



Guía de Referencia Rápida

**Indicaciones y manejo del
Cerclaje Cervical**

Guía de Práctica Clínica GPC

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-539-11

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

CIE-10: O34.3 Atención materna por incompetencia del cuello

CIE-9: 67.51 Cerclaje Transabdominal

67.59 Otra reparación del orificio cervical interno

GPC

Indicaciones y manejo del cerclaje cervical

ISBN en trámite

DEFINICIONES

Cerclaje cervical: Procedimiento quirúrgico que consiste en aplicar una sutura en el cuello del útero en bolsa de tabaco para mantener cerrado el orificio cervical interno.

Cerclaje cervical de emergencia: Aquel que se aplica en casos de dilatación cervical prematura con exposición de las membranas fetales a la vagina; éste hallazgo puede ser descubierto por exploración física, especuloscopia o ultrasonografía. Se aplica entre las 14 y 24 semanas de gestación. También llamado de “rescate”, “indicado por exploración física” o, de “membranas en reloj de arena”.

Cerclaje cervical indicado por historia clínica: Aplicación de un cerclaje como una medida profiláctica y como resultado de los factores de riesgo encontrados en la historia gineco obstétrica, los cuales incrementan el riesgo de pérdida espontánea del segundo trimestre o parto pretérmino.

Cerclaje cervical indicado por ultrasonido: Inserción de un cerclaje como una medida terapéutica en casos de longitud cervical acortada evaluada mediante ultrasonido transvaginal; se realiza en mujeres asintomáticas con factores de riesgo entre la semana 12 y 24 de gestación y que no tienen expuestas las membranas amnióticas hacia la vagina.

CERCLAJE INDICADO POR HISTORIA CLÍNICA

En mujeres con el antecedente de tres o más partos pretérminos (parto vaginal antes de las 37 semanas), la colocación de un cerclaje cervical puede disminuir a la mitad la probabilidad de parto antes de las 33 semanas.

En mujeres con el antecedente de dos o menos partos antes de las 37 semanas, la colocación de un cerclaje cervical no disminuye la aparición de parto pretérmino.

El cerclaje debe de ofrecerse a mujeres con el antecedente de tres o más partos pretérmino y/o pérdidas del producto de la concepción en el segundo trimestre de la gestación. Los antecedentes adversos como dilatación cervical no dolorosa o ruptura prematura de membranas o factores de riesgo adicionales como cirugía cervical, no son útiles para tomar la decisión de colocar un cerclaje cervical. No existe suficiente evidencia para recomendar el uso de pruebas diagnósticas preconcepcionales cervicales como el índice de resistencia cervical, histerografía o la inserción de dilatadores cervicales con el fin de detectar insuficiencia cervical. El algoritmo para seleccionar pacientes que de acuerdo a sus antecedentes, se beneficiarán con la aplicación de un cerclaje se muestra en el **diagrama I**.

CERCLAJE INDICADO POR HALLAZGOS ULTRASONOGRÁFICOS

a) Embarazo único, sin historia de pérdidas gestacionales en el segundo trimestre o parto pretérmino: En embarazos que cursan entre las 22 y 24 semanas, con el hallazgo de una longitud cervical menor a 15 mm evaluado por ecografía endovaginal y sin antecedentes de riesgo para parto pretérmino, la colocación de un cerclaje no muestra diferencias significativas en la proporción de nacimientos antes de las 33 semanas, ni en la morbilidad, ni mortalidad tanto fetal/neonatal como materna. La colocación de un cerclaje no es de utilidad en aquellas embarazadas en las que incidentalmente se encontró una longitud cervical menor a 25 mm por ecografía endovaginal al principio de la segunda mitad del embarazo y no cuentan con el antecedente de parto pretérmino o pérdida de la gestación durante el segundo trimestre. En mujeres con longitud cervical menor de 15 mm detectada entre las 20 y 25 semanas de gestación sin factores de riesgo, la administración vaginal diaria de 200 mg de progesterona, reduce significativamente la tasa de parto pretérmino espontáneo cuando se comparan con un grupo placebo (19.2% vs 34.4%, RR 0.56; IC 95%: 0.36-0.86); sin embargo, no existe reducción significativa en la morbimortalidad perinatal.

a) Embarazo único, con historia de pérdidas gestacionales en el segundo trimestre o parto pretérmino: En mujeres con el antecedente de un aborto/parto espontáneo entre las 17 y 33,6 semanas y en las que se detectó una longitud cervical menor a 25 mm mediante evaluaciones ecográficas endovaginales seriadas realizadas entre las 16 a 21,6 semanas de gestación, la aplicación de un cerclaje cervical, en comparación con un manejo expectante, reduce la proporción de casos con: nacimiento antes de la viabilidad (previo a las 24 semanas) y muerte perinatal; sin embargo, no previene el nacimiento antes de las 35 semanas, a menos que la longitud cervical sea menor a 15 mm. A las mujeres que cuenten con el antecedente de una o más pérdidas espontáneas del producto de la concepción en el segundo trimestre o de parto pretérmino y que se les vigile mediante la evaluación de la longitud del cérvix con ecografía endovaginal, se les debe ofrecer un cerclaje antes de las 24 semanas de gestación cuando la longitud cervical sea menor o igual a 25 mm. El funneling (tunelización o dilatación del orificio cervical interno) no parece ser un factor de riesgo independiente que incremente el riesgo de parto pretérmino asociado con la medición de la longitud cervical.

CERCLAJE DE EMERGENCIA

La aplicación de un cerclaje de emergencia, en comparación con establecer un manejo basado en el reposo absoluto, logra prolongar de forma significativa la duración del embarazo. El cerclaje de emergencia puede retrasar el parto más allá de cinco semanas y reduce a la mitad, la frecuencia de parto antes de las 34 semanas; sin embargo, existen datos limitados para apoyar que el cerclaje de emergencia se asocia con mejores resultados perinatales evaluados a través de morbilidad y mortalidad neonatal. Los estudios que evalúan el impacto perinatal muestran una tendencia hacia un mejor resultado relacionado con la aplicación del cerclaje de urgencia; pero no alcanzan la significancia estadística. La decisión para colocar un cerclaje de emergencia debe ser individualizada, y tomando en cuenta la edad gestacional, ya que los riesgos de parto prematuro y morbimortalidad neonatal a pesar de realizar el procedimiento, permanecen altos. El obstetra que cuente con la mayor experiencia en el grupo de trabajo deberá participar en la toma de la decisión. La conducta a seguir para seleccionar pacientes que se benefician con la aplicación de un cerclaje de emergencia se describe en el **diagrama II**. Tras su aplicación, La tasa de corioamnionitis es similar al manejo con reposo en cama. La decisión para colocar un cerclaje de emergencia debe ser individualizado y teniendo en cuenta la viabilidad alcanzada con la Unidad de Cuidados Intensivos local. El límite superior para aplicar un cerclaje de emergencia estará condicionado por el análisis realizado por el

Comité de Morbimortalidad perinatal local. Se recomienda evaluar individualmente los casos en los cuales se encuentre dilatación avanzada del cérvix (más de 4 cm) o prolapso de las membranas por debajo del orificio cervical externo debido a que con estos datos se ha observado una alta posibilidad de falla en el cerclaje.

CONTRAINDICACIONES DEL CERCLAJE CERVICAL

No se recomienda colocar un cerclaje en las siguientes condiciones:

- Trabajo de parto pretérmino activo.
- Evidencia clínica de corioamnionitis
- Sangrado vaginal activo.
- Ruptura prematura de membranas pretérmino.
- Evidencia de compromiso en estado de oxigenación fetal.
- Defectos fetales letales.
- Óbito.

CERCLAJE EN GRUPOS DE ALTO RIESGO

a) **Embarazo múltiple.** La práctica de aplicar un cerclaje en embarazos múltiples en comparación con no hacerlo, puede estar asociado con un incremento de la mortalidad perinatal; aunque ésta asociación, no es estadísticamente significativa. En el embarazo gemelar, la aplicación de cerclaje, en comparación con no colocarlo, no se asocia con una disminución significativa de parto prematuro a las 34 semanas de gestación o menos. No se recomienda la realización de un cerclaje en el embarazo múltiple, ya que existen algunas evidencias que sugieren que puede ser perjudicial y podría asociarse con un incremento en parto pretérmino y pérdida gestacional.

b) **Malformaciones uterinas y/o antecedente de trauma cervical.** En mujeres con historia de cono-biopsia o amputación cervical no existe diferencia significativa en el nacimiento antes de las 33 semanas de gestación cuando se coloca un cerclaje en comparación con manejo expectante. El cerclaje cervical no puede ser recomendado de manera generalizada en grupos considerados de alto riesgo de parto pretérmino, como mujeres con: anomalías mullerianas, cirugía con destrucción cervical previa (cono-biopsia, la excisión con asa grande de la zona de transformación o procedimientos destructivos como la ablación por láser o diatermia) o dilatación y legrados múltiples, previos.

APLICACIÓN, VIGILANCIA Y RETIRO DEL CERCLAJE CERVICAL

Las acciones necesarias a realizar antes de aplicar un cerclaje cervical se describen en la **tabla I**. En mujeres que serán sometidas a colocación de cerclaje cervical se recomienda la realización de cultivos de exudado cervicovaginal con medios de cultivo habituales. La búsqueda de microorganismos debería ser dirigida a detectar a los que se han identificado como los más frecuentes en cada unidad médica con atención obstétrica. En este grupo de embarazadas no se recomienda realizar de forma rutinaria una amniocentesis, amnioreducción, ni una determinación de proteína C reactiva. Se deberá realizar una evaluación estructural ecográfica fetal minuciosa y por personal con experiencia antes de realizar el procedimiento. El uso de tocolisis y antibiótico profiláctico en pacientes que serán sometidas a la colocación de un cerclaje cervical electivo o de emergencia, deberá individualizarse, teniendo en consideración las condiciones clínicas en las cuales se aplicará el cerclaje cervical. Una vez que se ha tomado la decisión de colocar, se recomienda

realizarlo lo antes posible.

Al compararse la vía de abordaje para aplicar del cerclaje (abdominal o vaginal), no existen diferencia significativa en la sobrevida neonatal; sin embargo, la vía abdominal se asoció a una mayor estancia hospitalaria, mayor tiempo quirúrgico y complicaciones. Se recomienda optar por el abordaje vaginal, ya que se asocia con una menor estancia hospitalaria, menor tiempo quirúrgico y menor morbilidad materna; excepto en los casos en que las condiciones cervicales no lo permitan. No existen diferencias significativas de acuerdo a la técnica empleada para colocar el cerclaje cervical. Por estos motivos, se recomienda que la elección de la vía de abordaje y la técnica a emplear se reserve a la habilidad y dominio del cirujano. La colocación de un cerclaje cervical vía abdominal posterior a la falla de la colocación por vía vaginal, incrementa las complicaciones transoperatorias serias como hemorragias (3.4% vs 0%) comparado con la recolocación mediante la vía vaginal. Debido a la mayor morbilidad del cerclaje vía abdominal se debe considerar la recolocación vía vaginal siempre y cuando las condiciones cervicales lo permitan. No existe evidencia que apoye la elección de la vía laparoscópica sobre la vía abierta, en los casos de cerclaje cervical abdominal, sin embargo hay que tener en cuenta el costo-beneficio y la experiencia del operador.

Se recomienda el manejo ambulatorio en pacientes sometidas a cerclaje cervical electivo. En mujeres en quienes se colocó cerclaje cervical indicado por ultrasonido o de emergencia, que tengan factores de riesgo para ruptura prematura de membranas, parto pretérmino temprano, aborto e infección, se recomienda manejo intrahospitalario por 24 horas; sin embargo se debe individualizar cada caso. En mujeres con cerclaje cervical colocado vía abdominal (abierto o laparoscópica) se recomienda observación intrahospitalaria por lo menos de 48 hrs posteriores a la colocación del mismo. Las acciones a realizar después de colocar un cerclaje se describen en la **tabla II**.

En pacientes con cerclaje cervical que presentan trabajo de parto establecido, debe retirarse el cerclaje cervical. Sin embargo, en la ausencia del mismo, el retiro electivo entre las 36 y 37 semanas de gestación es aconsejable por el riesgo potencial de lesiones cervicales asociadas a las contracciones. Un cerclaje cervical aplicado con técnica Shirodkar requiere anestesia para su retiro. En todas las mujeres con cerclaje trans- abdominal se deberá de realizar operación cesárea; sin embargo, si se consideran nuevos embarazos deberá considerarse dejar la sutura en el útero.

COMPLICACIONES DEL CERCLAJE CERVICAL

Las complicaciones más frecuentes asociadas a la aplicación del cerclaje son:

- Ruptura de membranas
- Corioamnionitis
- Desplazamiento de la sutura del sitio de colocación.

Las complicaciones que amenazan la vida de la paciente como la ruptura uterina y la septicemia son extremadamente raras; aunque han sido reportadas después de practicar todos los tipos de cerclaje existentes.

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Cuando en el primer nivel de atención se detecte que una paciente embarazada tenga factores de riesgo para parto pretérmino o con historia sugestiva de insuficiencia cervical, deberá ser enviada al segundo nivel de atención para su seguimiento y manejo, y preferentemente antes de las 12 semanas de gestación. Las pacientes candidatas a un cerclaje electivo (indicado por historia clínica o por ultrasonido) deberán ser manejadas en el segundo nivel de atención. En el caso de pacientes que

requieran la aplicación de un cerclaje de emergencia, una segunda colocación de cerclaje por falla del anterior, o que tengan indicación de un cerclaje con abordaje vía abdominal, deberán ser referidas a un tercer nivel de atención para su evaluación y manejo.

INCAPACIDAD

En caso de haber aplicado un cerclaje electivo, se recomienda otorgar incapacidad durante 14 días; posteriormente individualizar cada caso para valorar la posibilidad de regreso a la actividad laboral o prolongar incapacidad. En caso de haber realizado un cerclaje de emergencia, se recomienda otorgar incapacidad hasta alcanzar las 34 semanas. En todos los casos se recomienda expedir la incapacidad prenatal a las 34 semanas de acuerdo con la normativa nacional vigente.

TABLA I
ACCIONES A REALIZAR ANTES DE APLICAR UN CERCLAJE CERVICAL.

REQUISITO	CERCLAJE ELECTIVO (HISTORIA CLINICA Y USG)	CERCLAJE DE EMERGENCIA
Consentimiento informado	Necesario	Necesario
Laboratorios	Citometría hemática completa Tiempos de coagulación Urocultivo y Cultivo Cervicovaginal	Citometría hemática completa Tiempos de coagulación Proteína C Reactiva (en sospecha clínica de corioamnionitis) Urocultivo y Cultivo Cervicovaginal (no esperar resultados para la colocación del cerclaje)
Amniocentesis	No se recomienda para la determinación de inflamación/infección intraamniótica Proscrita la amniocentesis reductiva	La indicación solo para sospecha clínica de corioamnionitis. No realizar amniocentesis reductiva
Ultrasonido	Medición longitud cervical (endovaginal) Para determinación de anomalías estructurales fetales	Para determinación de anomalías estructurales fetales
Antibiótico profiláctico	No indicado sin documentar infección	No indicado sin documentar infección
Tocolisis profiláctica	No indicada de manera rutinaria	La indicación se deja a consideración dependiendo de las condiciones clínicas de la paciente.

TABLA II
ACCIONES A REALIZAR DESPUÉS DE APLICAR UN CERCLAJE CERVICAL.

Situación	Aspecto	Acción
Se le realizó cerclaje cervical de manera hospitalaria o bien ambulatoria	Reposo	Permanecer en reposo relativo, dependiendo de las condiciones generales, como sangrado, contracciones uterinas y estado general de la paciente.
Resultados de cultivos tomados previamente al procedimiento positivos.	Antibioticoterapia	Antibiótico de acuerdo con resultado del antibiograma.
Se reciben resultados de cultivos practicados previamente al procedimiento y resultan negativos	Antibioticoterapia	No administrar terapia antimicrobiana
La paciente no tiene evidencia de presentar contracciones uterinas posterior al cerclaje cervical	Tocólisis	No administrar terapia tocolítica.
Existe dolor tipo cólico en hipogastrio y contracciones uterinas y se relaciona con la aplicación del cerclaje.	Tocólisis	Administrar tocolíticos. A consideración del médico tratante el tiempo de administración
Se realizó cerclaje de emergencia	Seguimiento	Considerar como embarazo de alto riesgo; visitar al especialista y revisión con espejo vaginal en cada 15 días, cultivos seriados a discreción, administrar esquema de maduración pulmonar fetal dependiendo de semanas de gestación.
Se realizó cerclaje cervical electivo	Seguimiento	Visita médica mensual y control prenatal de rutina; realizar especuloscopia y esquema de maduración ante la inminencia de parto.

DIAGRAMA I
SELECCIÓN DE PACIENTES QUE REQUIEREN CERCLAJE CERVICAL DE ACUERDO A LOS ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS.

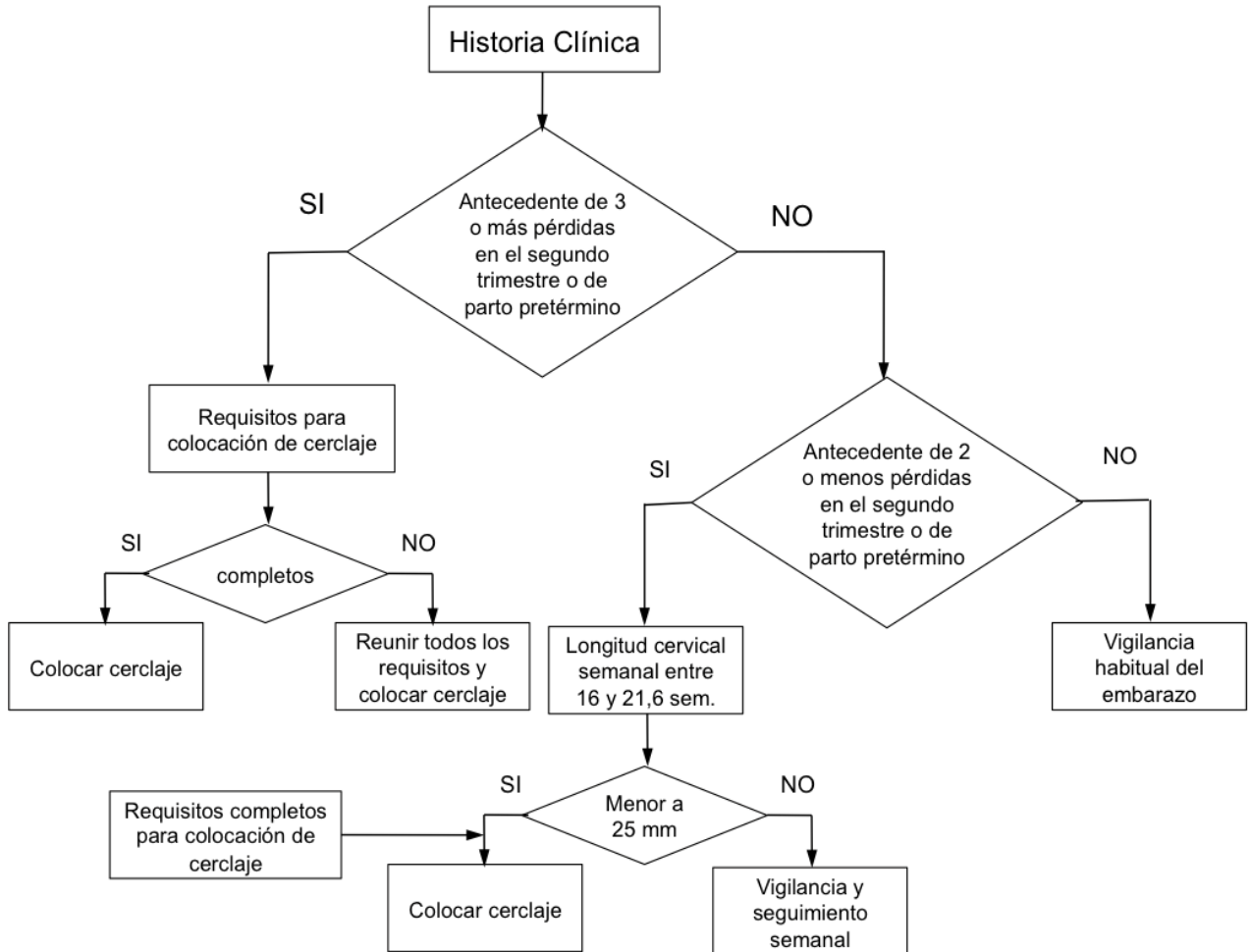


DIAGRAMA II
SELECCIÓN DE PACIENTES QUE PUEDEN BENEFICIARSE CON LA APLICACIÓN DE UN CERCLAJE DE EMERGENCIA.

