

CERCLAJE CERVICAL POSTERIOR A USO DE MISOPROSTOL, REPORTE DE UN CASO.

Cervical cerclage after use of misoprostol, Case report.

Camila Fernández Niklitschek¹, Claudia Heider Contreras¹, Felipe Fernández Niklitschek¹, Romina Gross Pacheco¹, Dr. Sergio Romero Ortiz², Dr. Juan Muñoz Rojas³.

(1) Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco

(2) Médico Gineco-Obstetra. Servicio Ginecología. Hospital de Lautaro.

(3) Médico Gineco-Obstetra. Unidad Alto Riesgo Obstétrico. Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco.

Correspondencia:

No registrada

Aprobado:

Abril de 2011

Conflictos de interés:

El autor declara no tener conflictos de interés.

Rev Estud Med Sur 7(1):23-26

DOI:

RESUMEN

El cerclaje cervical corresponde a un procedimiento quirúrgico cuyo objetivo es aumentar la fuerza mecánica del cuello uterino y así disminuir la incidencia de una serie de complicaciones perinatales asociadas a la incompetencia cervical, especialmente el parto prematuro. Clásicamente su indicación principal ha sido la incompetencia cervical, esta se define como la incapacidad de llevar un embarazo a término debido a anomalías funcionales o estructurales del cuello uterino. Una de las causas es la incompetencia cervical secundaria a maniobras abortivas, ya sean estas mecánicas o farmacológicas. En los últimos años el Misoprostol, prostaglandina sintética, similar a la PGE1, probablemente sea uno de los métodos abortivos más usados. El caso presentado, muestra una mujer que utilizó misoprostol con fines abortivos, acción de la cual posteriormente se retracta y en conversación con equipo médico se decide realizar un cerclaje cervical transvaginal, con buenos resultados perinatales.

PALABRAS CLAVE: Incompetencia cervical, cerclaje transvaginal, misoprostol

ABSTRACT

Cervical cerclage is a surgical procedure that seeks to increase the mechanical force of the cervix and therefore diminish a series of perinatal complications associated to cervix insufficiency, especially preterm labor. Classically, its principal indication has been cervix insufficiency, which is defined as the incapacity to bring pregnancy to a successful conclusion due to functional or structural abnormalities. One of the causes is abortive maneuvers, whether mechanical or pharmaceutical. In the last years Misoprostol, a synthetic prostaglandin, analog to the PGE1, is probably one of the most frequently used abortive method. The present case shows a woman who used misoprostol to achieve abortion, and then changed her mind and decided, along with the medical team, to perform a transvaginal cervical cerclage, achieving a good perinatal outcome.

KEYWORDS: Cervix insufficiency, transvaginal cerclage, misoprostol.

INTRODUCCIÓN

El cerclaje cervical corresponde a un procedimiento quirúrgico utilizado hace más de 50 años, en el cual se coloca en el cuello uterino una cinta sintética, con el objetivo de aumentar la fuerza mecánica del cuello uterino y así disminuir la incidencia de una serie de complicaciones perinatales asociadas a la incompetencia cervical, dentro de estas el parto prematuro.¹

A Shirodkar y Mc Donald corresponden las principales técnicas de cerclaje cervical vía transvaginal usadas en la actualidad. Se describe también el abordaje abdominal en casos de fracasos anteriores de cerclajes cervicales o cuando este es técnicamente imposible.² Según indica la evidencia su utilidad se reservaría para casos de incompetencia cervical con historia de pérdidas fetales precoces recurrentes, sobre todo si esta es asociada a cérvix corto en la evaluación ultrasonográfica.^{3,4} Otras indicaciones como aquel indicado solo por la presencia de un cérvix corto o el realizado frente a la presencia de modificaciones cervicales avanzadas (emergencia) son más contradictorias en cuanto a resultados pudiendo incluso determinar un peor pronóstico.^{5,6}

No parece haber información respecto a su uso frente a una situación de uso indebido de Misoprostol, que provoque modificaciones cervicales en el cual el feto es potencialmente salvable.

A continuación se presenta el caso de una mujer que cursando primer embarazo de 22 + 6 semanas de gestación, se administra Misoprostol transvaginal, evolucionando con modificaciones cervicales

progresivas que se estabilizan y a la cual se le realiza un cerclaje cervical a las 24 semanas de gestación según técnica descrita por Mc Donald.

CASO CLÍNICO

Primigesta de 18 años cursando embarazo no controlado de 22 + 6 semanas es derivada al servicio de urgencia obstétrico (SUO) del Hospital Hernán Henríquez Aravena (HHHA), con un cuadro caracterizado por dolor abdominal y vómitos.

Dentro de la historia destaca la autoadministración intravaginal de tres comprimidos de 200ug de misoprostol ocho horas previo a la consulta. En hospital de derivación se realiza lavado vaginal de los restos de comprimidos no disueltos y se da cuenta a carabineros.

Ingresa al HHHA en buenas condiciones generales, hemodinámicamente estable, destacando una dinámica uterina de 3 en 10 minutos, feto vivo con una frecuencia cardíaca de 140 por minuto y al tacto vaginal un cérvix de 2cm de largo, cerrado y sin pérdida de líquido amniótico (LA). Dentro de los exámenes de laboratorio destacan leucocitos de 11.650 con predominio neutrófilos (92%), hematocrito de 34,5 %, hemoglobina de 11,6 gr/dl, con plaquetas y pruebas de coagulación normal.

La ecografía de ingreso muestra un feto único, vivo, activo, en presentación cefálica, con un LA normal y una estimación de peso fetal (EPF) de 550gr. Además se realiza cervicometría que es descrita como un cuello de 20mm de largo.

La paciente es ingresada en una primera instancia a prepartos en donde se inicia tocolisis con nifedipino

20mg por tres veces cada 20 minutos y luego 10mg cada 6 horas con buena respuesta siendo trasladada luego a sala de alto riesgo obstétrico (ARO).

Durante la hospitalización la paciente se mantiene sin dinámica uterina evidenciable, continua con la administración de tocolisis oral y se decide iniciar progesterona micronizada 200ug diarios transvaginal posterior a la detección ecográfica de un acortamiento cervical progresivo.



Figura 1. Ecografía Transvaginal de Ingreso.



Figura 2: 23 + 4 semanas (Cérvix: 6.58 mm, con funnel en U)

A las 24 semanas presenta un cérvix de 6mm de largo, membranas intactas por lo que se realiza maduración con betametasona 12mg en dos dosis separadas por 24 horas y se discute la posibilidad de realizar un cerclaje cervical.

Tras 10 días de hospitalización y previo consentimiento materno se realiza cerclaje cervical:

Paciente en posición de litotomía, se visualiza cuello dilatado de al menos 2 centímetros y membranas integras. Se realiza rechazo de membranas con tórula humedecida, tracción con de labio cervical anterior y

posterior con colocación de cinta de Mercilene según técnica descrita por Mc Donald sin inconvenientes.



Figura 3: 24 semanas (Cérvix: 6 mm, con Funnel en U)

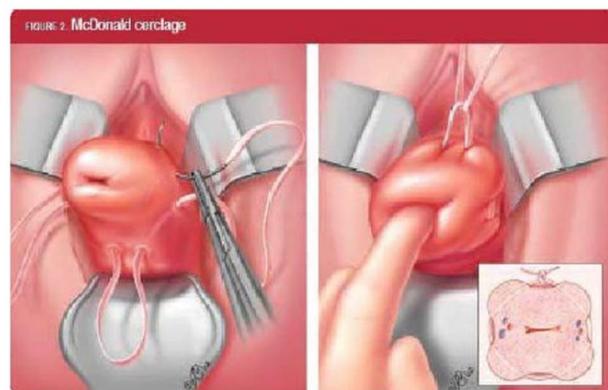


Figura 4: Cerclaje según Técnica McDonald

Tras el procedimiento se indica mantener progesterona vía oral y se agregan óvulos de Clindamicina. La paciente evoluciona favorablemente, sin dinámica uterina, afebril, con una cervicometría de control que muestra cuello cerrado, con cinta ubicada a 28mm de orificio cervical interno (OCI) y 12mm del externo (OCE). Paciente es dada de alta con 25 semanas de gestación.

La paciente reingresa a las 30+3 semanas de gestación con historia de pérdida de líquido, la cual no es objetivada de forma visual.

La ecografía muestra un feto vivo en cefálica, placenta anterior alta, LA normal con un bolsillo vertical mayor (BVM) de 47mm, EPF de 1476gr y cervicometría de 30mm. Ingresa a ARO para observación y en control de exámenes que resultan normales, se decide entonces una dosis de maduración de rescate con un ciclo de Betametasona completo.



Figura 5: Ecografía trasvaginal de Cerclaje según Técnica Mc Donald

Al día siguiente se objetiva pérdida de LA, por lo que se inicia antibioticoterapia con Ampicilina y Eritromicina en dosis habituales completando 8 días. Evoluciona sin signos de infección, con exámenes dentro de límites normales hasta las 33+1 semana, cuando comienza nuevamente con dinámica uterina persistente, tras lo cual se decide retiro de cinta y evolución espontánea bajo cobertura antibiótica.

El parto vaginal se lleva a cabo a las 33+3 semanas sin complicaciones, con un recién nacido de 1890gr, con una talla de 43.5cm y un test de Apgar 9/9.

DISCUSIÓN

Chile forma parte de los países en los cuales el aborto provocado se encuentra prohibido bajo cualquier circunstancia. Los servicios de salud tienen la obligación ética de atender de la misma forma a todas las personas que solicitan atención médica, por lo cual deben garantizar que las mujeres con complicaciones derivadas de abortos legales o ilegales sean tratadas

con pleno respeto y reciban una atención médica de la misma calidad que la brindada a cualquier otra persona que busca ayuda médica.⁷ El cerclaje cervical es uno de los temas de mayor controversia en obstetricia. Clásicamente se ha utilizado como el tratamiento principal en casos de incompetencia cervical en los cuales el riesgo de aborto de segundo trimestre es alto. Actualmente existe consenso en que el uso del cerclaje es el tratamiento de elección en casos documentados de incompetencia cervical en pacientes con historia clínica y test de Hegar positivo, no estando indicado como procedimiento de urgencia. Si bien la evidencia disponible no apoya el uso generalizado de este procedimiento, no cabe duda de su utilidad en un grupo seleccionado de pacientes en las cuales se ha permitido prolongar su embarazo hasta edades gestacionales viables.^{1,4,5,7,8,9}

El desafío está en identificar a esas pacientes que se beneficiarán no solo de un cerclaje profiláctico sino también terapéutico, como en este caso clínico. Existen varios trabajos que han usado la cervicometría por ultrasonido intentando seleccionar por longitud cuales se correlacionarían con incompetencia y tendrían indicación de cerclaje por sobre el uso de progesterona.

El caso presentado, muestra a una mujer que utilizó misoprostol con fines abortivos, acción de la cual posteriormente se arrepiente y en conversación con equipo médico se decide realizar un cerclaje cervical transvaginal, con buenos resultados perinatales.

Se presenta el caso como una alternativa terapéutica para el manejo de estas situaciones que si bien son escasas, existen, y para las cuales muchas veces no hay conductas establecidas.-

REFERENCIAS

1. Berghella V, Odibo AO, To MS, et al. Cerclage for short cervix on ultrasonography: meta-analysis of trials using individual patient-level data. *Obstet Gynecol* 2005; 106:181.
2. Davis G, Berghella V, Talucci M, Wapner RJ. Patients with a prior failed transvaginal cerclage: a comparison of obstetric outcomes with either transabdominal or transvaginal cerclage. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183:836.
3. Besio M, Besio C. Cerclaje cervicósmico transabdominal: Serie clínica. *Rev. chil obstet ginecol* 2004; 69(2); 126-131.
4. Althuisius SM, Dekker GA, Hummel P, et al. Cervical incompetence prevention randomized cerclage trial: emergency cerclage with bed rest versus bed rest alone. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189:907.
5. Owen J, Hankins G, Iams JD, et al. Multicenter randomized trial of cerclage for preterm birth prevention in high-risk women with shortened midtrimester cervical length. *Am J Obstet Gynecol* 2009; 201:375.e1.
6. Rust OA, Atlas RO, Reed J, et al. Revisiting the short cervix detected by transvaginal ultrasound in the second trimester: why cerclage therapy may not help. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 185:1098.

7. Faúndes A, Barzelato J. El Drama del Aborto. En Busca de un Consenso. Editorial Tercer Mundo (Bogota, 2005).
8. Mancuso M, Owen J, et al. Prevention of preterm birth based on a short cervix: cerclage. *Semin Perinatol.* 2009 October ; 33 (5): 325-333
9. V. BERGHELLA V, KEELER SM, et al. Effectiveness of cerclage according to severity of cervical length shortening: a meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2010; 35: 468-473.
10. Drakeley AJ, Roberts D, Alfirevic Z. Sutura cervical (cerclaje) para prevenir la pérdida de embarazo en mujeres (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd.