Caso clínico
Ginecol Obstet Mex. 2021; 89 (9): 715-720.

https://doi.org/10.24245/gom.v89i9.5309

Amputación cervical por pesario, en gestación gemelar como prevención de parto pretérmino. Reporte de un caso

Cervical amputation by use of cervical pessary in a twin pregnancy as prevention of preterm birth. Case report.

Verónica Gómez-García,[1] Cristina Gallego-De Largy,[2] Anais Llamazares-Alonso,[1] Susana Gómez-Álvarez,[3] Ana Ceballos-Medina,[2] Silvia Vilares-Calvo[2]

Resumen

ANTECEDENTES: El parto pretérmino es la principal causa de muerte neonatal (la tasa mundial de parto pretérmino se estima en 11%) y se relaciona con un aumento sustancial de la mortalidad perinatal y de la morbilidad neonatal a largo plazo, incluidos los déficits del desarrollo psicomotor. Debido a que la tasa de parto pretérmino sigue en aumento, la predicción, detección temprana y la identificación de embarazadas con alto riesgo de parto pretérmino es útil porque permite aumentar el control prenatal e indicar tratamientos preventivos, como el pesario cervical.

CASO CLÍNICO: Paciente de 32 años, acudió a la consulta ordinaria de alto riesgo obstétrico debido a embarazo gemelar. Se objetivó la dinámica uterina irregular y la cervicometría de 11 mm con canalización. Se prescribió tratamiento tocolítico, maduración pulmonar fetal y se le colocó un pesario cervical. A las 33 semanas se finalizó el embarazo mediante cesárea urgente, por parto activo y segundo feto en podálica. Al extraer el pesario, antes de la cirugía, se advirtió la necrosis completa y el colgajo únicamente unido por un mínimo pedículo al labio anterior cervical. Nacieron dos varones con Apgar 9-9 y 6-9, respectivamente. Al finalizar la cirugía se revisó el canal cervical y se confirmaron los hallazgos; se procedió a la exéresis. La pieza se envió para estudio anatomopatológico.

CONCLUSIONES: El pesario parece ser una alternativa terapéutica eficaz y sencilla para prevenir el parto pretérmino en embarazos gemelares, aunque no está exenta de complicaciones. La exploración mediante especuloscopia en la consulta podría ayudar a prevenirlas.

PALABRAS CLAVE: Parto pretérmino; mortalidad; mortalidad perinatal; pesario cervical; cesárea; semanas de embarazo.

Abstract

BACKROUND: Preterm labor is one of the most common causes (up to 11 %) of neonatal deaths worldwide. It is related to an increase of perinatal mortality and long-term neonatal mobility such as psychomotor development. Due to the increase of preterm delivery, it is of interest to predict and detect high risk pregnant women who would benefit from regular follow up and treatment such as cervical pessary.

CASE PRESENTATION: A thirty-two-year-old pregnant woman who was seenby a high risk consult due to twin pregnancy. In one of the consultations, irregular uterine activity was detected as well as short cervical length (11 mm) and funneling. She was admitted to hospital for tocolysis, and two doses of glucocorticoids were given to aid lung maturation before delivery. Before she was discharged, a cervical pessary was inserted. She attended hospital in active labor at week 33 gestation. As the second fetus was in breech position, an urgent cesarean section was performed. Prior to the

[1] Residente de cuarto año de Ginecología y Obstetricia.
[2] Residente de segundo año de Ginecología y Obstetricia.
[3] Facultativo Especialista de Área de Ginecología y Obstetricia.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Cantabria, España.

Recibido: enero 2021

Aceptado: febrero 2021

Correspondencia
Verónica Gómez-García
veronica_gomez_garcia@hotmail.com

Este artículo debe citarse como:
Gómez-García V, Gallego-De Largy C, Llamazares-Alonso A, Gómez-Álvarez S, Ceballos-Medina A, Vilares-Calvo S. Amputación cervical por pesario en gestación gemelar como prevención de parto pretérmino. Reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex. 2021; 89 (9): 715-720.

surgery, when removing the pessary, complete necrosis of the cervix was observed, leaving only a flap hanging from the cervix by a small pedicle from the anterior lip. Two live males were delivered, whose Apgar were 9-9 and 6-9. At the end of the surgery, the cervical channel was revised and the who cervix was excised and sent for histopathology study.

FINDINGS: Cervical pessary is known as an efficient and easy prevention of preterm birth in twin pregnancies; however, it is associated with certain risks. It is important to examine the correct placement during follow up.

KEYWORDS: Preterm labor; Deaths; Perinatal death; Cervical pessary; Twin pregnancy; Cesarean section; Gestational age.

ANTECEDENTES

El parto pretérmino es el que ocurre antes de las 37 semanas de embarazo; su incidencia es de entre 7 y 10% y es la principal causa de morbilidad y mortalidad perinatal, con exclusión de las malformaciones congénitas.[1] En la actualidad, los marcadores que permiten evaluar de forma más objetiva y con alta especificidad el riesgo de parto prematuro son: la medición ecográfica transvaginal de la longitud cervical y la determinación de la fibronectina fetal en la secreción vaginal.[2]

El origen del parto pretérmino es complejo y multifactorial; por eso el primer paso consiste en integrar una detallada historia clínica que permita identificar a las embarazadas de riesgo. Entre los factores de riesgo están: antecedente de dos o más pérdidas fetales en el segundo o tercer trimestre, la rotura prematura de membranas antes de la semana 34, cirugía uterina previa o anomalías uterinas congénitas y factores que supongan distensión uterina, como los embarazos múltiples y el polihidramnios. La causa conocida más frecuente es la infección o la inflamación intraamniótica subclínica.

La modificación cervical (dilatación igual o superior a 2 cm con borramiento del 80%) y las contracciones uterinas regulares (4 en 20 a 30 minutos) constituyen el patrón de referencia para establecer el diagnóstico de parto pretérmino, aunque su sensibilidad es baja, con grandes diferencias interobservador.[3]

La cervicometría, como predictor de parto prematuro, se basa en la premisa de que existe relación entre la longitud cervical y el desencadenamiento del trabajo de parto; el cuello uterino corto (menor de 15mm) es un fuerte predictor de parto pretérmino. Por su parte, el cuello largo (mayor de 30 mm) tiene un valor predictivo negativo de 95%.

Después de confirmar el diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, el tratamiento consistirá en la administración de tocolíticos (entre las 24 y 34 semanas de embarazo) y la maduración pulmonar fetal.[4]

En cuanto a los métodos potenciales para prevenir el parto pretérmino, se dispone de la progesterona, el cerclaje cervical y el pesario.

https://doi.org/10.24245/gom.v89i9.5309

El objetivo de este estudio fue: reportar, con un caso clínico, las posibles complicaciones derivadas de la aplicación del pesario porque, a pesar de ser un método sencillo y menos invasivo que otras opciones, como el cerclaje cervical, no está exento de ellas. Además, el pesario es un método ampliamente utilizado en nuestro medio para la prevención del parto pretérmino; por esto es importante tenerlas en mente en los controles de estas pacientes para poder identificarlas a tiempo.

CASO CLÍNICO

Paciente primigesta, de 32 años, fumadora, sin otros antecedentes personales de interés para el caso, en seguimiento en consulta prenatal de alto riesgo por embarazo gemelar bicorial biamniótico. En la consulta de la semana 26, la paciente refirió la percepción de una dinámica dolorosa, irregular, sin otros síntomas acompañantes. Al efectuar el registro cardiotocográfico claramente se advirtió la dinámica uterina repetida cada 3 a 4 minutos.

En el estudio ecográfico se demostró el acortamiento cervical; la cervicometría reportó 11 mm. La paciente permaneció afebril y con reporte de los estudios de laboratorio dentro de la normalidad. El tratamiento tocolítico se inició con atosibán y maduración pulmonar con betametasona. A las 48 horas, luego de finalizar el tratamiento y de haber trascurrido un periodo de observación de 12 horas, se repitió el estudio cardiotocográfico y se volvió a medir la longitud cervical, que permaneció estable con respecto a la previa y sin registrarse dinámica uterina. Por lo anterior, se decidió la colocación de un pesario cervical y darla de alta al domicilio, con controles en la consulta de alto riesgo obstétrico. Además, se le indicó tratamiento con progesterona vaginal. En este caso el cerclaje no se contempló porque en nuestro centro solo está indicado en casos de incompetencia cervical, con antecedente de abortos tardíos. Además, los estudios no han demostrado su eficacia en embarazos gemelares y cuello uterino acortado.

En la semana 33 acudió al servicio de Urgencias del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, debido a la sospecha de rotura de la bolsa y sensación de dinámica uterina dolorosa. Al efectuar la maniobra de Valsalva fluyó líquido claro, abundante. Esto confirmó la rotura prematura de membranas del primer gemelo. Puesto que se registró dinámica uterina regular cada 2 minutos se le retiró el pesario, con gran dificultad.

En el tacto vaginal se advirtió la presentación del primer gemelo y el cuello parcialmente desgarrado. Mediante especuloscopia se comprobó el exocérvix, solo unido por un mínimo pedículo anterior al endocérvix.

Se indicó cesárea urgente, por parto activo y segundo feto en podálica (no se requirió el consentimiento informado). La cesárea trascurrió sin contratiempos: el primer feto nació vivo, en posición cefálica, con Apgar 9-9 y peso de 2125 gramos. Al minuto, se obtuvo el segundo feto vivo, en posición podálica, con Apgar 6-9 y peso de 2140 gramos. Al término de la cesárea se exploró el canal de parto y se confirmaron los hallazgos. El cuello uterino se apreció congestivo y con áreas calcificadas que solo conservaban un pedículo en la cara anterior; por eso se procedió a su resección y hemostasia del lecho.

El estudio anatomopatológico de la pieza reportó: necrosis e inflamación aguda, con infiltración hemorrágica y congestión vascular marcada.

DISCUSIÓN

La principal fuente de morbilidad y mortalidad perinatal en los embarazos gemelares es el parto prematuro. El aumento de este riesgo puede estar relacionado con la mayor distensión miometrial

que conduce a una contractilidad más frecuente y mayor en comparación con los embarazos únicos.[5]

La colocación de un pesario puede prolongar el embarazo en gestaciones gemelares con cuello corto. Desde luego que se dispone de más datos prospectivos que respaldan la aplicación del pesario más que la del cerclaje. La definición más común de cuello corto en embarazos gemelares es la misma que en los únicos.[6]

El pesario cervical (**Figura 1**) es un dispositivo flexible, de silicona, con forma de anillo que se coloca por vía vaginal, alrededor del cuello. Su mecanismo de acción, sin ser bien conocido, puede modificar el eje del canal cervical y dirigirlo hacia el sacro, por lo que el peso del embarazo descansa sobre el segmento uterino anterior, en vez de hacerlo directamente sobre el canal cervical; así se evita que el exceso de presión favorezca la dilatación o la rotura prematura de membranas. Además, algunos autores plantean que el pesario puede preservar y prevenir el deterioro del tapón cervical, lo que ofrece protección en contra de las infecciones ascendentes.

La colocación del pesario puede hacerse de forma ambulatoria, y extraerlo en cualquier momento si sobreviene alguna complicación. El pesario puede aumentar el flujo vaginal, aunque el espectro de la flora vaginal no se altera debido al dispositivo. La sensación de presión puede llevar a su expulsión o al edema cervical. En algunos casos, como el descrito, el cuello uterino puede estrangularse por lo que el pesario deberá retirarse para poder inspeccionarlo.[7]

La comparación entre el pesario, la progesterona y el cerclaje se ha revisado en numerosos estudios, sobre todo en embarazos únicos.

La progesterona reduce el riesgo de parto prematuro en un 32%, aproximadamente, tanto en mujeres con o sin antecedente de parto prematuro; se recomienda su indicación a pacientes con cuello menor de 25 mm.[5] Una revisión Cochrane evaluó su indicación a mujeres con riesgo de parto pretérmino y los desenlaces fueron favorables en cuanto a la prolongación del embarazo, menores ingresos a cuidados intensivos neonatales, disminución de complicaciones del recién nacido y reducción del riesgo de muerte posparto.[6,7]

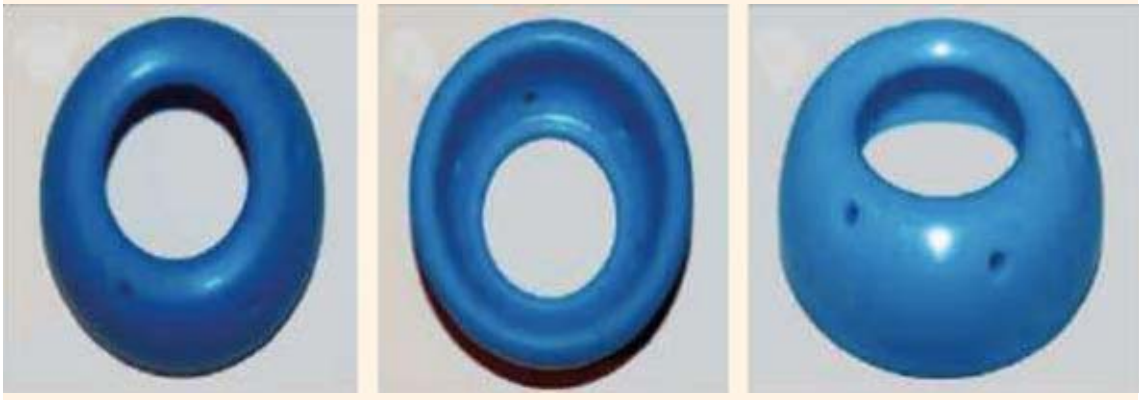


Figura 1. Pesario cervical Arabin.

https://doi.org/10.24245/gom.v89i9.5309

El cerclaje uterino está indicado para la prevención y tratamiento de la incompetencia cervical; desde luego que es un proceso invasivo, no exento de complicaciones: hemorragias e infecciones. Su uso está limitado a embarazos únicos porque en los gemelares ha demostrado un aumento significativo de la prematurez.[8]

En este estudio se demostró una reducción del parto anterior a las 34 semanas en el grupo pesario (16.2 *vs* 39.4%, RR 0.41; p = 0.003) y menos recién nacidos con peso inferior a 2500 g (34.6 *vs* 47.7%, RR 0.72; p = 0.01).[12] No se encontraron diferencias en la mortalidad ni en la morbilidad neonatal global entre grupos. Otros trabajos de 2013 y 2017 han demostrado las ventajas del uso del pesario,[13,14] por lo que los autores recomiendan la aplicación del pesario cervical en embarazos gemelares con cuello uterino corto como estrategia para prevenir el parto pretérmino.

CONCLUSIÓN

El parto pretérmino es una causa importante de morbilidad y mortalidad materna y fetal. El pesario es un método seguro y eficaz para prevenir el parto pretérmino *versus* la conducta expectante. En nuestro medio, el pesario es una medida preventiva muy utilizada en embarazos únicos y gemelares con acortamiento cervical. Si bien no requiere consentimiento informado sí es conveniente explicar a la paciente los posibles efectos derivados de su colocación: aumento de la secreción vaginal y molestias durante su inserción. El desgarro es una complicación grave, pero excepcional. Para evitarla o identificarla es importante la exploración ginecológica con especuloscopia después de su colocación y en cada uno de los controles posteriores en la consulta y luego de retirarlo para poder identificar y reparar los posibles desgarros secundarios a su extracción. También debe revisarse el canal blando del parto, después del parto, en pacientes con antecedente de pesario durante el embarazo, con el propósito de establecer un diagnóstico temprano y evitar complicaciones tardías en el puerperio.

REFERENCIAS

1. Romero R, Espinoza J, Kusanovic JP, Gotsch F, Hassan S, Erez O, Chaiworapongsa T, Mazor M. The preterm parturition syndrome. BJOG 2006; 113 (Suppl 3): 17-42. https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2006.01120.x
2. Frey H a., Klebanoff M a. The epidemiology, etiology, and costs of preterm birth. Semin Fetal Neonatal Med 2016; 21 (2): 68-73. https://doi.org/10.1016/j.siny.2015.12.011
3. Peiró E, Valenzuela P, Medina L, Cámara MJ, Cabrera A, Redondo S. Diagnóstico de la amenaza de parto prematuro. Clin Invest Obstet 2003; 30 (10): 339-43. https://doi.org/10.1016/S0210-573X(03)77285-2
4. Turton P, Arrowsmith S, Prescott J, et al. Una comparación de las propiedades contráctiles del miometrio de embarazos únicos y gemelares. PLoS One 2013; 8: e63800. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0063800
5. Arabin B, Halbesma JR, Vork F, Hübener M, Van Eyck J. Is treatment with vaginal pessaries an option in patients with a sonographically detected short cervix? J Perinat Med. 2003; 31 (2): 122–33. https://doi.org/10.1515/JPM.2003.017
6. Nicolaides KH, Syngelaki A, Poon LC, de Paco Matallana C, Plasencia W, Molina FS, Picciarelli G, Tul N,Celic E, Lau TK, Conturso R. Cervical pessary placement for prevention of preterm birth in unselected twin pregnancies: a randomized controlled trial. Am J Obstet Gynecol 2016; 214 (1): 3.e1-3.e9. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2015.08.051
7. Romero R, Conde-Agudelo A, Da Fonseca E, O'Brien JM, Cetingoz E, Creasy GW, et al. Vaginal progesterone for preventing preterm birth and adverse perinatal outcomes in singleton gestations with a short cervix: a meta-analysis of individual patient data. Am J Obstet Gynecol 2018 218 (2): 161-80. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.11.576
8. Schuit E, Stock S, Rode L et al. Effectiveness of progestogens to improve perinatal outcome in twin pregnancies: an individual participant data meta-analysis. BJOG 2015; 122: 27-37. https://doi.org/10.1111/1471-0528.13032
9. Romero R, Conde-Agudelo A, El-Refaie W, et al. La progesterona vaginal disminuye el parto prematuro y la morbilidad y mortalidad neonatal en mujeres con gestación gemelar y cuello uterino corto: un metanálisis actualizado de datos de pacientes individuales. Ultrasonido Obstet Gynecol 2017; 49: 303.
10. Berghella V, Odibo AO, To MS, Rust OA, Althuisius SM. Cerclage for short cervix on ultrasonography: meta-lanalysis of trials using individual patient-level data. Obstet Gynecol 2005; 106: 181-9. doi: 10.1097/01.AOG.0000168435.17200.53

11. Goya M, Pratcorona L, Merced C, Rodó C, Valle L, Romero A, et al. Cervical pessary in pregnant women with a short cervix (PECEP): An open-label randomised controlled trial. Lancet. 2012; 379 (9828): 1800-6. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60030-0

12. Goya M, De La Calle M, Pratcorona L, Merced C, Rodó C, Muñoz B, et al. Cervical pessary to prevent preterm birth in women with twin gestation and sonographic short cervix: A multicenter randomized controlled trial (PECEP-Twins). Am J Obstet Gynecol. 2016; 214 (2): 145-52. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2015.11.012

13. Liem S, Schuit E, Hegeman M, et al. Cervical pessaries for prevention of preterm birth in women with a multiple pregnancy (ProTWIN): a multicenter, open-label randomized controlled trial. Lancet. 2013; 382: 1341-1349. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61408-7

14. Saccone G, Ciardulli A, Xodo S, Dugoff LJ. Cervical pessary for preventing preterm birth in twin pregnancies with short cervical length: a systematic review and meta-analysis. J Matern Neonatal Med 2017; 30 (24): 2918-925. doi: 10.1080/14767058.2016.1268595

CITACIÓN ACTUAL

De acuerdo con las principales bases de datos y repositorios internacionales, la nueva forma de citación para publicaciones periódicas, digitales (revistas en línea), libros o cualquier tipo de referencia que incluya número doi (por sus siglas en inglés: Digital Object Identifier) será de la siguiente forma:

REFERENCIAS

1. Yang M, Gou, ZW, Deng CJ, Liang X, et al.* A comparative study of three different forecasting methods for trial of labor after cesarean section. J Obstet Gynaecol Res. 2017;25(11):239-42. https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2015.04..0015.**

* Cuando la referencia contiene hasta tres autores, éstos se colocarán de forma completa. En caso de 5 autores o más, solo se colocan cuatro, seguidos de la palabra en latín "et al".

** El registro Doi deberá colocarse con el link completo (como se indica en el ejemplo).

https://doi.org/10.24245/gom.v89i9.5309