



**Universidad de Los Andes
Facultad de Medicina
Departamento de Obstetricia y Ginecología
Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes
Servicio de Obstetricia
Consulta de Alto Riesgo Obstétrico
Mérida Edo Mérida**

INCOMPETENCIA ÍSTMICO CERVICAL

**DRA. MARVY HERNÁNDEZ
Residente III de G/O
Coordinador de la Consulta de A. R. O.
DR. GERMÁN EMIRO CHACON VIVAS**

Mayo, 2.014



Incompetencia ístmicocervical

- Es la incapacidad del cérvix para retener el embarazo intrauterino hasta el término o hasta la viabilidad fetal

- Se ha definido como una pérdida en el segundo trimestre del embarazo. Usualmente es un parto espontáneo, indoloro, transcurre con membranas integra que protruyen durante el evento obstétrico y en la mayoría de los casos el feto nace vivo

Incompetencia ístmicocervical

- Fue descrito inicialmente en la literatura médica en el año 1658
- 1865 Gream especula que la causa era debilidad estructural del cérvix
- La incidencia es de 2/1000 NV a edades entre 15 a 30 años
- Se incrementa a 7.5/1000 NV en edades de 35 a 39 años

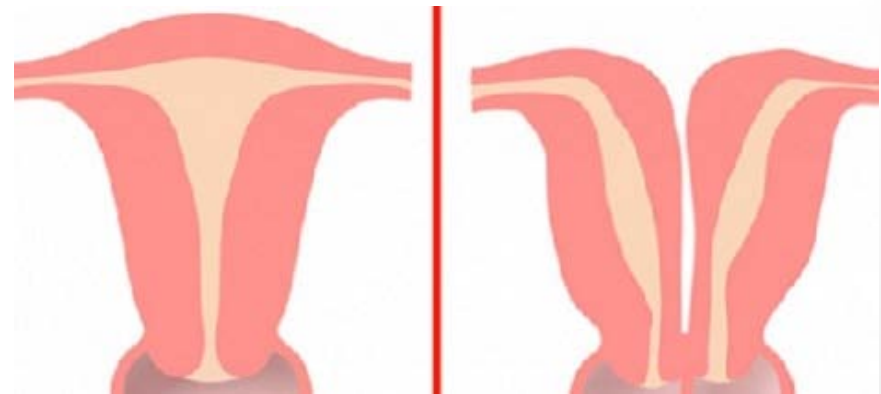
Clasificación

- Incompetencia Anatómica
- Defecto de la estructura del cuello uterino

- Incompetencia Funcional
- Falla de la función esfinteriana del cérvix

Incompetencia anatómica

- Traumática:
 - Es la causa mas común de incompetencia cervical
 - Es causada por laceraciones cervicales durante el trabajo de parto, presentación podálica, partos manipulados intervenidos con oxitócicos o prostaglandinas o a través de un cérvix no dilatado completamente, legrados
- Congénitas:
 - Malformaciones uterinas



Diagnóstico

- Pérdidas a repeticiones de embarazos entre 16 y 28 sem de gestación con disminución de la edad gestacional en embarazos posteriores
- Dilatación indolora del cuello con parto precipitado, membranas integra o rotas y feto vivo
- Historia de trauma cervical anterior como abortos con dilatación, curetajes, conizaciones o traumas obstétricos

Diagnóstico

- A la especuloscopia se puede evidenciar las membranas ovulares haciendo protrusión a través del cuello
- En la evaluación ecográfica, el cérvix se muestra como una estructura definida de partes blandas y el canal endocervical es una línea ecogénica rodeada por una zona hipoecogénica, que forma una Y con el segmento uterino inferior
- Cérvix mayor de 30 mm, OCI cerrado, menor de 5 mm, ausencia de herniación de la bolsa amniótica

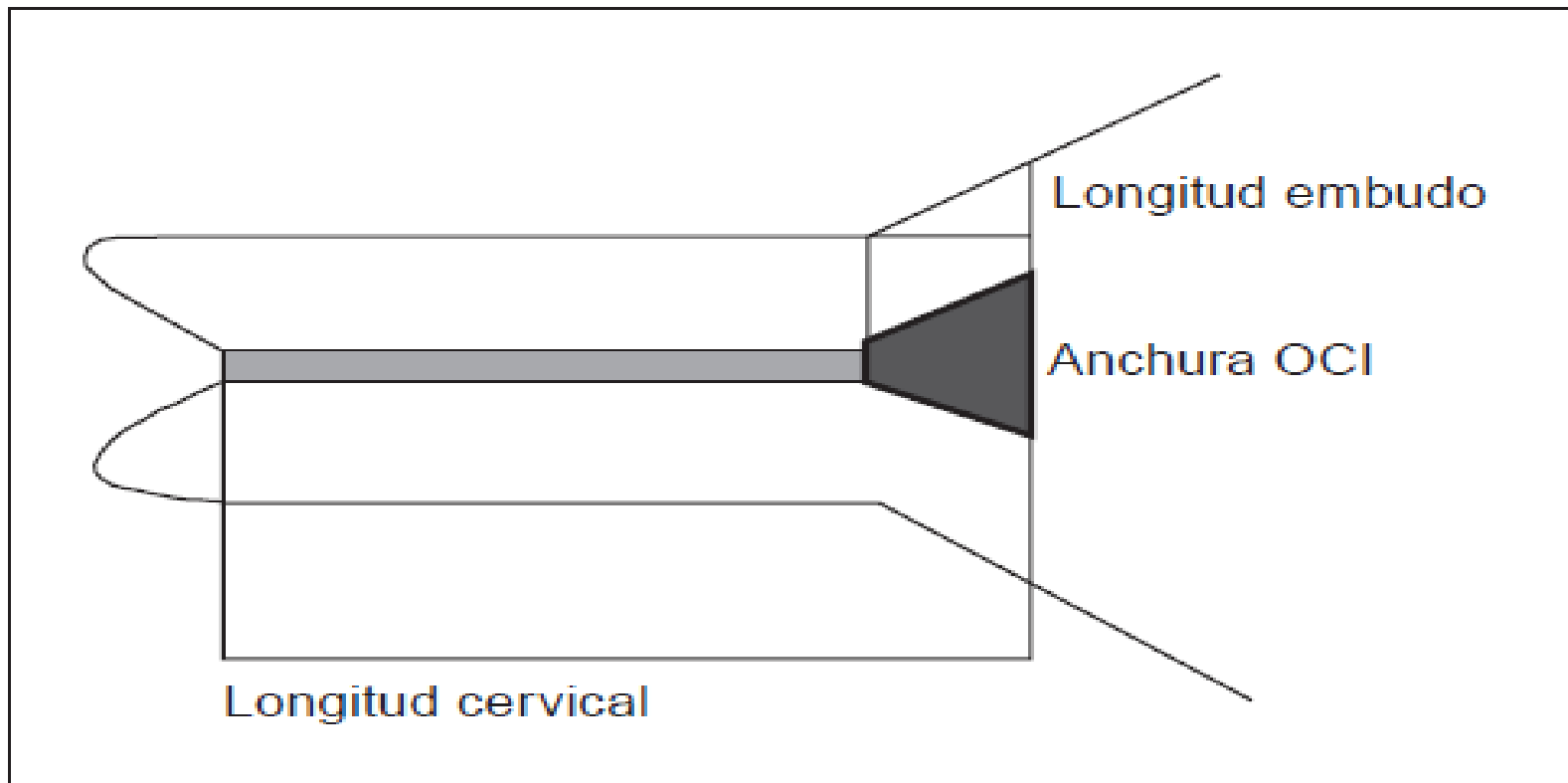


Fig. 1. Evaluación ecográfica cervical. Modificado de Ecografía obstétrica y fetal, de C.M. Rumack.

Diagnóstico

- Para la apertura del OCI deberán considerarse los valores patológicos que, antes de la semana 28, sean inferiores a 30 mm y superiores a 10 mm
- Dilatación progresiva del cuello por encima de 1.5 a 2.5cm durante el embarazo sugiere incompetencia cervical



Diagnóstico

- En pacientes no embarazadas el diagnóstico puede establecerse clínica o radiológicamente
- Al examen vaginal se evidencia desgarro de topografía y extensión variable que puede extenderse hasta el istmo
- Dilatación istmicocervical que permite el paso de Bujías de Hegar de 8mm de diámetro o mas sin dolor ni dificultad

Diagnóstico

- Test de Bergman y Svenerund: Paso de una sonda de Foley a través del canal cervical a la que se inyecta 1 ml de agua; se realiza una tracción inferior a 600 g y cuando existe una IC la sonda sale fácilmente
- El examen radiológico se realizara mediante una histerocervicografia y mostrara el canal cervical dilatado con desaparición del estrechamiento que habitualmente se observa a nivel del orificio interno

Incompetencia funcional

- Es la pérdida de la tonicidad de la acción tipo esfínter que presenta el cérvix uterino
- Se asocia a defecto de los conductos müllerianos entre ellos se asocia el útero Bicorne y Didelfo lo que hace pensar en una causa genética con desarrollo subnormal de las fibras musculares del cérvix
- Las pérdidas se presentan en etapas mas tempranas que el segundo trimestre
- Efectos hormonales: alta cantidad de relaxina y bajas de progesterona que lleva a laxitud cervico ístmica

Diagnóstico

- Pérdidas recurrentes en etapas tempranas del embarazo en las que se han descartado factores inmunológicos o endocrinos asociados o no a malformaciones müllerianas
- Examen físico las características del cuello muestran orificio interno cerrado con orificio externo permeable cuello corto y de posición anterior
- La ecografía transvaginal corroboraría los hallazgos de los signos clínicos

Sospecha clínica de Incompetencia cervical

Confirmación ecográfica

< 20sem

Cerclaje cervical

Control ecográfico

20-26 semanas

Individualizar
cerclaje/reposo

> 26 semanas

Reposo
absoluto

Tocólisis?
¿Antibioterapia?

Tratamiento

- Médico:
 - Reposo
 - Beta miméticos
 - Progesterona
 - Inserción de pesario
- Quirúrgico:
 - Pre - concepcional
 - Durante la gestación

Tratamiento

- Cerclaje cervical:

Procedimiento quirúrgico que consiste en aplicar una sutura a nivel del cuello uterino en bolsa de tabaco para mantener cerrado el orificio cervical interno

Cerclaje profiláctico

Cerclaje de urgencia

Cerclaje de emergencia

Tratamiento

- Cerclaje profiláctico:

Se realiza en aquellas pacientes que tienen una clara historia de incompetencia cervical y un grado severo de pérdida del producto de la concepción se realiza entre las 12 y 14 sem de gestación

- Cerclaje de urgencia:

Se realiza en casos de longitud cervical acortada evaluado mediante ultrasonido transvaginal se realizan en mujeres con factores de riesgo entre las 12 y 24sem y sin exposición de las membranas ovulares

Tratamiento

- Cerclaje de emergencia:

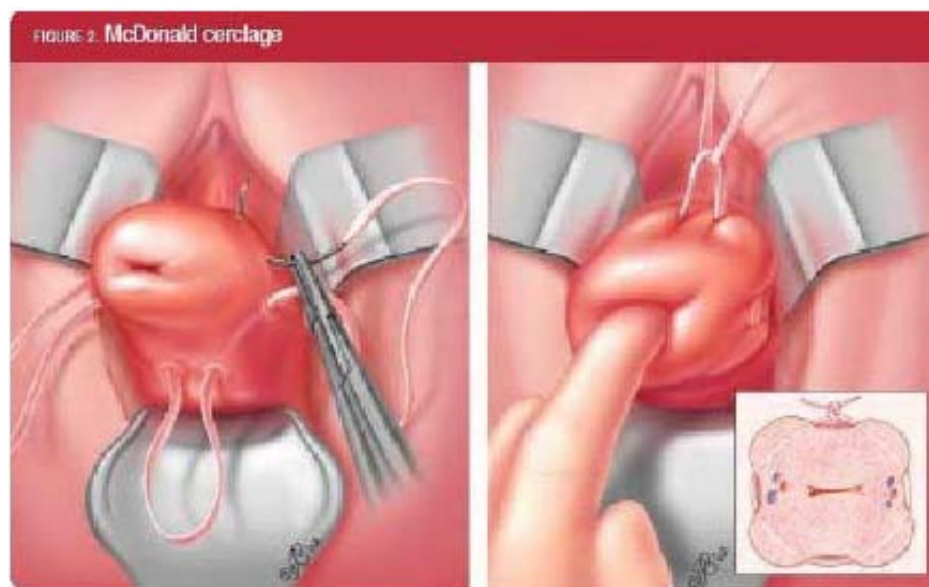
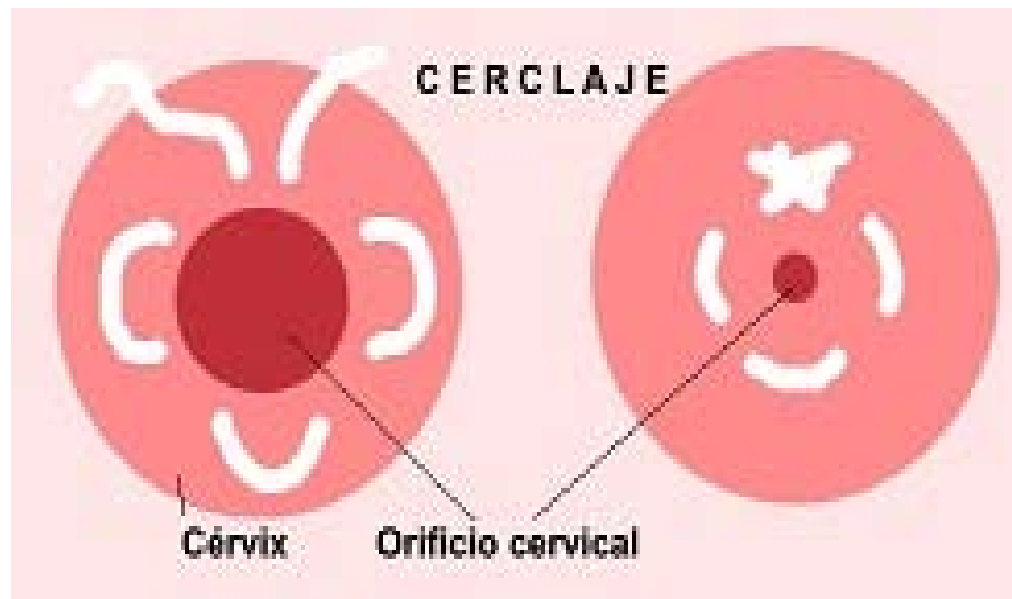
Se realiza a partir de las 18 sem de gestación con complicaciones que ponen en riesgo inminente el embarazo y dificultan el procedimiento quirúrgico como la dilatación cervical y la protrusión de la bolsa amniótica

Tratamiento quirúrgico

1. Técnica de McDonald
2. Shirodkar
3. Benson – Durfee

Tratamiento quirúrgico

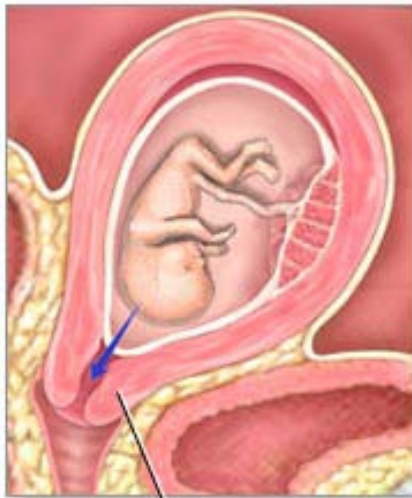
- Cerclaje de McDonald :
- Se tracciona el cérvix y se pasan cuatro puntos con una cinta de Mersilene, a las 12, las 3, las 6 y las 9 anudando después la sutura. No requiere disecar la mucosa vaginal
- Es el más utilizado
- Si no se dispone de cinta de Mersilene se puede usar Prolene, Vicryl, Nylon o seda
- Utilizar cabo grueso, para evitar sección yatrógena del cérvix por un cabo demasiado delgado



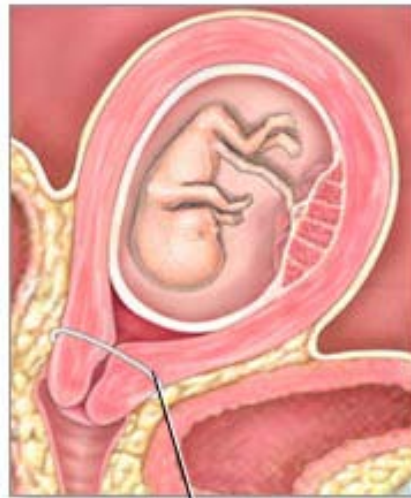
Tratamiento quirúrgico

- Cerclaje de Shirodkar:
- Se tracciona el cérvix y se hace una incisión en la mucosa vaginal tanto en el repliegue vesico-vaginal como en el recto-vaginal
- Por ellos se introduce la cinta de Mersilene y se pasa por debajo de la mucosa vaginal en ambas caras laterales del cuello
- Se anuda por la cara anterior o posterior
- Suele reservarse para los casos de cerclaje profiláctico



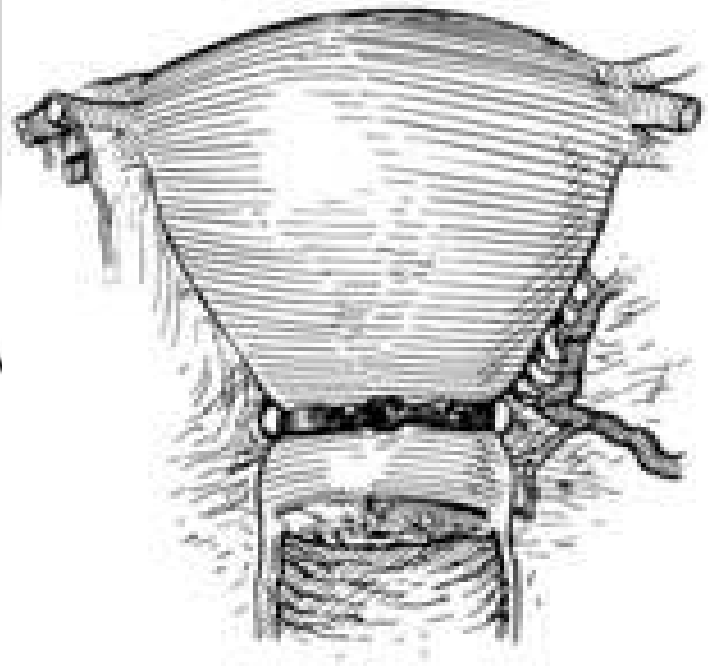


Cuello uterino abierto



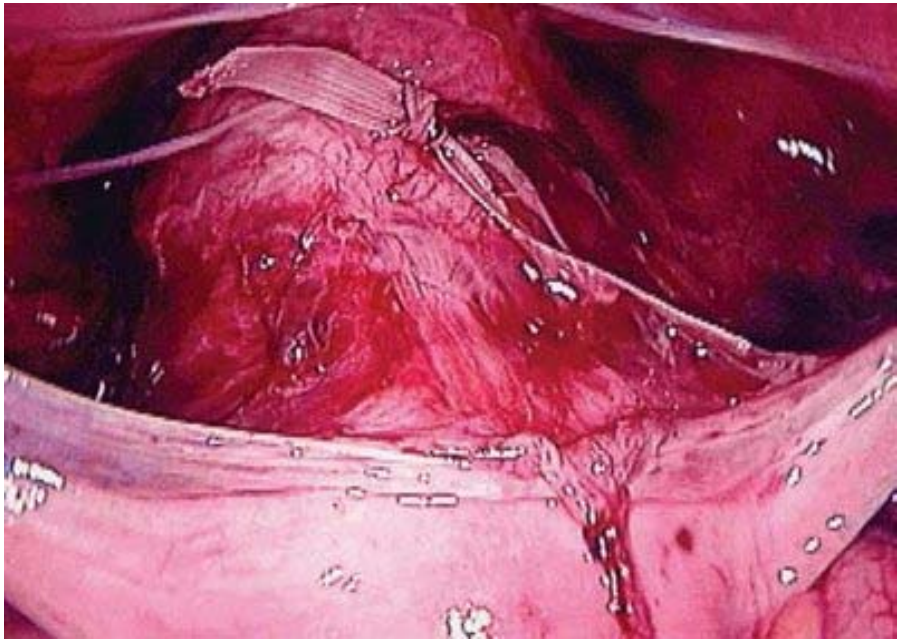
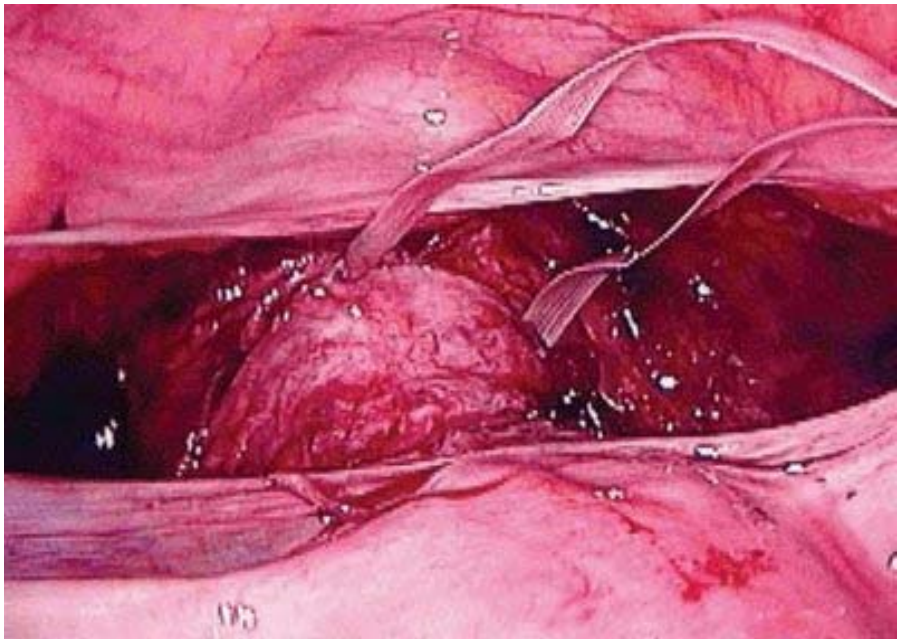
Cerclaje

 ADAM



Tratamiento quirúrgico

- Cerclaje de Benson – Durfee:
- Fue descrita por primera vez en 1965 y consiste en la colocación de un cerclaje a nivel del istmo cervical por vía abdominal
- 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



Tratamiento quirúrgico

Contraindicaciones:

- Ruptura prematura de membranas
- Infección intrauterina o cervical
- Hemorragia vaginal causa no determinada
- Contractilidad uterina
- Dilatación mayor de 4 cm
- Polihidramnios
- Anomalías fetales

Tratamiento quirúrgico

Complicaciones:

- Hemorragias.
- Desplazamiento espontáneo de la sutura.
- Ruptura prematura de membranas.
- Corioamnionitis.
- Fístula vésicovaginal.
- Distocia cervical.
- Laceración cervical.

GRACIAS...