

Cerclaje Istmico Transabdominal

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
SECCION DE GINECO-OBSTETRICIA

Dres: Luis Ernesto Pérez Agudelo*, Juan Carlos Mendoza**

El cerclaje ístmico transabdominal fue ideado inicialmente por Benson y Dufree en 1965 para corregir la incompetencia cervical ocasionada por desgarros cervicales de difícil reparación y por antecedentes de traquelectomía (1). También se ha venido practicando como tratamiento del Aborto Habitual por Incompetencia Cervical, cuando las técnicas de cerclaje transvaginales han fracasado (2).

El objetivo de nuestro trabajo es recordar la técnica quirúrgica y mostrar nuestra experiencia de los últimos 3 años en el Hospital Militar.

MATERIAL Y METODOS

Desde Enero de 1985 hasta Diciembre de 1987 efectuamos 6 intervenciones de Cerclaje Istmico Transabdominal por incompetencia cervical. Cuatro pacientes eran abortadoras habituales y con 2 o más cerclajes transvaginales fallidos; una con antecedente de Operación Manchester con amputación del cuello uterino, y otra por presentar múltiples desgarros cervicales por antecedentes de cesárea vaginal por obito fetal (tabla 1).

A tres de las cuatro pacientes abortadoras habituales se les practicó preconcepcionalmente, para descartar otras causas de aborto habitual, estudio genético de la pareja, histerosalpingografía, curva de progesterona, estudio inmunológico (HLA)

* Profesor Asociado

** Residente de tercer año

Presentado en el XVII Congreso Colombiano
de Obstetricia y Ginecología
Pereira Diciembre 1987

y STORCH (serología-toxoplasma-rubéola-citomegalovirus-herpes). La cuarta paciente ingresó con amenaza de aborto. A las pacientes con antecedentes de amputación cervical y desgarros no se les practicaron estudios preconcepcionales. Las edades de todas oscilaban entre 25 y 36 años.

Ecográficamente se documentó la progresión normal del embarazo y entre las 12 y las 14 semanas, bajo anestesia general se llevó a cabo el cerclaje así: (a) Laparotomía mediana infraumbilical. (b) Exteriorización del útero embarazado con suave manipulación entre compresas impregnadas en solución salina y ampliación del campo quirúrgico con separador abdominal. (c) Aplicación de una

TABLA 1
CERCLAJE ISTMICO TRANSABDOMINAL

PACIENTE	ANTECEDENTES	RECIENTE NACIDO
1	G5 P0 A5 3 CERCLAJES (Shirodkar, McDonald, Lash)	NORMAL (3.300 g)
2	G7 P1 A5 2 CERCLAJES (Shirodkar)	NORMAL (3.480 g)
3	G6 P1 A3 E1 2 CERCLAJES (Shirodkar)	NORMAL (2.800 g)
4	G5 P1 A4 2 CERCLAJES (Shirodkar, McDonald)	ABORTO (RPM)
5	G2 P2 OP. MANCHESTER CON AMPUT CERVIX	NORMAL (3.000 g)
6	G3 P2 A1 V1 CESAREA VAGINAL POR OBITO FETAL 2 CERCLAJES (Shirodkar)	NORMAL (3.180 g)

cinta de CERVIX-set (polyester trenzado, B. Braun Melsungen AG) bajo suave tracción del útero al lado contrario del intervenido pasando aguja por el miometrio del istmo, en dirección anteroposterior con curvatura de epicentro externo y teniendo como reparo anterior el repliegue peritoneal vesicouterino, como reparo lateral el ligamento cardinal y como reparo posterior el ligamento uterosacro. El mismo procedimiento se realiza en el lado opuesto con el otro extremo de la cinta. No es necesaria ninguna disección. Los vasos uterinos se separan lateralmente con pinzas Babcock para evitar su ligadura con la cinta. (d) Anudación de la cinta de cerclaje posteriormente, traccionando suavemente el útero (e) Revisión hemostática y cierre de cavidad abdominal por planos. El plano aponeurótico con nylon 0 (fig.1).

En el postoperatorio inmediato se aplicaron 250mg de Hidroxiprogesterona de depósito como tocolítico y posteriormente los controles habitua-

les de todo embarazo. Se les practicó cesárea a las 38 semanas de embarazo previa comprobación de la madurez fetal por ecografía. Durante la cesárea se les quitó el cerclaje.

RESULTADOS

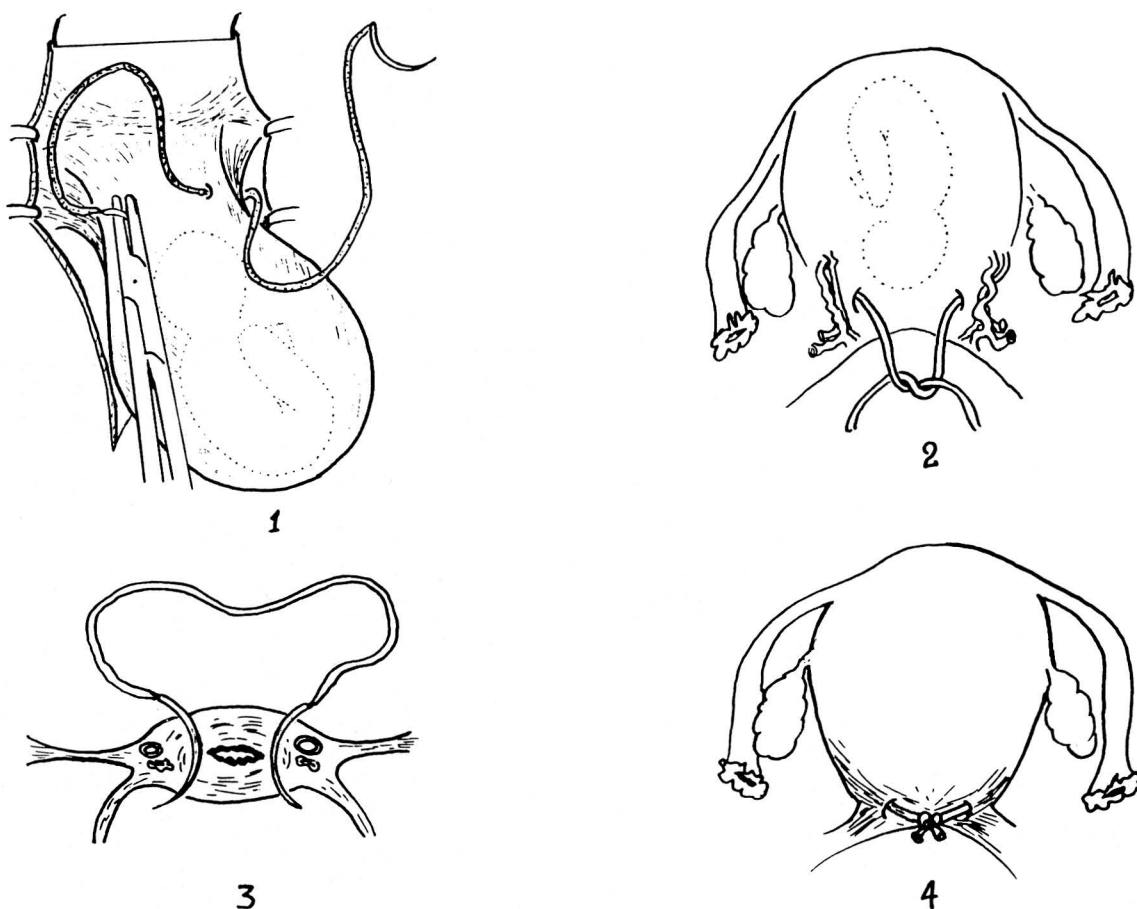
A cinco de las seis pacientes se les practicó cesárea a las 38 semanas de gestación con recién nacidos normales. Una paciente a quien se le practicó el cerclaje cuando cursaba amenaza a aborto, postoperatoriamente continuó sintomática a pesar del tratamiento y una semana más tarde presentó ruptura prematura de membranas y signos de infección, por lo cual se le soltó el cerclaje por colpotomía y se le permitió el aborto (tabla 1). Se logró un 83.3% de éxitos.

COMENTARIOS

La gran mayoría de pacientes con cuadros clínicos de Aborto Habitual por Incompetencia

FIGURA 1

TECNICA QUIRURGICA DEL CERCLAJE ISTMICO TRANSABDOMINAL



Cervical son tratadas exitosamente con cerclajes transvaginales, siempre y cuando se excluyan otras causas (3). Las técnicas de Shirodkar (4) y de McDonald (5) son las más populares y han alcanzado éxitos entre el 40 y el 80% de embarazos a término (2).

Ocasionalmente fallan las técnicas de cerclaje transvaginal una o más veces produciendo además desgarros irreparables. También, excepcionalmente, nos encontramos pacientes a quienes se les ha intervenido el cérvix con conización, traquelectomía, cesárea vaginal, etc. y que desean embarazarse. A estas pacientes es mejor ofrecerles una técnica de cerclaje ístmico transabdominal que les asegure la continuación del embarazo. Benson y Dufree fueron los primeros en publicar su técnica en 1965 y en ella incluían una juiciosa disección de los vasos uterinos con complicaciones hemorrágicas inherentes y reportaron 9 embarazos a término en 11 pacientes tratadas (1). Novy en 1977 (6) Maharan en 1979 (7) fueron simplificando la técnica sin disección de vasos uterinos obteniendo una tasa de éxitos del 70%.

Nuestros 6 casos tratados con un éxito del 83.3% nos da seguridad para seguirlo practicando. Enfatizamos en el estudio preconcepcional para excluir otras causas de aborto habitual. Esta puede ser la diferencia del éxito alcanzado por nosotros en comparación de los investigadores anteriores.

CONCLUSION

El cerclaje Istmico Transabdominal es una técnica confiable para tratar la Incompetencia Cervical cuando las técnicas transvaginales han fallado, en casos de amputación cervical o de desgarros irreparables.

RESUMEN

Cuatro pacientes abortadoras habituales por incompetencia cervical en quienes fallaron los cerclajes vaginales y dos con desgarros cervicales irreparables, fueron tratadas con cerclaje ístmico transabdominal. Cinco lograron embarazo a término con recién nacidos normales, para un éxito de 83.3%. Se revisa la técnica quirúrgica y el manejo pre y postoperatorio.

BIBLIOGRAFIA

1. BENSON R. C. and DUFREE R. B.: Critique of Obstetric surgery for threatened second trimester abortion. *Fertil Steril* 10: 374, 1965.
2. ROCK J. A. and HOWARD W. J. Jr.: Reparative and constructive Surgery of the Female Generative Tract. Williams y Wilkins, Baltimore, USA. pag. 51 - 57, 1983.
3. McIntyre J.A. et al: Aborto Habitual. *Fertil Steril* 39: 123. 1983.
4. SHIRODKAR V. N.: A new method of operative treatment for habitual abortions in second trimester of pregnancy. *Antiseptic* 52: 299. 1955.
5. McDonald J. A.: Suture of the cervix for inevitable abortion *J. Obstet Gynecol. Br. Emp.* 64: 346, 1957.
6. NOVY M. J.: Managing reproductive failure by transabdominal isthmio cerclage. *Contemp. Obstet. Gynecol.* 10: 17, 1977.
7. MAHRAN M: Transabdominal cervical cerclage during pregnancy. *Obstet Gynecol* 52: 502, 1979.