

CERCLAGEM HERÓICA DO COLO UTERINO

HEROIC CERCLAGE OF THE CERVIX

LUCIANA SILVA DOS ANJOS FRANÇA¹, WALDEMAR NAVES DO AMARAL¹, VALDIVINA ETERNA FALONE¹,
LUCCA LOPES MARTINS¹, PATRÍCIA MENDONÇA LEITE¹, WALDEMAR NAVES DO AMARAL FILHO¹

RESUMO:

INTRODUÇÃO: Incompetência istmocervical (IIC), cuja incidência é estimada em 0,5% das gestações, é a incapacidade do colo uterino de manter uma gestação no segundo trimestre, mesmo na ausência de sinais e sintomas de trabalho de parto, estando associada a quadros de perdas gestacionais ou prematuridade extrema.

RELATO DE CASO: Paciente de 28 anos, G2P0A1, é diagnosticada na 21 semana de gravidez com bolsa protrusa. A conduta foi a realização de amniocentese, seguida de cerclagem de emergência, inserção de pessário e antibioticoprofilaxia. Paciente evoluiu com provável embolia de líquido amniótico, recebendo cuidados de terapia intensiva por seis dias. O trabalho de parto teve início na 36s e 6d e após algumas intercorrências e indicação de cesariana, feto e mãe ficaram bem.

DISCUSSÃO: O risco de prematuridade no caso de gestantes que possuem ICC e protrusão de membranas é alto e a mortalidade perinatal na ausência de intervenções cirúrgicas é de 38% quando o diagnóstico é feito entre a 22 e 25 semanas. A avaliação do colo uterino através de ultrassonografia transvaginal (USG-TV) permite a medida do comprimento do colo uterino, um marcador de competência cervical, detecção do afunilamento e protrusão de membranas. A cerclagem é o procedimento cirúrgico preconizado, podendo ser realizada de forma profilática, terapêutica ou de emergência, em casos em que há protrusão de membranas fetais, por exemplo. A intervenção emergencial, no entanto, pode conferir risco importante para o feto, de forma que a profilaxia da protrusão, através de diagnóstico precoce da IIC é essencial.

KEYWORDS: CERCLAGE, UTERINE CERVICAL INSUFFICIENCY, CERVIX UTERI, PROLAPSE, ULTRASONOGRAPHY.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Cervical insufficiency (CI), whose incidence is estimated around 0,5% of all pregnancies, is the incapacity of the uterine cervix of keeping a second trimester pregnancy, even in the absence of signs and symptoms of labor, being associated with abortion or extreme prematurity.

CASE REPORT: A 28 year old patient is diagnosed in her 21st week of pregnancy with prolapsed fetal membranes. Recommendation at the time was an amniocentesis, followed by emergency cerclage, pessary insertion and antibiotic prophylaxis. She presented with possible amniotic fluid embolism in postoperative, which was treated during six days of permanence in an intensive care unit. At 36w and 6d of pregnancy, the patient went into labor and after a few complications and a recommendation of cesarean section, mother and baby were fine.

DISCUSSION: The risk of a premature labor in cases of CI combined with prolapsed fetal membranes is high and perinatal mortality in the absence of surgical intervention is 38% when diagnosis is made between 22 and 25 weeks of pregnancy. Evaluation of uterine cervix through ultrasound allows the measurement of cervix length, a marker of cervical competency, detection of uterine cervix tapering and prolapsed membranes. The cerclage is the recommended procedure, being performed in a prophylactic way, therapeutic or even in emergencies when there are prolapsed membranes, for example. However, the emergency intervention may confer important risk for the fetus and therefore the importance of preventing protrusion through early diagnosis of CI is essential.

KEYWORDS: CERCLAGE, UTERINE CERVICAL INSUFFICIENCY,
CERVIX UTERI, PROLAPSE, ULTRASONOGRAPHY.

1. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás

Endereço para correspondência:
Valdivina Eterna Falone
E-mail: valdivinafalone@gmail.com

INTRODUÇÃO

A incompetência istmocervical (IIC) é definida como uma incapacidade do colo uterino de manter uma gestação no segundo trimestre, mesmo na ausência de sinais e sintomas de trabalho de parto, que se manifesta como uma dilatação cervical indolor e está associada a quadros de perdas gestacionais ou prematuridade extrema, sendo grande causa de abortos de repetição ¹.

A incidência real da IIC não é muito bem definida, pela falta de critérios diagnósticos definidos e universalmente aceitos, porém é estimado em cerca de 0,5% das gestações ². São consideradas as gestações de risco para parto prematuro por IIC aquelas em que a mãe possui história de parto prematuro anterior, possuem malformações uterinas, com antecedente de cirurgia cervical ou com antecedentes à exposição ao dietilestilbestrol, utilizado nos carcinomas mamários metastáticos na pós-menopausa ³.

A cerclagem de emergência ou eletiva é realizada na presença de dilatação cervical ou protrusão da bolsa, feita com o objetivo de prolongar a gestação, um procedimento raro na prática obstétrica ¹. Há dados limitados sobre o desfecho da cerclagem de emergência na literatura, assim como sobre a superioridade desta em relação a conduta expectante, havendo uma sugestão de benefício sobre o tratamento cirúrgico, pois melhora a latência para o parto, com maior idade gestacional ao nascer e menor prematuridade ⁴.

No caso relatado, é apresentada uma mulher que foi diagnosticada com bolsa protrusa na vagina, sendo feita cerclagem de emergência como medida terapêutica, possibilitando a extensão da gravidez, evitando contaminação bacteriana e permitindo um seguimento da gestação sem novas intercorrências, com o parto saudável para o recém-nascido.

RELATO DE CASO

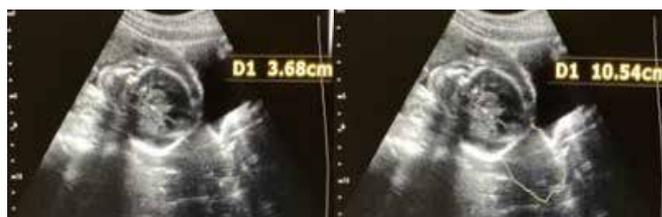
B.A.T, 28 anos, G2P0A1, sem comorbidades, realizou ultrassonografia obstétrica na 13 semana de gravidez, apresentando colo uterino de 35mm. Durante a 21 semana de gravidez foi diagnosticada com bolsa protrusa na vagina. No período foi feita uma amniocentese com retirada de 400ml de líquido, seguida de cerclagem e inserção de pessário e indicação de antibioticoterapia com ampicilina 2g (6/6h) e clindamicina 600mg (8/8h) por 7 dias – figuras 1-5.



Figura 1. Amniocentese com agulha peridural para retirada de líquido amniótico antes da realização da cerclagem uterina.



Figuras 2 e 3. Visualização da protrusão da bolsa amniótica pelo canal cervical. Ilustra o resultado final após a cirurgia de cerclagem uterina.



Figuras 4 e 5. Imagens de ultrassom no primeiro dia pós operatório mostrando o colo uterino fechado sem protrusão da bolsa amniótica.

Paciente evoluiu com quadro de dispneia e queda da saturação no pós-operatório por provável embolia de líquido amniótico, sendo necessário suporte em unidade de terapia intensiva por seis dias com ventilação não invasiva. Foi realizada o teste Amnisure no 11 dia de pós-operatório da cerclagem e cultura para streptococcus do grupo B, ambos negativos. Gestante não apresentou mais intercorrências durante o resto da gestação. Foi feito corticoterapia durante a 26^a semana e 30^a semana. Paciente entrou em trabalho de parto espontâneo com 36s e 6d. O pessário e os pontos de cerclagem foram retirados na ocasião. Durante o trabalho de parto, paciente apresentou-se bradicardia, sendo tratada com O₂ em cateter nasal, glicose e decúbito lateral esquerdo. Taquicardia subsequente indicou a realização de cesariana. Feto nasceu com 2335g e 46cm, sem outras intercorrências, sendo levado para alojamento conjunto (figura 6).



Figura 6. Recém-nascido saudável sem intercorrências.

DISCUSSÃO

As gestantes portadoras de IIC que dão entrada com dilatação cervical precoce e protrusão de membranas são um desafio para a prática obstétrica, devido ao alto risco de prematuridade e grandes limitações das opções terapêuticas, limitando-se a cerclagem de emergência e repouso no leito. A mortalidade perinatal, na ausência de intervenções cirúrgicas, é de 38% quando o diagnóstico é feito entre 22 e 25 semanas. A morbimortalidade quando há prematuridade extrema é alta, estimando-se a sobrevida em 23% na 23ª semana de gestação⁵.

O colo uterino competente é responsável pela manutenção do feto na cavidade uterina durante a gestação, podendo dilatar e permitir a passagem do feto no trabalho de parto, e sendo uma barreira tanto contra infecções quanto contra a saída do feto com a expansão do útero. O processo de amadurecimento cervical ocorre com o trabalho de parto sendo que as contrações permitem o amolecimento e a dilatação do colo uterino⁶.

A etiologia da IIC não é bem definida, entretanto tem sido apontados diversos fatores como: genético (presença de história familiar nas pacientes com IIC), procedimentos cirúrgicos com dilatação mecânica do colo uterino, as malformações müllerianas, a deficiência de colágeno e elastina no colo uterino, além da exposição intrauterina ao dietilstilbestrol^{3,7}.

A avaliação do colo uterino com ultrassonografia transvaginal (USG-TV) permite a medida do comprimento do colo uterino, detecção do afunilamento e protrusão de membranas no canal cervical, como mostrado no caso. Com isso, concluiu-se que o colo uterino é uma estrutura dinâmica que responde a fatores diversos, sendo o comprimento do colo do útero um marcador de competência cervical, sendo a IIC o grau mais grave de incompetência⁸.

A abordagem cirúrgica com uso de cerclagem do colo uterino é preconizada para o tratamento de IIC. A cerclagem pode ser feita de três maneiras, sendo profilática a que é realizada entre 12 e 16 semanas em gestantes com IIC por história clínica, terapêutica quando feita em gestantes assintomáticas de alto risco, com achados por USG TV sugestivos de IIC entre 16 e 24 semanas, ou de emergência quando em gestantes com dilatação cervical ou visualização de membranas protrusivas no canal cervical¹. O uso de pessário como alternativa não invasiva para o tratamento porém os seus benefícios não foram determinados completamente¹.

No caso relatado, a paciente realizou cerclagem de emergência, visto que foi realizada após protrusão de membrana amniótica pelo colo uterino, sendo responsável por um grande aumento do risco de infecções bacterianas e de parto prematuro em comparação com cerclagem profilática ou terapêutica⁹.

Dessa forma, nota-se o grande risco de morbimortalidade que o feto do caso sofreu, com grandes chances de infecção bacteriana além de um risco alto de prematuridade extrema. Portanto, ressalta-se a importância da terapêutica de cer-

clagem neste caso, que possibilitou a sobrevida e saúde do feto em questão, devendo-se ressaltar a importância de um rastreio através da USG TV e busca por histórico familiar e pessoal, além de possíveis fatores de risco para IIC.

REFERÊNCIAS

- 1- American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 142: Cerclage for the management of cervical insufficiency. *Obst Gynecol.* 2014;123(2 Pt 1):372-9.
- 2- Lidgaard O. Cervical incompetence and cerclage in Denmark 1980-1990. A register-based epidemiologic study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1994;73(1):35-8.
- 3- American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin. Cervical insufficiency. *Int J Gynaecol Obstet.* 2004;85(1):81-9.
- 4- Namouz S, Porat S, Okun N, Windrim R, Farine D. Emergency cerclage: literature review. *Obstet Gynecol Surv.* 2013;68(5):379-88.
- 5- Robertson JE, Lisonkova S, Lee T, De Silva DA, von Dadelszen P, Synnes AR, Joseph KS, Liston RM, Magee LA. Fetal, infant and maternal outcomes among women with prolapsed membranes admitted before 29 weeks of gestation. *PLoS One.* 2016;11(12): e0168285.
- 6- Word RA, Li XH, Hnat M, Carrick K. Dynamics of cervical remodeling during pregnancy and parturition: mechanisms and current concepts. *Semin Reprod Med.* 2007;25(1):69-79.
- 7- Warren JE, Silver RM, Dalton J, Nelson LT, Branch DW, Porter TF. Collagen I Alpha1 and transforming growth factor-beta polymorphisms in women with cervical insufficiency. *Obstet Gynecol.* 2007;110(3): 619-24.
- 8- Iams JD, Johnson FF, Sonek J, Sachs L, Gebauer C, Samuels P. Cervical competence as a continuum - a study of ultrasonographic cervical length and obstetric performance. *Am J Obstet Gynecol.* 1995;172(4): 1097-1103.
- 9- Khan MJ, Ali G, Al Tajir G, Sulieman H. Evaluation of outcomes associated with placement of elective, urgent, and emergency cerclage. *J Obstet Gynaecol India.* 2012; 62(6): 660-4.