INCOMPETENCIA CERVICAL Y PARTO PREMATURO. MODIFICACION A LA TECNICA DEL CERCLAJE *

Doctores **Rafael Rodríguez Forero, Armando Collazos y Carlos Illera Parra**

Introducción

Al Cuarto Congreso Latinoamericano de Ginecología y Obstetricia, reunido en Bogotá en julio de 1962, presentamos un *Informe Preliminar sobre diez casos de incompetencia cervical y cerclaje uterino* (10), efectuados entre el 20 de febrero de 1961 y el 11 de abril de 1962. Para esa época se informó que seis de las pacientes habían terminado su embarazo: dos con partos espontáneos, una con forceps y tres con cerárea, con fetos que pesaron un promedio de 3.010 gms.

En nuestro país se han publicado hasta el momento catorce casos de cerclaje; dos pertenecientes al profesor Rafael Peralta C., quien los realizó en Bogotá entre abril y octubre de 1959; uno, al doctor René Díaz C., efectuado en Medellín en diciembre de 1959; uno al doctor Fernando del Corral, verificado en Cali en enero de 1960, y los diez anotados. Los doctores Peralta y Díaz usaron *nylon* para el anillo; el

doctor Del Corral, alambre de acero recubierto en polietileno, y nosotros, dermalón O. doble.

En este trabajo hacemos algunas consideraciones personales sobre etiología, diagnóstico, tratamiento y evolución, basados en 19 casos, incluyendo los presentados en Bogotá. Además, un caso de incompetencia y placenta previa.

En la definición que habíamos dado de incompetencia, sosteníamos que era causante de abortos al final del primer trimestre, y al respecto presentamos los casos 9 y 10 con catorce, y cuatro abortos respectivamente. Ahora agregamos que también es productora de partos prematuros, y publicamos los casos 13 y 14 con cuatro, y tres prematuros anteriores al cerclaje.

Proponemos, de acuerdo con su gravedad, clasificar la incompetencia en tres grados, I, II, III, según que produzca abortos de fines del primer tri-

* Trabajo presentado a nombre del I. C. S. S., de Cali al V Congreso Colombiano de Obstetricia y Ginecología.

mestre, del segundo trimestre o partos prematuros.

Etiología

Todas nuestras pacientes habían sido atendidas por comadronas, a excepción de los casos 10 y 14, a quienes se les había amputado cuello.

Sugerimos que para los curetajes no se dilate cuello más allá de lo necesario.

La incompetencia es producida no solamente por daño del orificio interno, sino de la unión entre éste y el istmo o segmento, de manera que todo desgarro del cuello aconsejaríamos la revisión y tratamiento de las porciones vaginales y supravaginal.

Diagnóstico

Nuestras pacientes fueron hospitalizadas en estado de gravidez, y al diagnóstico se llegó por los antecedentes obstétricos y ginecológicos, pero especialmente por los hallazgos físicos.

La ruptura prematura de membranas no es constante. Los abortos son indolores o poco dolorosos, únicamente cuando se efectúan en un solo tiempo. Más importantes son los hallazgos al examen. Encontramos en ocasiones desgarros profundos, que posiblemente se han extendido hasta el istmo o segmento, y de una manera constante el borramiento y dilatación progresiva del cuello.

Fuera del embarazo hemos practicado la prueba de los dilatadores después de los 45 días de puerperio, pero algunas pacientes las hemos perdido de

control. El ideal sería practicar cérvico-istmo-grafías, pero hasta el momento no tenemos ninguna experiencia.

Finalmente creemos que para que exista incompetencia no se requiere el antecedente de tres o más abortos o partos prematuros; uno solo es suficiente para establecer el diagnóstico.

Tratamiento

En el preoperatorio es indispensable eliminar toda patología inflamatoria del cuello, antes de pensar en la intervención, inclusive, es preferible perder un embarazo antes que exponer a la enferma a la propagación de la infección y a una cicatrización defectuosa que imposibilitaría un cerclaje posterior. Podemos afirmar que los fracasos que hemos tenido se han debido a esta causa. Durante el embarazo hemos practicado tres o más cauterizaciones sin inconveniente. Fuera de los exámenes de rutina, se ordenó metabolismo basal, galli cuantitativo, examen de flujo.

Los últimos nueve cerclajes los practicamos a las 19 semanas en promedio, habiendo realizado uno a las 29. A esta edad existe una gran vascularización y los tejidos están muy reblandecidos, pero la intervención no es difícil.

De rutina usamos anestesia raquídea por los peligros que una hipoxia pasajera pudiera producir la anestesia general en un feto que se encuentra en sus primeras etapas de desarrollo.

Hemos continuado la técnica de Shirodkar usando como material el dor-

malón O que ponemos doble, de manera que al separarse los dos hilos podría tener el mismo efecto que la cinta de Mersilene, usada últimamente por los americanos (11).

No usamos instrumental especial; abierta la mucosa, disociamos el tejido celular con torundas pequeñas, sin emplear nunca tijeras. El dermalón se pasa con una aguja curva, redonda, lo más grande posible.

En los casos 8, 11 y 12 fue técnicamente imposible retirar el cerclaje, y tuvimos necesidad de practicar cesárea. Esto nos obligó a modificar la técnica poniendo un reparo de plata pura de 6 milímetros por 1.2 cms y 1.5 gms de peso (figura 1) sobre la cara anterior del cuello, inmediatamente por encima del nudo del cerclaje y en medio de los dos puntos de fijación del anillo al tejido cervical (figura 2). En la figura 3 se observa la intervención terminada, los cabos de dermalón por fuera de la mucosa y el reparo de plata haciendo relieve.

Figura 1

Como complicaciones operatorias hemos tenido en dos ocasiones perforaciones del Douglas y sección de una arteria cervical que ligamos.

En el postoperatorio continuamos empleando antibióticos de amplio espectro, sedación profunda y analgésicos a dosis suficientes. La progesterona la usamos únicamente en los cinco primeros casos.

Figura 2

Figura 3

Evolución

Durante la evolución hemos tenido cervicitis, ruptura prematura de membranas y un caso de abscesos de fondos de sacos anterior y posterior, por tratar de retirar el cerclaje con anestesia local y en condiciones no adecuadas. A partir de este caso todo retiro lo hacemos en condiciones quirúrgicas, con raquí calculada para una hora y con dos ayudantes.

De los casos presentados al Congreso Latinoamericano, repetimos, en resumen, la historia y la evolución hasta el 20 de junio de este año, de la 1 y de la 4, en las que el cerclaje permaneció en el cuello, 13 y 10 meses respectivamente. Las pacientes 3 y 6 abortaron a los 16 y 11 meses después de haber terminado el embarazo logrado con el cerclaje; la primera porque rechazó la intervención, y la otra porque ingresó con aborto inevitable.

Las pacientes de los casos 7, 8, 9 y 10 no habían terminado su embarazo para esa época, de manera que volvemos a presentarlas resumidamente.

PRESENTACION DE CASOS

Caso 3

Historia 47.388.

Nombre: L. V. Edad: 32 años.

Grávida 15 para 2. Después de dos cerclajes en el mismo embarazo se obtiene un prematuro de 900 gms. En el embarazo siguiente se vuelve a cerclar, y a las 33 semanas, después de 4 horas de trabajo, con el cuello dilatado 3 cms se practica cesárea, sin re-

tirar el dermalón, obteniéndose un feto de 2.500 gms. A los 13 meses reingresa por hemorragia, acompañada de dolor, y se encuentra el cuello borrado 80%, dilatado 4 cms, útero aumentado para 15 semanas. Se retira el cerclaje y aborta a los pocos minutos.

Las dos primeras intervenciones fracasaron por falta de técnica y por el trabajo de la paciente, quien permanecía 8 horas diarias de pie. Después del tercer cerclaje se practica cesárea, estando el cuello dilatado 3 cms.

El dermalón se alarga con la distensión fibromuscular, es decir, de la región situada entre el orificio interno y el segmento, y no vuelve a recuperar en su longitud. Por lo tanto, un cerclaje con dermalón que se deje en una paciente que ha tenido trabajo, no queda sirviendo. Este inconveniente constituye al mismo tiempo una ventaja, porque iniciadas las contracciones, da un tiempo prudente para retirarlo antes que el cuello se ampute.

El cerclaje permaneció en su sitio durante 13 meses, y no constituyó obstáculo para la menstruación y fecundación.

Se practicó una tercera intervención sin ninguna dificultad técnica, de manera que el cerclaje se puede repetir tres o más veces, antes que dejarlo y acudir a las cesáreas de repetición. A los 60 días de producido el aborto último, la prueba de los dilatadores fue positiva para el número 8.

Caso 4

Historia 56.947.

Nombre: D. M. Edad: 31 años.

Grávida 5 para 1. Parto a término hace 8 años. Tres abortos de 14, 11 y 13 semanas.

A las 37 semanas se practica cesárea, considerando la edad de la paciente, su deseo de tener más hijos y a que el feto se encontraba en presentación de pelvis. Se obtuvo un niño de 2.625 gms, que nació en buenas condiciones.

El 20 de junio de 1963, con embarazo de 36 y media semanas, se retira el cerclaje aplicado 18 meses antes, a solicitud del matrimonio. Treinta días después tuvo parto intervenido con forceps, de un feto masculino de 4.000 gms.

El cerclaje con dermalón O, doble, permaneció en el cuello año y medio y no produjo ningún grado de fibrosis. El parto se efectuó sin ninguna distocia cervical.

Caso 7

Grávida 4 para 1. A las 22 semanas de cerclada tuvo parto espontáneo de un feto masculino de 3.500 gms, que se encuentra en buenas condiciones.

Caso 8

Grávida 6 para 2. A las 21 semanas de cerclada, por dificultades técnicas es imposible retirar el cerclaje y se practica cesárea, obteniéndose un feto masculino de 2.675 gms, que nace en buen estado.

Caso 9

Grávida 15 para O. A las 21 semanas de intervenida se retira el cerclaje,

y 5 días después, por desprendimiento prematuro parcial de placenta, se practica cesárea, extrayéndose un feto femenino de 2.900 gms, que nace en buenas condiciones.

Caso 10

Grávida 13 para 4. Paciente con amputación alta de cérvix, por carcinoma *in situ*. A las 20 semanas de cerclada presenta cervicitis, ruptura prematura de membranas e infección amniótica. Retirado el dermalón, expulsa un feto muerto de 1.500 gms.

Caso 11

Historia 130.263.

Nombre: Z. de S. Edad: 24 años.

Ingresa en junio 15 del 62 por aborto habitual.

Antecedentes obstétricos ginecológicos: grávida 9 para 1. Siete abortos comprendidos entre las 20 y 25 semanas. Un parto prematuro de siete meses, el cual murió a los 60 días.

Ultima regla: febrero 2 de 1962.

Examen ginecológico: cuello central corto, orificio interno dilatado $\frac{1}{2}$ cms. Matriz para 17 semanas.

Tratamiento: en julio 3 se practicó cerclaje. Sale a los 3 y medio días en buenas condiciones.

Evolución: ingresa en dos ocasiones por amenaza de parto prematuro. En octubre 25 falla el intento de retiro del cerclaje y se practica cesárea, obteniéndose una niña de 2.975 gms. No ha vuelto a control.

Caso 12

Historia: 101.678.

Nombre: J. P. de M. Edad: 29 años.

Ingresa en julio 24 del 62 por hemorragia vaginal y aborto habitual.

Antecedentes obstétricos y ginecológicos: grávida 7 para 2. Un parto a término atendido en la casa. Cuatro abortos entre las 12 y 20 semanas, tratados con curetaje. Un prematuro, el único vivo en la actualidad. Última regla: abril 11 de 1962.

Examen ginecológico: cuello corto, con desgarramiento profundo a nivel de las 10. Matriz para 8 semanas.

Tratamiento: el 13 de julio se practica cerclaje. Sale al 7º día. Evolución: el 19 de diciembre se intenta retiro de cerclaje, que fracasa. Un mes después se practica cesárea, y se obtiene un feto femenino de 2.960 gms, que goza de buena salud. En mayo 28 del 63, por exigencia de la paciente, se retira el cerclaje.

Caso 13

Historia: 6.826.

Nombre: O. L. de R. Edad: 36 años.

Ingresa en octubre 9 del 63 por partos prematuros y abortos a repetición.

Antecedentes obstétricos ginecológicos: grávida 10 para 6. Dos partos atendidos por comadrona. Tres abortos tratados con raspado. Cuatro prematuros. Última regla: julio 21 de 1962.

Examen ginecológico. Espéculo: cuello erosionado, desgarramiento profundo a

las 9 T. V.: cuello parcialmente borrado, desgarrado. Utero para 14 semanas.

Tratamiento: se trata la cervicitis. En noviembre 9 se practica cerclaje. Sale al primer día.

Evolución: en marzo 25 del 63, se retira el cerclaje, y 30 horas después tiene parto espontáneo de feto femenino de 3.252 gms. que goza de buena salud.

Caso 14

Historia: 224.775.

Nombre: B. de C. Edad: 30 años.

Ingresa el 6 de febrero del 63, remitida para estudio de incompetencia. Antecedentes obstétricos y ginecológicos: grávida 6 para 4. Un aborto de 2 meses y un parto con forceps entre 1951-53. Manchester en 1957, con amputación del cuello. 1958-61, tres partos prematuros de 6 a 7 meses, con ruptura prematura de membranas. Última regla, julio 20 de 1962.

Examen ginecológico: T. V.: se palpa el muñón con 2 cms de dilatación, membranas íntegras, céfala 1 alta, matriz para 28 semanas.

En febrero 13 del 63 se practica cerclaje, dejando el reparo de plata descrito. Abril 4 del 63 con 37 semanas de embarazo, reingresa en trabajo de parto. Se retira el cerclaje, y a las 13 horas se practica cesárea, con dilatación completa, por desproporción céfalo-pélvica, extrayéndose un feto femenino de 3.500 gramos en buenas condiciones.

Caso 15

Historia: 161.619.

Nombre: R. H. de G. Edad: 26 años.

Ingresa en febrero 18 del 63 por abortos a repetición.

Antecedentes obstétricos y ginecológicos: grávida 10 para 4. Tres partos a término; dos atendidos por comadrona. Un parto prematuro. Cinco abortos entre las 6 y 15 semanas, tratados con curetajes. Última regla: noviembre 2 de 1962.

Examen ginecológico: T. V.: cuello con orificio interno entreabierto, desgarras a nivel de las 9 y la 1. Útero para 11 semanas.

Tratamiento: en febrero 28 se practica cerclaje, dejando reparo de plata. Sale al 5º día, en buenas condiciones.

Evolución: en marzo 15 ingresa por amenaza de aborto. Al día siguiente, con diagnóstico de aborto incompleto se retira el cerclaje. Se observan una cervicitis y endocervicitis, a las que se atribuye el fracaso.

Caso 16

Historia 89.789.

Nombre: A. A. de B. Edad: 22 años.

Ingresa el 19 de febrero del 63 por amenaza de aborto.

Antecedentes obstétricos y ginecológicos: grávida 3 para 0. Dos abortos de 22 y 18 semanas. Curetaje en el último. Última regla: enero 3 de 1963.

Tratamiento: se trata sintomáticamente. Reingresa el 15 de mayo.

Exámen ginecológico: cuello borrado 40%, dilatado 2 cms, membranas íntegras, partes fetales palpables. Matriz para 18 semanas. No ha presentado hemorragia, ni dolor.

Mayo 16 del 63 cerclaje, dejando reparo de plata.

Septiembre 20 del 63, con 37 y media semanas de embarazo, reingresa para retiro del cerclaje. Retirado, el cuello queda con 5 cms. de dilatación, y al día siguiente tiene parto espontáneo de un feto masculino de 3.000 gramos, que nace en buenas condiciones.

Caso 17

Historia: 100.564.

Nombre: E. S. de H. Edad: 27 años.

Ingresa en agosto 16 del 62 por abortos a repetición.

Antecedentes obstétricos y ginecológicos: grávida 7 para 3. Tres partos a término atendidos por comadrona. Tres abortos comprendidos entre las 12 y 18 semanas, tratados con curetaje. En el último consultó al servicio por hernia espontánea indolora de las membranas, que se trataron de reducir. Posteriormente fue tratada para cervicitis. Última regla: abril 3 de 1962. Espéculo: desgarras profundos a nivel de las 9 y las 3 T. V.: cuello desgarrado, con orificio interno cerrado. Matriz para 19 semanas.

Tratamiento: en agosto 31 se practica cerclaje, y sale al 7º día, bien. Evolución: en diciembre 17, con 36

semanas de embarazo, se retira el cerclaje, y un mes después tiene parto espontáneo de un feto masculino de 3.260 gramos, que nace en buenas condiciones.

Caso 18

Historia: 198.713.

Nombre: A. L. de S. Edad 37 años.

Ingresa en agosto 29 del 63, para control de embarazo.

Antecedentes obstétricos y ginecológicos: grávida 7 para 5. Tres partos atendidos por comadrona, el último hace 16 años. Un aborto de 5 meses. Dos prematuros de 6 meses. Última regla: mayo 17 de 1963.

Exámen ginecológico: espéculo: flujo abundante, cuello erosionado, desgarror profundo a nivel de la 1. T. V.: cuello corto, orificio interno dilatado medio cm, desgarror anotado.

Tratamiento: se trata médicamente. El 9 de septiembre se practica cerclaje, dejando reparo de plata. Inmediatamente antes de la intervención se encuentran signos de cervicitis y cuello permeable a un dedo. A los 9 días sale en buenas condiciones.

Caso 19

Historia: 28.567.

Nombre: O. V. de C. Edad: 26 años.

Ingresa en septiembre 19 del 63 para estudio de incompetencia.

Antecedentes obstétricos y ginecológicos: grávida 6 para 1. Un parto pre-

maturo de seis meses; el feto murió a las pocas horas. Cuatro abortos, entre los cuatro y cinco meses, tratados con curetaje. Última regla: mayo 30 de 1963. Espéculo: cuello erosionado. T. V.: cuello largo, orificio interno dilatado $\frac{1}{2}$ cm. Matriz para 15 semanas.

Se inicia el tratamiento para cervicitis. Cuatro días después se encuentran el cuello abierto 2 cms. y las membranas íntegras. Se practica de urgencia el cerclaje, dejando reparo de plata. Sale al séptimo día en buen estado.

Caso 20

Historia: 87.531.

Nombre: B. de M. Edad: 30 años.

Ingresa en agosto 5 del 63, para estudio de incompetencia. A las 9 semanas de embarazo presentó hemorragia indolora, espontánea.

Antecedentes obstétricos y ginecológicos: grávida 8 para 4. Dos partos a término; un prematuro de 7 meses; dos abortos de 4 y 5 meses; un prematuro de 28 semanas y un aborto de 5 meses. Última regla: abril 18 de 1963.

Exámen ginecológico: espéculo: cuello erosionado, abierto. A nivel de las 11 desgarror profundo. T. V.: cuello borrado 70% permeable a un dedo, se palpa placenta previa mayor de un 40%. Matriz para 14 semanas. Con el tacto se produce hemorragia profusa y la paciente entra en shock. Tres horas más tarde, previa inducción, se practica amniotomía, se extrae el feto y luego la placenta, que se encontraba implantada en segmento.

Con el hallazgo de esta doble patología creemos que debe estudiarse hasta qué punto y en qué proporción la incompetencia cervical es causante de placenta previa.

En la gráfica Nº 1 resumimos el total de casos y algunas de las observaciones más importantes, en cuanto a tratamiento, evolución, resultados y antecedente.

GRAFICA # 1
TOTAL DE CASOS

CASO	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	TOTALES
PARTOS PREVIOS	1	2	—	4	—	1	2	1	3	—	3	3	—	20
ABORTOS PREVIOS	2	3	14	8	7	4	3	1	5	2	3	1	4	57
PREMATUROS PREVIOS	—	—	—	—	1	1	4	3	1	—	2	2	1	15
CON REPARO DE PLATA	—	—	—	—	—	—	—	SI	SI	SI	—	SI	SI	5
FRACASO	—	—	—	SI	—	—	—	—	SI	—	—	—	—	2
TERMINACION EMBARAZO	E	—	—	E	—	—	E	—	—	E	E	—	—	E 5
	—	C	C	—	C	C	—	C	—	—	—	—	—	C 5
FETO PESO	3.500	2.675	2.990	1.500	2.975	2.960	3.250	3.500	—	3.000	3.260	—	—	Promedio 2.952
EN OBSERVACION	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	SI	SI	2

E = ESPONTANEO

C = CESAREA

Resumen

Número de casos tratados	13
Edad promedio de las pacientes	28.3 años
Número de partos previos	20
Número de abortos previos	57
Número de prematuros	13
Epoca promedio del cerclaje	16.8 semanas
Con reparo de plata	5
Duración promedio del cerclaje	17 semanas
Fracasos	2
Partos espontáneos	5
Cesáreas	5
Peso promedio de los fetos	2.952 gramos
Pacientes en observación	2

COMENTARIOS

1º La incompetencia cervical es causante de abortos del segundo trimestre, y también de abortos de fines del primero y de partos prematuros.

2º De acuerdo con su gravedad proponemos clasificarla en tres grados.

3º Sugerimos estudiar hasta qué punto la incompetencia cervical es causante de placenta previa.

4º Es necesario eliminar toda patología inflamatoria del cuello antes del cerclaje.

5º El hilo de dermalón, material no reabsorbible, permaneció en el cér-

vix de dos pacientes 13 y 18 meses respectivamente sin producir ningún grado de fibrosis o imposibilidad cervical para el aborto y partos siguientes.

6º El anillo del cerclaje no es obstáculo para la menstruación y la fecundación.

7º En una misma paciente practicamos tres cerclajes sin dificultades técnicas,

de manera que sugerimos usar dermalón o un hilo de material similar, antes que acudir a las cintas o materiales que produzcan marcada fibrosis y obliguen a practicar cesáreas de repetición.

8º La imposibilidad de retirar el cerclaje en tres pacientes, nos obligó a idear un reparo de plata de fácil localización.

BIBLIOGRAFIA

1. SHIRODKAR V. N. A.: New method of operative treatment for habitual abortion in the second trimester of pregnancy. **Antiseptic**. 52: 299, 1955.
2. BARTOR R. N. y asociados: Closure of the incompetent cervix during pregnancy. **Am. J. Obs. & Gynec.** 522, 1958.
3. EASTERDAY CH. L., DUNCAN E. REID: The incompetent cervix in repetitives abortion an premature labor. **The New Engl. J. of Med.** Vol. 260, 687, 690. Abril, 1959.
4. PICOT H.: **Am. J. Obst.** 78: 786, 1959.
5. DEL CORRAL MORA R. y MUÑOZ DELGADO: Cerclaje profiláctico en la incompetencia cervical durante el embarazo. **Rev. Col. Obs. Gin.** XI, 658, 667, 1960.
6. RENE DIAZ CORREA: La incompetencia cervical uterina como causante de aborto habitual. **Rev. Col. Obs. Gin.** 1: 652-657, 1960.
7. PERALTA CAYON RAFAEL: Cerclaje, cierre sutura del cuello incompetente. **Rev. Col. Obs. Gin.** XII. 101-107, 1961.
8. Mac DONALD I.: **A. J. Obs. and Gynec. Brit. Emp.** 64: 364, 1957.
9. WAYNE S. ROGERS and JOSEPH H. RUDHICK: Cervical incompetence following high amputation. Report of a case of success full pregnancy. Following fascial repair. **Obs. and Gynec.** Vol. 15-229-60.
10. RODRIGUEZ F. RAFAEL, SILVA R. NELSON: Incompetencia cervical y cerclaje uterino. **Rev. Col. Obs. Gin.** XIII. 715-726, 1962.
11. FLUHMANN F. C.: **El cuello uterino y sus enfermedades**. Pág. 513. Salvat. 1963. Barcelona.

Agradecemos al doctor Armando Rivera Z., Coordinador del Servicio de Obstetricia, y a los doctores Jaime Caicedo Luque, Javier Cabrera A., Octavio Betancourt, Hugo Campos Garrido y Tito Reyes G., la colaboración prestada.