

Cerclaje cervical

(Actualizado octubre 2012)

Sustituye al protocolo previo sobre Incompetencia cervical (2005)

INTRODUCCIÓN

El cerclaje cervical ha sido, hasta el momento, el tratamiento de elección en las pacientes con incompetencia cervical (IC). Aunque definimos IC como la incapacidad del cuello uterino para mantenerse cerrado y conservar el embarazo hasta el término, esta definición no deja de ser confusa.

La incidencia real de IC es desconocida dado que los criterios diagnósticos no están bien definidos ni universalmente aceptados, su patogénesis no ha sido aclarada, ni tampoco se conoce un tratamiento efectivo, tanto en pacientes con antecedentes de IC, como en pacientes durante su primer episodio de IC.

Con los datos actuales no se puede considerar la “competencia cervical” como una variable dicotómica (competente o incompetente), sino que se considera la IC como un fenómeno gradual, que puede manifestarse con diferentes niveles de gravedad. El extremo más grave daría lugar a la pérdida recurrente de embarazos en el segundo trimestre, mientras que los grados menores de IC podrían manifestarse como partos pretérminos ^(1, 2).

CLASIFICACIÓN

La terminología empleada con anterioridad (cerclaje profiláctico, electivo, urgente, de emergencia, etc...) es bastante ambigua, de forma que en la actualidad se recomienda que la clasificación del cerclaje se base en su indicación ⁽²⁾. Así, podemos clasificar los cerclajes en:

- **Cerclaje indicado por la historia obstétrica.** Es un cerclaje profiláctico que se realiza en gestantes con antecedentes obstétricos que la hagan tributaria. En ocasiones también se ha realizado pregestacionalmente.
- **Cerclaje indicado por la exploración ecográfica.** Es un cerclaje terapéutico en gestantes con modificaciones cervicales asintomáticas detectadas por ecografía transvaginal, pero que no tienen exposición de las membranas en la vagina. Los hallazgos ecográficos habitualmente suelen detectarse en la exploración realizada entre la 14ª y 24ª semana de gestación.
- **Cerclaje indicado por la exploración física.** Es un cerclaje realizado de urgencia, en gestantes con dilatación cervical y exposición vaginal de las membranas amnióticas.

CERCLAJE INDICADO POR LA HISTORIA OBSTÉTRICA

Habitualmente se realiza entre la 12ª-14ª semana de gestación. En el caso del cerclaje transabdominal, se suele realizar en la 11ª semana.

No existe en la literatura ningún ensayo clínico randomizado donde se compare el uso del cerclaje electivo frente al no cerclaje en pacientes con historia recurrente de IC. Los estudios publicados son estudios observacionales en mujeres con historia recurrente de IC o bien estudios con grupo control en pacientes con algún factor de riesgo de parto pretérmino, pero sin historia recurrente de IC ⁽³⁾.

Hasta la fecha se han publicado tres ensayos clínicos randomizados comparando el cerclaje indicado por la historia clínica y el manejo expectante. Los dos primeros estudios no encontraron diferencias en la tasa de prematuridad <37 semanas entre ambos grupos ^(4, 5). El mayor estudio prospectivo randomizado diseñado para analizar el cerclaje electivo y que ha incluido más pacientes, ha sido el realizado por el Medical Research Council of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, publicado en 1993 ⁽⁶⁾. Este estudio incluía 1292 mujeres con historia de parto pretérmino o pérdidas del segundo trimestre (71%), cirugía cervical previa (11%) u otros factores de riesgo para parto pretérmino. Las pacientes con historia recurrente de IC fueron excluidas del estudio y se les realizó directamente un cerclaje cervical. Se randomizó el empleo de cerclaje (n=647) frente a no cerclaje (n=645). El grupo sometido a cerclaje tuvo menos partos pretérminos <33 semanas (13% frente al 17%; RR 0,75; IC 95% 0,58-0,98). Analizando los diferentes grupos de riesgo, el único que se benefició del cerclaje electivo fue el que tenía tres o más pérdidas del 2º trimestre o partos pretérmino (en este grupo se redujo la incidencia de parto pretérmino <33 semanas del 32% al 15% (p<0,05). De este estudio los autores concluyen que el cerclaje electivo se debe ofrecer a pacientes de alto riesgo, es decir con historia de tres o más partos pretérmino <37 semanas. Pero es interesante observar que incluso en este grupo, las gestantes a las que no se les realizó cerclaje, un 68% tuvieron el parto por encima de las 33 semanas y un 47% más allá de las 37 semanas. No hubo diferencias significativas en el número de muertes intraútero, ni en la mortalidad posnatal entre ambos grupos (NE: Ib-A).

Se recomienda realizar cerclaje electivo cuando exista historia de tres o más pérdidas inexplicadas del segundo trimestre y/o partos pretérmino (A).

En base a los datos de la historia obstétrica, no se recomienda realizar de forma rutinaria un cerclaje a gestantes con dos o menos partos pretérmino y/o pérdidas del segundo trimestre (A).

Con todo, hemos de tener siempre en cuenta que, si no se realiza un cerclaje electivo a una mujer con tres o más pérdidas inexplicables del segundo trimestre y/o partos pretérminos, esta gestante seguirá teniendo una alta probabilidad de llegar al término o cerca del mismo (70% de parto >33 semanas y 50% de parto >37 semanas) ⁽⁶⁾.

En la actualidad no hay evidencia que sustente la validez del empleo de pruebas diagnósticas pregestacionales encaminadas a catalogar un cuello como “insuficiente” en mujeres con historia previa de parto pretérmino y/o pérdida gestacional del segundo trimestre. Entre estas pruebas estarían el índice de resistencia cervical, la histerosalpingografía o el empleo de dilatadores cervicales ⁽²⁾ (NE: IV-C).

Las características del evento adverso previo, tales como la presencia de dilatación cervical dolorosa o la rotura de las membranas antes del inicio de las contracciones o la presencia de factores de riesgo adicionales como la cirugía del cérvix, tampoco son útiles para la toma de decisión antes de indicar un cerclaje basado en los datos de la historia clínica ⁽²⁾ (NE: IV-C).

CERCLAJE INDICADO POR LA EXPLORACIÓN ECOGRÁFICA

Mujeres con gestación única y sin antecedentes de parto pretérmino o pérdidas fetales del segundo trimestre.

To y cols en un estudio randomizado con 253 mujeres que en la ecografía de la 22^a-24^a semana presentaron un cérvix ≤ 15 mm, realizó 127 cerclajes con la técnica de Shirodkar y 126 tratamientos expectantes. La incidencia de parto pretérmino <33 semanas fue similar en ambos grupos (22% y 25% respectivamente; RR 0,84; IC 95% 0,54-1,3), sin diferencias significativas en la morbilidad perinatal ⁽⁷⁾ (NE: Ia-A).

Estos hallazgos han sido posteriormente confirmados en un metaanálisis con los datos individuales de cuatro estudios clínicos randomizados de cerclaje frente a tratamiento conservador en mujeres con cérvix corto. Este metaanálisis no encontró evidencia de beneficio del cerclaje en mujeres con el cuello corto (<25 mm), sin otros factores de riesgo de parto pretérmino espontáneo ⁽⁸⁾ (NE: Ia-A).

No se recomienda la realización de un cerclaje ante el hallazgo ecográfico casual de un cérvix <25 mm en gestantes sin historia clínica previa de partos pretérmino espontáneo o de pérdidas del segundo trimestre (A).

Mujeres con gestación única y antecedentes de parto pretérmino o pérdidas fetales del segundo trimestre.

Un ensayo randomizado con 302 mujeres con gestaciones únicas e historia previa de parto pretérmino espontáneo entre las 17⁺⁰ y 33⁺⁶ semanas, encontró que el cerclaje realizado en pacientes con una longitud cervical <25 mm entre las 16-21⁺⁶ semanas, en comparación con el tratamiento expectante redujo al parto de <24 semanas (6,1% frente al 14%; $p < 0,03$) y la mortalidad perinatal (8,8% frente al 16%; $p < 0,046$), pero no redujo la tasa de partos <35 semanas (32% frente al 42%; OR 0,67; IC 95% 0,42-1,07), salvo cuando la longitud cervical era <15 mm (OR 0,23; IC 95% 0,08-0,66) ⁽⁹⁾ (NE: Ia-A).

Resultados similares se obtuvieron en un metaanálisis que incluía 4 estudios y 607 gestaciones. En el subgrupo de mujeres con el antecedente de pérdidas gestacionales del 2º trimestre (16-23 semanas de gestación) o de parto pretérmino <36 semanas, se

encontró que el cerclaje frente al tratamiento conservador redujo significativamente la tasa de partos <35 semanas (RR 0,57; IC 95% 0,33-0,99 y RR 0,61; IC 95% 0,40-0,92 respectivamente) ⁽⁸⁾ (NE: Ia-A).

Mujeres con gestación única, antecedente de un parto pretérmino y cuello uterino acortado en el segundo trimestre

Aunque en la actualidad, la medida universal de la longitud cervical a todas las gestantes es un tema controvertido, en pacientes con al menos un antecedente de parto pretérmino o pérdida tardía del segundo trimestre, el control ecográfico de la longitud cervical tiene dos grandes beneficios y puede diferenciar entre aquellas gestantes que se pueden beneficiar o no de la realización de un cerclaje: ^(2, 8)

- Si el cérvix no está modificado, estas pacientes no requerirán intervención dado que presentan un bajo riesgo de pérdida fetal del segundo trimestre o de parto pretérmino. Diferentes estudios han podido demostrar que más del 90% de las mujeres con los citados antecedentes y con un cérvix >25 mm en la ecografía del segundo trimestre, tuvieron el parto después de la 34ª semana de gestación (NE: IIb-B) ⁽²⁾.
- Si el cérvix se acorta, el cerclaje puede ser beneficioso reduciendo el riesgo de prematuridad. En pacientes con antecedentes de al menos un parto pretérmino <37 semanas, gestación única y cuello acortado, el cerclaje reduce el riesgo de parto pretérmino <37 semanas un 37% (38% frente al 60%, RR 0,6; IC 95% 0,48-0,85); <35 semanas un 41% (23% frente al 39%, RR 0,6; IC 95% 0,40-0,92) y <32 semanas un 43% (16% frente al 28%, RR 0,58; IC 95% 0,34-0,98). En este grupo de alto riesgo, se necesitarían 7-8 cerclajes para evitar un parto <35 semanas ⁽⁸⁾.

Recientemente, en el año 2011 Berghella ⁽¹⁰⁾ ha realizado un metaanálisis con 5 estudios randomizados para estimar si el cerclaje previene el parto pretérmino y la morbilidad perinatal en mujeres con gestación única, antecedente de un parto pretérmino y cérvix acortado <25mm antes de la 24ª semana de gestación. Sus resultados señalan que la tasa de parto pretérmino <35 semanas fue del 28,4% (71/250) en el grupo con cerclaje, frente al 41,3% (105/254) del grupo sin cerclaje (RR 0,70; IC 95% 0,55-0,89). El cerclaje también redujo la tasa de partos pretérminos <37, 32, 28 y 24 semanas. La morbilidad perinatal también se redujo significativamente (RR 0,64; IC 95% 0,45-0,91). En las conclusiones señala que después de 50 años desde la introducción del cerclaje en la medicina clínica, sus datos indican que el cerclaje es beneficioso para prevenir el parto pretérmino y reducir la morbilidad perinatal en un subgrupo específico de gestantes (embarazo simple, antecedente de un parto pretérmino y cérvix <25 mm).

Se recomienda realizar seguimiento con ecografía transvaginal de la longitud cervical a las gestantes con antecedentes de uno o más partos pretérmino y/o pérdidas fetales del segundo trimestre (A).

Se recomienda realizar cerclaje en gestantes con antecedentes de uno o más partos pretérminos o pérdidas fetales del segundo trimestre si presentan una longitud cervical acortada (<25 mm) antes de la 24ª semana de gestación (A).

No hay estudios que evalúen el cerclaje realizado únicamente ante la presencia de una embudización cervical.

No se recomienda la realización de un cerclaje ante la presencia exclusiva de una embudización sin acortamiento cervical <25 mm. (C).

CERCLAJE INDICADO POR LA EXPLORACIÓN FÍSICA

No disponemos de estudios prospectivos y randomizados con un número suficiente de casos que permitan extraer conclusiones válidas y realizar recomendaciones sobre el cerclaje realizado de urgencia (ante el hallazgo de un cérvix dilatado y con protrusión de las membranas amnióticas).

Existe un único estudio prospectivo y randomizado ⁽¹¹⁾ que compara la realización de cerclaje de urgencia frente al reposo e incluye solo 23 gestantes (16 embarazos únicos y 7 gemelares). Los resultados señalan que las mujeres con cerclaje tuvieron el parto un promedio de 4 semanas después que el grupo tratado con reposo (el intervalo medio desde la randomización fue de 54 días frente a 20 días). Igualmente con el cerclaje se consiguió una reducción de partos <34 semanas (53% frente al 100%; $p=0,002$) ⁽²⁾ (NE: IIa-B).

Otros estudios prospectivos, pero no randomizados ^(12, 13, 14) han podido demostrar que el cerclaje realizado de urgencia en cérvix con 4-6 cm de dilatación entre la 18ª-27ª semana de gestación se asoció con una prolongación media de 5 semanas en aquellos casos en los que se realizó el cerclaje frente a los casos tratados con reposo en cama. Esta prolongación redujo significativamente la tasa de partos pretérmino <32 y <34 semanas. Sin embargo los datos son escasos para poder evaluar la reducción de la morbilidad neonatal.

Como en tantas otras circunstancias durante el embarazo, se recomienda individualizar el caso ante la toma de decisiones. En los casos con dilatación cervical avanzada (>4 cm) o membranas claramente protruidas en vagina, se ha de valorar bien la realización de cerclaje, ya que estos casos se asocian con una alta tasa de fracasos de la técnica.

La decisión de realizar un cerclaje de urgencia debe ser individualizada, teniendo en cuenta la edad de gestación, así como la elevada morbilidad asociada a la prematuridad severa. La decisión debe ser consensuada con la paciente y validada por un obstetra experto (C).

No hay estudios comparativos que apoyen la realización inmediata o diferida del cerclaje de urgencia o del cerclaje indicado por los hallazgos ecográficos. El intervalo

entre la presentación y la realización del cerclaje varía entre los distintos estudios. Algunos autores abogan por un período de observación para excluir el parto pretérmino, el desprendimiento de placenta o la infección. Por el contrario, otros sostienen que el retraso del cerclaje puede aumentar el riesgo de infección ascendente. Sin embargo, no existen estudios que comparen ambas estrategias ⁽²⁾.

SITUACIONES ESPECIALES

Gemelaridad

En gestaciones gemelares sólo existe un estudio randomizado con 48 gestantes que analiza el cerclaje profiláctico en gestaciones asintomáticas, basándose en la historia obstétrica y no se encontró que el cerclaje prolongara la gestación o mejorara los resultados perinatales ^(2,15) (NE: Ib-A).

En el caso de la indicación ecográfica, el cerclaje no parece ser un factor protector en gestaciones gemelares. En este sentido los resultados del metaanálisis de Berghella⁽⁸⁾ señalan que en un subgrupo de 39 embarazos gemelares con un cérvix <25 mm, la tasa de prematuridad <35 semanas fue significativamente más elevada entre las gestantes a las que se les practicó el cerclaje (RR 2,15; IC 95% 1,15-4,01). En este grupo de gestantes también hubo un aumento de la mortalidad perinatal aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas (RR 2,66; IC 95% 0,83-8,54). (NE: Ia-A).

En gestaciones gemelares no se recomienda la realización de un cerclaje, ni por la historia clínica obstétrica, ni por los hallazgos ecográficos (A).

Presencia de otros factores de riesgo

En gestantes con otros factores de riesgo como anomalías müllerianas, antecedentes de cirugía cervical (conización, extirpaciones amplias de la zona de transformación o procesos destructivos con asa de diatermia o láser) o múltiples dilataciones cervicales y legrados uterinos etc, no hay evidencias que permitan concluir si es recomendable o no, el cerclaje indicado por historia clínica obstétrica o por hallazgos ecográficos ⁽²⁾.

Los estudios existentes o son pequeños o presentan un grupo control inadecuado para poder establecer recomendaciones válidas en los grupos antes mencionados. En el metaanálisis de Berghella y cols ⁽⁸⁾, se analizan algunos subgrupos con historia previa de conización (n=64) o de más de un legrado con dilatación cervical (n=131). En ambos grupos no se pudo objetivar una reducción de la tasa de prematuridad <35 semanas (RR 1,18; IC 95% 0,57-2,45 y RR 0,91; IC 95% 0,57-1,47 respectivamente). Sin embargo, los propios autores consideran que el número estudiado es reducido como para poder establecer recomendaciones. No hubo un número suficiente de casos con anomalías müllerianas como para poder realizar un análisis adecuado (NE: Ib-A).

TÉCNICAS DE CERCLAJE

Cerclaje transvaginal

Habitualmente se realiza una sutura alrededor del cérvix con una cinta de material no reabsorbible que lleva una aguja en cada extremo.

- Shirodkar ⁽¹⁶⁾ describió su técnica en 1955, en la que insertaba una sutura cervical bajo anestesia alrededor de la 14ª semana de gestación, realizando una incisión vaginal anterior, disecando y separando la vejiga hacia arriba. A continuación insertaba una sutura reabsorbible alrededor del cuello, rodeándolo.
- Mc Donald ⁽¹⁷⁾ describió en 1957 una técnica más simple de cerclaje, en la que se insertaba la sutura alrededor del cuello uterino en tres o cuatro puntos, sin necesitar la disección del plano vesical.

No existen estudios randomizados que comparen específicamente las dos técnicas de cerclaje transvaginal. En un análisis secundario de los datos de cuatro ensayos randomizados de cerclajes realizados por acortamiento cervical, no se encontraron diferencias significativas entre la efectividad de la técnica de Shirodkar y la de McDonald. Sin embargo, los resultados deben ser analizados con precaución por cuanto el diseño del estudio no tiene suficiente poder estadístico como para detectar diferencias en este punto ⁽¹⁸⁾ (NE: III-B).

En un pequeño estudio retrospectivo y no randomizado con 150 gestantes (112 con sutura simple y 38 con sutura doble), no se pudo encontrar diferencias ni en la tasa de prematuridad, ni de pérdidas fetales del 2º trimestre. Las características del diseño y el reducido tamaño muestral limitan la validez de los resultados ⁽¹⁹⁾ (NE: III-B).

La elección de la técnica (Shirodkar o McDonald), así como el material y el tipo de sutura se deben dejar a criterio del cirujano (C).

Cerclaje transabdominal

Gibb y Salaria en 1995 ⁽²⁰⁾ y Anthony y cols en 1997 ⁽²¹⁾, describieron sus respectivas técnicas para la colocación del cerclaje transabdominal, especialmente indicado en gestantes en que el cerclaje vaginal no había funcionado previamente, o en gestantes con cuellos muy cortos y/o cicatriciales que hacen técnicamente difícil la sutura por vía vaginal. En el cerclaje transabdominal la sutura se inserta en la unión cervico-ístmica.

No existe ningún ensayo randomizado que evalúe la efectividad del cerclaje transabdominal frente al cerclaje cervical o el tratamiento expectante ⁽²⁾. La evidencia existente se limita a una revisión sistemática de 13 series de casos y un estudio controlado no randomizado que compara el cerclaje transabdominal frente al transvaginal en mujeres con fallo del cerclaje vaginal previo ⁽²²⁾. La revisión sistemática señala que en estas pacientes existe menor riesgo de muerte perinatal o parto pretérmino <24 semanas con el cerclaje transabdominal (6% frente al 12,5%), aunque

presenta una tasa más elevada de complicaciones quirúrgicas importantes (3,4% frente al 0%), destacando entre ellas las hemorragias que requirieron transfusión, lesiones vesicales, intestinales y vasculares o los problemas anestésicos (NE: III-B).

El estudio no randomizado ⁽²³⁾ señaló que el cerclaje transabdominal presentaba frente al cerclaje vaginal una disminución de la incidencia de parto pretérmino <33 semanas (10% frente al 38%; p=0,001) (NE: III-B).

En la actualidad no hay evidencia que permita recomendar la vía laparoscópica sobre la laparotomía para la realización de un cerclaje abdominal.

Cerclaje oclusivo

Se trata del cierre del orificio cervical externo mediante la colocación de una sutura no reabsorbible continua ⁽²⁾. Su beneficio teórico estaría en la retención del tapón de moco para reducir el ascenso de gérmenes que podrían conducir a una corioamnionitis y a una rotura prematura de membranas ^(24, 25).

Cerclaje con membranas prolapsadas (en reloj de arena)

Si se decide realizar un cerclaje de urgencia con las membranas prolapsadas en la vagina en “reloj de arena”, es preciso reponer las mismas dentro de la cavidad uterina. Se pueden emplear diferentes maniobras para ello: desde colocar a la paciente en posición de Trendelenburg, hasta emplear tocolíticos o rellenar la vejiga con 250 ml de suero. Otras opciones serían el empleo de pinzas fenestradas o la colocación de una sutura de seda 00 alrededor del orificio cervical externo para traccionar del cuello y facilitar la reposición de las membranas. Métodos más invasivos serían reponer las membranas empujándolas con un dedo, una torunda o una sonda de Foley rellena con 30 ml ⁽²⁾. En cualquier caso el riesgo de rotura de las membranas durante la realización del procedimiento es muy alto.

CONSIDERACIONES PREVIAS AL CERCLAJE

Momento para la realización del cerclaje

Los límites inferior y superior de edad gestacional para la realización del cerclaje no están bien definidos. En general un cerclaje no se debe realizar mientras la gestante presente un riesgo significativo de aborto debido a aneuploidías (por ejemplo, durante las fases iniciales y medias del primer trimestre) o cuando el parto tenga una expectativas razonables de buen resultado (por ejemplo, en el tercer trimestre) ⁽²⁶⁾. Esperar al menos hasta el final del primer trimestre permite realizar una evaluación fetal en búsqueda de anomalías, así como practicar el cribado de aneuploidías o la realización de una biopsia corial si estuviera indicada ⁽²⁾.

La realización del cerclaje entre la 24ª-28ª semana de gestación, que es un periodo de gestación con una importante morbi-mortalidad neonatal, es también controvertido. En estas semanas el cerclaje puede romper accidentalmente las membranas y conducir

al parto pretérmino. Cada caso debe ser analizado individualizadamente, sopesando el riesgo del cerclaje frente al tratamiento conservador y sus resultados neonatales ⁽²⁾.

Ecografía previa

Es aconsejable la realización de la ecografía del primer trimestre y el cribado de aneuploidías antes de la realización del cerclaje indicado por la historia clínica con el fin de asegurar la viabilidad fetal, así como la ausencia de anomalías fetales mayores o letales ⁽²⁾.

Antes del cerclaje indicado por ecografía o del cerclaje de urgencia también es aconsejable confirmar que se ha realizado recientemente la ecografía morfológica de la 20ª semana ⁽²⁾.

Analíticas previas

No es precisa la realización de un hemograma con fórmula y PCR con el fin de detectar una corioamnionitis subclínica antes de la colocación de un cerclaje de urgencia. La decisión de realizar estas pruebas analíticas deben basarse en los datos clínicos. En ausencia de datos clínicos de corioamnionitis, la decisión de practicar un cerclaje de urgencia no debe demorarse ⁽²⁾.

No hay datos que avalen la necesidad de realizar un cultivo vaginal/cervical antes de la colocación de un cerclaje. Sin embargo, si se ha realizado y el cultivo es positivo, debe tratarse adecuadamente antes de practicar el cerclaje ⁽²⁾.

Amniocentesis

No hay suficiente evidencia para recomendar la amniocentesis de rutina antes del cerclaje de urgencia o del cerclaje indicado por ecografía, ni hay datos concluyentes que demuestren que mejore los resultados ⁽²⁾.

En aquellos casos en que exista sospecha de infección intraamniótica, la amniocentesis puede ayudar en la toma de decisión para la realización de un cerclaje de urgencia puesto que la presencia de infección se asocia con un peor pronóstico ⁽²⁾. Además hay que tener en cuenta la baja especificidad de la amniocentesis y que un falso positivo puede contraindicar un cerclaje que podría haber sido beneficioso. La incidencia de infección intraamniótica en los cerclajes indicados por ecografía es aproximadamente del 1-2% ⁽²⁾.

No hay evidencia suficiente para recomendar la amniocentesis de rutina antes del cerclaje de urgencia o del cerclaje indicado por ecografía (C).

Amniorreducción

En la actualidad no hay evidencias científicas que permitan recomendar o rechazar la amniorreducción antes de realizar un cerclaje de emergencia con el fin de disminuir la presión intrauterina al reducir la cantidad de líquido amniótico ⁽²⁾ (NE: III-B).

Contraindicaciones del cerclaje

- Anomalía fetal severa (en los casos en que se decida no prolongar la gestación).
- Infección intrauterina (corioamnionitis).
- Sangrado activo.
- Trabajo de parto instaurado.
- Rotura prematura de membranas.
- Muerte fetal.

CONSIDERACIONES TRAS EL CERCLAJE

Reposo en cama

No hay estudios que comparen el reposo en cama frente al no reposo en cama en mujeres en las que se ha practicado un cerclaje. Por ello, no se debe recomendar de forma rutinaria el reposo en cama en las mujeres tras el cerclaje.

La decisión se debe tomar de forma individualizada, considerando las circunstancias clínicas del caso, así como los posibles efectos adversos de la inmovilización, las connotaciones personales y familiares que conlleva, así como el posible aumento de los costes ⁽²⁾ (NE: IV-C).

Coito

No hay en el momento actual estudios que analicen el efecto del coito sobre el riesgo de parto pretérmino o de pérdida fetal en el segundo trimestre en gestantes tras realizarles un cerclaje ⁽²⁾.

Control ecográfico de la longitud cervical tras el cerclaje

En los casos en que se ha realizado un cerclaje por indicación ecográfica, la medición seriada del cérvix por ecografía transvaginal puede ser de utilidad para valorar la necesidad de la administración de corticoides o realizar el traslado a un centro con soporte perinatal adecuado ⁽²⁾ (NE: IV-C).

TRATAMIENTOS COADYUVANTES AL CERCLAJE

Tocolisis

La evidencia actual no permite concluir si es recomendable o no la administración rutinaria de tocolíticos como tratamiento coadyuvante en la práctica del cerclaje ⁽²⁾ (NE: IIb-B). Se necesitan estudios randomizados específicos que valoren la efectividad

de añadir tocolíticos al cerclaje para poder realizar recomendaciones específicas al respecto.

El tocolítico más utilizado en los cerclajes realizados en la primera mitad del embarazo suele ser la indometacina. Una pauta sería el empleo de 100 mg vía rectal, 30 minutos antes del cerclaje, con el fin de disminuir la elevación de los niveles de prostaglandinas que puede producir la manipulación cervical y que teóricamente podrían inducir contracciones uterinas ^(27, 28). Algunos autores recomiendan continuar a dosis bajas (25 mg por vía oral cada 6 horas) durante 24-48 horas tras la intervención ⁽²⁹⁾. Sin embargo, un estudio de cohortes retrospectivo no encontró evidencias que el empleo de la indometacina durante el procedimiento redujera la tasa de partos pretérminos en comparación con aquellas gestantes en que no se empleó ⁽³⁰⁾.

Antibioterapia

No existen ensayos clínicos que permitan concluir si es recomendable o no el uso de profilaxis antibiótica en el momento del cerclaje ⁽³¹⁾ (NE: III-B). Por ello, la decisión del empleo de antibióticos debe quedar a criterio del equipo que atiende el caso clínico concreto ⁽²⁾.

COMPLICACIONES DEL CERCLAJE

Las complicaciones del cerclaje no están bien documentadas y es difícil de separarlas de los riesgos inherentes a la condición de la propia IC. De hecho, los estudios sobre el cerclaje cervical no han sido diseñados para valorar el riesgo o la morbilidad materna.

Las complicaciones o riesgos han sido estimados en un 1% e incluyen: ^(3, 32)

- Infección.
- Fiebre materna.
- Sangrado.
- Rotura de las membranas amnióticas.
- Desencadenamiento del parto.
- Lesiones cervicales.

Los riesgos han de ser evaluados frente al beneficio. De hecho, en ocasiones evitar un trauma quirúrgico al cuello puede ser tan efectivo como la propia intervención.

RETIRADA DEL CERCLAJE

Se recomienda la retirada del cerclaje alrededor de la 37ª semana, siempre que no se vaya a realizar una cesárea electiva (en cuyo caso el cerclaje se retirará durante la intervención) (NE: IV-C).

En mujeres que se presenten con un trabajo de parto bien establecido antes de la 37ª semana, el cerclaje se debe retirar para evitar lesiones cervicales provocadas por las contracciones uterinas (NE: IV-C).

Todas las mujeres con cerclaje transabdominal requieren la finalización de la gestación mediante cesárea y el cerclaje se puede dejar colocado tras el parto ⁽²⁾ (NE: IV-C).

ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM) EN PORTADORAS DE CERCLAJE

La RPM pretérmino ocurre en el 38% de las gestantes con cerclaje, y en la actualidad existe controversia acerca de cuál es el proceder más adecuado en esta situación.

En una revisión sistemática con 6 estudios que engloban en total 337 gestantes, Giraldo-Isaza y Berghella ⁽³³⁾ encuentran que mantener el cerclaje durante más de 24 horas tras la RPM, prolonga significativamente la gestación más de 48 horas (OR 16,13; IC 95% 3,64-71,33), pero también incrementa significativamente la corioamnionitis (OR 2,90; IC 95% 1,65-5,00) y la mortalidad neonatal por sepsis (OR 13,19; IC 95% 1,60-108,25), por lo que recomienda que el cerclaje se retire inmediatamente tras la RPM. Estos autores proponen que en las gestaciones entre 24⁺⁰ y 31⁺⁶ podría demorarse la retirada del cerclaje 48 horas mientras se administra un ciclo de corticoides (NE: IIb-B).

Otros autores, por el contrario, proponen mantener el cerclaje si la paciente está estable, dado que de esta forma se prolonga significativamente la gestación ^(34, 35).

En la actualidad está en marcha un estudio multicéntrico randomizado que intenta dar respuesta a este aspecto: mantener o retirar el cerclaje en casos de RPM pretérmino. Se espera que esté finalizado para 2013 y que reclute 142 gestantes ⁽³⁶⁾.

BIBLIOGRAFÍA

¹ Drakeley AJ, Roberts D, Alfirevic Z. Cervical stitch (cerclage) for preventing pregnancy loss in women. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(1):CD003253.

² Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Cervical cerclage. Green-top Guideline Nº 60. May 2011.

³ Fox NS, Chervenak FA. Cervical cerclage: a review of the evidence. Obstet Gynecol Surv. 2008 Jan;63(1):58-65.

⁴ Lazar P, Gueguen S, Dreyfus J, Renaud R, Pontonnier G, Papiernik E. Multicentred controlled trial of cervical cerclage in women at moderate risk of preterm delivery. Br J Obstet Gynaecol. 1984 Aug;91(8):731-5.

⁵ Rush RW, Isaacs S, McPherson K, Jones L, Chalmers I, Grant A. A randomized controlled trial of cervical cerclage in women at high risk of spontaneous preterm delivery. Br J Obstet Gynaecol. 1984 Aug;91(8):724-30.

-
- ⁶ Final report of the Medical Research Council/Royal College of Obstetricians and Gynaecologists multicentre randomised trial of cervical cerclage. MRC/RCOG Working Party on Cervical Cerclage. *Br J Obstet Gynaecol*. 1993 Jun;100(6):516-23.
- ⁷ To MS, Alfirevic Z, Heath VC, Cicero S, Cacho AM, Williamson PR, Nicolaides KH; Fetal Medicine Foundation Second Trimester Screening Group. Cervical cerclage for prevention of preterm delivery in women with short cervix: randomised controlled trial. *Lancet*. 2004 Jun 5;363(9424):1849-53.
- ⁸ Berghella V, Odibo AO, To MS, Rust OA, Althuisius SM. Cerclage for short cervix on ultrasonography: meta-analysis of trials using individual patient-level data. *Obstet Gynecol*. 2005 Jul;106(1):181-9.
- ⁹ Owen J, Hankins G, Iams JD, Berghella V, Sheffield JS, Perez-Delboy A, Eggerman RS, Wing DA, Tomlinson M, Silver R, Ramin SM, Guzman ER, Gordon M, How HY, Knudtson EJ, Szychowski JM, Cliver S, Hauth JC. Multicenter randomized trial of cerclage for preterm birth prevention in high-risk women with shortened midtrimester cervical length. *Am J Obstet Gynecol*. 2009 Oct;201(4):375.e1-8.
- ¹⁰ Berghella V, Rafael TJ, Szychowski JM, Rust OA, Owen J. Cerclage for short cervix on ultrasonography in women with singleton gestations and previous preterm birth: a meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 2011 Mar;117(3):663-71.
- ¹¹ Althuisius SM, Dekker GA, Hummel P, van Geijn HP; Cervical incompetence prevention randomized cerclage trial. Cervical incompetence prevention randomized cerclage trial: emergency cerclage with bed rest versus bed rest alone. *Am J Obstet Gynecol*. 2003 Oct;189(4):907-10.
- ¹² Pereira L, Cotter A, Gómez R, Berghella V, Prasertcharoensuk W, Rasanen J, Chaithongwongwatthana S, Mittal S, Daly S, Airolidi J, Tolosa JE. Expectant management compared with physical examination-indicated cerclage (EM-PEC) in selected women with a dilated cervix at 14(0/7)-25(6/7) weeks: results from the EM-PEC international cohort study. *Am J Obstet Gynecol*. 2007 Nov;197(5):483.e1-8.
- ¹³ Daskalakis G, Papantoniou N, Mesogitis S, Antsaklis A. Management of cervical insufficiency and bulging fetal membranes. *Obstet Gynecol*. 2006 Feb;107(2 Pt1):221-6.
- ¹⁴ Olatunbosun OA, al-Nuaim L, Turnell RW. Emergency cerclage compared with bed rest for advanced cervical dilatation in pregnancy. *Int Surg*. 1995 Apr-Jun;80(2):170-4.
- ¹⁵ Dor J, Shalev J, Mashiach S, Blankstein J, Serr DM. Elective cervical suture of twin pregnancies diagnosed ultrasonically in the first trimester following induced ovulation. *Gynecol Obstet Invest*. 1982;13(1):55-60.

-
- ¹⁶ Shirodkar VN. A new method of operative treatment for habitual abortions in the second trimester of pregnancy. *Antiseptic*. 1955;52:299-300.
- ¹⁷ McDonald IA. Suture of the cervix for inevitable miscarriage. *J Obstet Gynaecol Br Emp*. 1957 Jun;64(3):346-50.
- ¹⁸ Odibo AO, Berghella V, To MS, Rust OA, Althuisius SM, Nicolaides KH. Shirodkar versus McDonald cerclage for the prevention of preterm birth in women with short cervical length. *Am J Perinatol*. 2007 Jan;24(1):55-60.
- ¹⁹ Woensdregt K, Norwitz ER, Cackovic M, Paidas MJ, Illuzzi JL. Effect of 2 stitches vs 1 stitch on the prevention of preterm birth in women with singleton pregnancies who undergo cervical cerclage. *Am J Obstet Gynecol*. 2008 Apr;198(4):396.e1-7.
- ²⁰ Gibb DM, Salaria DA. Transabdominal cervicoisthmic cerclage in the management of recurrent second trimester miscarriage and preterm delivery. *Br J Obstet Gynaecol*. 1995 Oct;102(10):802-6.
- ²¹ Anthony GS, Walker RG, Cameron AD, Price JL, Walker JJ, Calder AA. Transabdominal cervico-isthmic cerclage in the management of cervical incompetence. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1997 Apr;72(2):127-30.
- ²² Zaveri V, Aghajafari F, Amankwah K, Hannah M. Abdominal versus vaginal cerclage after a failed transvaginal cerclage: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2002 Oct;187(4):868-72.
- ²³ Davis G, Berghella V, Talucci M, Wapner RJ. Patients with a prior failed transvaginal cerclage: a comparison of obstetric outcomes with either transabdominal or transvaginal cerclage. *Am J Obstet Gynecol*. 2000 Oct;183(4):836-9.
- ²⁴ Secher NJ, McCormack CD, Weber T, Hein M, Helmig RB. Cervical occlusion in women with cervical insufficiency: protocol for a randomised, controlled trial with cerclage, with and without cervical occlusion. *BJOG*. 2007 May;114(5):649,e1-6.
- ²⁵ Noori M, Helmig RB, Hein M, Steer PJ. Could a cervical occlusion suture be effective at improving perinatal outcome? *BJOG*. 2007 May;114(5):532-6.
- ²⁶ American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin. Cervical insufficiency. *Obstet Gynecol*. 2003 Nov;102(5 Pt 1):1091-9.
- ²⁷ Novy MJ, Ducsay CA, Stanczyk FZ. Plasma concentrations of prostaglandin F2 alpha and prostaglandin E2 metabolites after transabdominal and transvaginal cervical cerclage. *Am J Obstet Gynecol*. 1987 Jun;156(6):1543-52.
- ²⁸ Novy MJ, Haymond J, Nichols M. Shirodkar cerclage in a multifactorial approach to the patient with advanced cervical changes. *Am J Obstet Gynecol*. 1990 Jun;162(6):1412-9; discussion 1419-20.

-
- ²⁹ Norwitz ER. Transvaginal cervical cerclage. UpToDate 2012. Literature review current through: Jun 2012. This topic last updated: may 18, 2012.
- ³⁰ Visintine J, Airoidi J, Berghella V. Indomethacin administration at the time of ultrasound-indicated cerclage: is there an association with a reduction in spontaneous preterm birth? *Am J Obstet Gynecol*. 2008 Jun;198(6):643.e1-3.
- ³¹ van Schalkwyk J, Van Eyk N; Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada Infectious Diseases Committee. Antibiotic prophylaxis in obstetric procedures. *J Obstet Gynaecol Can*. 2010 Sep;32(9):878-92.
- ³² Owen J, Hankins G, Iams JD, Berghella V, Sheffield JS, Perez-Delboy A, Eggerman RS, Wing DA, Tomlinson M, Silver R, Ramin SM, Guzman ER, Gordon M, How HY, Knudtson EJ, Szychowski JM, Cliver S, Hauth JC. Multicenter randomized trial of cerclage for preterm birth prevention in high-risk women with shortened midtrimester cervical length. *Am J Obstet Gynecol*. 2009 Oct;201(4):375.e1-8.
- ³³ Giraldo-Isaza MA, Berghella V. Cervical cerclage and preterm PROM. *Clin Obstet Gynecol*. 2011 Jun;54(2):313-20.
- ³⁴ Jenkins TM, Berghella V, Shlossman PA, McIntyre CJ, Maas BD, Pollock MA, Wapner RJ. Timing of cerclage removal after preterm premature rupture of membranes: maternal and neonatal outcomes. *Am J Obstet Gynecol*. 2000 Oct;183(4):847-52.
- ³⁵ McElrath TF, Norwitz ER, Lieberman ES, Heffner LJ. Perinatal outcome after preterm premature rupture of membranes with in situ cervical cerclage. *Am J Obstet Gynecol*. 2002 Nov;187(5):1147-52.
- ³⁶ Clinical-trials.gov. Obstetrix Medical Group. Removal versus retention of cerclage in preterm premature rupture of membranes (PPROM). <http://clinicaltrials.gov/>.

Los Protocolos Asistenciales de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia pretenden contribuir al buen quehacer profesional de todos los ginecólogos, especialmente los más alejados de los grandes hospitales y clínicas universitarias. Presentan métodos y técnicas de atención clínica aceptadas y utilizadas por especialistas en cada tema. Estos protocolos no deben interpretarse de forma rígida ni excluyente, sino que deben servir de guía para la atención individualizada a las pacientes. No agotan todas las posibilidades ni pretenden sustituir a los protocolos ya existentes en Departamentos y Servicios Hospitalarios.

Clasificación de las recomendaciones en función del nivel de evidencia disponible	
Ia	La evidencia científica procede a partir de meta-análisis de ensayos clínicos controlados y aleatorizados
Ib	La evidencia científica procede de al menos un ensayo clínico controlado y aleatorizado
IIa	La evidencia científica procede de al menos un estudio prospectivo controlado, bien diseñado y sin aleatorizar
IIb	La evidencia científica procede de al menos un estudio casi experimental, bien diseñado
III	La evidencia científica procede de estudios descriptivos no experimentales, bien diseñados como estudios comparativos, de correlación o de casos y controles
IV	La evidencia científica procede de documentos u opiniones de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio

Grados de recomendación	
A	Existe buena evidencia en base a la investigación para apoyar la recomendación. (Recoge los niveles de evidencia científica Ia y Ib)
B	Existe moderada evidencia en base a la investigación para apoyar la recomendación (Recoge los niveles de evidencia científica IIa, IIb y III)
C	La recomendación se basa en la opinión de expertos o en un panel de consenso. (Recoge el nivel de evidencia IV)