

CERCLAJE TRANSABOMINAL EXTRAPERITONEAL: CASO CLÍNICO Y ACTUALIZACIÓN BIBLIOGRÁFICA.

EDGARDO D. BOIZA, JOSÉ LUIS CASTALDI, MIGUEL G. BAJO.
Centro de Salud "Dr. Raúl Matera". 9 de Julio 445. (8000) Bahía Blanca. Argentina.

RESUMEN

El cerclaje transabdominal puede ser una alternativa eficaz en pacientes con uno o varios cerclajes transvaginales previos sin éxito. Describimos nuestra experiencia en un caso seleccionado para cerclaje transabdominal extraperitoneal, realizado en la Clínica Privada "Raúl Matera" de Bahía Blanca, Argentina. Paciente de 31 años de edad, G8P4A3, dos cesáreas anteriores, antecedente de conización cervical por lesión intraepitelial cervical de alto grado (SIL), con tres abortos del 2º trimestre, el último con cerclaje transvaginal previo. Se realizó cerclaje transabdominal extraperitoneal con técnica modificada de Benson y Durfee y de Novy a las 11 semanas de gestación con parto por cesárea a las 35 semanas, se extrajo una niña sana de 2120 gramos; no existieron complica-

ciones postoperatorias.

Palabras claves: parto pretérmino, cerclaje, incompetencia cervical.

ABSTRACT

Transabdominal cerclage can be an effective alternative in patients with one or several previous unsuccessful transvaginal cerclages. We describe our experience in a case selected for extraperitoneal transabdominal cerclage, performed at "Raúl Matera" Private Health Care Centre, Bahía Blanca, Argentina. Case study: 31-year-old patient; G8P4A3; two previous caesarean sections; history of cervical conisation by high degree squamous intraepithelial lesion (SIL) with three second trimester abortions -the last one with previous transvaginal cerclage. Extraperitoneal transabdominal cercla-

ge was performed using Benson and Durfee's modified technique at 11 weeks of gestation. Caesarean childbirth at 35 weeks was performed and a healthy, 2,120 gram girl was born without post-surgical complications.

Key words: premature delivery, cerclage, cervical incompetence.

INTRODUCCIÓN

El nacimiento pretérmino es la causa más importante de morbimortalidad neonatal y complica el 10% de los embarazos en países en desarrollo. El antecedente de uno o más partos de pretérmino es el principal factor pronóstico de prematuridad en el embarazo actual (1,2).

En el embarazo, el cuello uterino es competente manteniendo el feto *in utero* hasta el término. La causa de la dilatación cervical sin trabajo de parto se desconoce, pudiendo ser multifactorial e involucra la contractilidad miométrial y la activa-

Correspondencia:

Dr. Edgardo D. Boiza.

E-mail: faedra@arnet.com.ar

Centro de Salud "Dr. Raúl Matera", 9 de Julio 445. (8000) Bahía Blanca, Argentina.

Recepción: Agosto 2003

Revisión: Octubre de 2003

Publicación: Diciembre de 2003

ción coriodesidual. Se genera una cascada proinflamatoria en la que participan mediadores químicos y hormonales que producen la maduración del cuello y su incompetencia (3).

La incompetencia cervical puede tener origen en causas congénitas y adquiridas. Entre estas últimas, podemos mencionar conización, amputación, dilataciones mecánicas, laceraciones cervicales, etc. El diagnóstico, habitualmente clínico y retrospectivo, relata frecuentemente la presencia de una embarazada con historia de abortos espontáneos, menor duración de los embarazos, dilatación pasiva e indolora en el segundo trimestre (mayor de 16 semanas), con un saco amniótico protruyendo por el cuello borrado y dilatado (1-4).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 31 años de edad, ama de casa, sin enfermedades previas. Los antecedentes obstétricos fueron: Gestas 8; Para 4; Abortos 3 (G₈P₄A₃), dos partos eutócicos y dos cesáreas abdominales. Por lesión intraepitelial cervical de alto grado (SIL) se le practicó conización cervical. Luego, presentó tres abortos espontáneos de 18 a 20 semanas que debieron ser completados con legrados evacuadores. En el último, se le había practicado cerclaje transvaginal profiláctico.

Posteriormente, consulta por un nuevo embarazo de 10 semanas de gestación y se constata cervix corto de 15 mm de longitud por estudio ecográfico precoz. Se le practica cerclaje transabdominal a las 11 semanas, sin complicaciones intra o postoperatorias. Se le aplica cefazolina (1gr) 30 minutos antes de la

cirugía y tres dosis posteriores endovenosas cada 8 horas.

Se realiza una ecografía transvaginal postcerclaje (24 hs después) que informa 11,3 semanas de gestación. Se observa orificio cervical interno cerrado y una longitud del cuello uterino de 40 mm. Tuvo seguimiento cada 15 días con evolución favorable.

A las 35 semanas se interrumpe el embarazo por cesárea abdominal, por ruptura prematura de membranas e inicio de actividad uterina, se extrajo una niña de 2120 gramos, con un puntaje apgar vigoroso al nacer, sin complicaciones materno-perinatales postoperatorias.

Diagnóstico

El diagnóstico de la insuficiencia istmílica cervical no es fácil de realizar, ya que el diagnóstico clínico se realiza cuando se constata dilatación cervical prematura sin trabajo de parto y esto es generalmente tardío para realizar un tratamiento. Muchos casos informados de dilatación

cervical prematura sin trabajo de parto son incompatibles con el cuadro clásico: abortos indolores, agudos y repetidos durante el segundo trimestre del embarazo sin hemorragia o contracciones uterinas asociadas. Algunos basan su diagnóstico en la observación de dilatación cervical asintomática durante el segundo trimestre del embarazo, mientras que otros, se apoyan en la realización de pruebas de validez desconocida en mujeres no embarazadas. Éstas incluyen el pasaje de un dilatador de Hegar N° 8 (8 mm), la tracción sobre una sonda de Foley intrauterino o una histerografía (3).

El empleo de la ecografía para diagnosticar una dilatación cervical prematura sin trabajo de parto, parece tener poca validez. Un signo ecográfico clásico de incompetencia fue la embudización o invaginación del saco amniótico en el cuello provocando su acortamiento.

El acortamiento del cuello en

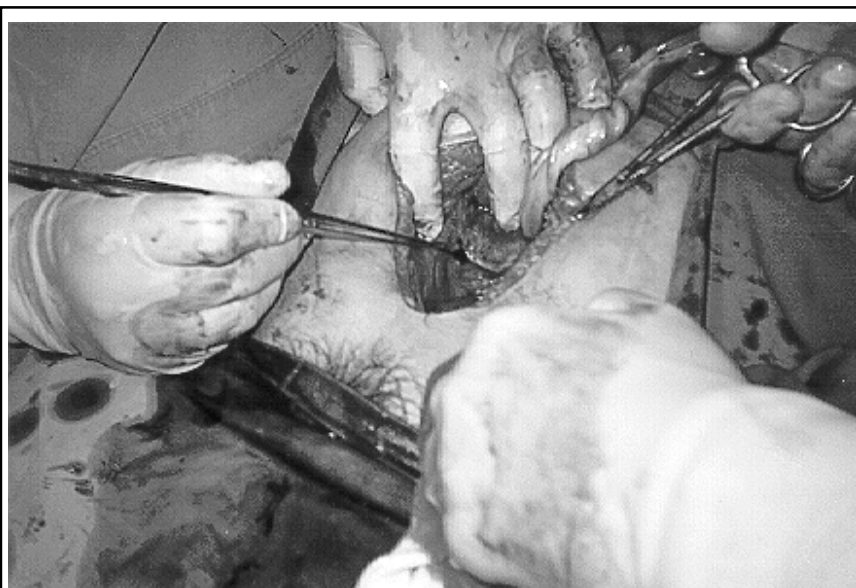


Figura 1. Postcesárea Abdominal inmediata.

A nivel del Istmo se observa la banda de sutura (sedan N°1).

la última parte del segundo trimestre, y en el inicio del tercero, parece ser un parámetro útil para la predicción de un parto pretérmino. Mientras que, el grado de alargamiento observado inmediatamente después de la colocación del cerclaje no fue predictivo de un parto a término; el progresivo acortamiento del cuello luego del cerclaje fue predictivo de parto pretérmino. La realización de ecografías transvaginales seriadas para medir la longitud cervical en las mujeres con factores de riesgo para incompetencia cervical y parto pretérmino temprano, podrían ser de utilidad para el diagnóstico precoz. Las mediciones que se deben realizar para evaluar el cuello uterino son: 1) diámetro del orificio cervical interno; 2) profundidad o distancia del orificio cervical interno al extremo de las membranas; 3) distancia desde el extremo de las membranas hasta el orificio cervical externo; 4) distancia entre el orificio cervical interno y el

externo (5).

Técnica operatoria.

Se realizó anestesia de tipo raquídea. La paciente se ubicó en decúbito supino, con sonda nelaton. Incisión de Küstner (Pfannenstiel modificada) con bisturí hasta aponeurosis; luego, se realizó una incisión mediana infraumbilical con tijeras de Mayo; los bordes aponeuróticos tomados con pinzas Kocher, los músculos rectos abdominales se disecaron a tijera. Luego de abrir el peritoneo parietal, se explora la cavidad abdominal en busca de anomalías y para confirmar el tamaño uterino. Se coloca a la paciente en posición de Trendelenburg, se expone el campo con separador de Balfour; no se realiza llenado de vejiga. El peritoneo del repliegue uterovesical es cortado transversalmente con tijera de Metzenbaum y con maniobras romas para exponer el segmento inferior del útero.

A nivel del istmo, medial a los

vasos uterinos, se realiza perforación de peritoneo visceral posterior con tijera de Metzenbaum en el espacio avascular de las ramas ascendente y descendente de las arterias uterinas. Se pasa por encima de la inserción de los ligamentos uterosacros, bajo visión directa, una banda de sutura no absorbible (seda N° 1), sin aguja, con pinza Mixer, anudándose fuertemente en cara anterior de útero, dejando cabos de 3 cm. Se restituye la incisión del repliegue uterovesical a posición habitual con catgut 2-0 y se efectúa el cierre de pared abdominal por técnica habitual. Los parámetros hemostáticos fueron normales.

En el postoperatorio la paciente recibió analgésicos y antibiótico de profilaxis. El alta sanatorial ocurrió al tercer día, con seguimiento quincenal evitando relaciones sexuales y esfuerzos.

DISCUSIÓN

El cerclaje transabdominal cada vez más utilizada. Si bien en la literatura existen pocas referencias, relata que en el 90% de los casos se previene el parto pretérmino, lográndose embarazos a término con niños sanos.(3, 6-11). Se estima que tiene una ganancia de 3,5 semanas gestacionales, con respecto a la vía vaginal. También, presenta una menor incidencia de parto pretérmino y de ruptura prematura de membranas por ser una técnica más estéril, con una colocación más favorable del cerclaje (6). Existe la idea que las suturas cervicales no sólo actúan como un soporte mecánico, sino que provocan elongación del cuello limitando la posible infección ascendente (1,12).

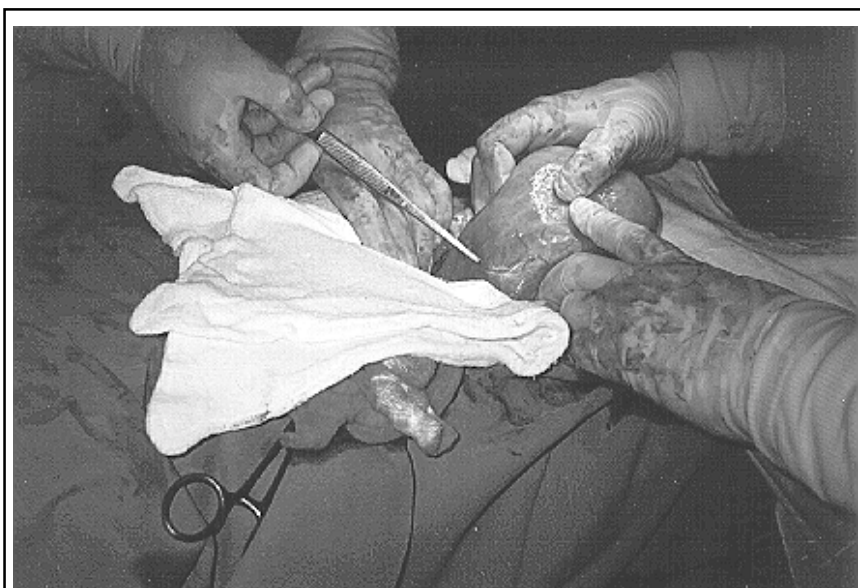


Figura 2. Poscesárea Abdominal Postalumbramiento.

En la cara posterior uterina se observa la marca dejada por la sutura por encima de los ligamentos uterosacros.

Actualmente, la sutura del cuello o cerclaje cervical es el método operatorio usado para prevenir el aborto habitual en el segundo trimestre debido a incompetencia o insuficiencia del cuello uterino.

G.T. Greem realizó en 1865 la primer referencia sobre cuello débil. Palmer, Schirodkar y McDonald contribuyeron a la aceptación universal de la corrección quirúrgica de la insuficiencia del cuello uterino (13). Benson y Durfee (7) propusieron la técnica intraabdominal para casos seleccionados como, pacientes con amputación de cuello o con antecedente de fracaso del cerclaje por vía vaginal. Otros autores como, Maher Mahran (14) y Novy (15) aportaron sus técnicas. Las indicaciones fueron: laceraciones cervicales traumáticas, cuello corto (congénito o amputado), fracaso de un cerclaje vaginal previo con cicatrización cervical, cuellos muy traumatizados por partos operatorios previos, borramiento cervical avanzado, defectos cervicales múltiples, muescas profundas, laceraciones no cicatrizadas de los fondos de saco, cervicitis subaguda, etc. (6,7,14,15).

Las mujeres deben recibir una explicación de la técnica del cerclaje y su consentimiento informado. Es importante tener conocimiento de los riesgos ya que deben ser intervenidas dos veces, una para la colocación de la sutura, y otra para la cesárea abdominal. La laparotomía se asocia con mayor riesgo de sangrado, lesión de otros órganos, infección y tromboembolismo. Las complicaciones operatorias más frecuentes son: exposición del área ístmica dificultosa, cinta floja y sangrados. Entre las complicaciones postoperatorias

se presentan: dolor abdominal, sangrado vaginal y cólicos abdominales (6).

El cerclaje transabominal requiere internación más prolongada que la vía vaginal. Algunos autores utilizan en el postoperatorio sedantes, progesterona o antiespasmódicos, también si la cinta del cerclaje está intacta en la operación cesárea es dejada *in situ* (14).

Se sugiere que el procedimiento se realice en una etapa temprana del embarazo, aproximadamente en la semana 11 de gestación, a fin de facilitar la cirugía y reducir complicaciones intraoperatorias; puede extenderse hasta las 24 semanas, pero a mayor gestación, mayor dificultad (14,15).

Según otros autores, y por nuestra experiencia, la cinta debe estar muy apretada, prefiriéndose el nudo posterior, independientemente de las técnicas utilizadas (13). El cerclaje transabominal requiere internación más prolongada que la vía vaginal, pero esto no debiera ser tomado como una complicación.

Es muy importante que estas técnicas tengan mayor difusión, para no insistir con técnicas vaginales que llevan a repetidos fracasos. El procedimiento debe ser efectuado por personal entrenado y ante indicaciones precisas como, ausencia de la porción intravaginal del cuello cervical, deformaciones congénitas, laceraciones profundas y cerclaje transvaginal previo no exitoso (6).

Los ensayos futuros deberían apuntar a reclutar una mayor cantidad de mujeres para alcanzar la potencia estadística necesaria para publicar el subgrupo de pacientes que se beneficiarían con un cerclaje; decidir la

mejor técnica (Shirodkar vs. McDonald vs. cerclaje abdominal) y el efecto del cerclaje en mortalidad perinatal. Los criterios de entrada a tales estudios están abiertos a la discusión. En coincidencia con Grant (16) opinamos que los centros donde el uso de cerclaje es poco frecuente, serían ideales para los ensayos randomizados (16-18).

BIBLIOGRAFIA

1. Winograd R. Cerclaje del Cuello Uterino. A quién? Cuándo? PROAGO, Programa de Actualización en Ginecología y Obstetricia. Sexto Ciclo. Módulo 1. Ed. Panamericana, 2002:189-201.
2. McDonald Ian A. Cerclaje Cervical. Ginecología y Obstetricia. Temas actuales. Ed. Interamericana 1980;3:461-478.
3. Grimes DA, Te Linde. Ginecología Quirúrgica. Manejo del aborto. Octava Edición. Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires, 1999:495-518.
4. Parisi VM. Cervical incompetence and preterm labor. Clin Obstet Gynecol 1988;31:585-98.
5. Odibo AO, Elkousy M, Ural SH, Macones GA. Prevention of preterm birth by cervical cerclage compared with expectant management: a systematic review. Obstet Gynecol Surv 2003; 58:130-6.
6. Davis G, Berghella V, Talucci M, Wapner RJ. Patients with a prior failed transvaginal cerclage: a comparison of obstetric outcomes with either transabominal or transvaginal cerclage. Am J Obstet Gynecol 2000;183:836-9.
7. Benson RC, Durfee RB. Transabdominal cervico uterine cerclage during pregnancy for the

- treatment of cervical incompetence. *Obstet Gynecol* 1965;25:145-55.
8. Turnquest MA, Britton KA, Brown HL. Outcome of patients undergoing transabdominal cerclage: a descriptive study. *J Matern Fetal Med* 1999;8:225-7.
9. Connolly G, Holohan M. Abdominal cervical cerclage case report. *Ir Med J* 2000;93:90.
10. Ibarguengoitia Ochoa F, Lira Plascencia J, Neri Mendez CJ; Garcia-Benitez CQ. Cerclage Transabdominal in the management of cervical incompetence. *Ginecol Obstet Mex* 2000;68:271-3.
11. Faiz SA, AL-Meshari AA. Transabdominal cervicoisthmic cerclage after multiple failed vaginal cerclages. *Saudi Med J* 2002;23:1008-10.
12. Illia R. Papel del cerclaje cervical y la antibioticoterapia prolongada con azitromicina en pacientes con pérdidas perinatales previas por amionitis. *Opciones* 2003;4:40-6.
13. Mítac Bardales J, Rodríguez Fernández JM. Cerclaje transabdominal extraperitoneal: Solución viable para la incompetencia cervical. Hospital Docente Ginecología Provincial "Ana Betancourt De Mora". Camaguey, Cuba.
14. Mahran M. Transabdominal cervical cerclage during pregnancy. A modified technique. *Obstet Gynecol* 1978;52:502-6.
15. Novy MJ. Transabdominal cervicoisthmic cerclage: A reappraisal 25 years after its introduction. *Am Obstet Gynecol* 1991;164:1635-42.
16. Grant A. Cervical cerclage to prolong pregnancy. In: Chalmers I, Enkin M, Keirse MJNC, eds. *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Oxford: Oxford University Press 1989:633-46.
17. Guzman ER, Houlihan C, Vintzileos A. Sonography and transfundal pressure in the evaluation of the cervix during pregnancy. *Obstet Gynecol Surv* 1995; 50:395-403.
18. Zaveri V, Aghajafari F, Amankwah K, Hannah M. Abdominal versus vaginal cerclage after a failed transvaginal cerclage: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187:868-72.