



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
Departamento de Obstetricia y Ginecología
INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES
Servicio de Obstetricia
MÉRIDA EDO MÉRIDA

INCOMPETENCIA ÍSTMICO - CERVICAL

DRA. MARVY HERNÁNDEZ (RIII G/O)
DR. GERMÁN E. CHACÓN V.
Coordinador de A. R. O.

MÉRIDA, MAYO 2014



Incompetencia Istmico Cervical

- **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 que transcurre con membranas integra, protruye durante el evento y en la mayoría de los casos con fetos vivos**

Incompetencia Istmico Cervical

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

Clasificación

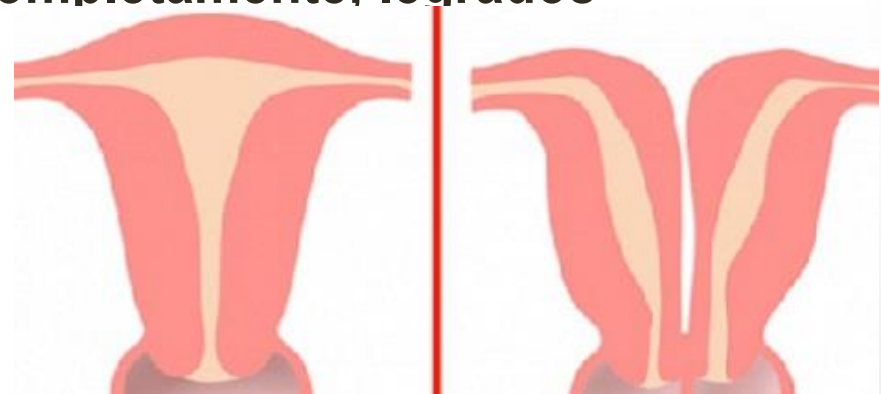
- **Incompetencia Anatómica**
- **Defecto de la estructura del cuello uterino.**

- **Incompetencia Funcional**
- **Falla de la función esfinteriana del cérvix.**

Incompetencia anatómica

- Traumática:
- Es la causa mas común de incompetencia cervical
- 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 repetidas 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 pueden 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 a 30 mm de longitud, OCI cerrado, menor de 5 mm, ausencia de herniación de la bolsa amniótica**

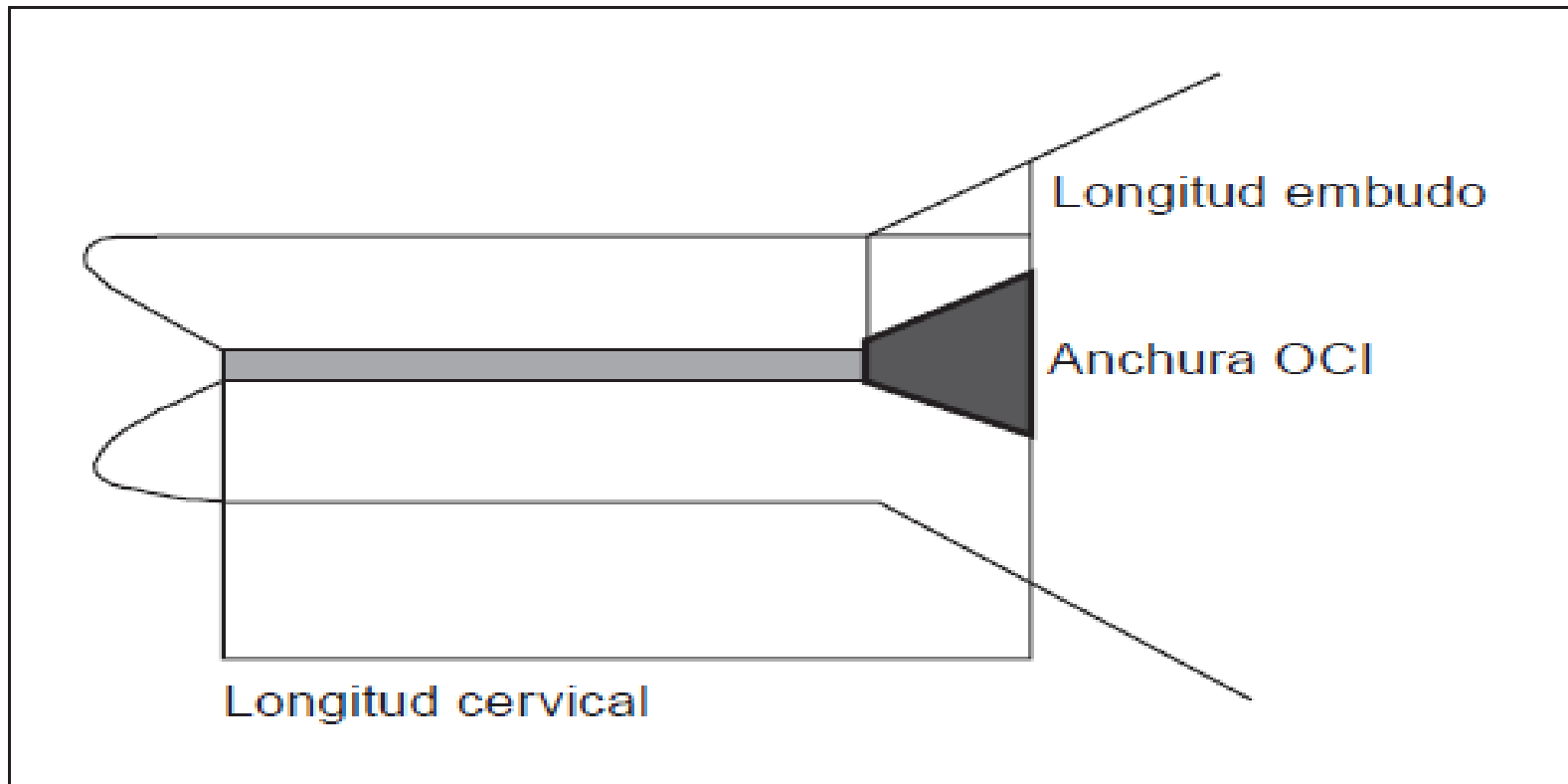


Fig. 1. Evaluación ecográfica cervical. Modificado de Ecografía obstétrica y fetal, de C.M. Rumack.

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.**

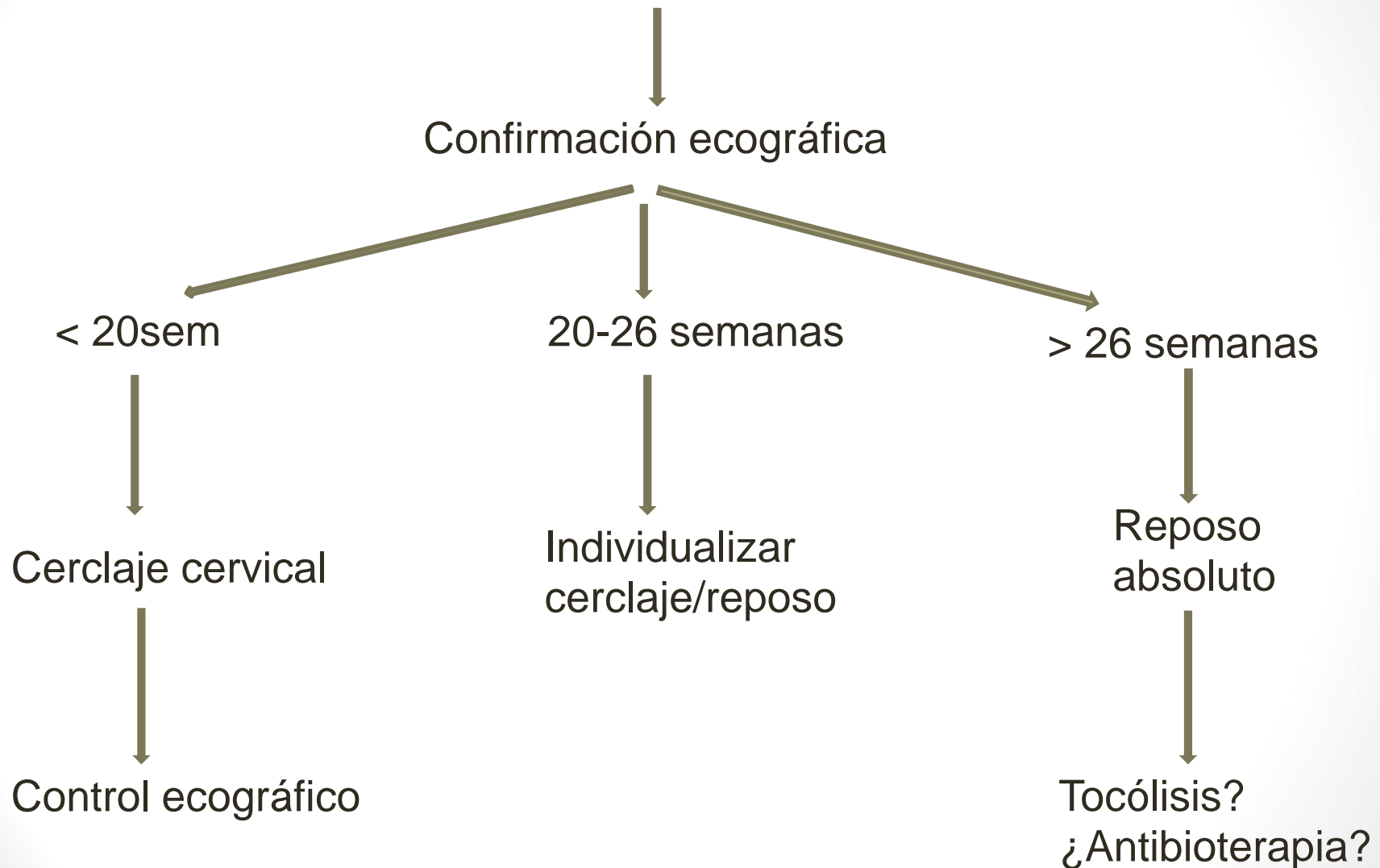
Incompetencia funcional

- **Es la pérdida de la tonicidad de la acción tipo esfínter que presenta el cérvix uterino.**
- **Se asocia a defecto de los conductos mullerianos entre ellos se asocia el útero Bicornue 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 Mullerianas.**
- **Examen físico las características del cuello muestran orificio interno cerrado con orificio externo permeable cuello corto y de posición anterior.**
- **La ecografía trasvaginal corroboraría los hallazgos de los signos clínicos.**

Sospecha clínica de Incompetencia cervical



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 profilactico.**
- **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:**

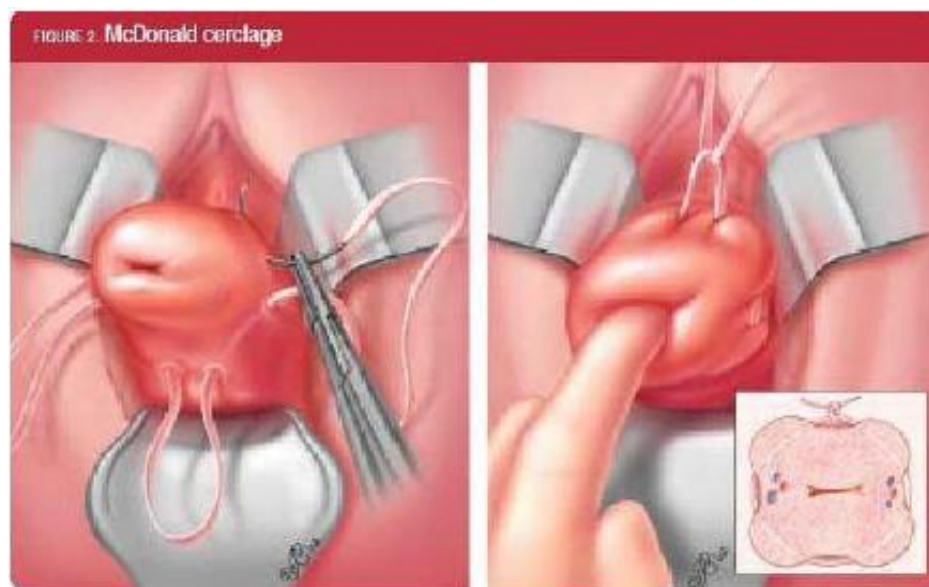
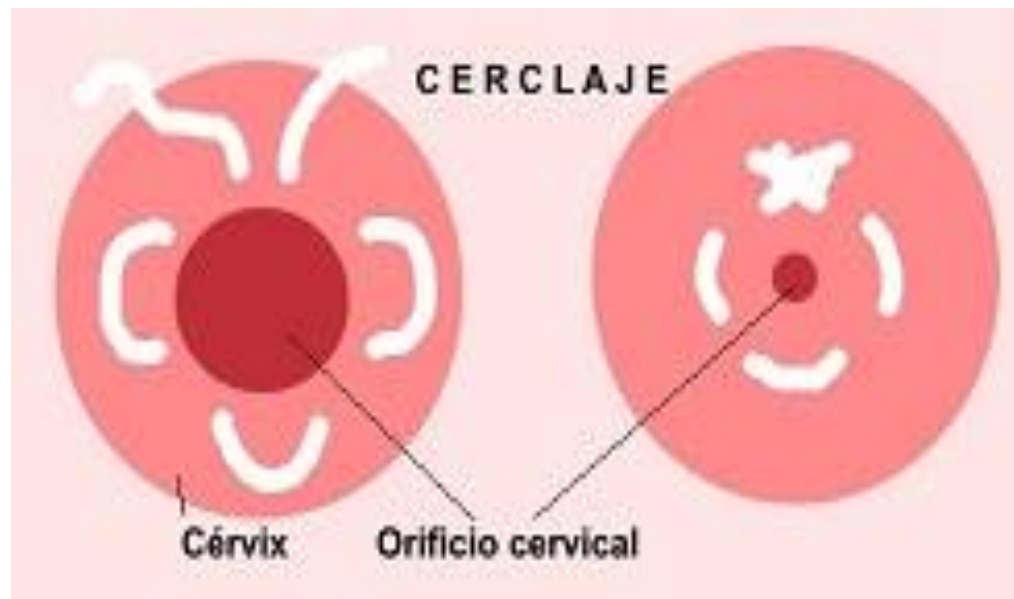
Se realiza a partir de las 18sem de gestación con complicaciones que ponen en riesgo inminente el embarazo y dificultan el procedimiento quirúrgico como la dilatación cervical y la protrusión de la bolsa amniótica.

Tratamiento quirúrgico

1. **McDonald.**
2. **Shirodkar.**
3. **Benson – Durfee.**
4. **Espinosa – Flores**

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.**



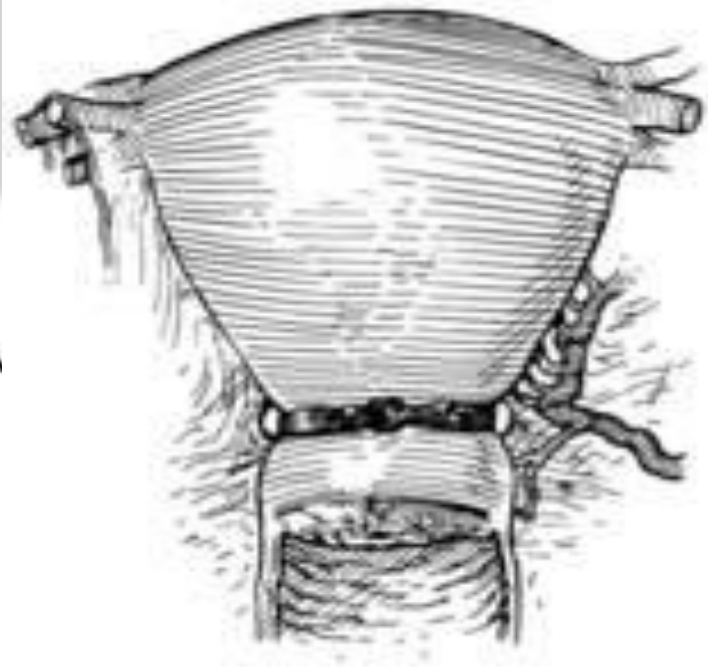


Cuello uterino abierto



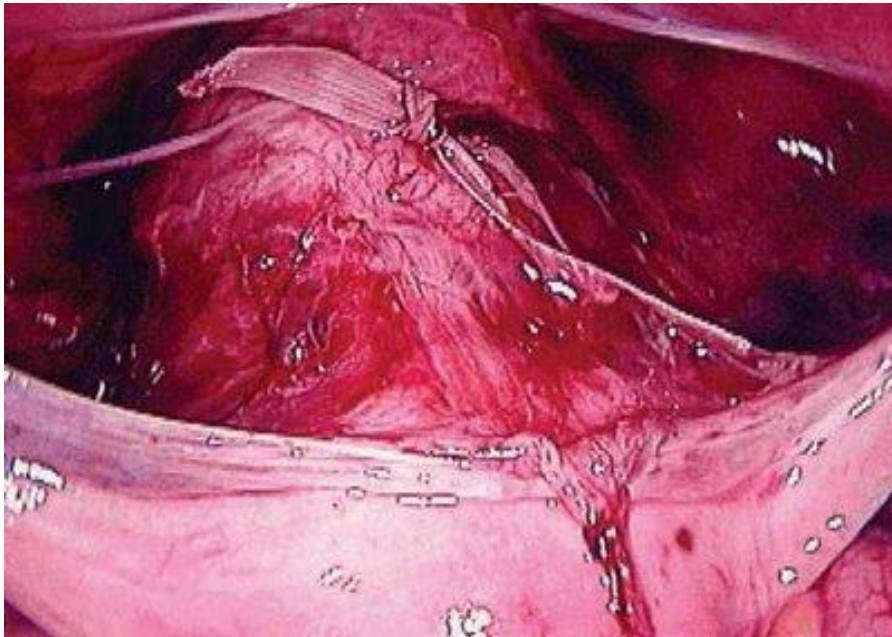
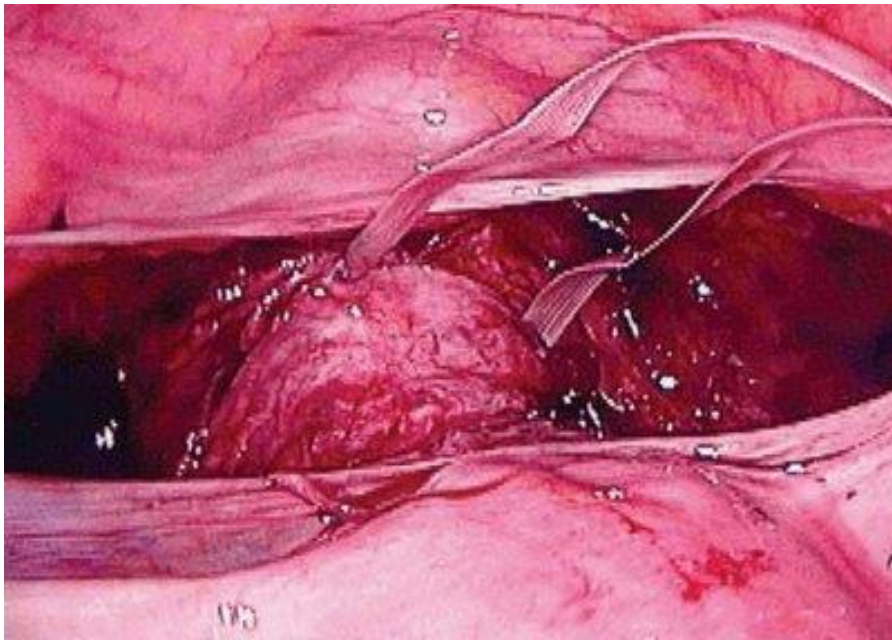
Cerclaje

 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...