

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES

DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

**DETERMINACIÓN DE HALLAZGOS COLPOSCÓPICOS EN EMBARAZADAS
CON SINTOMATOLOGÍA CERVICOVAGINAL**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

BRENDA ANGÉLICA VÁZQUEZ PÉREZ

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD
EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

ASESOR DE TESIS:

D. FAUSTO MOISÉS CORONEL CRUZ

NO. DE REGISTRO DE PROTOCOLO:

69.2008

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado

Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza”

Dr. Antonio Iniesta Mejía

Titular del curso de Ginecología y Obstetricia

D. Fausto Moisés Coronel Cruz

Asesor de tesis

Dra. Luz María del Carmen San Germán Trejo

Jefe de investigación

Dr. Armando Antonio Ruiz Valdés

Coordinador de capacitación, investigación y desarrollo

(Deberán incluir original y dos copias)

TITULO: DETERMINACION DE HALLAZGOS COLPOSCOPICOS EN EMBARAZADAS, CON SINTOMATOLOGIA CERVICOVAGINAL

AUTOR PRICIPAL: DRA. BRENDA ANGELICA VAZQUEZ PEREZ

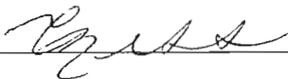
- | | | | |
|---|--------------------------------------|---|--|
| 1. <input checked="" type="checkbox"/> | Carta de solicitud de publicación | 12. <input checked="" type="checkbox"/> | Resultados |
| 2. <input checked="" type="checkbox"/> | Carta Cesión de Derechos de Autor | 13. <input checked="" type="checkbox"/> | Discusión |
| 3. <input checked="" type="checkbox"/> | Datos del Autor (es) | 14. <input checked="" type="checkbox"/> | Conclusiones |
| 4. <input checked="" type="checkbox"/> | Dirección y teléfono | 15. <input checked="" type="checkbox"/> | Referencias |
| 5. <input checked="" type="checkbox"/> | Datos para solicitud de sobretiro | 16. <input type="checkbox"/> | Cuadros No. ____
() Dibujos
() Esquemas
() Fotografías |
| 6. <input checked="" type="checkbox"/> | Resumen en español | 17. <input checked="" type="checkbox"/> | Figuras |
| 7. <input checked="" type="checkbox"/> | Palabras clave en español | 18. <input checked="" type="checkbox"/> | Pies de cuadros y figuras |
| 8. <input checked="" type="checkbox"/> | Resumen en inglés (summary) | 19. <input checked="" type="checkbox"/> | Cd write |
| 9. <input checked="" type="checkbox"/> | Palabras clave en inglés (key words) | | |
| 10. <input checked="" type="checkbox"/> | Introducción | | |
| 11. <input checked="" type="checkbox"/> | Material y métodos | | |

OBSERVACIONES:

FECHA DE ENTREGA: 5 DE AGOSTO DE 2008

RECIBI: LIC. CRISTINA RANGEL VARGAS

(Nombre y firma)



5 de agosto de 2008.

Dra. Brenda Angelica Vázquez Pérez
Presente.

Estimada Dra. Vázquez:

El Comité Editorial de la Revista Anales Médicos del Centro Médico ABC, por mi conducto le informa que el Artículo "DETERMINACION DE HALLAZGOS COLPOSCOPICOS EN EMBARAZADAS, CON SINTOMATOLOGIA CERVICOVAGINAL". Fue recibido para su revisión en nuestra revista de Anales Médicos.

Atentamente



Dra. Raquel Gerson
Editora
Revista Anales Médicos



SUBDIRECCION GENERAL MEDICA
HOSP. REG. "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"
COORD. DE CAP., INV. Y DES.

ASUNTO: SOLICITUD DE LIBERACIÓN DE TESIS

México, D. F., a 11 de agosto del 2008

C. DR. PELAYO VILAR PUIG

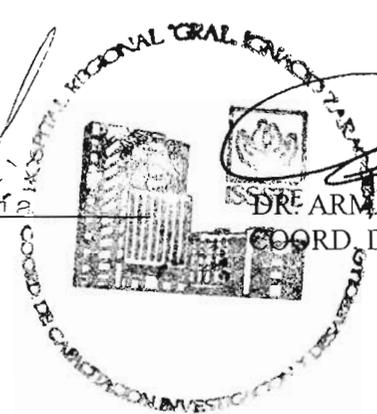
Jefe de División de Posgrado e Investigación, UNAM
Presente

La Coordinación de Capacitación, Investigación y Desarrollo del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza", hace constar por la presente que el la Dra. Brenda Angélica Vázquez Pérez, Médico Residente de la Especialidad de Ginecología y Obstetricia, realizó Trabajo Original entregado en tiempo y oportunidad su TESIS con el Título: "Determinación de hallazgos colposcópicos en embarazadas con sintomatología cervicovaginal"

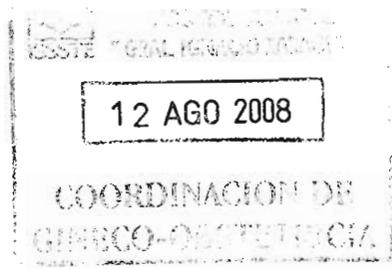
Se extiende la presente para los fines a que haya lugar.

ATENTAMENTE

DR. Antonio Triesta Mejía
PROF. TIT. DE POSGRADO



DR. ARMANDO A. RUIZ VALDES
COORD. DE CAP., INV. Y DES.





SUBDIRECCION GENERAL MÉDICA
HOSP. REG. "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"
COORD. DE CAP., INV. Y DES.

ASUNTO: SOLICITUD DE EXAMEN PROFESIONAL

México, D. F., a 12 de Agosto del 2008.

DR. PELAYO VILAR PUIG

Jefe de la División de Posgrado é Investigación U.N.A.M.
Presente

Solicito a Usted, atentamente se autorice la fecha, hora, lugar y Jurado que se propone para la realización del **EXAMEN PROFESIONAL**:

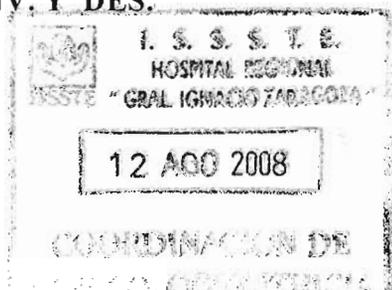
DE LA ESPECIALIDAD DE: Ginecología y Obstetricia
DE LA GENERACIÓN: 2005-2009
DEL MEDICO CIRUJANO: Grupos A, B, C, D, E y F
QUE SE LLEVARA A CABO EN EL: HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"
EN EL AULA DEL SERVICIO DE Ginecología y Obstetricia
A LAS 08:00hrs
EL DIA: 24 de Noviembre del 2008

TITULO DE TESIS: "Anteponción de hallazgos colposcópicos en
Amovuidas con sintomatología cervicovaginal"

EL JURADO QUE PONEMOS A SU CONSIDERACIÓN EN EL EXAMEN ES:

PRESIDENTE: Dr. Antonio Iniesta Lejía
SECRETARIO: Dr. Alvaro Alejandro Vázquez López
PRIMER VOCAL: Dr. Juan Alberto Mendez Hernández
SEGUNDO VOCAL: Dr. Juan Manuel Hernández Ramos
TERCER VOCAL: Dr. Francisco Pedro Solís
SUPLENTE: Dr. Silvia Hernández Chávez

Atentamente
DR. Antonio Iniesta Lejía
PROFESOR TITULAR
DR. Armando A. Ruiz Valdes
COORD. DE CAP. INV. Y DES.



“Determinación de hallazgos colposcópicos en embarazadas con sintomatología cervicovaginal”

Dra. Brenda Angélica Vázquez Pérez** Dr. Fausto Moisés Coronel Cruz***, Dr. Antonio Iniesta Mejía*, Dr. Alfonso Alejandro Vázquez López**.**

*Profesor titular de Ginecología y Obstetricia HR G. Ignacio Zaragoza, **Jefe de servicio de Ginecología y Obstetricia, ***Medico Adscrito de Ginecología y Obstetricia, ****Residente de 4º año de Ginecología y Obstetricia

Realizado: en el Hospital Regional “Gral. Ignacio Zaragoza” ISSSTE

Introducción:

Se plantean algunos problemas durante el embarazo para el diagnóstico correcto de las lesiones cervicales y el diagnóstico precoz del carcinoma del cuello uterino debido a la existencia de alteraciones morfológicas y a las modificaciones características que el embarazo imprime a las estructuras histológicas del cérvix. (1)

Estas modificaciones adquieren su máximo interés por su parecido con las lesiones consideradas como carcinoma in situ. (1,2)

Stieve en 1927 realizó la primera descripción de las alteraciones provocadas por la gravidez: aumento de la actividad glandular con proliferación celular, gran producción de moco, considerable aumento de los vasos sanguíneos y linfáticos, signos de multiplicación celular epitelial e infiltración linfoplasmocitaria. (2)

Fruhman en 1948 describió las erosiones del embarazo como resultado de una proliferación adenomatosa, crecimiento papilar, edema y aumento de la vascularización, junto con procesos de epidermización, hiperactividad basal e hipertrofia epitelial. (1,2)

La colposcopia es aún en nuestros días un medio poco empleado durante el embarazo, debido en parte a la no aceptación de la paciente por temor a que sea lesiva para el embarazo y el producto; interviene también el médico por miedo y desconocimiento de los cambios anatomofuncionales del cérvix, como el moco tipo progestágeno (abundante, denso y difícil de eliminar), turgencia de las paredes vaginales, impidiendo una visualización adecuada del cérvix, fácil sangrado y el temor a una repercusión médico legal. Lo cual impidió conocer los aspectos de la fisiología colposcópica gravídica limitando importantemente la capacidad de detección de la neoplasia intraepitelial durante el embarazo. (3)

La colposcopia y la colpocitología pueden efectuarse durante el embarazo con absoluta confianza, aunada al cuidado, delicadeza, atención y experiencia práctica. (2)

La técnica de realización no difiere de la realizada en la mujer no gestante, ni necesita instrumental especial. (2,3)

Identifica las mismas categorías de clasificación; los cuadros aislados aparecen modificados, con aspectos peculiares y característicos. No es fácil distinguir lo fisiológico de lo patológico.

La biopsia no constituye un problema importante si se efectúa taponamiento inmediato con algodón, sustituido más adelante por nitrato de plata. (3)

Cambios del cérvix durante el embarazo.

El cuello uterino aparece modificado por completo en sus dimensiones y color; la hipertrofia es progresiva, sigue la evolución del embarazo, pudiendo llegar a duplicar o casi triplicar sus dimensiones al término. (1,2)

El color se modifica con acentuaciones progresivas, congestión o cambios (aspecto rojo-azulado). (2)

Hay aparición de fenómenos conectivos vasculares: aumento cuantitativo de los componentes cervicales y de aporte sanguíneo, notable edema estromal y la hipervascularización, con aumento de la cantidad y el calibre de los vasos, ectasias y aspecto pseudoangiomatoso ocasional. (2)

Modificaciones macroscópicas:

- a) Hipertrofia
- b) Congestión
- c) Cianosis

Modificaciones microscópicas:

- a) Epitelio:
 - 1) Proliferación de las capas intermedia y basal, con engrosamiento total del epitelio
 - 2) Hiperactividad de las células basales, que llegan a ocupar incluso más de la mitad del espesor del epitelio
 - 3) Hipertrofia de los epitelios interpapilares asociada a acantosis
- b) Glándulas:
 - 1) Hiperplasia e hipertrofia epitelial
 - 2) Hiperplasia adenomatosa con formación de nuevas glándulas
 - 3) Epidermización, aparición de epitelio plano estratificado por debajo del epitelio cilíndrico glandular
- c) Estroma:
 - 1) Aumento de la vascularización y edema
 - 2) Frecuente infiltración inflamatoria y aparición ocasional de reacción decidual. (1,2,3)

Cérvix normo epitelizado.

El cérvix presenta a partir del segundo y tercer mes un aumento de volumen que se acentúa progresivamente y determina la eversión del epitelio cilíndrico endocervical sobre el exocérvix. Las características colposcópicas del epitelio externo normales son su aspecto trófico, superficie lisa, aspecto mamelonado y sobretodo la evidente vascularización superficial, con vasos finos, de calibre y ramificaciones regulares con fino punteado difuso y fino reticulado. (2, 3, 4)

Histológicamente esto se explica por el edema estromal e hipervascularización; el epitelio cervical por efecto hormonal propio del embarazo aumenta de espesor a expensas principalmente del estrato de células intermedias, las que adquieren aspecto globoso, citoplasma ampliamente vacuolizado con gran cantidad de glucógeno, todo lo anterior provocado en mayor parte por la progesterona. (4)

A nivel epitelial hay aumento en celularidad y altura, requiriendo mayor aporte sanguíneo lo que explica la formación de altas papilas vaculoestromales que se introducen hasta dos terceras partes del espesor epitelial y ponen en evidencia la vascularización superficial en la forma de un fino punteado o retículo. (3,4)

En la prueba de Schiller hay gran captación de yodo debido al revestimiento epitelial, trófico y rico en glucógeno. (4,5)

Ectopia-ectropión

Aparece frecuentemente a partir del tercer mes, adoptando aspectos voluminosos, hipertróficos, dando lugar a la aparición de grandes formaciones vesiculares hiperplásicas separadas por surcos profundos (ectopia macropapilar). (5)

Su frecuencia le dio el término de fisiológica, por Rieper en 1958. (4)

Se hace más evidente conforme avanza la gestación, tiene aspecto exuberante, congestionado y sangra con facilidad. Muestra una estructura acinar, con papilas hipertróficas, edematizadas, a veces polipoides con la aplicación de solución fisiológica y acetorreactivas con ácido acético. El edema y congestión papilar dependen de la retención de líquidos en el estroma junto con la vasodilatación e hipervascularidad que se conocen en conjunto como reacción decidual. (5,6)

Puede adquirir aspecto mamelonado en el exocérvix al final del embarazo, formando pólipos que sobresalen del plano del epitelio pavimentoso dejando a veces unas zonas que semejan úlceras sin que haya una pérdida verdadera del epitelio superficial. (6,7)

El efecto hormonal sobre los epitelios y la exposición de la mucosa endocervical al pH vaginal ácido, estimula la aparición de metaplasia o epidermización. (7)

Zona de transformación normal.

Hay un aumento de su extensión espacial aparente por distensión del estroma edematizado o real por efecto gravídico de la progresión epitelial. Se representan por evidente vascularización superficial, de calibre y ramificaciones regulares, trayectoria paralela a la superficie epitelial, por orificios glandulares y por voluminosos quistes de Naboth en los que se superponen gruesos vasos dilatados. (6,7)

Los quistes de Naboth se acentúan durante el embarazo por la rápida progresión del epitelio exocervical que ocluye los orificios glandulares por la hipersecreción del epitelio cilíndrico asociado con abundante secreción mucosa que distiende los quistes. (7, 8)

De acuerdo a Mestwerdt (1953) la zona de transformación es menos frecuente durante el embarazo debido a la gran capacidad proliferativa del epitelio cilíndrico que determina condiciones poco favorables para la regeneración del epitelio pavimentoso, quedando visible solo en los bordes de la ectopia. (8)

Imágenes leucoqueratósicas estables.

Las lesiones distróficas preexistentes están separadas del epitelio normal por un borde y son visibles sin la aplicación de ácido acético. Durante los primeros meses son fácilmente reconocibles pues no solo guardan sus caracteres primitivos, sino que incluso muchas veces se hacen más evidentes, pero más adelante las imágenes pierden su carácter de estabilidad debido a la hiperplasia y al edema de los tejidos, por lo que son más difíciles de reconocer. (8)

Desaparecen los signos de atipia no evolutiva (límites netos y aislamiento del tejido sano), transformando su aspecto en el de una lesión dudosa. Unas veces regresan espectacularmente, mientras que otras evolucionan y se imbrican diversos cuadros colposcópicos, acompañándose de una gran reacción congestiva periférica, incluso en los casos en que las imágenes no cambian quedan siempre enmascaradas por la exuberancia de la ectopia. Por lo anterior el juicio colposcópico debe ser muy cauto durante el embarazo. (8,9). Las lesiones discretas suelen ser las más modificadas por la gravidez, debido a la aparición de un fino puntilleo y la ampliación de las zonas yodonegativas. Las placas de leucoplasia adquieren mayor espesor, destacándose del resto de la mucosa, las placas de mosaico se tornan más gruesas, de superficie áspera y más prominente, por lo anterior, el diagnóstico se torna más difícil. (9)

Pólipos.

Son frecuentes en el embarazo, 6% en el primer trimestre, 4% en el segundo y 2% en el tercero. (2, 7,8)

El hiperestrogenismo propio de la gravidez induce hiperplasia de las papilas endocervicales, provocando la elevada frecuencia en los primeros meses. (7)

La necrosis y la consiguiente caída espontánea de la neoformación en el curso del embarazo, lleva a la reducción de su frecuencia en el último trimestre. (2)

Casi siempre mucosos y participan de las modificaciones propias del cérvix. Suelen ser asintomáticos, pero a menudo se manifiesta por pequeñas pérdidas sanguíneas (spotting), generalmente por la caída espontánea de la neoformación consecutiva a fenómenos de necrosis. Considerándose como la causa más común de pérdidas sanguíneas no abortivas. (1, 2, 7)

Si no desaparece durante el embarazo, ya no se observa en los controles puerperales, en la mayor cantidad de los casos. Se debe informar a la paciente sobre esta problemática para evitar injustificadas alarmas en caso de hemorragia transvaginal y la abstención de toda intervención terapéutica. (2)

Zona de transformación anormal.

El embarazo interviene de importante manera en esta anomalía, considerándose un factor importante de confusión debido a que aún en presencia de cuadros histológicos benignos presenta características que se pueden interpretar como sospechosas. (3,4)

La prueba de Schiller muestra yodonegatividad en la lesión así como sus límites reales que generalmente desbordan los de la imagen atípica. (6)

Las infecciones vaginales asociadas, pueden modificar aun más el aspecto, apareciendo áreas blanquecinas sobreelevadas y sembradas de puntos rojos. (5,6)

Deciduosis.

Representa el cuadro colposcópico más peculiar del embarazo.

El término indica una ectopia decidua que se refiere a la aparición a nivel del estroma cervical de modificaciones semejantes a las que fisiológicamente se producen a nivel endometrial durante el embarazo. (8,9)

Aparece alrededor de la semana 12, sin modificaciones pronunciadas a lo largo de la gravidez, desapareciendo por completo un mes después del parto. Su incidencia es de un 30%. (9)

Tipos:

a) Subpavimentosa: puede ser focal o 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. (6)

Tras la aplicación de solución fisiológica aparece como un área congestionada, más o menos elevada, a veces ulcerada por el revestimiento epitelial delgado, por el fenómeno estromal subyacente, frágil. Con la aplicación de ácido acético aparece de color blanco amarillento de límites borrosos. En la prueba de

Schiller por el escaso trofismo epitelial se aprecia una yodo captación débil e irregular con bordes esfumados. (6, 7)

c) Subcilíndrica: Incrementa las características del ectropión gravídico, provocando una hinchazón de las papilas que se ven rojas y congestionadas después de la aplicación de solución fisiológica y de aspecto blanco-amarillento posterior al ácido acético. Es frecuente la fragilidad epitelial con erosiones y sangrado. (7,8)

c) Nodular: Pequeñas elevaciones congestivas del epitelio pavimentoso, de superficie lisa y regular, que aceptan bien el lugol presentando un color rojizo por transparencia de una rica red vascular. (9)

d) Tumoral: Está representada por verdaderas pápulas de color rojo-violáceo o rojo oscuro, con aspecto blanquecino con ácido acético y con aplicación de lugol, coloración irregular. (8,9)

e) Ulcerada: Adquiere la forma de un mamelon ulcerado, de superficie escarchada o plana roja, hemorrágica, con puntillado vascular. Con ácido acético se torna blanca-opaca. (8)

Epidermización atípica.

Posterior a la aplicación de ácido acético se observa como una zona blanquecina de localización en la zona de transición, bordeando una zona de ectopia. Su extensión es variable y el aspecto está en relación con el espesor epitelial. (7,8)

Pueden presentarse también como metaplasia intraglandular o epidermización intraglandular, que se observa en zonas cicatrizales reactivas y se traduce por imágenes en anillos blancos o gotas blancas que si están muy próximas entre sí pueden parecer un mosaico. Estas imágenes son, según Bret y Coupez (1957), casi exclusivas y típicas del embarazo, siendo inquietantes ya que puede corresponder a una cornificación benigna o a un carcinoma intraepitelial. Su evolución por lo general es favorable. (9)

Fenómenos dinámicos del cuello uterino.

El período gravídico constituye una serie de cambios con modificaciones epiteliales y estromales en continuo dinamismo dependientes del componente muscular así como de la repercusión que tiene a su vez la musculatura del útero sobre el mismo cérvix.

Existen 3 procesos fisiológicos dinámicos durante el embarazo:

1) Gaping: Es la abertura del orificio cervical externo sin procedencia de la mucosa cervical. Es debido a la distensión de las fibras de la musculatura circular del cérvix, así como por la destrucción del colágeno cervical por la acción enzimática mediada por hormonas. Es más común en múltiparas que en

primíparas. Se puede observar durante el período gravídico con un curso rítmico. (2, 8, 9,10)

2) Eversión: Es la exposición al exterior del epitelio endocervical. Es el deslizamiento de la mucosa endocervical sin dilatación del orificio cervical externo. Ocurre desde el primer trimestre en nulípara y en el tercer trimestre en multíparas. (2,8)

Se trata de una dislocación global de los labios del cérvix con movimientos de abertura, en relación con la contracción de las fibras musculares longitudinales del cuerpo del útero, las cuales se expanden hacia el exterior del cérvix con acción dilatante. (8,11)

3) Coming back: Es el reingreso en el canal cervical, consecutivo a la eversión de parte de la mucosa periorificial.(2)

La sucesión de eversiones y coming back expone fenómenos antagónicos de dilatación y contracción con participación del componente muscular del útero y cérvix, así como también del estroma de éste último. (4, 8,12)

Entre más intensa sea la eversión y más externa la unión con relación a la portio, más evidente será el coming back con posibilidad de desaparición, en la parte interna del canal cervical de los epitelios vistos en anteriores exámenes colposcópicos. (4)

Evolución y regresión de los cambios.

Todos los cambios morfológicos y estructurales propios del embarazo experimentan regresión en el puerperio incluyendo la cianosis, el edema estromal y la decíduosis. El ectropión pierde su aspecto hipertrófico y exuberante. La zona de transformación anormal adopta un aspecto más regular que facilita su revaloración. (9,13)

La regresión de las lesiones depende de la inestabilidad de las mismas, característica propia del embarazo; dichas lesiones son variables tanto en el tipo de imagen como en su extensión. La regresión inicia en los últimos meses del embarazo haciéndose más evidente en el puerperio, se observa por lo general una marcada reducción en la extensión de las áreas displásicas. (9,10)

Estos fenómenos se asocian de manera variable según la naturaleza de la lesión:

a) Las lesiones displásicas anteriores al embarazo se modifican poco en cuanto a su extensión en superficie, pero disminuyen netamente de intensidad o de relieve.

b) La epidermización atípica regresa de manera espectacular gracias a una disminución progresiva de las superficies anormales.

c) La epidermización intraglandular desaparece, dando paso a la aparición de las imágenes habituales. (7, 9,10)

Esta regresión es más marcada después del parto. La ectopia suele regresar en grado variable en un período de 40 a 60 días. Hacia esta época puede verificarse una desaparición completa de las lesiones cuando estas habían aparecido durante el embarazo y no se produjeron laceraciones durante el parto. La ectopia preexistente puede presentar eventualmente acentuación después del parto, pero más adelante comienza a reducirse en relación con la disminución del volumen del cuello. La presencia de una hiperinvolución uterina puede comportar incluso una desaparición completa de la ectopia preexistente, pero en la mayoría de los casos esta regresa solamente para alcanzar los caracteres topográficos primitivos. (10,13)

Las lesiones atípicas pueden regresar, pero no puede emitirse ningún juicio definitivo hasta los 3 o 6 meses después del parto. Hay que tener en cuenta que algunas lesiones pueden ocultarse en el canal cervical. (9,10,14)

En el posparto no se encuentran áreas denominadas como zona de transformación anormal que no fueran descubiertas durante el embarazo. Se nota una tendencia a la disminución de dicha zona. (10)

La distrofia cervicovaginal profusa es un cuadro típico del puerperio, caracterizada colposcopicamente por petequias y fragilidad epitelial con yodo captación débil. Estos hallazgos son frecuentes sobretodo un mes previo al parto, persistiendo más si hay lactancia al seno materno. La valoración colposcópica posgravídica, debe efectuarse en condiciones de estabilidad hormonal, cuando se haya restablecido la menstruación regular. (8,9,10)

Infecciones no virales.

Los cambios secundarios al embarazo, sobretodo los de tipo hormonal, predominando la acción de la progesterona con su efecto alcalinizante a nivel vaginal favorece la colonización y proliferación de diversos agentes, entre los que se encuentran: esquizomicetos (*neisseria gonorrhoeae*, *gardnerella vaginalis*, *haemophylus ducrey*, etc.), micoplasmas (*hominis* y *ureaplasma urealyticum*), micetos (*cándida albicans*), protozoarios (*tricomonas vaginalis*, *entamoeba histolytica*, etc.), virus (herpes simples 1,2, citomegalovirus, de inmunodeficiencia humana, etc.). La sintomatología de cada entidad persiste y aumenta por la inmunosupresión fisiológica del embarazo y por un manejo no adecuado. (3,7,14)

Infección por el virus del papiloma humano.

La incidencia de infección clínica en el embarazo es del 0.5 al 3%. Los condilomas clínicos tienden a proliferar y se extienden durante la gravidez; después del parto presentan una regresión espontánea. La infección genital pone en riesgo de transmisión del virus al neonato. Se cree que el virus del papiloma humano puede ser transmitido durante el parto por formas subclínicas o latente provocadas por los subtipos 6 y 11, siendo también posible la transmisión postnatal. (3, 6, 8)

El riesgo de papilomatosis laríngea en el recién nacido es reducido, debido a que la susceptibilidad de la mucosa respiratoria es mucho más baja que la de las mucosas genitales. (9, 10, 14)

Neoplasia intraepitelial cervical en el embarazo.

No es frecuente el cáncer cervicouterino durante la gravidez debido a que la mayor aparición de este se da a partir de la cuarta década de la vida. (3)

La incidencia de la neoplasia intraepitelial cervical ha aumentado en todo el mundo, por ende se ha registrado un incremento de esta entidad en la paciente grávida. Debido a esto se recomiendan los siguientes puntos:

a) Todas las pacientes al inicio del embarazo deben ser sometidas al examen de papanicolau y colposcopia

b) La colposcopia debe ser realizada por alguien experto ya que la presencia de decíduosis y de los cambios propios del cérvix durante el embarazo pueden causar confusión con procesos malignos. (5,7,8,14)

c) La biopsia con guía colposcópica de un área sospechosa es necesaria para destacar la presencia de un carcinoma invasor. El riesgo de hemorragia es mínimo y más aún si se trata con nitrato de plata o cloruro férrico. Puede extirpar por completo el área sospechosa. Está contraindicado en absoluto el raspado endocervical. (11)

La conización quirúrgica durante el embarazo no se justifica dado el alto riesgo de complicaciones; solo en presencia de carcinoma invasor preclínico, de neoplasia intraepitelial muy extensa con compromiso del canal endocervical, está indicada la conización con láser de CO₂, hasta la vigésima semana del embarazo. (9,14)

Cuando se trata de diagnosticar un carcinoma cervical invasor de un no invasor se puede realizar un tipo especial de biopsia, denominada en moneda, dadas las características de eversión del cérvix; se puede efectuar en frío o con láser entre las 12 y 27 semanas de gestación; Di Saia recomienda además la realización de cerclaje posterior a la biopsia en moneda. (6,8,9)

d) Un número considerable de pacientes con NIC durante el embarazo no muestran las lesiones durante la etapa puerperal probablemente por pérdida traumática del epitelio durante el parto vaginal. (9)

e) El embarazo aún con las modificaciones histológicas a nivel del cérvix, no provoca agravamiento de las lesiones displásicas. (8,9)

f) No existe contraindicación para el parto por vía vaginal. En pacientes sometidas a conización durante el embarazo se debe recurrir a la cesárea para prevenir traumatismos del cuello con riesgo de hemorragia. (7,8,15)

Las opciones terapéuticas del NIC en el embarazo son:

- 1) Conización con láser de CO₂. (7)
- 2) Postergación del tratamiento hasta 6-12 semanas posparto. (9,11,16)

Objetivo principal:

Determinar los hallazgos colposcópicos en embarazadas con sintomatología cervicovaginal

Objetivos específicos:

- a) Describir los hallazgos colposcópicos más frecuentes
- b) Evaluar los fenómenos dinámicos en el cuello uterino propios del embarazo
- c) Detectar la prevalencia de lesiones intraepiteliales de bajo grado en el embarazo
- d) Detectar la prevalencia de lesiones intraepiteliales de alto grado en el embarazo
- e) Correlacionar los hallazgos colposcópicos de lesiones intraepiteliales de alto grado con biopsias dirigidas en el embarazo

Material y métodos.

Se realizó un estudio prospectivo, transversal, abierto y clínico, en embarazadas, enviadas de Urgencias tocoquirúrgicas, Obstetricia y Perinatología, del Hospital Regional General Ignacio Zaragoza, de Octubre del 2007 a Abril del 2008, con sintomatología cervicovaginal. Se incluyeron: embarazadas en cualquier trimestre, con sintomatología cervicovaginal, enviadas a la clínica de displasias, con firma de consentimiento informado. Se excluyeron: pacientes asintomáticas, con aplicación de medicamentos vaginales, sangrado transvaginal abundante, intolerancia al procedimiento. Se eliminaron pacientes con seguimiento inadecuado (que no acudieron a citas subsecuentes), que no acepten la biopsia de cérvix. Variables: edad, antecedentes de papanicolau, colposcopia, IVPH, tratamiento para IVPH, toxicomanías y número de parejas sexuales. Se incluyeron 85 pacientes embarazadas que se encontraban en cualquier trimestre de embarazo enviadas de los servicios de Obstetricia, Perinatología y Urgencias Tocoquirúrgicas, del Hospital Regional General Ignacio Zaragoza, en el período de Octubre del 2007 a Abril del 2008, que presenten cualquier sintomatología cervicovaginal (prurito, flujo transvaginal, sangrado, ardor vaginal, etc). En todos los casos se sometieron a colposcopia con el colposcopio marca Iroscope, la cual se efectuó con la paciente en posición ginecológica, colocación de espejo vaginal, chico, mediano o grande, lubricado con solución fisiológica al 0.9%, aseo de cérvix y vagina con solución

fisiológica empleando torundas de algodón sujetas con pinzas de Forester o uterinas, con visualización colposcópica seguida de la aplicación de ácido acético al 5%, mediante hisopos impregnados, con dicha sustancia, y posteriormente con impregnación con yodo lugol, continuada con la observación a través del colposcopio empleando sus diferentes aumentos y filtros, de acuerdo a la necesidad de cada observador, en caso de requerir biopsia se efectuó en el tercer trimestre, previa aplicación de anestésico local y con la pinza especial para el evento, aplicando de inmediato el taponamiento vaginal de gasa con sulfadiazina de plata, indicando retiro al día siguiente por la mañana. Se realizó biopsia cervical en casos indicados. Los hallazgos colposcópicos, se marcaron en la hoja de recolección de datos, junto con otros antecedentes de importancia de la paciente. Las biopsias fueron enviadas el mismo día al servicio de patología de la institución para análisis y estudio, recibiendo los resultados en 2 semanas. Se analizaron resultados utilizando medidas de tendencia central

Resultados.

Se estudiaron 85 pacientes, con edad promedio de 26 a 30 años. De las cuales el 21% tenían edad materna avanzada.

En relación con los trimestres, se estudiaron 11 pacientes del primer trimestre (12.9%), 35 pacientes del segundo trimestre (41.1%) y 39 del tercer trimestre (45.8%). (Figura 1)

Se encontró una incidencia de VPH en las embarazadas del 21.1%. De las cuales, la localización más frecuente fué: cérvix 38%, vagina 38% y vulva 24%. De éstas 20% tenían antecedente de IVPH, 14.1% con tratamiento antes del embarazo (58% alteraciones inflamatorias, 33% NIC y 9% IVPH en vagina). 5.8% sin tratamiento (60% NIC y 40% alteraciones inflamatorias).

Los 10 hallazgos colposcópicos más frecuentes fueron:

- 1) Alteraciones inflamatorias en 52.9%, de los cuales tuvieron candidiasis 90% y tricomoniasis 10%.
 - 2) IVPH en 21.1%
 - 3) NIC en 20%
 - 4) Eversión glandular en 18.8% (leve 43%, moderado 32% y severa 25%).
 - 5) Condilomas en 4.7% (periné 50% y vulva 50%).
 - 6) Deciduosis en 5.8% (subcilíndrica 60% y subpavimentosa 40%).
 - 7) Pólipo endocervical en 2.3%.
 - 8) Spotting en 7%.
 - 9) Gaping en 58%.
 - 10) Metaplasia epidermoide en 14.1%. (Figura 2)
- 60% presentaron hallazgos combinados.

Los fenómenos dinámicos encontrados fueron:

Eversión glandular en 18.8%

Gaping en 60%

Se encontró la siguiente prevalencia:

Lesiones de bajo grado del 29%

Lesiones de alto grado del 71%

Con respecto a la correlación de hallazgos colposcópicos de lesiones de alto grado, de los 17 hallazgos de NIC detectados por colposcopia, sólo 5 (29%) tuvieron resultado de NIC 1 por resultado histopatológico, ya que 12 pacientes (71%), tuvieron resultados de patología de NIC 2.

Dentro de los factores asociados a la prevalencia de IVPH en embarazadas, se encontró: promiscuidad en 50%, sin papanicolau previo 59%, antecedente de realización de colposcopia 35% y tabaquismo 20%

PREVALENCIA POR TRIMESTRE

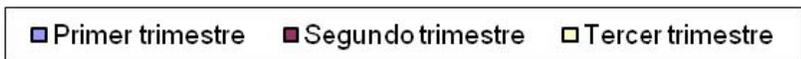
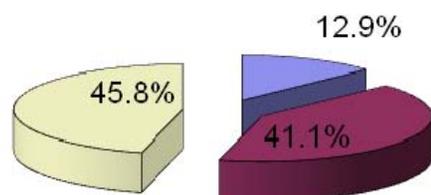


FIGURA 1

HALLASGOS COLPOSCOPICOS

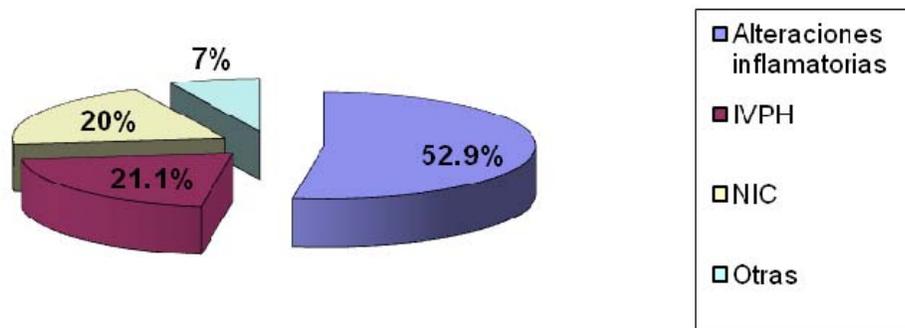


FIGURA 2

PREVALENCIA DE LESIONES

■ LIBG ■ L AG

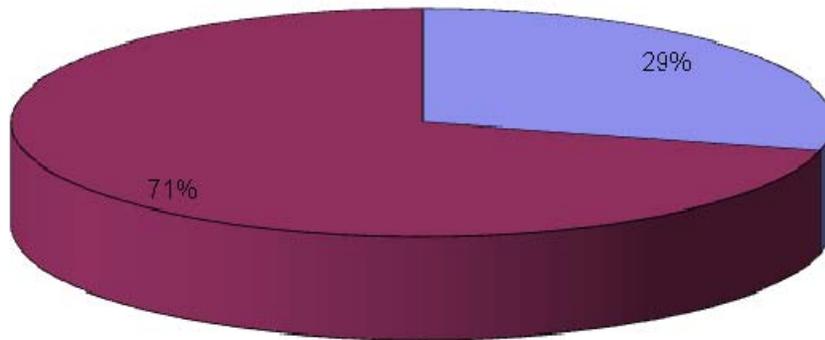


FIGURA 3

FACTORES ASOCIADOS

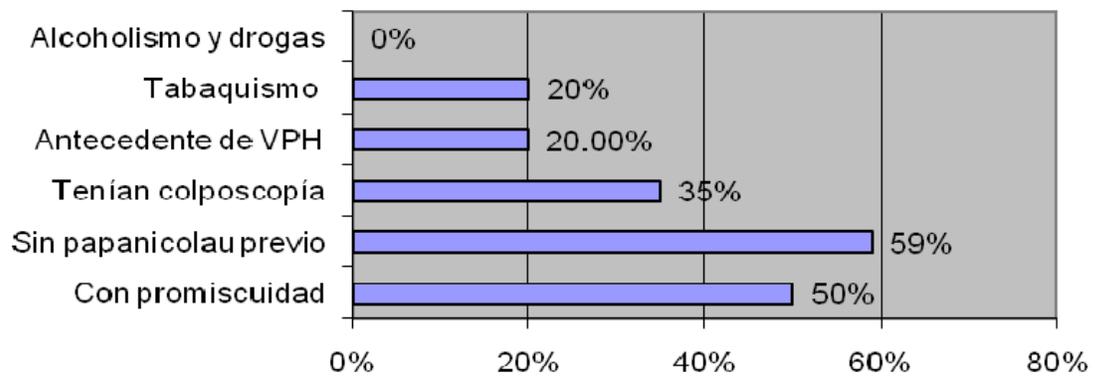
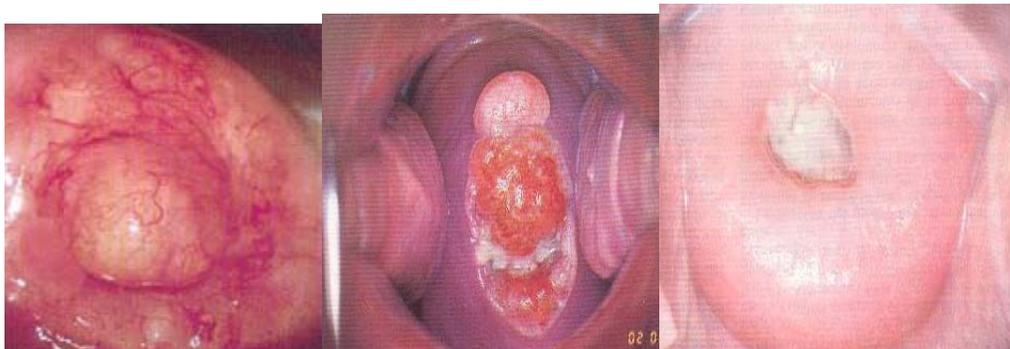


FIGURA 4



Discusión.

La Federación Internacional de Colposcopia y Patología del tracto genital inferior, recomienda la realización de colposcopia durante el embarazo, ya que se ha notado un aumento en la prevalencia del NIC durante este período, sobretodo porque las pacientes se embarazan en edades tardías (4).

Se plantean algunos problemas durante el embarazo para el diagnóstico correcto de las lesiones cervicales y el diagnóstico precoz del carcinoma del cuello uterino debido a la existencia de alteraciones morfológicas y a las modificaciones características que el embarazo imprime a las estructuras histológicas del cérvix. (1) Estas modificaciones adquieren su máximo interés por su parecido con las lesiones consideradas como carcinoma in situ. (1,2)

La colposcopia es aún en nuestros días un medio poco empleado durante el embarazo, debido en parte a la no aceptación de la paciente por temor a que sea lesiva para el embarazo y el producto; interviene también el médico por miedo y desconocimiento de los cambios anatomofuncionales del cérvix. Lo cual impidió conocer los aspectos de la fisiología colposcópica gravídica limitando importantemente la capacidad de detección de la neoplasia intraepitelial durante el embarazo. (3).

La técnica de realización no difiere de la realizada en la mujer no gestante, ni necesita instrumental especial. (2,3)

Identifica las mismas categorías de clasificación; los cuadros aislados aparecen modificados, con aspectos peculiares y característicos. No es fácil distinguir lo fisiológico de lo patológico.

La biopsia no constituye un problema importante si se efectúa taponamiento inmediato con algodón, con aplicación de nitrato de plata. (3)

El presente estudio tuvo buena aceptación en las embarazadas, fué bien tolerado, no hubo complicaciones relacionadas con la toma de biopsia de cérvix y tuvo buen apego con el seguimiento. Se encontraron diferencias con respecto al hallazgo colposcópico más frecuente: la decidualosis (30%) (3), que es la más reportada en la literatura, ya que en nuestro estudio el hallazgo colposcópico más frecuente fueron las alteraciones inflamatorias relacionadas con candidiasis, sobretodo en pacientes que tenían antecedente de infección por virus del papiloma humano, ya que son más susceptibles a infecciones vaginales. Teniendo el 20% de éstas pacientes antecedente de IVPH, se valoró la persistencia del mismo e incluso la presentación en forma de NIC. El estudio demostró que la realización de colposcopia en el embarazo es segura, confiable, debido a la buena correlación entre hallazgos de NIC y biopsias dirigidas. Ya que se podría establecer como estudio complementario en el control prenatal, sobretodo en pacientes embarazadas, con antecedente de IVPH. Tiene la ventaja de que dicho estudio es barato, accesible, poco invasivo, bien tolerado. Sin embargo, es una puerta abierta para un segundo análisis de seguimiento posterior al puerperio, en las pacientes que se les haya encontrado hallazgos de IVPH y/o NIC, para realización de tratamiento local en las mismas. Cabe mencionar que en algunos hospitales, ya se realiza la colposcopia como estudio rutinario en pacientes embarazadas, independientemente de que presenten sintomatología cervicovaginal o no. Sin embargo, en nuestro país, existen muy pocos estudios en relación a éste aspecto.

Conclusiones.

En orden de frecuencia, los hallazgos colposc6picos fueron: alteraciones inflamatorias (52.9%), IVPH (21.1%) y NIC (20%). La mayoría con promiscuidad y antecedente de papanicolaou normal. De las pacientes con detecci6n de IVPH antes del embarazo, sin tratamiento previo, 60% tenían NIC como hallazgo colposc6pico, con una correlaci6n de dicho hallazgo del 71% con resultado histopatol6gico, lo que denota la importancia del seguimiento, sobretodo de 6ste tipo de pacientes. Se encontr6 una prevalencia de lesiones intraepiteliales de bajo grado del 29% y de alto grado del 71%. Todas las pacientes acudieron al seguimiento, y no se report6 complicaciones en las mismas por el estudio realizado, lo que corrobora que la colposcopía es un estudio seguro, que se puede realizar en la paciente embarazada. La colposcopía en el embarazo es poco aceptada, tanto para las pacientes como en el 6mbito m6dico, debido a que los cambios fisiol6gicos del c6rvix uterino, pueden confundirse en ojos inexpertos, e interpretarse como hallazgos de malignidad, someter a la paciente a estudios innecesarios, así como a procedimiento invasivos. Es poco aceptada y conocida por las pacientes, ya que piensan que tiene riesgo sobre el binomio y afectaci6n sobre el curso del embarazo. En 6ste trabajo, nosotros concluimos que la colposcopía es un estudio seguro, accesible, barato, poco invasivo, recomendable durante el embarazo, sobretodo en pacientes con antecedentes de IVPH o ante ausencia de estudios previos de detecci6n.

BIBLIOGRAFÍA.

1. De Palo G., Testa R., The International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy; J Low Genit Tract Dis; 2004;8:3-5
2. Walker P., Dexeus S.; International terminology of colposcopy: an updated report from the International Federation of Cervical Pathology and Colposcopy; Obstet Gynecol; 2003; 101:175-7
3. Tatsuo Y.; Fujiyuki I.; A study of abnormal cervical cytology in pregnant women; Arch Gynecol Obstet; 2006; 273:274-277
4. Tatti S.; Manual de la escuela Argentina de Patología del tracto genital inferior y colposcopia; 1998; 219-236
5. Mateu A., Atlas de Colposcopia. Fundamentos histopatológicos. Significación clínica; Ed. Jims; 3ra. Edición; 1993; 199-215
6. Raura C.; Riesgo elevado Obstétrico; Ed. Masson; 3ra. Edición; 1996; 433-441
7. Apgar B.; Colposcopia. Principios y práctica. Ed. Mc Graw Hill; 2003; 413-433
8. Tatti S.; SIL y cáncer de cuello uterino durante el embarazo. Mitos y realidades; Revista de colposcopia argentina; 1999; 10:109-117
9. Norma oficial mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica de Cáncer Cervicouterino; 1-30
10. Brown D.; Berran P.; Special situations: abnormal cervical cytology during pregnancy; Clinical Obstetrics and Gynecology; 2005; 48:178-185
11. Creasman W.; Cancer in pregnancy; Operative Obstetrics; 2nd ed.; New York, NY; McGraw-Hill; 2002:424-426
12. Dola C.; Cheng J.; Longo S.; Are repeat colposcopic evaluations of abnormal pap smears necessary during pregnancy?; Am J Obstet Gynecol; 2003; 189:1-2
13. Santoso J.; Postpartum regression rates of antepartum cervical intraepithelial neoplasia II and III lesions; Am J Obstet Gynecol; 1999; 93(3):359-362
14. Bishai D.; Risk factor for juvenile onset recurrent respiratory papillomatosis; Pediatr Infect Dis J; 1998; 17:372-376
15. Tenti P.; Perinatal transmission of human papillomavirus in infant: relationship between infection rate and mode of delivery; Obstet Gynecol; 1998; 91:92-98
16. Falco P.; Combined cytology and colposcopy to screen for cervical cancer in pregnancy; J Reprod Med; 1998; 43:647-653
17. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1990, 108; 5:626-637
18. Bankowsky et al; Ethics and Epidemiology: International Guidelines. Consejo de las Organizaciones Internacionales médicas; 1991