen, MD and Jeniffrey A. Nisker MD 103, 113

11.- Patología y tratamiento de tracto genital inferior G. de Palo W. Chanen. S. Dexeus

109

12.- Vinent T. Devita Ja Samel Hellmann. Cancer principles E. Practice Oncology cap. 36 pag. 1550. The Cervix during pregnancy

13.- Disaia Crasman Clinical Gynecologic Oncology Cap.16 Cancer in Pregnancy pag. 441 a 445

14.- Stefan Seild Colposcopia Práctica Compendio y Atlas Colposcopia Funcional en el embarazo Pag 324 a 329

15.- De Palo Colposcopia y Patología del tracto genital inferior Cap. 11 Fisiología del cuello uterino durante el embarazo y Colposcopia pag 229 a 239

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**