

Evaluación del canal endocervical en la mujer embarazada

Drs. Leonardo De Abreu R, Luis E Castillo, Mireya González, Ulmary González, Alfredo J Caraballo M, Inelda Sierra M

Servicio de Ginecología y Anatomía Patológica, Maternidad "Concepción Palacios"

RESUMEN

Objetivo: Evaluar las alteraciones citológicas o colposcópicas a través del curetaje endocervical realizado a 42 embarazadas con diferentes edades de gestación.

Ambiente: Maternidad "Concepción Palacios". Servicio de Ginecología.

Método: Estudio retrospectivo de 42 gestantes atendidas entre 1989-1995.

Resultados: La edad promedio de las pacientes fue de 29,57 años. El 78,6% eran multíparas. El mayor número (59,53%) de curetajes se practicó durante el segundo trimestre y el 64,29% de estos se realizaron por citologías anormales. Los estudios histológicos reportaron 42,85% y 35,72% de patologías benignas y malignas, respectivamente. Las muestras obtenidas fueron en el 71,43% suficientes para estudio histopatológico. El 69% de las pacientes asistieron a control sucesivo hasta el final de la gestación y no se reportaron complicaciones previas o posteriores al procedimiento en el 100% de los casos.

Conclusión: El curetaje endocervical no parece tener ningún riesgo que comprometa la progresión normal del embarazo y permite individualizar la conducta a seguir en cada paciente.

Palabras clave: Curetaje endocervical. Embarazo. Complicaciones.

SUMMARY

Objective: To evaluate the Pap smear and colposcopic abnormalities with endocervical curetage practiced to 42 pregnant at different gestational weeks.

Setting: Maternidad "Concepcion Palacios", Gynecology Service.

Method: A retrospective study in pregnant attended between 1989-1995.

Results: Average age of 29.57 years. 78.6% were "multiparous". The largest number (59.53%) of endocervical curetage was practiced during the second quarter and the 64.29% of these were practiced by abnormal cytology. The histologic studies reported 42.85% and 35.72% benign and maligns pathologies, respectively. The samples obtained were 71.43% sufficient for histopathologic studies. 69% of the patients attended a post-control until the end of the pregnancy and no complications were reported previously or after the procedure in 100% of the cases.

Conclusion: The endocervical curetage does not seem to have any risk that compromise the normal progress of pregnancy and it allows to individualize the procedure for each patient.

Key words: Endocervical curetage. Pregnancy. Complications.

INTRODUCCIÓN

La neoplasia cervical preinvasora e invasora en el embarazo es un problema relativamente infrecuente y pocas instituciones tienen suficiente experiencia para emitir opiniones del manejo óptimo de estas pacientes. El cáncer cervical asociado al embarazo se define como aquel que se presenta durante el mismo y hasta 12 meses después del período posparto.

Se ha reportado en la literatura que la incidencia de neoplasia está entre 0,4% a 3,5% y del carcinoma *in situ* y del invasor entre 0,6% a 1,4% (1). La incidencia promedio de cáncer *in situ* es de 1 por 770 embarazos y del cáncer invasor es 0,45 por 1 000.

El carcinoma *in situ* es asintomático en muchos casos, pero no así el cáncer invasor, el cual puede presentar sangrado genital anormal 63%, secreción vaginal 13%, sangrado poscoital 4% y dolor pélvico 2%.

Recibido: 01-11-99

Aceptado para publicación: 21-01-00

Los métodos diagnósticos se inician con la apropiada evaluación citológica lo cual permite detectar alteraciones que sugieran la presencia de lesiones cervicales. El uso de la colposcopia con biopsia dirigida confirma histológicamente la presencia de la lesión. El cono biopsia ofrecerá la última posibilidad para confirmar dicho diagnóstico (2).

La literatura revisada refiere que el legrado endocervical no debe ser realizado en la gestante por las implicaciones que éste pueda tener (1). Por tal motivo, nuestro estudio retrospectivo se realizó para evaluar el curetaje endocervical (CEC) de 42 embarazadas con diferentes edades de gestación y con alteraciones citológicas o colposcópicas, las cuales fueron referidas al Servicio de Ginecología de la Maternidad "Concepción Palacios".

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente es un estudio retrospectivo realizado entre 1989-1995 donde se evaluaron las historias de 42 gestantes, a las que se les practicó CEC por presentar anomalías citológicas, colposcópicas o ambas. Las variables evaluadas fueron:

Epidemiológicas: edad de las pacientes, edad de gestación y paridad.

Indicación del CEC.

Resultados de la biopsia endocervical.

Complicaciones del procedimiento.

Calidad de la muestra.

Seguimiento de las pacientes.

En el Servicio de Ginecología se utiliza la cureta de Duncan para practicar el CEC, se toman muestras de todas las caras cervicales individualmente y el tejido obtenido se coloca en papel de filtro con posterior fijación en formaldehído.

Las láminas correspondientes a las biopsias practicadas fueron reevaluadas por un patólogo del Servicio de Anatomía Patológica de la institución, donde se estimó la calidad de las muestras (cantidad de material y presencia de estroma) que fueron reportadas como suficientes o no, y se determinó si hubo la necesidad de repetir la toma de la muestra.

Los datos fueron analizados en forma porcentual.

RESULTADOS

De las 42 gestantes estudiadas se encontró que la edad promedio en la cual se realizó el CEC fue 29,57 años (rango 17-44 años). El 67% de las pacientes tenían entre 23-34 años. Cuadro 1.

Cuadro 1
Distribución de las pacientes según edad

Edad (años)	Nº	%
17-22	5	12
23-28	18	43
29-34	10	24
35-40	6	14
41-46	3	7
Total	42	

En el Cuadro 2 se aprecia que un 78,6% de las mujeres eran multíparas. El rango de gestación estuvo entre I y VI con una media de 2,02.

Cuadro 2
Distribución de las pacientes según el número de gestación

	Nº	%
I	6	14,3
II-IV	22	52,4
V o más	11	26,2
Desconocida	32	7,1
Total	42	

El trimestre del embarazo en el cual se practicó el mayor número de CEC fue el segundo trimestre (59,53%). Se encontró que el rango de semanas de gestación fue de 4-34 con una media de 13,38 semanas. Cuadro 3.

Cuadro 3
Distribución de las pacientes según la edad de gestación

Semanas	Nº	%
4-14	14	33,33
15-28	25	59,53
> 28	3	7,14
Total	42	

Como se expone en el Cuadro 4 la indicación que predominó para la realización del CEC fue la citología anormal en un 64,29%.

EVALUACIÓN DEL CANAL ENDOCERVICAL

Cuadro 4

Distribución de las pacientes según indicaciones del CEC

Indicación	Nº	%
Citología sospechosa	27	64,29
Atipia colposcópica	15	35,71
Total	42	

La evaluación del resultado del estudio histopatológico demuestra que el 42,85% de los mismos pertenecían a patologías benignas de endocervix. Un 35,72% de las pacientes tenían patología maligna. Cuadro 5.

Cuadro 5

Distribución de las pacientes según los resultados de la biopsia del CEC

Descripción	Nº	%
Epitelio normal	9	21,43
Lesión inflamatoria	13	30,95
Lesión benigna**	5	11,90
Lesión maligna***	15	35,72
Total	42	

Inflamatoria*: endocervicitis, metaplasia plana, condiloma.

Benigna**: pólipos, hiperplasia microglandular.

Maligna***: epitelio neoplásico, NIC, microinvasor, invasor.

Las láminas de las biopsias de endocervix se clasificaron de acuerdo con la evaluación subjetiva del patólogo como suficiente o insuficiente como se aprecia en el Cuadro 6.

Hay que resaltar que a pesar de que se catalogaron 8 muestras como insuficientes, ellas permitieron diagnosticar patología. Notamos que en 3 pacientes hubo necesidad de repetir el CEC. El motivo por lo cual se repite la toma de la muestra sólo se explica en 1 caso (no hubo material endocervical), los otros 2 no son reportados en las historias.

Se realizó la evaluación de las complicaciones del procedimiento y se encontró que no existían reportes en las historias de alguna complicación durante o después del mismo (tempranas o tardías).

Como se aprecia en el Cuadro 7, el 69% (29 casos) de las pacientes asistieron a consultas de control hasta alcanzar el término de la gestación sin ninguna complicación reportada. Los controles de seguimiento insatisfactorio correspondieron a pacientes que fueron evaluadas pocas veces, pero que refirieron no haber presentado complicación alguna posterior al CEC.

Cuadro 6

Distribución de las pacientes según la calidad de la muestra

Análisis	Nº	%
Suficiente	30	71,43
Insuficiente	8	19,05
No revisada*	4	9,52
Total	42	

*Lámina de otro hospital.

Cuadro 7

Distribución de las pacientes según el seguimiento poslegrado

Análisis	Nº	%
Satisfactorio	29	69
Insatisfactorio	13	31
Total	42	

DISCUSIÓN

La biopsia endocervical representa para el ginecólogo una importante herramienta diagnóstica cuando evalúa el cuello uterino que probablemente tiene una patología neoplásica. En la literatura existen opiniones divergentes en cuanto a su utilización, se encuentran autores que apoyan su realización en la mujer no gestante (3-11), pero en las embarazadas prefieren omitir el mismo por las posibles implicaciones que el CEC pudiera tener

(1,4,12,13). Por otra parte, los expertos tienen distintas opiniones acerca de cuáles son las indicaciones de llevar a cabo el estudio del canal endocervical. Algunos recomiendan este procedimiento para defenderse contra la omisión del cáncer oculto y lo aconsejan con firmeza antes de cualquier método de tratamiento ambulatorio, incluso si se visualiza por completo la unión escamocolumnar. Otros reservan su empleo para seleccionar mujeres con citologías sospechosas o positivas y colposcopia no satisfactoria (3).

Al Servicio de Ginecología de la Maternidad "Concepción Palacios" consultan gestantes referidas de diversas instituciones por presentar citologías anormales y atipias colposcópicas y en cuya evaluación ha sido utilizado el CEC, como lo muestran las 42 pacientes revisadas en esta investigación.

La patología neoplásica cervical preinvasora e invasora durante la gestación es reportada en la literatura con una frecuencia suficiente como para que toda embarazada que acuda a la atención prenatal sea evaluada (1) con la toma de citología y realización de colposcopia. Esto es de suma importancia, ya que la edad de aparición de la lesión intraepitelial de cuello uterino se corresponde con la edad reproductiva de la mujer (12); en nuestra revisión encontramos que un 79% (33 casos) de las pacientes que acudieron a la consulta tenía entre 17-34 años.

La multiparidad ha sido asociada con la aparición de la neoplasia cervical (4,8) lo cual coincide con lo encontrado en nuestro estudio donde el 52,4% de las pacientes habían tenido II-IV gestaciones así lo reporta Moreno Romero (14).

El hecho de que se excluya la realización del CEC en las embarazadas impide tener la edad de gestación recomendable para su práctica; encontramos que en el Servicio de Ginecología de la Maternidad "Concepción Palacios" las pacientes que fueron sometidas a dicho procedimiento se encontraban entre las 15-28 semanas en un 59,35% (25 casos), con menos de 15 semanas un 33,33% (14 casos) y un 7,14% (3 casos) tenían más de 28 semanas.

Los autores que apoyan el CEC en la evaluación de la paciente fuera del embarazo, coinciden en que estaría indicado ante la presencia de anormalidad citológica y atipias colposcópicas (3-13,15-18), nosotros lo realizamos cuando la paciente muestra lesión colposcópica y ante la presencia de citología anormal con cuello aparentemente sano. Pudimos

observar en nuestro estudio que el CEC fue practicado sobre la base de un resultado citológico anormal en un 64,29% (27 casos) y por la presencia de atipia colposcópica en un 35,71% (15 casos), indicaciones similares a las reportadas en las pacientes no embarazadas.

El temor a llevar a cabo la evaluación del canal endocervical durante el embarazo se fundamenta en el riesgo teórico de producir morbilidad que incluye hemorragia genital, parto pretérmino, infección, ruptura prematura de membranas fetales y pérdida de la gestación, no obstante, no encontramos reportadas complicaciones tempranas o tardías en relación con el procedimiento en las pacientes motivo de esta revisión.

El estudio histopatológico de las muestras obtenidas mostró en el 21,43% (9 casos) de las pacientes epitelio endocervical normal, lo cual permitió indicar tratamiento conservador o expectante con la seguridad de que el canal estaba sano. Por otra parte, se encontró la presencia de lesión maligna en 15 pacientes, que representó un 35,72% de las gestantes evaluadas, 2 presentaron carcinoma invasor y fueron sometidas a histerectomía radical, una paciente con feto *in útero* y la otra previa interrupción del embarazo, en ambas se confirmó el diagnóstico. Este resultado nos permite expresar que la evaluación del canal endocervical es importante para estudiar adecuadamente las pacientes embarazadas con sospecha de neoplasia cervical y así ofrecerles la conducta terapéutica apropiada.

Cabe destacar que aun cuando el patólogo reportó que la muestra era insuficiente en el 19,05% de los casos, permitió de todas formas emitir un diagnóstico (sólo en un caso fue necesario la obtención de una segunda muestra ya que no había material endocervical).

Por lo antes expuesto podemos concluir que el CEC representa una importante herramienta diagnóstica para la evaluación integral de la gestante en quien se sospecha patología neoplásica, el cual llevado a cabo cuidadosamente y por personal entrenado, no parece tener ningún riesgo que comprometa el progreso normal del embarazo y permite individualizar la conducta a seguir. Sin embargo, es necesario aumentar el número de casos evaluados mediante este procedimiento ya que la muestra revisada fue pequeña para arrojar conclusiones definitivas.

REFERENCIAS

1. Smith E, Creasman W. Neoplasia cervical preinvasora e invasora en el embarazo. En: Gleicher N, editor. *Medicina Clínica en Obstetricia*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana S.A.; 1989.p.1266-1272.
2. Hacker N, Berek J, Lagasse L, Charles E, Savage E, Moore J. Carcinoma of cervix associated with pregnancy. *Obstet Gynecol* 1982;59:735-746.
3. Stalf A. Neoplasia intraepitelial cervical. En: Thompson J, Rock J, editores. *Ginecología quirúrgica de Te Linde*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1993.p.1028-1041.
4. DiSaia P, Creasman W. *Oncología Ginecológica Clínica*. Madrid: Editorial Mosby/Doyma libros, 1994.p.534-541.
5. Moseley K, Dinh T, Hanningan E, Dillard E, Yandell R. Necessity of endocervical curettage in colposcopy. *Am J Obstet Gynecol* 1986;154:992-995.
6. Grainger D, Roberts D, Wells M, Hobelt D. The value of endocervical curettage in the management of the patient with abnormal cervical cytologic findings. *Am J Obstet Gynecol* 1987;156:625-628.
7. Urcuyo R, Rome R, Nelson J. Some observations on the value of endocervical curettage performed as an integral part of colposcopy examination of patient with abnormal cervical cytologic. *Am J Obstet Gynecol* 1977;128:787-792.
8. Mogensen S, Bak M, Dueholm M, Frost L, Knoblauch N, Praest J, et al. Cytobrush and endocervical curettage in the diagnosis of dysplasia and malignancy of the uterine cervix. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997;1:69-73.
9. Tate K, Strickland J. A randomized controlled trial to evaluate the use of the endocervical brush after endocervical curettage. *Obstet Gynecol* 1997;5:715-717.
10. Fine B, Feinstein G, Sabella V. The pre-and postoperative value of endocervical curettage in the detection of cervical intraepithelial neoplasia and invasive cervical cancer. *Gynecol Oncol* 1998;1:46-49.
11. Denehy T, Gregory C, Breen J. Endocervical curettage, cone margins, and residual adenocarcinoma in situ of the cervix. *Obstet Gynecol* 1997;1:1-6.
12. Krebs H. Lesiones premalignas del cuello uterino. En: Copeland L, Jarrell J, McGregor J, editores. *Ginecología*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana S.A.; 1994.p.932-960.
13. DePettrillo A, Townsend D, Morrow C, Lickrish G, DiSaia P, Roy M. Colposcopic evaluation the abnormal Papanicolaou test in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1975;121:441-445.
14. Moreno J. Carcinoma in situ y embarazo. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1964;33:106-111.
15. Granai C, Jelen I, Louis F, Kawasda Ch, Curry S. The value of endocervical curettage as part of the standard colposcopic evaluation. *J Reprod Med* 1985;30:373-375.
16. Spirtos N, Schlaerth J, Ablain G, Morrow P. A critical evaluation of the endocervical curettage. *Obstet Gynecol* 1987;70:729-733.
17. Hatch K, Shingleton H, Orr J, Gore H, Soong S. Role of endocervical curettage in colposcopy. *Obstet Gynecol* 1985;65:403-408.
18. El-Dabh A, Rogers R, Davis T, Sutton G. The role of endocervical curettage insatisfactory colposcopy. *Obstet Gynecol* 1989;74:159-163.