

INCOMPETENCIA CERVICAL

Por los doctores: EDUARDO VALDIVIA PONCE Y JOSE TAIMAN LARI

I. CONSIDERACIONES GENERALES

1.—**Definición:**

Desde el punto de vista anatómico un cuello uterino es incompetente cuando su anillo interno es anormalmente dilatado ocasionando un canal ensanchado a nivel de la unión corpo-cervical. Desde el punto de vista obstétrico, se considera que un cuello uterino es incompetente cuando permite de una manera indolora su dilatación a un grado suficiente como para permitir herniación de las membranas con su consecuente rotura y aborto antes de finalizar la 36ava. semana del embarazo.

2.—**Datos históricos:**

Como factores etiológicos del aborto habitual se han enunciado —desde muy antiguo— una serie de razones tanto de aspecto general como local, pero hace menos de quince años que se considera en forma oficial la Incompetencia del Anillo Cervical Interno como una de las causas de aborto, especialmente de los acontecidos en el segundo trimestre del embarazo. Hace doce años y casi simultáneamente, Shirodkar de La India, Palmer en Francia y Lash en los Estados Unidos informaron de la incompetencia del anillo interno como causa de aborto habitual y dictaron normas terapéuticas para su corrección quirúrgica.

II. ASPECTOS CLINICOS

1.—**Frecuencia:**

La incompetencia del orificio interno del cuello uterino es un defecto poco frecuente. No he encontrado casos descritos en la literatura nacional y son relativamente pocos en la literatura mundial. Es un importante hecho que el reconocimiento de este defecto como entidad reparable sólo data de pocos años. Es sólo desde los estudios de Shirodkar, Palmer y Lash que se ha separado esta entidad del común denominador de "aborto habitual". Por lo moderno de este concepto no se puede aún enunciar un porcentaje preciso de esta anomalía; sin embargo, algo de luz nos brinda Barter quien sobre 35,000 pacientes obstétricas encontró solamente 19 casos de incompetencia del anillo interno. Baden considera que de cada 300 gestantes examinadas,

una presenta incompetencia como para hacer a la paciente tributaria de reparo quirúrgico. En un grupo de 160 pacientes con más de tres abortos vistos por Edward Mann en el Cornell Medical Center, encontró 113 con incompetencia del anillo interino.

De nuestra casuística privada, en los últimos 500 casos seguidos de gestantes, hemos encontrado 4 casos evidentes de esta anomalía; es decir, que hemos tenido la oportunidad de encontrar un caso de incompetencia del Orificio Interno por cada 125 gestantes.

2.—Etiología:

La incompetencia del Anillo Interno del Cuello Uterino es sumamente rara en primíparas sin antecedentes de dilatación, curetaje o cirugía cervical, de aquí la importancia que se le brinda al factor trauma como papel etiológico.

Revisando la literatura mundial, encontramos como causas más frecuentes los curetajes traumatizantes, operaciones sobre el cuello uterino, partos precipitados o cualquiera maniobra obstétrica capaz de dañar el orificio interno. Palmer también considera un factor etiológico congénito y/o neuromuscular.

Danforth en una última información señala la desproporción entre el tejido y conectivo del cuello como valioso factor etiológico.

3.—Diagnóstico:

El fundamento del diagnóstico de Incompetencia del Orificio Interno es la historia de abortos repetidos durante el segundo trimestre del embarazo, los que son comúnmente indoloros. Se considera que un cuello uterino es incompetente y que es tributario de reparo quirúrgico cuando la dilatación es mayor de 1.5 cm. antes de la 28ava. semana de gestación .

Como prueba diagnóstica de certeza sólo se considera la palpación y visualización del cuello uterino durante la gestación. En la paciente gestante, al visualizar con el espéculum se podrá observar que las membranas están prominentes y hasta ocasionalmente una extremidad fetal. Según los estudios de Edward Mann el borramiento de cuello toma el tiempo de una semana en completarse, lo que aumenta la importancia del diagnóstico precoz con el objeto de someter a la paciente al tratamiento indicado antes de que la rotura de bolsa o amnionitis ocurra.

Después de un aborto se puede hacer el diagnóstico por palpación cuando al introducir el dedo explorador en el canal cervical se encuentra una fina cicatriz, generalmente en la pared anterior. Cuando la involución completa del útero ha ocurrido después del último embarazo, el anillo anormalmente dilatado puede ser evidenciado al introducir fácilmente y sin dolor un dilatador de Hegar de 7 mm.

En la paciente no gestante el examen ginecológico rutinario no arrojará anormalidad, necesitamos auxiliarnos de la exploración instrumental o radiográfica.

Palmer en 1950 y Asplund en 1952 han realizado interesantes estudios histerográficos demostrando radiográficamente la incompetencia del anillo interno. Robowitz y Lash en 1953 introdujeron el método del balón que simplifica notablemente el estudio radiográfico. Bergman usa el test de la tracción que consiste en introducir un cateter de Foley dentro de la cavidad y llenarlo con 1 cm. de agua antes de traccionar.

Tanto el método instrumental con el dilatador de Hegar o el histerográfico o el del balón, son una ayuda diagnóstica apreciable pero no una prueba definitiva para diagnosticar incompetencia del anillo interno del cuello uterino.

4.—Pronóstico:

Bajo los métodos actuales de tratamiento, el pronóstico de esta lesión es bastante alentador, ya que la literatura señala alrededor de un 70% de buenos resultados tanto en casos tratados médica como quirúrgicamente.

Shirodkar obtiene entre 70 y 85% de buenos resultados, mientras Mc Donald nos brinda solamente entre 40 y 50%.

Baden tuvo éxito en un 63% de sus casos, Lash en 61%, Page en el 70% y Durfee en similar porcentaje.

Sobre 19 casos tratados durante la gestación con un 72% de buenos resultados, Barter logró mantener el embarazo por un promedio de 14.4 semanas después del reparo.

En las series de Lash, sobre 47 embarazos a término, sólo en una ocasión ocurrió rotura de las suturas en el curso de la labor.

De acuerdo con "The Year Book", hay descritos en la literatura mundial tres casos de rotura uterina por arriba de la línea de sutura, en el curso del trabajo de parto.

5.—Tratamiento:

Se han preconizado conductas terapéuticas de orden médico, quirúrgico y profiláctico.

Los de orden médico evitan la cirugía pero aparejan el inconveniente de un período gestante penoso que requiere una absoluta colaboración de la paciente para lograr el éxito buscado. Como indicaciones fundamentales de esta terapia podemos señalar el reposo diurno a intervalos más o menos largos dependiendo del grado de incompetencia; soporte abdominal desde las 16 semanas del embarazo y dormir en moderado Trendelemburg. Por supuesto que a esto se añade medicación hormonal, sedante, etc., dependiendo

en cada caso particular. Como control, deben realizarse exámenes con intervalos no mayores de una semana.

El tratamiento quirúrgico fue preconizado por Shirodkar en la India y casi simultáneamente por Lash y Lash en los Estados Unidos de Norteamérica. La finalidad de este tratamiento es restaurar el calibre normal del cuello uterino. Persiguiendo este fin se han descrito varias técnicas tales como las de Shirodkar, Lash, Mc Donald, Baden, Page, Barter y Durfee. No nos extenderemos a detallar cada una de estas técnicas, pero enunciaremos las ideas fundamentales de las mismas.

Shirodkar sutura una tira de fascia alrededor del cuello uterino a nivel del orificio interno y termina el embarazo por operación cesárea.

Lash efectúa un reparo cervical en toda su longitud, ya sea colocando suturas "imbricadas" sobre el "defecto" de la pared anterior o sea haciendo una resección en cuna de la cicatriz y cosiendo o sino realizando una más extensa incisión que empezando del orificio externo avanza hasta alcanzar la zona defectuosa y cerrando por planos la herida de lo que casi constituye una histerotomía anterior. Este procedimiento fue llevado a cabo en pacientes inmediatamente después del aborto o en no gestantes.

Mc Donald suturando el círculo alrededor del cuello uterino.

Baden preconiza el "external os bridge tracheloplasty" cuya esencia es cerrar el orificio externo dejando dos pequeños orificios lo suficientemente pequeños como para no permitir la herniación de las membranas. Este procedimiento es recomendado cuando el embarazo es no mayor de 25 semanas. Se corta el "puente" al comenzar la labor, permitiendo así el parto vaginal.

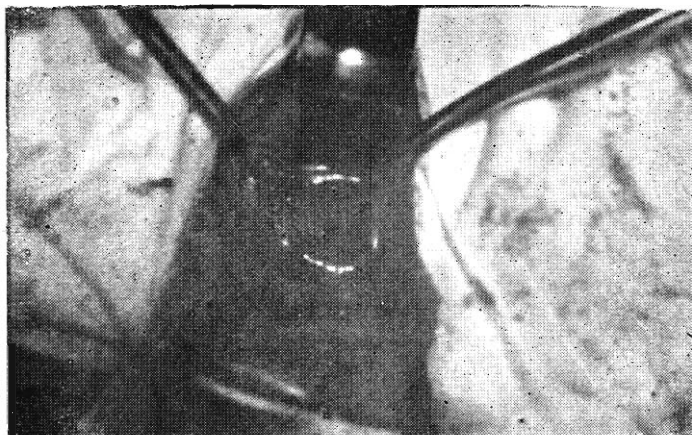
Barter aconseja hacer el reparo entre la 14 y 18ava. semana del embarazo. Su técnica consiste en suturar fascia alrededor del cuello con lo elemental de la técnica de Shirodkar y la innovación de usar agujas de aneurisma para facilitar el procedimiento.

Page coloca tres cintas de catgut a nivel del orificio interno a las 12, 4 y 8 del reloj. Rodea el cuello a este nivel con oxichel y talco, ata las cintas de catgut fijando el oxichel y comprimiendo el cuello uterino a nivel del orificio interno, reduciendo así la luz ensanchada del canal.

Durfee a semejanza de Barter realiza el reparo durante el segundo trimestre modificando la técnica primitiva de Shirodkar y usando agujas de fascia de "Gallie" para tal efecto, y últimamente usando "permafil", que es una sutura de proteína sintética. La técnica de Durfee fue publicada casi simultáneamente con la de Barter.

III. CASUÍSTICA Y COMENTARIO

Durante los últimos 6 años hemos tenido oportunidad de atender 500 mujeres gestantes en nuestra práctica privada y hemos visto 4 casos típicos de esta anomalía. Esto daría una incidencia de 1 por cada 125 gestantes,



Esta foto ha sido tomada cuando la paciente era portadora de una gestación de 3 y 1/2 meses y antecedendo a la cirugía reparadora. Se puede observar la anormal dilatación del cuello uterino.

porcentaje que es más alto que el comúnmente encontrado en la literatura, pero que en parte lo explicamos porque frecuentemente nos derivan pacientes que poseen historia de abortos repetidos.

Caso Nº 1. (Sra. E.S.). Esta paciente había tenido 11 pérdidas, catalogada como "aborto habitual" y derivada a nuestra consulta. Tratamos de

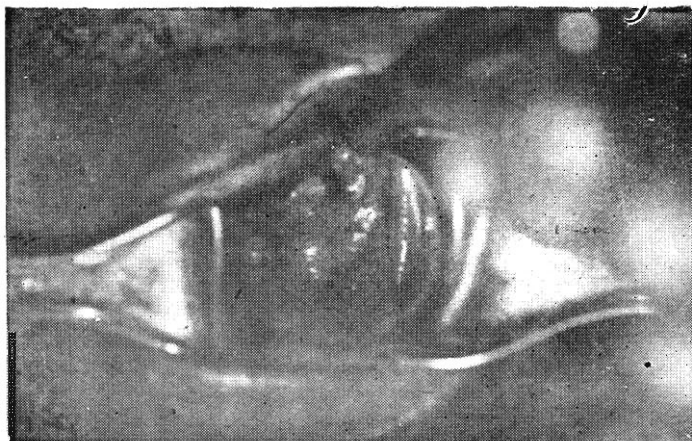


Foto tomada estando la paciente con ocho meses de gestación. Se puede observar el "puente" que se ha formado sobre el orificio externo como medio de impedir el aborto; "puente" que será cortado al momento de iniciarse el trabajo de parto.

seguir las indicaciones de orden médico y también perdimos un feto de seis y medio meses.

Caso N° 2 (Sra. A.S.). Había tenido 4 pérdidas de segundo trimestre; practicamos reparo cervical con resección y sutura tal como lo preconiza Lash. Salió en cinta 8 meses más tarde de la operación y lo perdió a los 6 meses. Este caso será sometido a la operación de Baden en su próxima gestación.

Caso N° 3 (Sra. E.P.). Había tenido 3 pérdidas; tal como la paciente anterior, practicamos reparo de Lash. Tiene un año de operada, aún no ha salido encinta.

Caso N° 4 (Sra. H.A.). Tiene historia de 3 abortos de segundo trimestres y 2 partos prematuros de 7 y ½ meses. Le practicamos tratamiento quirúrgico a los tres meses de embarazo según la técnica de Baden. La gestación evolucionó normalmente y tuvo parto inducido a las 39 semanas.

IV. CONCLUSIONES

- 1.—La Incompetencia del Orificio Interno del Cuello Uterino no es tan infrecuente como comúnmente se cree. Aconsejamos pensar más en ello y practicar los medios de diagnóstico convenientes.
- 2.—En nuestra casuística privada la hemos encontrado en un 0.8% de los casos de gestación.
- 3.—Aconsejamos no practicar tratamiento quirúrgico durante la gestación hasta después de pasadas las 14 semanas, para no interferir con los riesgos de anestesia en la época más importante de la organogénesis y evitar el riesgo de aborto del primer trimestre.
- 4.—Recomendamos durante la gestación la técnica de Baden pues es sencilla y nos ha brindado excelentes resultados.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.—SHIRODKAR V.N.—A new method of operative treatment for habitual abortions in the second trimester of Pregnancy. *Antiseptic* 52: 299 1955.
- 2.—LASH A.F. LASH S.R.—Habitual abortion: the incompetent internal os of the cervix. *Am. J. OB/Gyn* 59: 68 1950.
- 3.—BADEN W.F.—Cervical Incompetence: repair during pregnancy. *Am. J. OB/Gyn* 74: 241 1957.
- 4.—BARTER, RIVA and PARKS.—Surgical closure of the incompetent cervix during pregnancy. *Am. J. OB/Gyn* 75: 511 1958.
- 5.—Incompetent Internal Os of the Cervix causing late abortion and premature labor: technic of its repair. *Obs. & Gyn* 12:507 1958.
- 6.—Surgical treatment of incompetent cervix during pregnancy. *Obs. & Gyn* 12: 91 1958.
- 7.—MANN E.C.—Habitual abortion: report in 2 parts. *Am. J. OB/Gyn* 77: 706 1959.
- 8.—BADEN W.F.—Cervical Incompetence: current Therap. *Am. J. OB/Gyn* 79: 545 1959.
- 9.—LASH A.F.—The incompetent internal os of the cervix: diagnosis and treatment. *Am. J. OB/Gyn* 79: 552 1959.
- 10.—SESKI A. KOZORA E.—Cervical Incompetence. *Obs. & Gyn* 17: 556 1961.