

Cerclaje cervicouterino transabdominal en el embarazo. A propósito de 3 casos

Drs. Adelina Salazar Ayerbe*, Carlos Cabrera Lozada**, Julio Brito***, Isbelly Durán****

Maternidad "Concepción Palacios", Caracas.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la técnica de cerclaje cervicouterino transabdominal durante la gestación.

Métodos: Estudio prospectivo, donde se seleccionaron 3 pacientes embarazadas, que cumplieran los criterios de inclusión a las cuales se les realizó la técnica de cerclaje cervicouterino transabdominal entre las 14 y 17 semanas de gestación.

Ambiente: Maternidad "Concepción Palacios".

Resultados: En los 3 casos realizados se presentó una efectividad del método del 100 %, lo cual es comparable con la experiencia internacional.

Conclusión: El cerclaje cervicouterino transabdominal es una técnica reservada para pacientes bien seleccionadas que cumplan las indicaciones para su realización. Tiene buen resultado perinatal con baja incidencia de complicaciones durante su realización y durante el curso de la gestación.

Palabras clave: Cerclaje cervicouterino transabdominal.

SUMMARY

Objective: To evaluate the transabdominal cervicouterine cerclage technique during gestation.

Methods: Prospective study of 3 pregnant patients that met the inclusion criteria to whom a transabdominal cervico-uterine cerclage technique was performed between 14 to 17 weeks of gestation.

Setting: Maternidad "Concepcion Palacios".

Results: In the 3 cases the method effectivity was 100 %, comparable with the international experience.

Conclusion: The transabdominal cervicouterine celclage is a technique reserved for selected patients that met the indications for its realization. It has a good perinatal result with low incidence of complications during the procedure and in the course of gestation.

Key words: Transabdominal cervicouterine cerclage.

INTRODUCCIÓN

La incompetencia cervical se define como la anomalía mülleriana incapaz de llevar un embarazo a término, debido a trastornos funcionales o estructurales del cuello uterino (1). La definición clásica descrita por primera vez en 1678, la define

como la incapacidad del útero de retener el feto antes de su viabilidad. Su incidencia se estima en 4,8 ‰ nacidos vivos, manifestándose clínicamente por abortos repetidos del segundo trimestre o por dilatación cervical indolora con parto prematuro (2).

* Ginecólogo-Obstetra, Perinatólogo-Medicina Materno Fetal, adjunto del Servicio de Prenatal, Maternidad "Concepción Palacios".

** Ginecólogo-Obstetra, Director General del Curso de Especialización de Medicina Materno Fetal, Maternidad "Concepción Palacios".

***Ginecólogo- Obstetra, Perinatólogo. Coordinador del 2do año del Curso de Especialización de Medicina Materno Fetal, Maternidad "Concepción Palacios".

****Ginecólogo-Obstetra, Residente de 2do año de Perinatología-Medicina Materno Fetal, Maternidad "Concepción Palacios".

Debemos recordar que el cuello uterino sufre grandes cambios durante el embarazo por las variaciones hormonales propias de la gestación. Así, aumenta la concentración habitual de los glucosaminoglicanos que conforman la sustancia de relleno del cérvix quedando más separadas las fibras musculares y el colágeno. Ésta es la causa del reblandecimiento cervical característico del embarazo (2).

La etiología de la incompetencia cervical en la mayoría de los casos es desconocida y multifactorial, entre los factores de riesgo relacionados se encuentran: malformaciones müllerianas, exposición in útero a DES, traumatismo cervical, legrado uterino con dilatación instrumental, conización extensa. Aproximadamente 90 % de las mujeres que sufren un episodio de incompetencia tiene alguno de estos antecedentes. Es importante destacar que sólo 40 % de las pacientes que tuvo un episodio claro de incompetencia cervical lo repite en el siguiente, lo que apoya lo de la etiología multifactorial (2-4).

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, en un intento de definir el diagnóstico publicó los siguientes criterios (2):

- Historia de embarazo previo congruente con incompetencia cervical.
- Hallazgo sugerentes de incompetencia cervical en mujer no embarazada con antecedente de aborto de segundo trimestre:
 - Poder introducir un dilatador de Hegar número 8 o similar en orificio cervical interno (OCI).
 - Histerosalpingografía que demuestre embudo cervical y pérdida rápida del medio de contraste.
 - Evidencia clínica de trauma cervical extenso.

Desde el punto de vista ecográfico, los parámetros cervicales que han sido más estudiados para definir el riesgo de parto pretérmino, son (2):

- Longitud cervical: medición del canal cervical entre el orificio interno y externo. Los valores normales se encuentran entre 25 y 40 mm durante el segundo trimestre.
- Presencia de embudo: observación de dilatación del orificio cervical interno con entrada de las membranas por él, llegando éstas a salir por el orificio externo cuando el cérvix está dilatado en toda su extensión.
- Prueba de esfuerzo o estrés: consiste en medir la longitud cervical aplicando presión sobre el fondo uterino, o en presencia de contracción o con pujo materno.

El empleo del cerclaje cervical transvaginal para la prevención de la pérdida de la gestación asociada a incompetencia está bien aceptado. Históricamente el primer informe de cerclaje colocado le corresponde a Lash y Lash en 1950 (4) (reconstrucción del cérvix no embarazado), luego Shirodkar en 1955 y posteriormente 1957 McDonald (3,4), estos dos últimos durante la gestación.

En series de cerclajes comunicados por Lash y Lash (4) y Lee y Sutherst (3) la tasa de fertilidad después del cerclaje preconcepcional fue sólo del 55 %. En consecuencia, la mayoría de los autores proponen la colocación de cerclajes después de la concepción y por lo general, después del primer trimestre con la esperanza de evitar procedimientos innecesarios en pacientes destinadas a un aborto espontáneo. Se debe efectuar un examen ecográfico básico para confirmar la viabilidad fetal y excluir anomalías congénitas letales evidentes.

Sin embargo, hay un pequeño pero no despreciable grupo de pacientes con incompetencia para las cuales el abordaje transvaginal no es posible, como por ejemplo; cuellos extremadamente cortos o amputados, desgarros cervicales profundos y conizaciones amplias o extensas, haciendo el cerclaje cervicouterino transabdominal, un método para este grupo de pacientes; esta técnica fue descrita por primera vez por Berson y Durfee en 1965 (5) y difundida por Novy (8,9) en años posteriores.

Estos investigadores establecieron las indicaciones para lograr el beneficio de esta técnica entre ellas (3,4,7).

- Fracaso de cerclajes por vía vaginal.
- Cérvix extremadamente corto o amputado.
- Desgarros cervicales profundos.
- Conización amplia y extensa.
- Fístulas cérvico-vaginal.
- Malformación uterina: útero doble.

Como resultado de la realización del procedimiento transabdominal en mujeres embarazadas con uno o más criterios previos, se han informado incrementos significativos en las tasas de sobrevida fetal.

El objetivo de este estudio es comunicar los resultados y difundir la técnica de cerclaje cervicouterino transabdominal durante el embarazo, técnica no empleada en nuestro país para un grupo de pacientes seleccionadas.

MÉTODOS

Se seleccionaron 3 pacientes basados en los criterios de inclusión, en los cuales se destacan, pérdidas gestacionales recurrentes, falla de cerclajes vaginales y antecedentes de conización. Los procedimientos fueron realizados entre las 14 y 17 semanas respectivamente, uno de los procedimientos se realizó en un embarazo gemelar bicorial-biamniótico. El Cuadro 1 muestra la historia obstétrica.

Las tres pacientes seleccionadas, pertenecían a la consulta Prenatal de la Maternidad “Concepción Palacios”; se les realizó ecosonogramas obstétricos de segundo nivel (despistajes de cromosopatías de primer y segundo trimestre), laboratorios preoperatorios, ecosonograma transvaginal (medición de longitud cervical), cultivo cervical, entrevista perinatal (paciente y pareja), consentimiento informado.

Los pacientes fueron hospitalizadas en la Unidad de Medicina Materno Fetal de la Maternidad “Concepción Palacios”. El procedimiento fue realizado por el equipo de trabajo.

Técnica quirúrgica: se utilizó la técnica descrita por Mahran, que es una modificación de la descrita por Berson y Durfee; bajo anestesia regional, se realiza una incisión abdominal supra púbrica transversa tipo Pfannenstiel, incisión transversal del peritoneo en la reflexión útero-vesical, exponiendo el istmo uterino (Figura 1). Se coloca la cinta de Mersilene de 5 mm con doble aguja, montada, fijándola en el espesor del istmo. Se identifican los vasos uterinos por palpación con los dedos índices y pulgar y son prendidos lateralmente al istmo uterino sin penetrar al miometrio (Figura 2), la sutura queda sobre los ligamentos útero-sacos; el mismo procedimiento se realiza en el lado opuesto, por último se anuda la cinta en la parte posterior del útero, seccionándola

a unos 3 cm del nudo, a fin de prevenir la irritación de la vejiga (Figura 3). Posteriormente se realiza verificación de hemostasia y cierre de la laparotomía por planos sin consideraciones especiales.

Al concluir intervención se realiza ecosonograma obstétrico y Doppler para verificación de viabilidad fetal y circulación uteroplacentaria, se mantiene en observación en la Unidad de Medicina Materno Fetal durante 24 horas, empleo de uteroinhibidores (Segamol® o sulfato de magnesio), monitorización clínica de dinámica uterina, uso postoperatorio de antibióticos por 3 dosis, laboratorio como monitorización materna. Luego fueron trasladadas al servicio Obstétrico 8 y se egresaron en buenas condiciones materno-fetales a 72 horas de realizado el procedimiento.

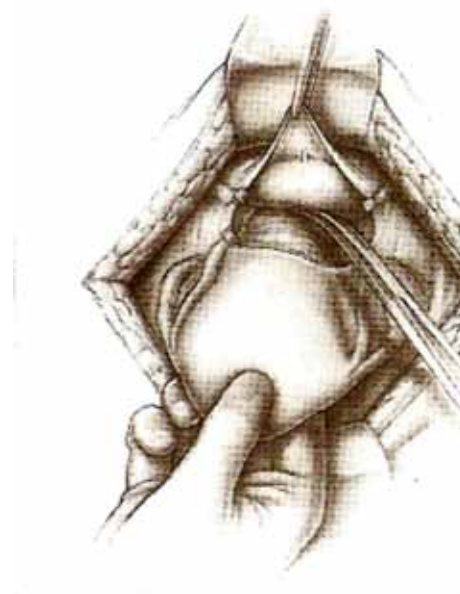


Figura 1.

Cuadro 1
Historia obstétrica previa al cerclaje transabdominal

Caso	Edad	Paridad	Trimestre I II III	Hijos vivos	Antecedentes
1	28	VIIG IP VA	5	1	Cerclaje vaginal 2 cerclajes en penúltimo embarazo fallidos
2	30	IIG IIA	2	0	2 abortos
3	32	IIG IIA	2	0	Conización cervical

CERCLAJE CERVICOUTERINO TRANSABDOMINAL

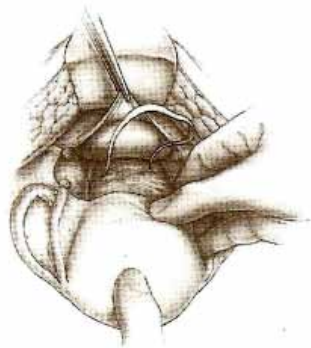


Figura 2.

Las pacientes permanecieron controladas en el servicio prenatal de nuestro centro, además de monitorización estricta por parte del investigador. Se realizaron ecosonogramas mensuales para patrón de crecimiento fetal, laboratorios trimestrales, examen de orina mensual; se indicó uso de inductores de madurez pulmonar a partir de las 34 semanas, liberadores de surfactante hasta la resolución.

RESULTADOS

El cerclaje transabdominal fue realizado en el primer caso a las 17 semanas, el segundo caso (gemelar) a las 14 semanas + 1 día y el tercer caso a las 14 semanas. La única complicación presentada durante el acto operatorio fue sangrado intraoperatorio menor de 150 cm³, el cual fue controlado de manera satisfactoria. Los uteroinhibidores empleados fueron el Segamol® en los embarazos simple y el sulfato de magnesio en la gestación gemelar. Para el momento de la resolución obstétrica las pacientes fueron hospitalizadas en la Unidad de Medicina Materno Fetal de la Maternidad “Concepción Palacios”.

El primer caso fue hospitalizado a las 36 semanas por amenaza de parto pretérmino, se mantuvo en observación y monitorización de dinámica uterina diaria, se realizó cesárea electiva a las 38 semanas, con obtención de recién nacido masculino, peso 3 500 g, y talla 50 cm en buenas condiciones, el cerclaje no fue removido por petición de la paciente



Figura 3.

para embarazo posterior. Fueron egresados ambos de manera satisfactoria a las 72 horas, se conoce la evolución posterior de este caso, actualmente lactante menor de 10 meses, en buenas condiciones, buen desarrollo pondoestatural.

El embarazo gemelar fue hospitalizado en forma electiva a las 36 semanas + 1 día de gestación, permaneciendo en observación en la unidad; a las 36 semanas + 6 días, durante monitorización clínica se evidencia dinámica uterina, la cual es corroborada por tocodinamómetro, decidiéndose resolución del caso, se obtienen recién nacidas femeninas de 2 200 g/2 100 g, en buenas condiciones, en este caso por petición de la paciente se realiza esterilización quirúrgica, se presentó dificultad técnica por fibrosis para retirar cerclaje. Son egresadas en buenas condiciones en 72 horas, actualmente con 6 meses, ambas con buen desarrollo pondoestatural.

El último caso fue resuelto con 38 semanas de embarazo por cesárea electiva con obtención de recién nacido masculino 3 670 g, en buenas condiciones, fue igualmente dejado el cerclaje por petición de la paciente para próximos embarazos, evolución satisfactoria y egresados en buenas condiciones.

DISCUSIÓN

Aunque sigue siendo tema controversial en nuestra especialidad, está claro que el principal tratamiento para la incompetencia cervical de alto

riesgo de aborto de segundo trimestre, es el cerclaje transvaginal. Sin embargo, está demostrado que bajo indicaciones precisas, especialmente cuando existe dificultad técnica para realizar un cerclaje transvaginal, el transabdominal es una alternativa válida para obtener un buen resultado perinatal^(10,12). Este punto cobra importancia ya que a pesar de que es una técnica descrita hace más de 40 años, es desconocida en nuestro centro y no existen reportes de su uso o conocimiento a nivel nacional.

El cerclaje transabdominal, aunque no sin el riesgo de morbilidad, tiene un papel definitivo en el manejo de mujeres con incompetencia cervical en las cuales los intentos de corrección por vía vaginal han fallado. Es por tanto válido tenerla presente para ofrecerla a las pacientes con real indicación; cada caso debe ser evaluado individualmente, con una adecuada ponderación de las ventajas y desventajas que puede tener este procedimiento.

Esta intervención no se realiza como un cerclaje de emergencia debido a cambios cervicales importantes o dilatación en el segundo trimestre; la necesidad de dos intervenciones quirúrgicas durante la gestación no puede negarse, pero sólo se reporta en la literatura baja morbilidad.

La muerte fetal, el retardo de crecimiento intrauterino y la rotura prematura de las membranas han sido informados en la literatura aunque de manera infrecuente, en nuestra casuística no fue presentado.

En el Cuadro 3 se analizan los resultados de nuestros casos con los publicados en la literatura internacional.

Aun cuando el cerclaje se ha colocado en la etapa preconcepcional se prefiere su colocación sea durante el embarazo una vez que se ha confirmado la viabilidad del feto y en donde la tensión aplicada a la cinta de Mersilene es juzgada de forma más adecuada. No existen estudios que comparen la

Cuadro 2
Detalles cerclaje y resultados

Caso	Semanas de colocación	Semana de resolución	Peso (g)	Otros
1	17 sem	38 sem	3 500	
2	14 sem + 1 día	36 sem + 6 días	2 200/2 100	Esterilización
3	14 sem	38 sem	3 670	

Cuadro 3
Publicaciones internacionales relacionadas con porcentaje de sobrevida fetal

Autor (es)	Año	Pacientes (n)	Embarazos (n)	Sobrevida fetal %
Benson y Dufee (5)	1965	10	13	82
Mahran (6)	1978	10	10	70
Olsen y Tobiassen (15)	1982	17	17	88
Novy (8)	1982	16	22	95
Herror y Parer (13)	1988	8	13	85
Novy (9)	1991	20	21	90
Cammarano y col. (7)	1995	24	26	93
Ibarguengoitia y col. (3)	2002	7	7	85,8
Besio y Besio (4)	2004	13	15	87
Salazar, Cabrera, Brito	2008	3	3	100

colocación del cerclaje en la etapa preconcepcional, con aquellos colocados durante el embarazo, pero la mayoría de los autores prefieren realizar la colocación del cerclaje transabdominal durante el embarazo con una edad gestacional entre las 10 y 14 semanas de gestación (3,4,13-15).

CONCLUSIONES

1. El cerclaje cervicouterino transabdominal es una técnica reservada en pacientes bien seleccionadas que cumplan las indicaciones para su realización.
2. Es una técnica que bien empleada, justificada tiene buen resultado perinatal.
3. Baja incidencia de complicaciones durante la realización de la técnica y durante el curso de la gestación.

Recomendamos que debe realizarse más procedimientos para aumentar la casuística, depurar la técnica para lograr incorporar esta técnica en pacientes con pérdidas gestacionales recurrentes y fracasos con los cerclajes vaginales o fallas técnicas para su realización. Asimismo recomendamos que dicha técnica debe realizarse alrededor de las 14 semanas, para lograr confirmar la viabilidad fetal, menor posibilidad de pérdidas por alteración genética y facilidad en la identificación de los vasos uterinos y mejor campo quirúrgico (tamaño uterino) que posibilite la movilización e identificación anatómica.

AGRADECIMIENTO

Dra. Gloria Carrillo adjuntos al servicio de anestesiología que permitieron la realización de este procedimiento.

Por último y no menos importante a las pacientes y familiares que confiaron en los autores para lograr nuestro mayor logro: un feliz término de la gestación, un hijo.

REFERENCIAS

1. Cabero L, Valdivieso J. El cerclaje cervical. En: Parto prematuro. España: Editorial Médica Panamericana; 2004.p.183-189.
2. Gistrap L, Cunnigham F, Vandorsten J. Procedimientos quirúrgicos en el cérvix. En: Urgencias en Sala de Partos y Obstetricia Quirúrgica. Argentina: Editorial Médica Panamericana; 2004.p.503-522.
3. Ibargüengoitia Ochoa F, Plascencia J, Méndez N, Quesnel C. Cerclaje transabdominal en el manejo de la incompetencia cervical. Ginecol Obstet Mex. 2000;68:271-273.
4. Besio M, Besio C. Cerclaje cérvico-ístmico transabdominal; Serie clínica. Rev Chil Obstet Ginecol. 2004;69:126-131.
5. Benson R, Durfee R. Transabdominal cervicouterine cerclage during pregnancy for the treatment of cervical incompetency. Obstet Gynecol. 1965;25:145-155.
6. Mahran M. Transabdominal cervical cerclage during pregnancy a modified technique. Obstet Gynecol. 1978;52:502-506.
7. Cammarano C, Heron M, Parer J. Validity of indications for transabdominal cervicoisthmic cerclage for cervical incompetence. Am J Obstet Gynecol. 1995;172:1871-1875.
8. Novy M. Transabdominal cervicoisthmic cerclage for the management of repetitive abortion and preamture delivery. Am J Obstet Gynecol. 1982;164:44-54.
9. Novy M. Transabdominal cervicoisthmic cerclage: A reappraisal 25 years after its introduction. Am J Obstet Gynecol. 1991;164:1635-1642.
10. Gibb D, Salaria D. Transabdominal cervicoisthmic cerclage in the management of recurrent second trimester miscarriage and preterm delivery. Br J Obstet Gynaecol. 1995;102:868-872.
11. Zaveri V, Aghajafari F, Amankwah K, Hannah M. Abdominal versus vaginal cerclage after a failed transvaginal cerclage: A systematic review. Am J Obste Gynecol. 2000;183:836-837.
12. Davis G, Berghella V, Talucci M, Wapner R. Patient with a prior failed transvaginal cerclage: A comparison of obstetrics outcomes with either transabdominal or transvaginal cerclage. Am J Obstet Gynecol. 2000;183:836-839.
13. Herron M, Parer J. Transabdominal cerclage for fetal wastage due to cervical incompetence. Obstet Gynecol. 1998;71:865-867.
14. Carig S, Fliegner J. Treatment of cervical incompetence by transabdominal cervicoisthmic cerclage. Aust NZ J Obstet Gynaecol. 1997;37:407-411.
15. Olsen S, Tobiassen T. Transabdominal isthmic cerclage for treatment of incompetent cervix. Acta Obstet Gynaecol Scand. 1982;61:473-475.

FE DE ERRATA

El nombre completo del autor de la referencia 21 en el primer trabajo citado a continuación y de la referencia 9 en el segundo, es como sigue: Núñez Troconis José.

1. Embarazo gemelar ectópico tubárico: reporte de un caso. Drs. Geraldine Velázquez Brucoli, Erma Trías Nancy, Vicente Velásquez Durán, Jacqueline Saulny de Jorge. Rev Obstet Ginecol Venez. 2005;65(3):143-145.
2. Embarazo ectópico. 2000-2007. Drs. Pedro Faneite, Rosanna Amato, Josmery Faneite, Clara Rivera, Luis Palacio. Rev Obstet Ginecol Venez. 2008;68(3):155-159.