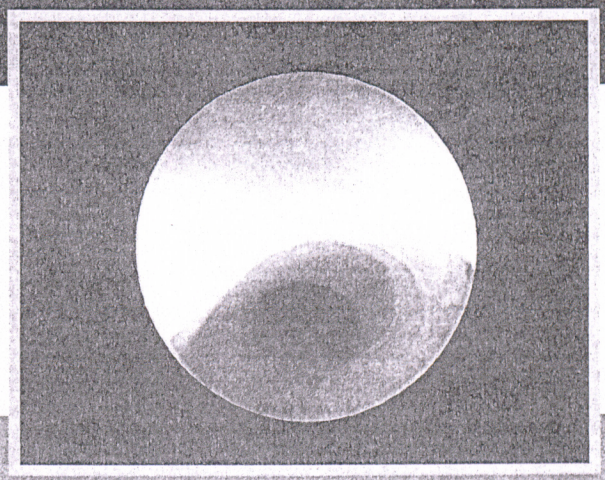
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

PATOLOGÍA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL

CUELLO UTERINO



Centro de Publicaciones
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

Centro de Publicaciones
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

PATOLOGÍA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL CUELLO UTERINO
© 2016 Pontificia Universidad Católica del Ecuadór
© 2016 Editado por: Guillermo Páez Coello MD, PhD

Centro de Publicaciones
Av. 12 de Octubre y Robles
Apartado n.º 17-01-2184
Telf: (593) (02) 2991-711
publicaciones@puce.edu.ec

Pontificia Universidad Católica del Ecuador
Dr. Fernando Ponce, S. J.
Rector

Dr. Fernando Barredo S.J.
Vicerrector

Dra. Graciela Monesterolo Lencioni
Directora General Académica

Mtr. César Eduardo Carrión
Director del Centro de Publicaciones

Alfonso Sánchez
Corrección de estilo

Comité Ejecutivo de Publicaciones:
Mercedes Mafla Simon
León Espinosa Ordóñez
Álvaro Mejía Salazar
César Eduardo Carrión

ISBN: 978-9978-77-261-4
DRA: 048425
Depósito legal: 005463

Prohibida la reproducción de este libro, por cualquier medio,
sin la previa autorización por escrito de los propietarios del Copyright.

Artes e Impresión:
Imprefepp. Telf. 2550-705

Tiraje: 500 ejemplares

Abril de 2016

ÍNDICE

Los Autores 9
Introducción 13

CAPÍTULO 1
BASES ANATÓMICAS, FISIOLÓGICAS Y MOLECULARES DEL CUELLO UTERINO
Dr. Francisco López, Dr. Guillermo Páez, Dra. Mónica García 17
Bibliografía 25

CAPÍTULO 2
MALFORMACIONES CERVICALES
Dra. Mónica García, Dr. Edgar Rivera 27
Duplicación 27
Agenesia/hipoplasia 28
Cambios inducidos por dietilbestrol 29
Bibliografía 31

CAPÍTULO 3
LESIONES BENIGNAS DE CÉRVIX
Dr. Francisco López, Dr. Guillermo Páez 33
1. PÓLIPO ENDOCERVICAL 33
Evolución del pólipo 34
Tratamiento 37
2. ENDOMETRIOSIS DE CÉRVIX 39
3. HIPERPLASIA MICROGLANDULAR 41

4. CÉLULAS CERVICALES REPARATIVAS 42
5. CÉLULAS DE ARIAS STELLA 43
6. NÚCLEOS DESNUDOS ENDOCERVICALES 44
7. MIOMA CERVICAL 45
8. QUISTES DE NABOTH 46
9. PAPILOMAS 47
10. QUISTES MESONÉFRICOS 47
Bibliografía 48

CAPÍTULO 4
CÉLULAS ENDOCERVICALES ATÍPICAS (ATIPIA GLANDULAR)

Dr. Francisco López 51
Células glandulares atípicas A.G.C. 52
Células glandulares atípicas que sugieren neoplasia 53
Diagnóstico 53
Células glandulares atípicas no especificadas de otra manera AG NOS 53
Asociación con el Virus de Papiloma Humano 54
Edad 54
Guías de manejo 55
Dificultades diagnósticas de las lesiones glandulares benignas de endocérvix con presencia de células atípicas no relacionadas con procesos neoplásicos 56
Diferencias diagnósticas y terapéuticas entre endocérvix y exocérvix 58
Tratamiento 60
Bibliografía 62

CAPÍTULO 5
LESIONES PREMALIGNAS DE EXOCÉRVIX

Dr. Guillermo Páez, Dr. Antonio Domínguez 65
Bibliografía 69

CAPÍTULO 6
PATOLOGÍA MALIGNA DE ENDOCÉRVIX

Dr. Francisco López, Dr. Fernando Endara 71
1. ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL *IN SITU* 71
Histopatología 72
Tratamiento 73
2. ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL INVASOR 74
3. TUMORES POCO FRECUENTES 77
a) Glassy Cell Carcinoma 77
b) Carcinoma Adenoescamoso 78
c) Carcinoma neuroendocrino 80
d) Adenocarcinoma Villoglandular de Cérvix 81
4. TUMORES METASTÁSICOS DE CÉRVIX 81
Bibliografía 83

CAPÍTULO 7
LESIONES MALIGNAS DE EXOCÉRVIX

Dr. Guillermo Páez 85
Bibliografía 98

CAPÍTULO 8
PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN CÉRVIX

Dr. Francisco López, Dr. Guillermo Páez, Dr. Arturo Achard, Dr. Edgar Rivera, Dr. Guillermo López 101
Aspectos Microscópicos de la Patología Cervical 101
Estadios Clínicos oncológicos del Cáncer de Cérvix 111
Lesiones Glandulares de Cérvix 115
Inmunocitoquímica-Inmunohistoquímica 115
Colposcopia 116

Procedimientos para el tratamiento de lesiones intraepiteliales 119
Tipos de Tratamiento 121
Bibliografía 136

CAPÍTULO 9
HISTEROSCOPIA

Dr. Arturo Achard, Dr. Francisco López 141
- ENDOCERVICOSCOPIA - MICROCOLPOHISTEROSCOPIA 142
  Indicaciones y contraindicaciones de la Histeroscopia Diagnóstica en Consultorio y sin Anestesia 149
- DIAGNÓSTICO DE PATOLOGIA DE ENDOCÉRVIX 150
  CONTRAINDICACIONES 150
  Preparación de la Paciente 151
  Equipamiento e instrumental en Videohisteroscopia Diagnóstica 152
  Posibles Accesorios de Instrumental 153
  Documentación 154
  Medios de Distensión 155
- ENDOMAT 156
  Instrumental accesorio para Histeroscopia Diagnóstica o Bettocchi 157
  Técnica Histeroscópica 159
  Elección de la fecha de Histeroscopia 159
  Procedimiento 160
  Bibliografía 163

CAPÍTULO 2

MALFORMACIONES CERVICALES

Las malformaciones congénitas del aparato genital femenino constituyen una condición benigna más bien común, con una prevalencia del 4 al 7%. Según el grado y tipo de distorsión anatómica pueden estar asociadas con problemas de salud y reproductivos [1].

Revisiones de algunos estudios muestran una prevalencia del 6.7% para la población general; sin embargo es importante considerar poblaciones específicas en donde tiene mayor afectación como en la población infértil (7.3 %) y en pacientes con abortos recurrentes en donde la prevalencia es del 16.7 %. [6]

Ciertas malformaciones son consecuencia de alteraciones en una etapa del desarrollo normal y otras pueden ser causa de alteraciones en varias etapas, esto trae como resultado la gran variedad de alteraciones anatómicas y el gran número de combinaciones observadas en las malformaciones congénitas del aparato genital femenino [2, 3, 4].

Duplicación

La duplicación del cérvix puede dar como resultado dos cérvix diferentes o dos cérvix fusionados. Puede ser difícil diferenciar y determinar si existen dos cérvix separados o si existe un solo cérvix con un septo. La duplicación no obstructiva del cérvix es

usualmente asintomática y no requiere intervención. Las lesiones obstructivas requieren intervención quirúrgica si ocurre hematometra o piometra. En casos de duplicación cervical con un septo vaginal longitudinal o una hemivagina obstruida, se debe tener mucho cuidado al remover el septo para no comprometer el aporte sanguíneo a los cérvix individuales.

Agenesia/hipoplasia

Son raras. Con agenesia completa, tanto el cérvix como la porción superior de la vagina deben estar ausentes, así como la porción proximal de la vagina no se forma en la ausencia de un cérvix durante el desarrollo embriológico. Cuando el cérvix está presente, pero hipoplásico, la vagina puede ser normal.

La hipoplasia cervical se reconoce durante la menarquia. Las adolescentes pueden presentar amenorrea primaria, dolor abdominopélvico cíclico o crónico o una masa pélvica (hematometra). El ultrasonido y la resonancia magnética son útiles para definir la anatomía.

De manera histórica, el tratamiento preferido era la histerectomía, debido a que esta condición no se consideraba compatible con una fertilidad futura [9, 10].

Sin embargo, se han desarrollado procedimientos quirúrgicos menos agresivos. Un procedimiento utiliza moldes e injertos de piel y mucosa para crear una vagina superior y un tracto endocervical para permitir la menstruación y potencialmente habilitar la concepción espontánea y un embarazo exitoso [11, 12].

Las desventajas de este abordaje son los riesgos de obstrucción recurrente e infección ascendente, lo cual puede provocar sepsis y muerte [13, 14].

Ya que las pacientes varían ampliamente en su grado de hipoplasia cervical, se debe seleccionar un procedimiento quirúrgico de manera cuidadosa y estar seguros del diagnóstico, por ejemplo, diferenciar entre un tabique vaginal transverso alto y una agenesia cervical. [15]

Es más probable un procedimiento quirúrgico exitoso cuando existe tejido cervical normal que deja un canal cervical patente, que cuando existe una agenesia cervical significativa.

Avances en endocrinología reproductiva y terapia de fertilidad han permitido a mujeres evitar la necesidad de intervención quirúrgica. El uso a largo plazo de medicamentos que suprimen la menstruación (estrógenos/progestágenos, progestágenos solos, agonistas de la GnRH) puede prevenir el desarrollo de hematometra, dismenorrea y dolor pélvico crónico.

Cuando existe deseo de embarazo, se deben suspender estos medicamentos e intentar la concepción mediante técnicas de reproducción asistida. Se han reportado embarazos exitosos con un parto por cesárea planificada.[15]

Este abordaje también se aplica para mujeres con variaciones de agenesia cervical en quienes existe un solo útero en la línea media o hemiútero.

Cambios inducidos por dietilbestrol

Dietilbestrol (DES) es un estrógeno no esteroideo sintético sintetizado por primera vez en 1938. Desde 1940 hasta 1971, el DES fue administrado a mujeres embarazadas con la creencia errónea que podía reducir el riesgo de complicaciones y pérdidas del embarazo. En 1971, el DES mostró causar carcinoma de células claras,

un tumor vaginal raro en mujeres que fueron expuestas a esta droga intraútero.[14]

Adicional a su potencial neoplásico, el DES también ha mostrado ser teratogénico y asociado con collares de hipoplasia cervical y pólipos. Se han podido observar anomalías cervicales importantes en cerca del 20% de mujeres expuestas. El cáncer es raro (1 caso por 1000 a 2000 hijas expuestas).

También puede ocurrir adenosis cervical debido a que persisten remanentes del esbozo mülleriano debajo de la placa vaginal del epitelio escamoso, un área donde no se encuentran normalmente elementos glandulares.

Las anomalías cervicales relacionadas con DES no requieren tratamiento. Puede existir un riesgo incrementado de insuficiencia cervical durante el embarazo; dichas mujeres pueden requerir la colocación de un cerclaje.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grimbizis GF, Camus M, Tarlatzis BC, Bontis JN, Devroey P. (2001) *Clinical implications of uterine malformations and hysteroscopic treatment results.* Hum Reprod Update; 7: 161-164.
2. Grimbizis GF, Campo R. (2010). *Congenital malformations of the female genital tract: the need for a new classification system.* Fertil Steril; 94: 401-407.
3. American Fertility Society (1998). *The American Fertility Society classifications of adnexal adhesions, distal tubal occlusion, tubal occlusion secondary to tubal ligation, tubal pregnancies, müllerian anomalies and intrauterine adhesions.* Fertil Steril; 49: 944-55.
4. Oppelt P, Renner SP, Brucker S, Strissel PL, Strick R, Oppelt PG, et al. (2005). *The VCUAM (Vagina Cervix Uterus Adnex-associated Malformation) classification: A new classification for genital malformations. Fertil Steril;* 84: 1493-7.
5. Acien P, Acien MI. (2011). *The history of female genital tract malformation classification and proposal of an updated system.* Hum Reprod Update; 17: 693-705.
6. Saravelos SH, Cocksedge KA, Li TC. (2008). *Prevalence and diagnosis of congenital uterine anomalies in women with reproductive failure: a critical appraisal.* Hum Reprod Update; 14: 415-429.
7. Hricak H, Chang YC, Cann CE, Parer JT. (1990). *Cervical incompetence: preliminary evaluation with MR imaging.* Radiology; 174:821.
8. Niver DH, Barrette G, Jewelewicz R. (1980). *Congenital atresia of the uterine cervix and vagina: three cases.* Fertil Steril; 33:25.
9. Dillon WP, Mudaliar NA, Wingate MB. (1979) *Congenital atresia of the cervix.* Obstet Gynecol; 54:126.

10. Rock JA, Schlaff WD, Zacur HA, Jones HW Jr. (1984). The clinical management of congenital absence of the uterine cervix. Int J *Gynaecol Obstet*; 22:231.
11. Singh J, Devi YL. (1983). *Pregnancy following surgical correction of nonfusedmüllerian bulbs and absent vagina.* Obstet Gynecol; 61:267.
12. *Geary WL, Weed JC. (1973). Congenital atresia of the uterine cervix. Obstet Gynecol*; 42:213.
13. Casey AC, Laufer MR. (1997). *Cervical agenesis: septic death after surgery.*Obstet Gynecol; 90:706.
14. Rock, JA, Carpenter SE, Wheeless CR, Jones, HW. (1995). *The clinical management of maldevelopment of the uterine cervix.* J Pelvic Surg; 129
15. Laufer MR. (2012). *Structural abnormalities of the female reproductive tract. In: Pediatric & Adolescent Gynecology*, 6th ed, Emans SJ, Laufer MR (Eds), Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia; p.188.