



Introducción

El cerclaje tiene sus indicaciones en la profilaxis y tratamiento de la incompetencia cervical. La incompetencia o insuficiencia cervical representa un 10% de las causas de parto prematuro y está asociada con importante morbilidad neonatal.

Las modificaciones cervicales en el segundo trimestre de gestación son causa de parto prematuro y pueden deberse a:

1. Incompetencia cervical.
2. Pérdida de tejido conectivo tras una cirugía cervical (conización).
3. Defectos congénitos, como la hipoplasia cervical tras exposición a dietilestilbestrol.
4. Infección intrauterina: hasta un 51.5% de las pacientes con clínica compatible con incompetencia cervical enmascaran un cuadro de infección intraamniótica subclínica.

Diferenciamos 3 tipos de cerclaje:

1. El **cerclaje** se considera **profiláctico o electivo (o primario)** cuando se realiza de forma electiva por antecedentes de incompetencia cervical antes de evidenciar cambios en el cérvix; generalmente se realiza entre las 13 y 16 semanas de gestación.
2. El **cerclaje terapéutico secundario** se realiza tras la detección, en el seguimiento obstétrico, de modificaciones en el cérvix antes de las 26 semanas de gestación. Se efectúa en pacientes con un riesgo potencial de parto prematuro.
3. El **cerclaje terapéutico terciario, en caliente, de rescate o "emergent cerclage"** se realiza en pacientes que presentan la membrana amniótica visible a través del orificio cervical externo o en vagina.

Sospecha Clínica de Incompetencia Cervical

1. Clínica de presión pélvica y
2. Dilatación cervical ≥ 2 cm
3. En ausencia de contracciones regulares uterinas
4. Independientemente de la presencia o no de bolsa amniótica en vagina.

Copia N°:	Representante de la Dirección:	Fecha:
	<i>Revisó</i>	<i>Aprobó</i>
<i>Nombre</i>	Dr. Leonardo Gilardi	Dr. Daniel Dapelo
<i>Firma</i>		
<i>Fecha</i>	20/06	05/07



Indicaciones del Cerclaje

Cerclaje Profiláctico o Electivo (13-16 semanas)

Únicamente se ha demostrado la eficacia del cerclaje profiláctico en:

- 1) Pacientes con historia de **3 ó más pérdidas fetales en el segundo o inicios del tercer trimestre** en el contexto de cuadros clínicos compatibles con incompetencia cervical.
- 2) Aunque no existe evidencia en este punto, indicaremos un cerclaje electivo también en aquellas pacientes que presenten **2 pérdidas fetales en el segundo o inicios del tercer trimestre documentadas**.
- 3) Cabe considerarse en pacientes que presentan **pérdida fetal** en el segundo o inicio del tercer trimestre **después de una conización**.

NO existe evidencia científica que demuestre que sea útil el cerclaje profiláctico:

- a. en población de bajo riesgo,
- b. en gestaciones múltiples,
- c. en mujeres con cérvix corto (15 mm o menos) sin historia de parto prematuro en una gestación anterior,
- d. en pacientes con antecedentes de 1 ó 2 pérdidas fetales y en aquellas con evidencia de otras causas de parto prematuro.

Cerclaje Terapéutico Secundario (hasta 26 Semanas)

El cerclaje (terapéutico) secundario está indicado en caso de pacientes con riesgo potencial de parto prematuro (mujeres con antecedente de **1 ó 2 pérdidas fetales y aquellas con evidencia de otras causas de parto prematuro** en las que se describe durante el seguimiento un acortamiento progresivo de la **longitud cervical < 25 mm** de manera persistente, antes de la semana 26). La progesterona debe utilizarse como primera línea de actuación antes de la colocación del cerclaje.

Cerclaje Terapéutico Terciario (hasta 26 semanas)

El cerclaje en caliente está indicado **en pacientes con membranas visibles a través del orificio cervical externo o en la vagina**. El cerclaje es más efectivo que la conducta expectante con reposo y tocolíticos.



Protocolo de Actuación

Manejo Inicial

A.- Pacientes con Indicación de Cerclaje Electivo o Profiláctico

1. Rutina con hemograma, coagulograma y prequirúrgico.
2. Cultivos vaginales y endocervicales; tinción de Gram vaginal para el diagnóstico de vaginosis bacteriana (criterios de Nugent) y urocultivo entre 5-7 días antes del cerclaje.
3. Ingreso para cerclaje entre las 13 y 16 semanas (con resultados de cultivos)
4. Indometacina 75 mg por vía rectal previamente al procedimiento. El tratamiento se prorrogará hasta 24 h posteriores al cerclaje (50 mg cada 6h por vía oral).
5. Profilaxis antibiótica (cefalotina o análogo 2 g monodosis) previa al cerclaje. Si los cultivos son positivos, se administrará el antibiótico adecuado según antibiograma específico por vía oral o intravenosa.

B.- Pacientes con Indicación Potencial de Cerclaje Terapéutico o Secundario

1. Cultivos vaginales y endocervicales, tinción de Gram vaginal y urocultivo entre las 12 y 16 semanas de gestación. Se repiten a las 20 a 22 semanas. Si la tinción de Gram vaginal confirma el diagnóstico de vaginosis bacteriana por criterios de Nugent, se realiza tratamiento con clindamicina (300 mg cada 12 h por vía oral x 5 días).
2. Manejo ambulatorio mediante ecografía transvaginal cada 2 semanas a partir de las 12 a 14 semanas de gestación. Se ofrece la opción de cerclaje si el cérvix presenta una longitud cervical por debajo de 25 mm antes de la semana 26.
3. Indometacina 75 mg vía rectal previamente al procedimiento. El tratamiento se prorrogará hasta 48 h posteriores al cerclaje (50 mg cada 6h por vía oral).
4. Profilaxis antibiótica (cefalotina o análogo 2 g monodosis) al ingreso. Si los cultivos son positivos, se administrará el antibiótico adecuado según antibiograma específico durante 5 días; la vía de administración será oral o intravenosa.

C.- Pacientes con Indicación Potencial de Cerclaje Terciario o Emergente

Según datos estadísticos, la supervivencia neonatal tras un **cerclaje en caliente** es del 80% con un porcentaje de prematuridad no despreciable:

- Parto antes de las 28 semanas: 52.2%;
- Parto entre la 28 y las 32 semanas: 13.0%;
- Parto entre 32 y 37 semanas: 13.0%;
- Parto después de las 37 semanas: 21.8%.

Antes de indicar este tipo de cerclaje, se requiere un *período de observación de 12 a 24 h* para excluir el parto instaurado, el desprendimiento de placenta o signos clínicos de infección intraamniótica. Tras haber notificado previamente a la paciente sobre las tasas asociadas de supervivencia y prematuridad asociada, con firma del consentimiento informado, se efectúan:

- Hemograma con controles seriados cada 12 a 24 h
- Cultivos vaginales y endocervicales; tinción de Gram vaginal y urocultivo al ingreso.
- Valoración ecográfica de la longitud cervical al ingreso.

En las gestantes con clínica de corioamnionitis se **finalizará la gestación bajo cobertura antibiótica de amplio espectro** (ampicilina 2 g cada 6h + gentamicina 80 mg cada 8h por vía intravenosa). En el caso concreto de debut de la corioamnionitis coincidiendo con tratamiento antimicrobiano con ampicilina y gentamicina en los últimos 15 días, se sustituirá por ampicilina 2 g cada 6 h + cefoxitina 2 g cada 8 h por vía intravenosa.

DIAGNÓSTICO DE CORIOAMNIONITIS CLÍNICA (según criterios propuestos por Gibbs)

- Temperatura materna > 37.8°C y dos o más de los siguientes criterios:
 - Irritabilidad uterina.
 - Leucorrea vaginal maloliente.
 - Leucocitosis materna (> 15000 elementos/mm³).
 - Taquicardia materna (>100 latidos por minuto)
 - Taquicardia fetal (>160 latidos por minuto)

El **tocolítico** de elección antes de las 26 semanas es la indometacina 50 mg cada 6 h preoperatoriamente y hasta 48 h después del cerclaje. En función de la clínica se podrán añadir otros tocolíticos para frenar la dinámica uterina habiendo descartado previamente la infección intraamniótica.

Se administran corticoides a partir de la semana 24 si persiste el riesgo inminente (según protocolo específico).

Técnica del Cerclaje

1. Anestesia general o locorregional.
2. Posición de Trendelenburg.
3. Asepsia con solución de yodopovidona.
4. Colocación de valvas anterior y posterior.
5. Pinzamiento de labio cervical anterior posterior.
6. Introducción de las membranas fetales en la cavidad uterina. Manipulación mínima de las membranas prolapsadas. La distensión de la vejiga con suero mediante sonda de Foley parece ser una técnica útil para dicho objetivo. La reducción de las membranas

también puede conseguirse con una sonda de Foley con balón de 30 ml transcervical durante el procedimiento de introducción de las membranas amnióticas a la cavidad uterina.

7. Cerclaje tipo McDonald o Shirodkar

Cerclaje de McDonald (o McDonald-Palmer): se tracciona el cérvix y se pasan 4 puntos con una cinta de fibra de poliéster (Mersilene®) a las 12, las 3, las 6 y las 9, anudando después la sutura. No se requiere diseccionar la mucosa vaginal. Es el más utilizado. De elección en el cerclaje en caliente. Si no se dispone de cinta de Mersilene®, se puede usar Prolene®, Vicryl®, nylon o seda. Se utiliza cabo grueso (del 1 o del 2 o doble) para evitar sección iatrogénica del cérvix por un cabo demasiado delgado.

Cerclaje de Shirodkar: se tracciona el cérvix y se hace una incisión en la mucosa vaginal tanto en el repliegue vesicovaginal 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.

Al finalizar el procedimiento se especificará la localización (cara anterior o posterior) del nudo a fin de facilitar su extracción.

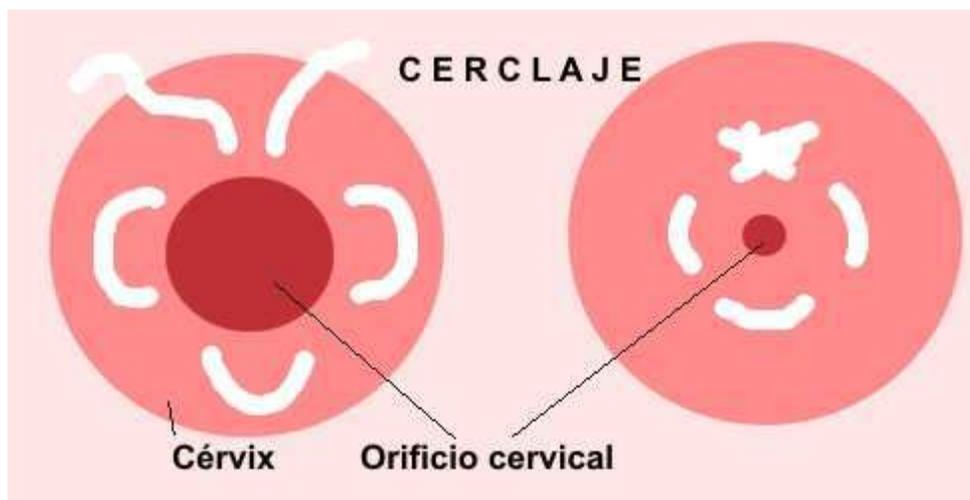


Figura 1. CERCLAJE TIPO MCDONALD



Figura 2. CERCLAJE TIPO SHIRODKAR

Control Postoperatorio

Cerclaje Profiláctico o Electivo

1. Reposo relativo, permitiendo higiene personal desde el mismo día de la intervención quirúrgica. A las 24 h se inicia la deambulación.
2. Indometacina 50 mg cada 6 h hasta 24 h posteriores al cerclaje. Mantener antibióticos sólo en caso de cultivos positivos anteriores.
3. Si no hay incidencias, alta médica a las 24 a 48 h del cerclaje.
4. Baja laboral al menos durante 1 semana. En el resto de gestación, individualizar según criterio clínico y contexto de la paciente.



Cerclaje Terapéutico Secundario

1. Reposo absoluto hasta el día posterior a la intervención quirúrgica. A las 24 h, inicio de higiene personal y deambulación.
2. Indometacina 50 mg cada 6 h hasta 24 h posteriores al cerclaje. Mantener antibióticos sólo en caso de cultivos positivos anteriores.
3. Si no hay incidencias, alta médica a las 48 a 72 h del cerclaje.
4. Baja laboral al menos durante 1 semana. Por el resto de la gestación, individualizar según criterio clínico y contexto de la paciente.

Cerclaje Terapéutico Terciario

1. Reposo absoluto por las primeras 48 h. Reposo relativo permitiendo higiene personal a partir del 2do a 3er día del cerclaje. Inicio de la deambulación (15 minutos 3 veces al día) a partir del 4to día.
2. Indometacina 50 mg cada 6 h hasta 48 h posteriores al cerclaje. Mantener pauta antibiótica hasta recibir el resultado de los cultivos.
3. Si no hay incidencias, alta médica al 4to a 5to día del cerclaje.
4. Baja laboral hasta retirar el cerclaje. Por el resto de la gestación, individualizar según criterio clínico y contexto de la paciente.

Consejos Generales

1. Reducción de la actividad física de la gestante hasta alcanzar las 34 semanas de gestación.
2. Abstinencia sexual hasta alcanzar las 34 semanas de gestación.
3. Seguimiento con médico de referencia en 1 semana a 10 días del procedimiento. Si el cerclaje se encuentra normoinserto y la situación clínica es estable, el manejo obstétrico se efectúa según el criterio clínico en función del tipo e indicación del cerclaje.
4. La sutura del cerclaje se retirará cuando la gestación alcance el término (37 a 38 semanas).
5. Si en algún momento aparece clínica de corioamnionitis, se retirará el cerclaje para permitir la progresión del parto.
6. La rotura prematura de membranas sin signos de corioamnionitis, NO se considera indicación de retirar el cerclaje.



Situaciones Especiales

Gestación Múltiple

No existe evidencia científica que demuestre el beneficio del cerclaje profiláctico ni del cerclaje terapéutico en las gestaciones múltiples. El cerclaje en caliente estará indicado **en gestaciones múltiples sólo si existe sospecha clínica de incompetencia cervical** y se sigue el mismo manejo clínico que en la gestación única.

Serologías Maternas Desconocidas o Positivas

- Ante serologías desconocidas **y si la paciente no es de riesgo**: realizar el procedimiento y solicitar la extracción el mismo día para poder documentar el caso con verificación posterior del resultado.
- Ante serologías desconocidas **y si la paciente presenta factores de riesgo** (adicción a drogas intravenosas, pareja con infección conocida o mujer procedente de zonas de alta prevalencia), demorar el procedimiento hasta disponer de la información a menos que el balance riesgo-beneficio claramente lo indique.
- En caso de **positividad** conocida,
 - Si la mujer está infectada por virus de la hepatitis B o C: revalorar la necesidad de la información derivada del procedimiento y minimizar las repeticiones de procedimientos. Si es necesario, realizarlo.
 - Si la mujer está infectada por VIH:
 - si la carga viral es indetectable, se realiza el procedimiento
 - si la carga viral no es detectable o la paciente no es tratada, demorar el procedimiento y reevaluar junto con Infectología. El procedimiento ha de ser realizado por un especialista con experiencia para evitar intentos múltiples y el paso transplacentario.

Bibliografía

1. AGOG Practice Bulletin. Cervical Insufficiency. Nov 2003
2. RCOG. Green-top guideline N° 60: Cervical Cerclage. Mayo 2011.
3. Guía Clínica 2010 Prevención Parto Prematuro. Ministerio de Salud de Chile.
4. Cobo T, López M, Palacio M. Clinic Barcelona Hospital Universitario. Guía Clínica: Indicaciones de Cerclaje. Enero 2010
5. Gobierno Federal de México. Guía Práctica Clínica. Indicaciones y Manejo del Cerclaje Cervical. 2011