

Cerclaje cervical de emergencia con nacimiento a término

Emergency Cervical Cerclage with Full-Term Delivery

Claudia Pilar Clemente Tomás^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-2097-1467>

Laura Moreno Sanz² <https://orcid.org/0009-0003-6428-4073>

¹Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia, España.

²Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza, España.

*Autor para la correspondencia: claudimora1992@hotmail.com

RESUMEN

El cerclaje uterino tiene su indicación en la prevención y tratamiento de la incompetencia cervical. La incompetencia o insuficiencia cervical representa un 10 % de las causas de parto pretérmino espontáneo y se asocia a una morbimortalidad neonatal significativa. Se sospecha clínicamente por el hallazgo de una dilatación cervical en ausencia de dinámica uterina. Aunque existen factores que aumentan el riesgo de incompetencia cervical, en la mayoría de las ocasiones se presenta sin historia previa o signos clínicos sugestivos. Se presenta el caso de una gestante con incompetencia cervical a quien se le realizó un cerclaje de emergencia. Debe tenerse en cuenta que ante una gestante con incompetencia cervical la retirada del cerclaje se debe realizar cuando la paciente inicie la dinámica uterina, la cual no cesa con tratamiento tocolítico o, a las 37 semanas para permitir el parto vaginal a término.

Palabras clave: incompetencia cervical; cerclaje de emergencia; técnica McDonald.

ABSTRACT

Uterine cerclage is indicated in the prevention and treatment of cervical incompetence. Cervical incompetence or insufficiency represents 10% of the causes of spontaneous preterm birth and it is associated with significant neonatal morbidity and mortality. It is clinically suspected by the finding of cervical dilatation in the absence of uterine dynamics. Although there are factors increasing the risk of cervical incompetence, in most cases it occurs without previous history or suggestive clinical signs. The case of a pregnant woman with cervical incompetence is reported. She underwent an emergency cerclage. It should be taken into account that in the case of a pregnant woman with cervical incompetence, the removal of the cerclage should be performed when the patient begins uterine dynamics, considering that the uterine dynamics does not cease with tocolytic treatment, or at 37 weeks to allow vaginal delivery at term.

Keywords: cervical incompetence; emergency cerclage; McDonald's technique.

Recibido: 21/10/2022

Aceptado: 03/07/2023

Introducción

La incompetencia cervical es una entidad clínica que se caracteriza por dilatación cervical indolora que acontece durante el segundo trimestre del embarazo con prolapso de membranas y protrusión de estas en la vagina, seguido de rotura prematura de membranas y expulsión fetal. Su recurrencia es típica en futuros embarazos.

El tratamiento en la mayoría de los casos es quirúrgico, a través de un cerclaje cervical, cuya indicación y diagnóstico están en discusión.⁽¹⁾

Desde hace unos años la mayoría de las guías clínicas (ACOG 2014, NICE 2015, RCOG 2011) recomiendan una terminología basada en la indicación del cerclaje.

Según esta terminología existen 3 tipos de cerclaje: el indicado por historia obstétrica (antecedente de dos o más pérdidas fetales en el segundo o inicios del tercer trimestre sugestivas de incompetencia cervical; pérdida fetal en el segundo o inicio del tercer trimestre después de una conización cervical; o gestante a la que se realizó un cerclaje indicado por ecografía (terapéutico o secundario) en la gestación anterior y que, a pesar de ello, presentó un nuevo parto pretérmino), también denominado profiláctico o primario, indicado por ecografía (terapéutico o secundario) y, el cerclaje indicado por exploración física (terciario o de emergencia).

El cerclaje indicado por historia obstétrica se realiza de forma electiva antes de evidenciar modificaciones cervicales en aquellas gestantes con antecedentes de incompetencia cervical. Se realiza entre las 13 y 16 semanas de gestación tras el cribado de aneuploidías y a partir de las 12 semanas, una vez pasado el período de máximo riesgo de aborto espontáneo.

El cerclaje indicado por ecografía se realiza en gestantes con antecedente de parto pretérmino, ante la evidencia de acortamiento cervical ecográfico (longitud cervical < 25 mm) y antes de la semana 26. La progesterona vaginal puede ser una alternativa igual de eficaz en estas mujeres.

El cerclaje por exploración física se indica durante la exploración física, ante la evidencia de una dilatación cervical asintomática ≥ 2 cm con membranas visibles a través del orificio cervical externo y antes de las 26 semanas de gestación. Ante esta situación clínica, siempre se debe valorar la realización de una amniocentesis previa al cerclaje. En estos casos el cerclaje ha demostrado ser más efectivo que la conducta expectante con reposo y tratamiento tocolítico.⁽²⁾

Presentación de caso

Se presentó el caso de una mujer de 41 años de edad, gestante de 20 + 3 semanas. La gestación fue mediante técnica de reproducción asistida con fecundación *in vitro* (FIV). Sin antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés.

En la ecografía morfológica (II trimestre) se aprecia normalidad anatómica fetal y cérvix uterino dilatado 3 cm, con abombamiento de las membranas amnióticas en vagina (fig. 1).



Fig. 1 - Ecografía transvaginal con dilatación cervical y abombamiento de membranas en vagina.

Ante tal hallazgo se remite la paciente a urgencias para realizar una exploración detallada, llevar a cabo las pruebas complementarias y proponer el tratamiento indicado.

Al momento de la exploración en urgencias, la paciente presenta constantes dentro de la normalidad (TA 123/78 mmHg, FC 89 lpm, T^a 36,1 °C) y normotono uterino.

Con el espéculo se observa una dilatación cervical de unos 3 cm, cérvix uterino prácticamente borrado, con abombamiento de bolsa amniótica a través del orificio cervical externo (OCE).

Se descarta la rotura prematura de membranas (RPM) mediante el test IGFBP-1, se toman cultivos vaginal y endocervical, y los resultados obtenidos a los 5 días de la toma son negativos.

La analítica sanguínea al ingreso muestra parámetros dentro de la normalidad, con una PCR de 12 mg/L.

El registro tocográfico de 60 min de duración no registra ninguna contracción.

Se explica a la paciente la situación, y los resultados de las pruebas realizadas hasta el momento, así como la necesidad de realizar una amniocentesis diagnóstica.

Con el consentimiento de la paciente se lleva a cabo la amniocentesis siguiendo el protocolo establecido por las sociedades científicas de Obstetricia.

Los resultados del análisis rápido del líquido amniótico fueron: glucosa 21 mg/dL y ausencia de gérmenes en la tinción de Gram, por lo que se pudo descartar la corioamnionitis como causa de la incompetencia cervical.

Ante la ausencia de infección intraamniótica se decide, de conjunto con la paciente, la realización de un cerclaje de emergencia (terciario o indicado por exploración física).

Previo al cerclaje, aproximadamente unos 30 min antes, se administran 100 mg rectales de indometacina (acción tocolítica) y 2 gr intravenosos de cefoxitina.

Una vez en el quirófano se lleva a cabo la anestesia locorregional de la paciente. Posteriormente se le coloca en posición de litotomía y de Trendelenburg.

Se realiza la aseptización de la vagina con clorhexidina y mediante la ayuda de dos valvas de Kristeller se pudo visualizar el cérvix uterino que se encontraba borrado casi en su totalidad y dilatado unos 3 cm, con el abombamiento de las membranas amnióticas a través del orificio cervical externo) OCE (fig. 2).



Fig. 2 - Cérnix uterino dilatado con exposición de membranas amnióticas.

Se identifican y pinzan los labios cervicales anterior y posterior mediante dos pinzas de anillo Foerster.

Con la ayuda de una gasa enrollada a modo de torunda, sujeta por otra pinza Foerster, se rechazan de manera muy cuidadosa las membranas amnióticas, intentando evitar en todo momento su ruptura.

Una vez rechazadas estas, se inicia la técnica de cerclaje de tipo McDonald, para lo que se realiza la tracción del cérvix a nivel del labio anterior, y se identifica la unión vesicocervical sin realizar apertura de la mucosa a este nivel. Inmediatamente, bajo esta unión, se introduce la aguja con la cinta de Mersilene (sutura no reabsorbible) y se realizan 4 pases de esta, siempre evitando los vasos paracervicales, localizados a las 3 y a las 9 h (fig. 3).



Fig. 3 - Imagen del primer pase de la aguja con la cinta de Mersilene a través del labio cervical anterior.

La cirugía concluye con éxito y logra el cierre del canal cervical junto a la retracción de las membranas amnióticas sin que sufriera rotura.

Se ingresa a la paciente en reposo absoluto. Se le indica indometacina a dosis de 50 mg cada 6 h durante las primeras 24 h tras el cerclaje, y heparina de bajo peso molecular (HBPM) a dosis profiláctica (enoxaparina 40 mg/día intramuscular).

Tras el primer día de ingreso se realizó una ecografía transvaginal de control, en la que se evidenció la normoinserción del cerclaje, y una longitud cervical de 18 mm.

A los 3 días de ingreso, con controles analíticos dentro de la normalidad y longitud cervical estable, se decide alta domiciliaria, aconsejándose la baja laboral, reducción de la actividad física y abstinencia sexual hasta las 34 semanas.

El primer control en la unidad de alto riesgo obstétrico se lleva a cabo a la semana del alta domiciliaria, 10 días después del cerclaje.

Al mantenerse el cerclaje normoinserido y la situación clínica estable se realizan controles cada 2 semanas, con la toma de cultivos endocervicales de forma mensual, los que resultaron negativos. A las 37 semanas de gestación se retira el cerclaje.

La paciente ingresa en período activo de parto 5 días después de la retirada del cerclaje y finaliza en parto eutócico, del cual nace un varón vivo sano, de 3280 gr, pH 7,26 y Apgar 10/10.

Discusión

Un cérvix uterino incompetente es aquel que, por una anomalía estructural o funcional, es incapaz de mantener un embarazo hasta su término. Su incidencia varía entre el 0,005 y el 1 % de todos los embarazos, y se considera la principal causa de abortos tardíos.

Se caracteriza por dilatación cervical indolora que acontece durante el segundo trimestre del embarazo con prolapso de membranas y protrusión de estas en la vagina, seguidos de rotura prematura de membranas y expulsión fetal.

Para su diagnóstico se ha visto que la ecografía transvaginal tiene un papel de primer orden, ya que permite la valoración de las características cervicales.

La evaluación ecográfica transvaginal del cérvix y del orificio cervical interno (OCI) puede ser dificultosa y muy subjetiva. Para elaborar un estudio correcto hay una serie de condiciones que deben cumplirse: explorar con la vejiga vacía, identificar todo el canal cervical, visualizar los labios anterior y posterior

cervicales aproximadamente del mismo grosor y, que el cérvix ocupe el 75 % de la pantalla del monitor ecográfico.⁽¹⁾

El manejo adecuado de la incompetencia cervical aún no ha sido establecido con seguridad. Se necesita diferenciar entre pacientes con historia típica de incompetencia cervical, pacientes con antecedente de parto pretérmino y acortamiento cervical ecográfico (longitud cervical < 25 mm) antes de la semana 26, o pacientes en las cuales se evidencia durante la exploración física una dilatación cervical asintomática de ≥ 2 cm con membranas visibles a través de orificio cervical externo, antes de las 26 semanas de gestación.⁽³⁾

En todos los casos una de las opciones terapéuticas es el cerclaje cervical.

Siempre que se opte por el tratamiento con cerclaje debe descartarse previamente la existencia de alguna contraindicación del mismo, como infección intraamniótica subclínica o sospecha de corioamnionitis clínica, sangrado vaginal relevante en el contexto de patología placentaria, dinámica uterina, rotura prematura de membranas, muerte fetal o interrupción legal de la gestación o malformación fetal grave incompatible con la vida.^(2,3)

Para el tratamiento con cerclaje cervical se debe colocar a la paciente en posición de Trendelenburg, realizar una asepsia minuciosa y reintroducir las membranas con una sonda de Foley o con una sonda-balón hinchable. Se opta en la mayoría de los casos por la técnica de McDonald modificada, que es de menor complejidad técnica.

Tras el cerclaje se debería realizar un seguimiento estrecho con ecografía y valoración del segmento cervical superior, así como del orificio cervical interno (OCI) para estimar la posibilidad de un parto pretérmino.^(1,3)

Conclusiones

Ante una gestante con incompetencia cervical la retirada del cerclaje debe realizarse cuando la paciente inicie la dinámica uterina, la cual no cesa con tratamiento tocolítico, o en el mejor de los casos, a las 37 semanas para permitir el parto vaginal a término.

Referencias bibliográficas

1. Barber MA, Eguiluz I, Agüera J, Alcover I, Bolívar MA, Calvo A. Incompetencia cervical. Revisión bibliográfica. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Fundación Manacor. Manacor (Mallorca). Islas Baleares, España. Clin Invest Gin Obstet. 2003;30(3):92-6. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0210-573X\(03\)77237-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0210-573X(03)77237-2)
2. Murillo C, Cobo T, Ferrero S, Ponce J, Palacio M. Protocolo: Cerclaje uterino. Universitat de Barcelona, España: Hospital Clínic. Hospital Sant Joan de Déu. [acceso 15/09/2018]. Disponible en: https://portal.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/cerclaje20hcp_hsjd.pdf
3. Miranda V, Carvajal C JA. Análisis crítico del manejo de la incompetencia cervical. Rev. chil. obstet. ginecol. 2003;68(4):337-42. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262003000400014>

Conflicto de intereses

La autora declara que no existe conflicto de intereses.