

CERCLAGE HEROICO DEL CUELLO UTERINO

LUCIANA SILVA DOS ANJOS FRANÇA, WALDEMAR NAVES DO AMARAL, VALDIVINA ETERNA FALONE, LUCCA LOPES MARTINS, PATRÍCIA MENDONÇA LEITE, WALDEMAR NAVES DO AMARAL FILHO

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La incompetencia ístmico cervical (IIC), cuya incidencia se estima en el 0,5% de las gestaciones, es la incapacidad del cuello uterino para mantener un embarazo en el segundo trimestre, incluso en ausencia de signos y síntomas del trabajo de parto, estando asociada con cuadros de pérdidas gestacionales o prematuridad extrema.

REPORTE DE CASO: Paciente de 28 años, G2P0A1, diagnosticada a las 21 semanas de embarazo con prolapso de bolsa amniótica. La conducta consistió en realizar amniocentesis, seguida de cerclaje de emergencia, inserción de pesario y profilaxis antibiótica. La paciente evolucionó con probable embolia de líquido amniótico, recibiendo cuidados intensivos durante seis días. El trabajo de parto comenzó a las 36 semanas y 6 días y después de algunas complicaciones e indicación de cesárea, el feto y la madre se encontraban bien.

DISCUSIÓN: El riesgo de prematuridad en el caso de gestantes con IIC y protrusión de membrana es alto y la mortalidad perinatal en ausencia de intervenciones quirúrgicas es del 38% cuando el diagnóstico se realiza entre las 22 y 25 semanas. La evaluación del cuello uterino mediante ecografía transvaginal (USG-TV) permite medir la longitud del cuello uterino, un marcador de competencia cervical, detección del estrechamiento y protrusión de membranas. El cerclaje es el procedimiento quirúrgico recomendado, que puede ser realizado de forma profiláctica, terapéutica o como caso de urgencia, en las situaciones en que exista protrusión de membranas fetales, por ejemplo. La intervención de emergencia, sin embargo, puede conferir un riesgo importante para el feto, por lo que la profilaxis de protrusión mediante el diagnóstico precoz de la IIC es esencial.

PALABRAS CLAVE: CERCLAJE CERVICAL, INCOMPETENCIA DEL CUELLO UTERINO, PROLAPSO, CUELLO DEL ÚTERO, ULTRASONOGRAFÍA.

INTRODUCCIÓN

La incompetencia ístmico cervical (IIC) se define como una incapacidad del cuello uterino para mantener un embarazo en el segundo trimestre, incluso en ausencia de signos y síntomas del trabajo de parto, que se manifiesta como una dilatación cervical indolora y se asocia con cuadros de pérdidas de embarazo o prematuridad extrema, siendo una de las principales causas de abortos recurrentes¹.

La incidencia real de la IIC no está muy bien determinada, debido a la falta de criterios diagnósticos definidos y universalmente aceptados, pero se estima en alrededor del 0,5% de los embarazos². Los embarazos de riesgo de parto prematuro por IIC son aquellos en los que la madre posee antecedentes de parto prematuro previo, malformaciones uterinas, antecedentes de cirugía cervical o antecedentes de exposición a dietilestilbestrol, utilizado en carcinomas de mama metastásicos posmenopáusicos³.

El cerclaje de emergencia o electivo se realiza en presencia de dilatación cervical o protrusión de la bolsa, realizado

con el objetivo de prolongar el embarazo, un procedimiento poco común en la práctica obstétrica¹. Existen datos limitados sobre el resultado del cerclaje de emergencia en la literatura, así como sobre la superioridad de ésta en relación a la conducta expectante, con sugerencia de beneficio sobre el tratamiento quirúrgico, ya que mejora la latencia para el parto, con mayor edad gestacional al nacer y menor prematuridad⁴.

En el caso reportado se presenta una mujer a la que se le diagnosticó protrusión de la bolsa amniótica en la vagina, siendo sometida a un cerclaje de emergencia como medida terapéutica, permitiendo la prolongación del embarazo, evitando la contaminación bacteriana y permitiendo un seguimiento del embarazo sin mayores complicaciones, con un parto saludable para el recién nacido.

REPORTE DE UN CASO

B.A.T, 28 años, G2P0A1, sin comorbilidades, realizó ecografía obstétrica en la 13ª semana de gestación, presentando

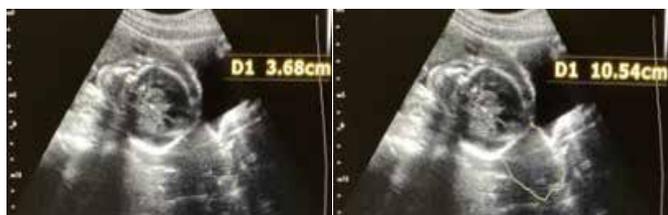
do cérvix de 35mm. Durante la semana 21 de embarazo le diagnosticaron protrusión de bolsa en la vagina. Durante el período se realizó amniocentesis con extracción de 400ml de líquido, seguido de cerclaje e inserción de pesario e indicación de antibioterapia con ampicilina 2g (6/6h) y clindamicina 600mg (8/8h) durante 7 días - figuras 1-5.



Figura 1. Amniocentesis con aguja epidural para extraer líquido amniótico antes de realizar un cerclaje uterino.



Figuras 2 y 3. Visualización de la protuberancia del saco amniótico a través del canal cervical. Ilustra el resultado final después de la cirugía de cerclaje uterino.



Figuras 4 y 5. Imágenes ecográficas del primer día del postoperatorio que muestran el cuello uterino cerrado sin protrusión de la bolsa amniótica.

La paciente evolucionó con un cuadro de disnea y disminución de la saturación en el postoperatorio por probable

embolia de líquido amniótico, requiriendo apoyo en una unidad de cuidados intensivos durante seis días con ventilación no invasiva. La prueba de Amnisure se realizó al 11º día postoperatorio de cerclaje y cultivo para estreptococo del grupo B, ambos negativos. La gestante no presentó más complicaciones durante el resto del embarazo. La corticoterapia se realizó durante las semanas 26 y 30. La paciente entró en trabajo de parto espontáneo a las 36 semanas y 6 días. En ese momento se retiraron los puntos de sutura del pesario y del cerclaje. Durante el trabajo de parto, la paciente presentó bradicardia, siendo tratada con O₂ en catéter nasal, glucosa y decúbito lateral izquierdo. La taquicardia posterior indicó un parto por cesárea. El feto nació con 2335g y 46cm, sin otras complicaciones, siendo llevado a habitación (figura 6).



Figura 6. Recién nacido sano sin complicaciones.

DISCUSIÓN

Las gestantes con IIC que ingresan con dilatación cervical precoz y protrusión de membranas son un desafío para la práctica obstétrica, debido al alto riesgo de prematuridad y grandes limitaciones en las opciones terapéuticas, limitadas al cerclaje de emergencia y reposo en cama. La mortalidad perinatal, en ausencia de intervenciones quirúrgicas, es del 38% cuando el diagnóstico se realiza entre las 22 y las 25 semanas. La morbilidad y la mortalidad cuando hay prematuridad extrema es alta, con una supervivencia estimada en 23% en la semana 23 de embarazo ⁵.

El cuello uterino competente es el encargado de mantener al feto en la cavidad uterina durante el embarazo, que puede dilatarse y permitir que el feto pase durante el parto, siendo una barrera tanto contra las infecciones como contra la salida del feto con la expansión del útero. El proceso de maduración cervical ocurre con el trabajo de parto, siendo que las contracciones permiten que el cuello uterino se ablande y se dilate ⁶.

La etiología de la IIC no está bien definida, sin embargo se han señalado varios factores, como: genéticos (presencia de antecedentes familiares en pacientes con IIC), procedimientos quirúrgicos con dilatación mecánica del cuello ute-

rino, malformaciones mullerianas, deficiencia de colágeno y elastina en el cuello uterino, además de la exposición intrauterina al dietilestilbestrol^{3,7}.

La evaluación del cuello uterino con ecografía transvaginal (USG-TV) permite la medición de la longitud del cuello uterino, la detección del estrechamiento y protrusión de membranas en el canal cervical, como se muestra en este caso. Así, se concluye que el cuello uterino es una estructura dinámica que responde a varios factores, siendo la longitud cervical un marcador de competencia cervical, siendo el IIC el grado de incompetencia más grave⁸.

Se recomienda el abordaje quirúrgico con el uso de cerclaje cervical para el tratamiento de la IIC. El cerclaje se puede realizar de tres formas, de manera profiláctica entre las 12 y 16 semanas en gestantes con IIC por antecedentes clínicos; de manera terapéutica cuando se realiza en gestantes asintomáticas de alto riesgo, con hallazgos de USG TV sugestivas de IIC entre las 16 y 24 semanas; o de emergencia en mujeres embarazadas con dilatación cervical o visualización de membranas protuberantes en el canal cervical¹. El uso de pesarios resulta una alternativa no invasiva para el tratamiento, pero sus beneficios no se han determinado completamente¹.

En el caso reportado, la paciente fue sometida a un cerclaje de emergencia, puesto que fue realizado después de la protrusión de la membrana amniótica a través del cuello uterino, siendo responsable de un gran aumento del riesgo de infecciones bacterianas y parto prematuro en comparación con el cerclaje profiláctico o terapéutico⁹.

Así, se nota el gran riesgo de morbilidad y mortalidad que sufría el feto en el caso, con grandes posibilidades de infección bacteriana además de un alto riesgo de prematuridad extrema. Por ello, se enfatiza la importancia de la terapia de cerclaje en este caso, que posibilitó la supervivencia y salud del feto en cuestión, y la importancia del rastreo a través de USG TV y búsqueda de antecedentes familiares y personales, además de posibles factores de riesgo para IIC.

REFERENCIAS

- 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- Lidegaard 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 Alpha 1 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.