

## PRESENTACIÓN DE CASO

### DECIDUOSIS ULCERADA Y EMBARAZO

Dr. Mario Gutiérrez Machado<sup>1</sup>, Dr. Juan Antonio Suárez González<sup>2</sup>, Dra. Irene Rodríguez Santos<sup>3</sup>, Lic. Milay Hurtado Veitía<sup>4</sup>, Lic Matelin Merconchini Martínez<sup>4</sup>

#### INTRODUCCIÓN

Los cuadros colposcópicos gravídicos son expresión morfológica de modificaciones impuestas por el embarazo sobre los componentes cervicales: epitelio, estroma, vasos, etc.

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 alteraciones morfológicas y a las modificaciones características que el embarazo imprime a las estructuras histológicas del cérvix.<sup>1</sup> Estas modificaciones adquieren su máximo interés por su parecido con las lesiones consideradas como carcinoma *in situ*.<sup>1,2</sup>

La colposcopia se realiza durante la gestación con absoluta tranquilidad. La técnica de la colposcopia es similar a la no gravida. El mejor momento para el examen colposcópico es el primer trimestre.

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.<sup>2</sup> Proliferación de las células columnares agrandamiento criptas glandulares formación de hendiduras secundarias, incremento en número y tamaño de los vasos, sanguíneos y linfáticos, reacción decidual del estroma, imágenes polipoideas, estroma edematoso con aumento de

tamaño del cervix e hiperplasia de la mucosa endocervical, eversion cervical, dilatación del orificio externo y canal y presencia de moco cervical abundante, difícil de remover.

La colposcopia es aún en nuestros días un medio poco empleado durante el embarazo.<sup>3</sup>

La 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.<sup>8,9</sup>

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%.<sup>9</sup> Otros autores consideran la frecuencia de un 10-40%.<sup>10,11</sup>

#### 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.<sup>6</sup>

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.<sup>6,7</sup>

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.<sup>7,8</sup>

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.<sup>9</sup>

<sup>1</sup>. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral. Especialista de 1er y 2do Grado en Obstetricia y ginecología. Profesor Asistente. Master en Urgencias y Emergencias Médicas en la Atención Primaria y en Atención integral a la mujer. Hospital Universitario Ginecoobstétrico "Mariana Grajales" Santa Clara, Villa Clara. chmb@hped.vcl.sld.cu.

<sup>2</sup>. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral. Especialista de 1er y 2do Grado en Obstetricia y ginecología. Profesor Auxiliar. Master en Atención integral a la mujer. Villa Clara. jasuares@hmmg.vcl.sld.cu.

<sup>3</sup>. Especialista de 1er y 2do Grado en Anatomía Patológica. Profesor Auxiliar Consultante. Hospital Universitario Ginecoobstétrico Mariana Grajales, Santa Clara, Villa Clara.

<sup>4</sup>. Licenciada en enfermería. Profesora Instructora. Hospital Universitario Ginecoobstétrico Mariana Grajales, Santa Clara, Villa Clara.

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.<sup>8,9</sup>

e) *Ulcerada*. Adquiere la forma de un mamelón ulcerado, de superficie escarchada o plana roja, hemorrágica, con puntillero vascular. Con ácido acético se torna blanca-opaca.<sup>8</sup>

## PRESENTACIÓN DE UN CASO

Paciente ROW de 15 años de edad, con antecedentes de salud, Gesta 4 para 0 Abortos provocados 3 con una edad gestacional de 22,5 semanas. Acude a consulta del tracto genital inferior por presentar leucorrea blanco grisácea y en el examen físico su médico de atención le encuentra una lesión cervical que requiere interconsulta con especialistas para descartar posibilidad de una lesión maligna del cuello uterino.

Se recibe en Consulta de patología del tracto genital inferior a adolescente gestante con embarazo de 22,5 semanas, que refiere presentar descarga vaginal amarillo grisácea fétida, de más o menos dos meses de evolución en ocasiones con gleras sanguinolentas, sin acompañarse de dolor u otra sintomatología.

Dentro de los antecedentes patológicos personales de interés refiere inicio de las relaciones sexuales a los 12 años, con múltiples parejas sexuales (más de cinco) hasta el momento de la consulta.

En relación con estos aspectos epidemiológicos y las características descritas de la lesión encontrada por su médico de asistencia se decide remitir a nuestra consulta para una valoración especializada de dicho hallazgo.

Al ser examinada se observa una lesión de tipo ulcerada con fondo aparentemente sucio a ojo desnudo, de bordes bien delimitados, aproximadamente de 1,5 cms de diámetro de forma ovalada, situada hacia la periferia del labio posterior del cuello uterino muy próximo al fondo de saco vaginal posterior en relación con la pared lateral de dicho labio posterior.

Colposcopicamente se observó un cuello de nulípara, pequeño, con una colposcopia satisfactoria observándose una imagen compatible con una gran erosión, de fondo deprimido, rojo, fácilmente sangrante al tacto y al contacto con el ácido acético, sin reacción ante él. No se realiza test de Schiller por antecedentes de la paciente de alergia al Iodo. Ante la posibilidad de una lesión maligna, se decide realizar biopsia para hacer diagnóstico diferencial con una deciduos ulcerada no frecuentemente observada pero descrita como forma clínica en el embarazo.

## CONCLUSIONES

Se recibe resultado de anatomía patológica donde se confirma una deciduos ulcerada. (B-11-1265) 31 de marzo del 2011.

## DISCUSIÓN

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.<sup>2</sup>

La colposcopia es aún en nuestros días un medio poco empleado durante el embarazo.<sup>3</sup>

La colposcopia y la colpocitología pueden efectuarse durante el embarazo con absoluta confianza, si se efectúa con cuidado, delicadeza, atención y experiencia práctica.<sup>2</sup> La técnica de realización no difiere de la empleada en la mujer no gestante, ni necesita instrumental especial.<sup>2,3</sup> 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.<sup>3</sup>

## REFERENCIAS

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; 2<sup>nd</sup> 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.

