



PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



FORO DE OPINIÓN

¿Cómo tratamos los cuellos ecográficamente acortados?

How are ultrasonographically-detected short cervixes treated?

El desencadenamiento de un parto pretérmino es probablemente la principal preocupación en la tocología actual por su alta incidencia, su tendencia al aumento y sus implicaciones médicas y económicas. Definir el grupo de riesgo y disponer de actuaciones sobre este es el camino para mejorar los resultados perinatales y disminuir el coste económico que produce.

El parto pretérmino es un síndrome y no podemos actualmente separar las pacientes en riesgo según su etiología, aunque podemos ver la antesala común de este síndrome en muchos casos: un cuello ecográficamente acortado. Valorar la longitud cervical durante la ecografía morfológica de la segunda mitad del embarazo (entre las semanas 20-23) se está definiendo como la estrategia más coste-efectiva, lo que no supondría una modificación de los protocolos de seguimientos de la gestación de bajo riesgo vigentes actualmente en nuestro país. Elegir 25 mm de longitud cervical como punto de corte de inclusión para definir una gestación como en riesgo de parto pretérmino está siendo así mismo la tendencia más generalizada.

Dos trabajos de altísima calidad científica han sido recientemente publicados en 2 de las revistas de mayor difusión mundial. El primero¹, un metaanálisis y revisión sistemática de los datos individuales de los pacientes demuestra que utilizar progesterona tras el diagnóstico de cuello corto disminuye de manera efectiva el parto pretérmino y la morbilidad perinatal. El segundo², realizado en nuestro país, demuestra que el uso de un pesario cervical reduce el parto pretérmino y la morbilidad perinatal en los prematuros.

La progesterona y el pesario cervical son 2 terapias muy distintas y el sentido común nos indica que probablemente su mecanismo de acción sea asimismo distinto, pero ambas funcionan cuando se utilizan en pacientes con cuello \leq 25 mm ecográficamente medido en la mitad de la gestación, y lo que es mejor, parece que independientemente de los antecedentes de parto pretérmino de las pacientes.

Pues bien: ¿cuál de las 2 usamos en un grupo heterogéneo de pacientes, con riesgo de parto pretérmino, de etiología

muchas veces desconocida en el momento del diagnóstico ecográfico? En principio, el pesario parece algo superior a la progesterona en prevenir el parto pretérmino, pero el número de trabajos de calidad realizados con este dispositivo es menor, por lo que probablemente, en la comunidad internacional exista, de momento, una cierta tendencia a utilizar progesterona de forma preferencial.

En este sentido, nuestro equipo, ayudado por otros 3 hospitales de nuestro país, va a iniciar de forma inmediata un estudio prospectivo aleatorizado comparando ambos tratamientos, para el que contamos ya con los apoyos económicos y permisos necesarios, ya que la idea de compararlos surgió hace 7 meses (estudio PESAPRO número EudraCT:2012-000241-13).

Mientras disponíamos los mecanismos necesarios para llevarlo a cabo con todas las garantías, han surgido estos 2 maravillosos trabajos, que además nos han hecho reconvertir de un estudio con 3 ramas (progesterona, pesario, no tratamiento) a un estudio con 2 ramas (progesterona versus pesario), porque para nosotros, en este momento, diagnosticar por ecografía un cuello corto y no tratarlo no es una opción.

Bibliografía

1. Romero R, Nicolaides K, Conde-Agudelo A, Tabor A, O'Brien JM, Cetingoz E, et al. Vaginal progesterone in women with an asymptomatic sonographic short cervix in the midtrimester decreases preterm delivery and neonatal morbidity: a systematic review and metaanalysis of individual patient data. *Am J Obstet Gynecol.* 2012;206:124. e1-19.
2. Goya M, Pratcorona L, Merced C, Rodó C, Valle L, Romero A, et al., on behalf of the Pesario Cervical para Evitar Prematuridad (PECEP) Trial Group. Cervical pessary in pregnant women with a short cervix (PECEP): an open-label randomised controlled trial. *Lancet.* 2012;379:1800–6.

Cristina Martínez-Payo* y Sara Cruz Melguizo

Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Majadahonda, Madrid, España

*Autor para correspondencia
Correo electrónico: cmartinezpy@gmail.com
(C. Martínez-Payo).