CASOS CLINICOS

Aborto habitual por incompetencia cervical

Leonardo Arzuza Estrada*

1) **Definición:**

El término de "Cérvix Incompetente" se ha aplicado a una entidad obstétrica caracterizada por la dilatación indolora y sin pérdida de sangre del cuello uterino, en el segundo trimestre del embarazo, seguido de la ruptura de las membranas y la expulsión subsiguiente del feto, el cual es tan inmaduro que casi siempre muere.

2) **Etiología:**

Consiste en la anomalía, congénita o adquirida, que se presenta en la unión del orificio interno con el istmo o futuro segmento inferior, con incapacidad para sosetner al huevo. Los trabajos de Danforth y Steve mostraron gráficamente como desde el final del primer trimestre del embarazo, a medida que la porción ístmica del útero se distiende y dilata, para adaptarse al huevo en crecimiento, el cuello es el que retiene el huevo por su constitución conjuntiva o colágena y por el estrechamiento de su orificio interno que actúa como esfínter.

El orificio cervical interno puede ser incompetente congénitamente, pero la mayoría de las veces su incompetencia es adquirida, consecuente a partos traumáticos, a procedimientos quirúrgicos como amputaciones cervicales altas, dilatación o raspado o bien a dilataciones manuales en el momento del parto (procedimiento éste último proscrito en la obstetricia moderna). El hecho de que sea raro en primigrávidas que no han sido sometidas a intervenciones cervicales, es una razón de peso para creer que el trauma constituye la causa común.

3) **Diagnóstico:**

La dilatación cervical, característica de esta condición rara vez se presenta antes de la semana 16 de gestación, ya que antes el producto de la concepción no es lo bastante grande como para borrar y dilatar el cuello.

Existe así mismo una tendencia a presentarse la misma consecuencia de hechos en cada embarazo, de forma que, por lo general es posible establecer el diagnóstico de presunción si una mujer refiere una historia de expulsión de líquido, sin dolor y sin mayor hemorragia durante el segundo trimestre con pérdida del feto, en gestaciones sucesivas, que ocurre al comienzo del primer trimestre si el cuello es completamente incompeten-

* Residente 2. Dpto. Obst. Gin. U. Nal. Bogotá.

te o más tardíamente, si el defecto es parcial.

Fuera de la gestación debe practicarse un examen ginecológico completo. A la inspección con espéculo del cuello, pueden observarse desgarros que comprometan el orificio interno (cara anterior o bordes) el dedo o una bujía de Hegar Nº 8, penetran sin dificultad a la cavidad uterina a través del canal cervical.

La Histerografía hace aparente el defecto mostrando un canal ístmico cervical ancho, en vez de filiforme; Palmer insiste en que cuando la anchura sobrepasa los 8 mm. el diagnóstico debe ser propuesto, aunque otro autor (Asplund) dá como margen 6 mm.

Bergman y Svennerud creen que si bien la Histerografía es buen método diagnóstico, las variaciones del ángulo uterino, de la presión con que se inyecta el medio de contraste y la fase del ciclo menstrual hacen su interpretación difícil y por ello han ideado un método (test de tracción) en el cual introducen dentro de la cavidad uterina, una sonda de Fowley Nº 16 en la que se inserta un mandril metálico al cual enganchan un medidor de presión de resorte, el baloncito se llena con solución estéril, y por peso mide la resistencia del esfínter que lo sostiene. El cuello incompetente deja salir el balón con tracciones por debajo de 600 grs. el cuello continente generalmente resiste tracciones por encima de 1.000 gramos. Rubowits ha ideado un método similar con un balón lleno de medio opaco controlado por fluoroscopia. Palmer y Bergman, señalan la fase luteínica como el momento más adecuado para practicar la Histerografía o los tests de potencia arriba indicados ya que es el momento en que el comportamiento muscular uterino recuerda más a la gestación.

Frecuencia

La incompetencia cervical es muy rara, Barther y otros han observado solamente 19 casos entre unos 35.000 embarazos y Danforth solo 7 en 6.000 (0.05 y 0.1%).

En nuestro medio este dato no se conoce, aunque cada día se diagnostican más casos.

Tratamiento(1)

Se basa en cerrar quirúrgicamente el cuello, istmo, como lo preconizan Shirodkar en la India, Lash y Lash en los Estados Unidos; Palmar y Lacomme en Francia, quienes fueron los primeros en llamar la atención sobre el papel de la incontinencia cervical como factor causante de aborto, con la respectiva publicación en 1950. Además Green Armitage, en Inglaterra, MacDonald en Australia, Mey en Alemania, Baden y Baden en Norteamérica, ha nreferido éxitos en el 50 al 85% de los casos.

Aconsejan efectuar la intervención entre la 14ª y 18ª semana (Barter, Dusbabex, Riva y Parks.) y entre la 16ª y la 19ª (Shirodkar).

Dentro de los materiale susados figura fascia lata, originalmente usada Shirodkar, posteriormente se ha recomendado el uso de material no absorbible como seda, nylon, mersilene (dacrón) alambre, polietileno.

En cuanto a complicaciones quirúrgicas y post-operatorias se anotan hemorragias, infección, cicatrización anormal, rupturas uterinas posteriores y hasta muertes maternas, tal como Lash lo ha relatado o fracasos por diagnóstico errado y al tiempo influya otro factor de aborto, por ejemplo útero doble.

Técnicas

Son dos los tipos principales de intervención empleados en la actualidad, en cacso de que la paciente esté ya embarazada:

1) La técnica de Shirodkar, la primera conocida al ser presentada en el Congreso de Ginebra, en 1954, cuyos pasos son los siguientes:

Se coge el labio anterior cuidadosamente con pinzas fenestradas y se incide transversalmente la mucosa cervical anterior unos 3 cms. a nivel de los ligamentos cardinales, disecando la vejiga; luego se incide la mucosa posterior al mismo nivel de la anterior, posteriormente con una aguja de aneurismas o con una aguja grande (Deschamps). Se lleva el material de la sutura desde la incisión anterior a la posterior, anudando por delante o por detrás, de tal modo que quede cerrado el orificio interno.

2) La otra más sencilla, descrita por MacDonald, consiste en una sutura en bolsa de tabaco, que se comienza a nivel de la unión de la mucosa vaginal rugosa y lisa del cuello, por delante, lateralmente y por detrás anudando por encima de una bujía de Hegar Nº 3 o 4 para que no quede a tensión. Los cabos se dejan largos para su fácil localización en el momento del parto.

Tratamiento(2)

En caso de que la intervención fracase y aparezcan signos de aborto inminente es urgente quitar la sutura bajo el riesgo de graves complicaciones. En los casos de éxito con el procedimiento de MacDonald hay que quitar la sutura a la semana 38 o 39 para permitir el parto. Después de la operación de Shirodkar es posible dejar la sutura in situ y practicar cesárea cerca del término o bien quitar la sutura y permitir así el parto vaginal, según las circunstancias.

En nuestro medio según Peralta Cayón, hasta el año de 1959 fecha en la cual operó dos casos, no se habían practicado muchas intervenciones de este tipo. El primer caso corresponde a una paciente de 40 años G3 P3 A9, intervenida a las 22 semanas, presentando parto inmaduro 13 días después. El fracaso fue atribuído por el autor a un cerclaje muy bajo o a operación tardía.

El segundo caso una paciente de 25 años G5 P0 A4, intervenida a las 16 semanas evolucionando bien hasta las 38½ semanas, tiempo en el cual se practicó cesárea con éxito. El mismo autor cita 10 casos operados posteriormente en el Instituto de los Seguros Sociales de Cali, en 1961 y 1962.

En 1963 Uribe D., dió a conocer 5 casos operados en Medellín, cuatro de los cuales con éxito.

El presente artículo se ilustra con un caso intervenido con buen resultado en el Instituto Materno Infantil de Bogotá en Septiembre de 1974 (Prof. Luis Santamaría):

Paciente de 38 años G4 P3 (inmaduros) en quien se encontró un desgarro cervical derecho a las 12 semanas en su 4º embarazo. Se descartaron otras causas de aborto habitual.

Se practicó cerclaje de cuello según técnica de Shirodkar a las 18 semanas con anestesia raquídea y sutura con mersilene. Con estancia de 3 días y controles prenatales cada mes. Sin complicaciones hasta el 8º mes, edad de gestación a la que entró en trabajo de parto practicándose cesárea, con feto vivo masculino con 2.140 gramos. Evolucionó bien y se dio salida al 10º día. La paciente no asistió a controles posteriores.

Comentario

La incompetencia cervical ha alcanzado gran interés dentro de las causas de aborto habitual. En el presente

informe se ha intentado llamar la atención sobre esta entidad y sus aspectos más importantes recalcando la importancia del diagnóstico adecuado basado principalmente en la historia clínica y examen ginecológico, ya que, por lo menos en nuestro medio algunos de los procedimientos auxiliares no son bien conocidos. Las técnicas quirúrgicas son sencillas y los resultados en general satisfactorios.

En un análisis realizado sobre 206 intervenciones por incompetencia cervical publicadas en la Literatura Médica, en las cuales se empleó una u otra de las técnicas, Neser encontró una tasa de éxitos del 67%. A medida que se tiene más experiencia en ellas se están consiguiendo tasas que se aproximan al 80%.

Resumen

Con motivo de un caso tratado con éxito por la técnica de Shirodkar se revisa el tema en sus aspectos clínicos y terapéuticos.

Summary

The subject is considered in its clinical and therapeutical aspects, on account of one case treated successfully by means of the Shirodkar technique.

BIBLIOGRAFIA

1 BARTER, R. H., DISBABEK, J. A., RIVAS, H. L., and PARKS, J.: Surgical Closure of Incompetent Cervix during Pregnancy. Amer. J. Obstet. Gynec. 75: 511, 1958.

2 DANFORTH, D. N. Symposium: The Incompetent Cérvix. Bull. Sloane Hosp. Wom. 8: 99, 1962.

3 LOPEZ ESCOBAR, G.: El factor uterino en el aborto. Revista Col. Obst. y Ginec. Bogotá, 193, 1960.

4 LASH, A. F. and LASH, S. R. Habitual Abortion. The Incompetent Internal of the Cervix. Amer. J. Obstet Gynec. 59: 68, 1960.

5 McDONALD, I. A.: Incompetent Cérvix As a Cause of Recurrent Abortion. J. Obstet. Gynec. Brit. Comm. 70: 105, 1963.

6 PERALTA CAYON, R.: Tratamiento de la Incontinencia del Cuello en el Aborto Habitual. Controversias Clínicas y Terapéuticas. 63: 70, 1962.

7 SHIRODKAR, V. N.: New Method of Operative for Habitual Abortion In The Second Trimester of Pregnancy.

8 URIBE, D. J.: Tratamiento Quirúrgico del Aborto Habitual. Boletín de la Clínica Luz Castro de Gutiérrez, Medellín. 4: 12, 1963.