

Hallazgos colposcópicos en embarazadas con sintomatología cervicovaginal

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

RESUMEN

Objetivo: Determinar hallazgos colposcópicos en embarazadas, con sintomatología cervicovaginal. **Material y métodos:** Estudio prospectivo, transversal y clínico, realizado en el Hospital Regional «General Ignacio Zaragoza», de octubre 2007 a abril 2008. Fueron incluidas mujeres embarazadas con sintomatología cervicovaginal en cualquier trimestre de gestación. Se excluyeron pacientes que usaban medicamentos vaginales, mujeres con sangrado transvaginal abundante o intolerancia al procedimiento. **Resultados:** Estudiamos 85 pacientes. Edad promedio 26 a 30 años. Hallazgo más frecuente: alteraciones inflamatorias (52%), candidiasis 90% y tricomoniasis 10%. Infección por virus del papiloma humano (IVPH) 21% (cérvix 38%, vagina 38% y vulva 24%); 20% con antecedente de IVPH, 14% con tratamiento antes del embarazo (58% alteraciones inflamatorias, 33% neoplasia intraepitelial cervical [NIC] y 9% IVPH en vagina), 6% sin tratamiento (60% NIC y 40% alteraciones inflamatorias). NIC 20%. Eversión glandular 19% (leve 43%, moderada 32% y severa 25%). Condilomas 4%. Deciduosis 6% (subcilíndrica 60% y subpavimentosa 40%). Pólipo endocervical 2.3%. Spotting 7%. Gaping 6%. Metaplasia epidermoide 14%. El 60% presentó hallazgos combinados. El 50% con promiscuidad; 59% sin Papanicolaou previo; 35% tenían colposcopia. La mayoría (45.8%) se encontraba en el tercer trimestre. **Conclusiones:** Nuestros resultados son similares a los reportados en la literatura, difiriendo en el hallazgo más frecuente: la deciduosis, y alteraciones inflamatorias relacionadas con candidiasis.

Palabras clave: Colposcopia, embarazadas, virus del papiloma humano, VPH, neoplasia intraepitelial cervical, NIC.

INTRODUCCIÓN

Durante el embarazo puede haber algunos problemas para establecer el diagnóstico correcto de las lesiones cervicales y el diagnóstico precoz del carcinoma del cuello uterino debido a la existencia de

ABSTRACT

Objectives: To determine colposcopic in pregnant women with cervico-vaginal symptoms. **Materials and methods:** From October 2007 to April 2008, a prospective, transverse, and clinical study of pregnant women with cervico-vaginal symptoms at the Hospital Regional «General Ignacio Zaragoza». All pregnant women with cervico-vaginal symptoms were included, regardless the trimester of gestation. Women using vaginal medication, with abundant transvaginal bleeding, or who showed intolerance to the procedure were excluded. **Results:** We studied 85 patients, average age 26 to 30 years. Most common finding: inflammatory disorders (52%), candidiasis (90%), and 10% trichomoniasis. Human papillomavirus infection (HPVI) 21% (38% cervix, 38% vagina, and 24% vulva). 20% with history of HPVI, 14% underwent treatment before pregnancy (58% inflammatory disorders, 33% cervical intraepithelial neoplasia (CIN), and 9% vaginal HPVI. 6% with no treatment (60% CIN and 40% inflammatory disorders). CIN 20%. Glandular eversion 19% (43% mild, 32% moderate, 25% severe). Condyloma 4%. Deciduositis 6% (subcylindrical 60% and subpavimentosa 40%). Endocervical polyp 2.3%. Spotting 7%. Gaping 6%. Epidermoid metaplasia 14%. 60% presented combined findings. 50% reported promiscuity. 59% without previous pap smear. 35% had colposcopy. The majority (45.8%) were in the third trimester. **Conclusions:** Our results are similar to those reported in the literature, differing in the most common finding: deciduositis and inflammatory disorders relating to candidiasis.

Key words: Colposcopy, pregnant, HPVI, CIN.

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}

* Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional «General Ignacio Zaragoza», ISSSTE.

En 1927, Stieve 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

La colposcopia es aún en nuestros días un medio poco empleado durante el embarazo.³ La colposcopia y la colpocitología pueden efectuarse durante el embarazo con absoluta confianza, si se efectúa con cuidado, delicadeza, atención y experiencia práctica.² La técnica de realización no difiere de la empleada 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 e hipervascularización, con aumento de la cantidad y el calibre de los vasos, ectasias y aspecto pseudoangiomatoso ocasional.²

Cérvix normoepitelizado. A partir del segundo y tercer mes, el cérvix presenta 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 sobre todo la evidente vascularización superficial, con vasos finos, de calibre y ramificaciones regulares con fino punteado difuso y fino reticulado.²⁻⁴

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 cuales adquieren aspecto globoso, citoplasma ampliamente vacuolizado con gran cantidad de glucógeno; todo esto provocado en mayor parte por la progesterona.⁴

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 Debido a su frecuencia, Rieper le dio el término de fisiológica, 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}

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}

Imágenes leucoqueratóticas estables. Las lesiones distróficas preexistentes están separadas del epitelio normal por un borde y son visibles sin la aplicación de ácido acético.⁸

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

Suelen ser asintomáticos, pero a menudo se manifiestan 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 mayoría 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, aun 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

Deciduosis. Representa el cuadro colposcópico más peculiar del embarazo. El término indica una ectopia decidual que se refiere a la aparición a nivel del estroma cervical de modificaciones semejantes a las que fisiológicamente se producen en el endometrio 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 de deciduosis:

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 ele-

vada, 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}

b) *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 mamelón ulcerado, de superficie escarchada o plana roja, hemorrágica, con puntilleo vascular. Con ácido acético se torna blanca-opaca.⁸

Epidermización atípica. Después de 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}

Fenómenos dinámicos del cuello uterino. Durante el periodo gravídico tiene lugar 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 tres procesos fisiológicos dinámicos durante el embarazo:

1) *Gaping.* Es la abertura del orificio cervical externo sin procedencia de la mucosa cervical. Se debe a la distensión de las fibras de la musculatura circular del cérvix, así como a la destrucción del colágeno cervical por la acción enzimática media-

da por hormonas. Es más común en multíparas que en primíparas. Se puede observar durante el período gravídico con un curso rítmico.^{2,8-10}

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 nulíparas y en el tercer trimestre en multíparas.^{2,8}

3) *Coming back*. Es el reingreso en el canal cervical, consecutivo a la eversión, 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 del estroma de este último.^{4,8,12}

Evolución y regresión de los cambios. Todos los cambios morfológicos y estructurales propios del embarazo experimentan regresión en el puerperio, incluyendo a la cianosis, el edema estromal y la deciduosis. 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; por lo general, se observa una marcada reducción en la extensión de las áreas displásicas.^{9,10}

Esta regresión es más acentuada después del parto. La ectopia suele regresar en grado variable en un periodo de 40 a 60 días. Hacia esta época puede verificarse una desaparición completa de las lesiones, si éstas aparecieron 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.^{10,13}

Las lesiones atípicas pueden regresar, pero no debe emitirse ningún juicio definitivo hasta los tres o seis meses después del parto. Hay que tener en cuenta que algunas lesiones pueden ocultarse en el canal cervical.^{9,10,11,14}

La distrofia cervicovaginal profusa es un cuadro típico del puerperio, caracterizada colposcópica-mente por petequias y fragilidad epitelial con yodo captación débil. Estos hallazgos son frecuentes sobre todo un mes antes del parto, persistiendo más si hay lactancia al seno materno. La valoración colposcópica postgravídica debe efectuarse en condiciones de estabilidad hormonal, cuando se haya restablecido la menstruación regular.⁸⁻¹⁰

Infecciones no virales. Los cambios secundarios al embarazo, sobre todo los de tipo hormonal, predominando la acción de la progesterona con su efecto alcalinizante en la vagina, favorecen la colonización y proliferación de diversos agentes, entre los que se encuentran: esquizomicetos (*Neisseria gonorrhoeae*, *Gardnerella vaginalis*, *Haemophilus ducrey*, etcétera), micoplasmas (*hominis* y *Ureaplasma urealyticum*), micosos (*Candida albicans*), protozoarios (*Trichomonas vaginalis*, *Entamoeba histolytica*, etcétera), virus (herpes simples 1,2, citomegalovirus, de inmunodeficiencia humana, etcétera). 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 (IVPH). La incidencia de infección clínica en el embarazo es de 0.5 a 3%. Los condilomas clínicos tienden a proliferar y se extienden durante la gravidez; después del parto presentan una regresión espontánea. La infección genital involucra el 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 (NIC) en el embarazo. No es frecuente el cáncer cervicouterino durante la gravidez debido a que la mayor aparición de éste se da a partir de la cuarta década de la vida.^{3,11}

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 a examen de Papanicolaou y colposcopia

b) La colposcopia debe ser realizada por alguien experto, porque la presencia de decidualis y de los cambios propios del cérvix durante el embarazo puede 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. El raspado endocervical está contraindicado en absoluto.¹¹

La conización quirúrgica durante el embarazo no se justifica, dado el alto riesgo de complicaciones. Sólo 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.^{9,14-16}

Cuando se trata de diagnosticar un carcinoma cervical invasor de uno 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, aun 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.^{7,8,15-17}

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo, transversal, abierto y clínico, en embarazadas con sintomatología cervicovaginal atendidas en el Hospital Regional «General Ignacio Zaragoza» entre octubre del 2007 y abril del 2008. Se incluyeron embarazadas en cualquier trimestre, con sintomatología cervicovaginal, enviadas a la clínica de displasias, con firma de consentimiento informado. Se excluyeron de este estudio pacientes asintomáticas, con aplicación de medicamentos vaginales, sangrado transvaginal abundante, intolerancia al procedimiento. Se eliminaron los casos con seguimiento inadecuado (que no acudieron a citas subsecuentes), que no aceptaron la biopsia de cérvix. Variables: edad, antecedentes de Papanicolaou, colposcopia, infección por el virus del papiloma humano (IVPH), tratamiento para IVPH, toxicomanías y número de parejas sexuales.

Se incluyeron 85 pacientes embarazadas enviadas de los Servicios de Obstetricia, Perinatología y Urgencias Tocoquirúrgicas, del Hospital Regional «General Ignacio Zaragoza», que presenten cualquier sintomatología cervicovaginal (prurito, flujo transvaginal, sangrado, ardor vaginal, etcétera). A todas las mujeres se les realizó colposcopia con colposcopio marca Iroscope. 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. Después se realizó 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 indica-

dos. 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 dos 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, 21% tenían edad materna avanzada.

En relación con los trimestres, 11 pacientes cursaban el primer trimestre (12.9%), 35 el segundo trimestre (41.1%) y 39 el tercero (45.8%).

La incidencia de virus del papiloma humano (VPH) en las embarazadas fue de 21.1%. La localización más frecuente fue cérvix 38%, vagina 38% y vulva 24%. De éstas, 20% tenían antecedente de infección por virus del papiloma humano (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. Infección por virus del papiloma humano (IVPH) en 21.1%
3. Neoplasia intraepitelial cervical (NIC) en 20%
4. Eversión glandular en 18.8% (leve 43%, moderada 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%.

El 60% presentaron hallazgos combinados.

Los fenómenos dinámicos encontrados fueron eversión glandular (18.8%) y gaping (58%).

Se encontró la siguiente prevalencia: Lesiones de bajo grado en 29% y lesiones de alto grado en 71%.

Respecto a la correlación de hallazgos colposcópicos de lesiones de alto grado, de los 17 hallazgos de NIC detectados mediante colposcopia, sólo cinco (29%) tuvieron resultado de NIC 1 con el estudio 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 Papanicolaou previo 59%, antecedente de realización de colposcopia 35% y tabaquismo 20%.

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 de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) durante este periodo, sobre todo 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 un recurso 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; intervienen también factores relacionados con el médico, por ejemplo, miedo a realizar el procedimiento y desconocimiento de los cambios anatomofuncionales del cérvix. Esto ha impedido 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 empleada 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

El presente estudio tuvo buena aceptación en las embarazadas, fue 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 displasia (30%),³ que es la más reportada en la literatura. En cambio, en nuestro estudio el hallazgo colposcópico más frecuente correspondió a las alteraciones inflamatorias relacionadas con candidiasis, sobre todo en pacientes que tenían antecedente de infección por virus del papiloma humano (IVPH), ya que son más susceptibles a infecciones vaginales. El 20% de éstas tenían 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, sobre todo 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 sobre este aspecto.

CONCLUSIONES

En orden de frecuencia, los hallazgos colposcópicos fueron: alteraciones inflamatorias (52.9%), infección por virus del papiloma humano (IVPH) (21.1%) y neoplasia intraepitelial cervical (NIC) (20%). La mayoría con promiscuidad y antecedente de Papanicolaou normal. De las pacientes con detección de IVPH antes del embarazo, sin tratamiento previo, 60% tenían NIC como hallazgo colposcópico, con una correlación de dicho hallazgo del 71% con resultado histopatológico, lo que denota la importancia del seguimiento, sobre todo de este tipo de pacientes. Se encontró una prevalencia de lesiones intraepiteliales de bajo grado del 29% y de alto grado del 71%. Todas las mujeres acudieron al seguimiento, y no se reportó complicaciones en las mismas por el estudio realizado, lo que corrobora que la colposcopia es un estudio seguro, que se puede realizar en la paciente embarazada. La colposcopia en el embarazo es poco aceptada, tanto para las pacientes como en el ámbito médico, debido a que los cambios fisiológicos del cérvix uterino pueden confundirse bajo ojos inexpertos, e interpretarse como hallazgos de malignidad, someter a la paciente a estudios innecesarios, así como a procedimientos invasivos. Es poco aceptada y conocida por las pacientes, ya que piensan que tiene riesgo sobre el binomio y afectación sobre el curso del embarazo.

Concluimos que la colposcopia es un estudio seguro, accesible, barato, poco invasivo, recomendable durante el embarazo, sobre todo en pacientes con antecedentes de IVPH o ante ausencia de estudios previos de detección.

BIBLIOGRAFÍA

1. De Palo G, Testa R, The Internacional 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: 175-177.
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. p. 219-236.

5. Mateu A. Atlas de Colposcopia. Fundamentos histopatológicos. Significación clínica; 3a ed. Editorial Jims; 1993. p. 199-215.
6. Raura C. Riesgo elevado Obstétrico. 3a ed. Editorial Masson; 1996. p. 433-441.
7. Apgar B. Colposcopia. Principios y práctica. McGraw-Hill; 2003. p. 413-433.
8. Tatti S. SIL y cáncer de cuello uterino durante el embarazo. Mitos y realidades. *Rev Colposc Arg* 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. *Clin Obstetr Gynecol* 2005; 48: 178-185.
11. Creasman W. Cancer in pregnancy; Operative Obstetrics; 2nd ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2002. p. 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. Bankowsky et al. Ethics an Epidemiology: International Guidelines. Proceedings of the XXVth CIOMS Conference, Geneva, Switzerland. Consejo de las Organizaciones Internacionales Médicas; 1991. p. 189+VIII.