

CASO CLÍNICO PÓLIPO CERVICAL EN EMBARAZADA

Laura Ribera, Cristina Martí, Marta Camacho, Judit Martínez, Marta Del Pino, Aureli Torné

OBJETIVOS:

- Se presenta el caso de una mujer de 32 años, gestante de **15.2 semanas**, que acudió a Urgencias por **metrorragia** abundante asociada a dolor dismenorreico de una semana de evolución
- No antecedentes médico-quirúrgicos de interés ni hábitos tóxicos. Antecedentes gineco-obstétricos: TPAL 0000, pareja estable, no vacunada del virus del papiloma humano (VPH), citologías anuales negativas
- Gestación actual con antecedente de metrorragia en la semana 9, con diagnóstico de hematoma placentario resuelto a las 14.6 semanas, momento en el que se indicó progesterona vaginal por hallazgo de cérvix corto

MATERIAL Y MÉTODOS:

- A la exploración se evidenció sangrado activo y acortamiento cervical
- Ausencia de imágenes ecográficas de placenta previa o hematoma placentario
- Analíticamente destacaba PCR 7.46 mg/dL y leucocitos 20130/mm³ (neutrofilia 87%)
- La amniocentesis descartó infección intraamniótica y se orientó inicialmente como amenaza de aborto
- A su revaloración, se visualizó imagen polipoidea en cérvix, por lo que se remitió a la Unidad de Patología Cervical
- La colposcopia identificó, dependiendo del epitelio glandular del **labio cervical anterior**, una **lesión polipoidea, no friable**, de **superficie glandular** y **2x3 cm**, con **base amplia** (2 cm), **sin captación con acético y lugol débil** (mismo comportamiento al resto del epitelio glandular), sugestiva de pólipo cervical

RESULTADOS:

La **citología** líquida y la determinación de los **genotipos** de **alto riesgo** del **VPH** fueron **negativas**. Se orientó como **pólipo cervical** y decidió conducta expectante, objetivándose remisión de la clínica

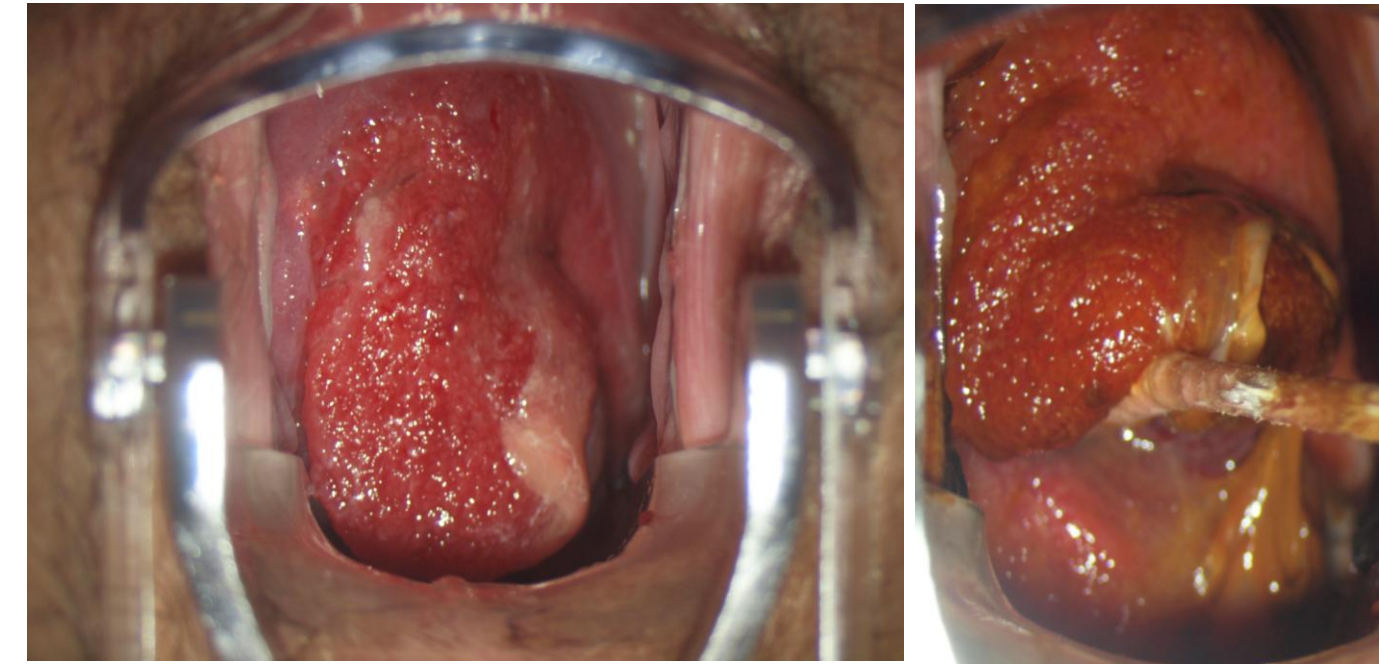


Figura: A la izquierda, pólipo cervical. A la derecha, el mismo tras aplicación de tinciones con lugol y acético

CONCLUSIONES:

- El **pólipo cervical** es una **proliferación papilar exofítica** generalmente **benigna** (malignidad en 0.1-1.5% casos) de **tejido epitelial** hiperplásico alrededor de un eje fibrovascular
- Es el **segundo** en frecuencia del **aparato genital femenino**, siguiendo al pólipo endometrial
- Su **etiopatogenia** está relacionada con la **inflamación crónica** y el **estado hormonal**, presentando tendencia al crecimiento durante la gestación y constituyendo una frecuente causa de sangrado
- Su **diagnóstico diferencial** se establece con el **pólipo endometrial** y el **leiomioma prolapsados** (entidades mucho menos frecuentes) y las **lesiones premalignas y malignas** cervicales
- Se recomienda la **conducta expectante** en pacientes **asintomáticas** con **citología normal** y **sin sospecha** de malignidad, especialmente en **gestantes**, reservándose la **polipectomía** para los casos con **coitorragias**, **sangrados vaginales**, **pólipos de mayor tamaño** o con **sospecha** de **lesión premaligna o invasión**. La tasa de recurrencia postpolipectomía es del 3-11%