

11217

MDU



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Medicina
División de Estudios Superiores

"EVALUACION DEL CERCLAJE ESPINOSA FLORES EN LA INCOMPETENCIA ISTMICOCERVICAL"

T E S I S

Que para obtener el Post-grado en
GINECO - OBSTETRICIA

Presenta el

DR. HUGO RODRIGUEZ OJEDA

Asesor: Dr. Jesús Sánchez Contreras
Jefe de la Unidad de Tococirugia del
H. G. O. No. 3 del CMR IMSS



Hospital de Gineco-obstetricia No. 3 del
Centro Médico "LA RAZA" IMSS
Jefatura de Enseñanza e Investigación

México, D. F.



1985



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

INTRODUCCION	1
MATERIAL Y METODO	7
RESULTADOS	9
COMENTARIOS Y CONCLUSIONES	14
BIBLIOGRAFIA	15

INTRODUCCION:

La Incompetencia Istmicocervical (IIC) es la Incapacidad del orificio cervical interno y del istmo uterino para contener el producto de la gestación hasta su viabilidad (14). Se lo conoció en Francia en 1938 cuando Dowey efectuó la primera operación para su tratamiento, pero es hasta 1943 y en base a los trabajos de Lancomme y Palmer cuando toma importancia como causa de aborto del segundo trimestre o parto pretérmino e inician la inquietud por establecer su tratamiento (3, 13) y publican sus primeros resultados. En nuestro Hospital se lo reconoce como causa del 40 al 60% de los casos de aborto habitual (12,16).

Lash y Lash en 1950 (9) enfatizan la importancia que en la etiopatogenia del problema tienen los traumatismos del cérvix, causados por la dilatación brusca o exagerada del orificio interno (3,12) y clasifican las causas como de origen traumático, congénito o disfuncional. También en 1950 Palmer aplica la Histerometría Manométrica como método diagnóstico; en 1951 Fisher presenta como causa de Infertilidad las amputaciones o conizaciones cervicales; en 1952 Asplund y Dombino efectúan estudios histerográficos y arteriográficos en relación con el diagnóstico (13). En 1953 Borelli y Fertom describen el mecanismo del funcionamiento del esfínter del istmo uterino y en 1954 Shirodkar de Bombay, India (15); lleva a cabo intervenciones quirúrgicas durante el embarazo. Desde entonces los In

tentos por encontrar el método terapéutico ideal no han sido en vano, las técnicas quirúrgicas propuestas en la mujer no embarazada hasta la fecha son múltiples y algunas de ellas muy ingeniosas: Lash y Lash (9), Palmer y Lacomme con la técnica inicial de escisión de un corte elíptico de la pared anterior del cérvix a nivel del orificio interno; Rovinsky y Bergman con sus modificaciones personales a la misma; Averill, Brooks, Bernes, etc., con diversas modalidades de cauterización del cérvix para producir fibrosis; Page Oxycal lo satura con talco para el mismo fin; Hunter con injerto dérmico, etc. (5).

Las técnicas quirúrgicas que se emplean durante el embarazo también son muchas, la mayoría inspiradas en la técnica clásica de Shirodkar, tienen un mismo fundamento y la misma finalidad (17): colocar convenientemente en el cérvix una o varias ligaduras que le proporcionen la resistencia necesaria para soportar adecuadamente el embarazo y asegurar su término feliz (3). Casi todas ellas consisten en muy pequeñas variantes y más frecuentemente lo único que cambia es la naturaleza del material empleado: Shirodkar (15) el iniciador, usando una tira de fascia lata; Green Armitage seda trenzada; Lewis y Reed hilo de nylon dentro de un tubo de polietileno; Barter mersilene; Ritter y Ritter dacrón; McDonald (10) seda; Johnston alambre de tantallo; Durfee permafíil; Picot fascia lata de buey; Javert hilo de dacrón; Mayer tendón de canguro; Breen injerto dérmico; Rovinsky tubo de polietileno previamente aplanado, etc.

Algunos autores desprecian el cerclaje y han ideado distintos artificios para solucionar el problema: Baden su traqueoplastia con puente; De Aquino Salles tres puntos en "U" paralelos al eje; Szendi la oclusión total del orificio externo con crin de Florencia; Wurm doble transfijión en cruz a través del conducto cervical, etc. Finalmente Benson y Durfee en 1965 (2) propusieron su cerclaje transabdominal en el 2o. trimestre de la gestación, operación difícil y con un riesgo muchísimo más alto para la madre y producto que una ligadura simple por vía vaginal y que además obligadamente termina en cesarea, por lo que actualmente puede afirmarse que el tratamiento quirúrgico por vía vaginal, durante el embarazo, es el procedimiento de elección y para obtener los mejores resultados se deben reunir las siguientes condiciones: Que sea una técnica sencilla; de fácil ejecución; no necesitar instrumental especial; no requerir material especial para la "jareta"; que esta permita el libre juego fisiológico de las estructuras del istmo para formar el segmento inferior; que no se deslice; que pueda ser seccionada y retirada siempre con facilidad para permitir el parto vaginal; que pueda ejecutarse en pocos minutos; que requiera un tiempo anestésico muy corto o pueda hacerse con anestesia local; que implique una mínima manipulación del cérvix y matriz; que no exponga al peligro de perforar las membranas ni a lesiones iatrogénicas de órganos vecinos; que pueda ejecutarse en cuellos importantemente dilatados (10); que pueda ejecutarse en cualquier edad de la

gestación; que no produzca sangrado; que no deje cicatrices o adherencias importantes y que pueda repetirse con igual facilidad en cada nuevo embarazo.

Los resultados de estudios efectuados en diferentes lugares del mundo y con diferentes técnicas, reportan porcentajes de éxito de 80% como promedio; estableciéndose la diferencia - actualmente como ya se ha mencionado, básicamente en la técnica quirúrgica.

En México, en 1966, el Dr. Espinosa Flores propone su técnica que es más sencilla, rápida, menos cruenta y que utiliza material de sutura notablemente más barato y accesible, y que consiste en la ligadura transcardinal simple del cervix, empleando como material de sutura una cinta umbilical (5). En nuestro medio existen estudios cuyos resultados (1,3,5,6,7,11) han demostrado que dicha técnica es igualmente efectiva que las universalmente aceptadas, como lo es la técnica de Shirodkar. En nuestro hospital reportes previos (11) indican 71,58% de éxito con la técnica del Dr. Espinosa Flores.

TECNICA QUIRURGICA ORIGINAL:

Su ejecución es muy sencilla, se toma el cervix con dos pinzas de Foerster en los radios de las 12 y de las 6; se expone el lado derecho del istmo braceando las pinzas hacia el lado contrario; se localiza el ligamento cardinal o de Mackenrodt con ambos índices, se pasa la aguja enhebrada con la cinta umbilical de arriba abajo tomando precisamente la parte ba-

Ja de dicho ligamento, cerca de su inserción al cuello; se tracciona el cérvix hacia el lado contrario; se localiza el ligamento cardinal izquierdo; se pasa la aguja de abajo hacia arriba; se rechazan las membranas con el dedo índice y el ayudante anuda la cinta en el radio de las 12, dejando los cabos de uno y medio centímetros.

Las recomendaciones especiales a la técnica son (4): La "jareta" debe ponerse en la parte baja de los ligamentos, de lo contrario se expone a provocar contracciones. Aunque el concepto clásico es de que el cerciaje se debe aplicar de las 14 a las 18 semanas de gestación, es preferible hacerlo hasta que el cérvix ha iniciado su dilatación, con vigilancia cada 10 a 15 días; la ligadura de la cinta debe ser hecha por el ayudante para que el cirujano regule la tensión de la misma al rechazar las membranas con el dedo índice; se recomienda usar aguja gruesa y redonda para facilitar el paso de la cinta y que no se produzca sangrado o desgarros del tejido. No utilizar ningún antiséptico previo a la cirugía, solamente lavado con solución fisiológica, evitando así irritación de las membranas; el retiro de la cinta umbilical es tan sencillo que se recomienda hacerlo hasta el momento de iniciar las contracciones uterinas del parto.

Siendo la técnica del Dr. Espinosa Flores una técnica de reciente introducción y a que nuestro Hospital desconoce sus resultados en los últimos ocho años, ha surgido la inquietud del presente estudio, teniendo como objetivo fundamental: Determinar la

evolución del binomio Materno-Fetal posterior al tratamiento quirúrgico de la Incompetencia Istmicocervical con la técnica del Dr. Espinosa Flores en el Hospital de Ginecoobstetricia No. 3 del Centro Médico "La Raza" del I.M.S.S.

ESTE LIBRO NO DEBE
QUEDAR EN LA BIBLIOTECA

MATERIAL Y METODO:

El estudio se efectuará con los expedientes de las pacientes a las que se les practicó Cerclaje cervical en este Hospital del 10. de enero al 31 de diciembre de 1983, a las que se les analizará la edad, antecedentes obstétricos y quirúrgicos, metodología diagnóstica, edad gestacional a la que se aplicó el cerclaje, complicaciones trans y posoperatorias, evolución y vía de resolución del embarazo, condiciones del producto al nacer y en el momento del alta definitiva.

El análisis de los resultados se hará con tablas de porcentajes y su comparación con los obtenidos en estudios previos en esta misma unidad hospitalaria.

EDAD DE LAS PACIENTES A LAS QUE
SE INTERVINO POR I.I.C.
(en años)

GRUPOS DE EDAD	PACIENTES	%
de 20 a 24	15	22,73
de 25 a 29	29	43,94
de 30 a 34	14	21,21
de 35 a 40	8	12,12
TOTAL	66	100,00

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

	PACIENTES	%
DE 1 a 9 ABORTOS	32	48,50
DE 1 a 4 PARTOS PRETERMINO	9	13,63
ABORTOS Y PARTOS PRETERMINO	25	37,87
TOTAL	66	100,00
DE LEGRADO UTERINO	49	74,24

RESULTADOS:

El grupo se formó de 66 pacientes con promedio de edad de 28 años en las que se descartó toda otra patología causante de infertilidad, existiendo 32 pacientes con antecedentes de 1 a 9 abortos, 49 con antecedente de Legrado uterino instrumental, 9 pacientes con antecedente de 1 a 4 partos pretérmino y 25 pacientes con antecedentes de abortos y partos pretérmino. El diagnóstico se estableció por Clínica en 43 de las pacientes, corroborandose el mismo por ecosonografía en 18; en 17 pacientes el diagnóstico fué por ecosonografía, en 6 de las pacientes por Hismografía y en una por prueba de dilatadores. El cerclaje se aplicó entre la 9a. y 27a. semanas de gestación, con un promedio de 15.87 semanas; aplicandose de primera intención en 52 pacientes, de segunda intención en 12 y de tercera intención en 2 de las pacientes; reinstalandolo nuevamente en 2 de las pacientes por aflojarse la cinta a las 9 y 4 semanas de haber aplicado el primer cerclaje. No se presentaron complicaciones inherentes a la técnica quirúrgica. En 10 casos se presentó amenaza de aborto como complicación postoperatoria controlandose 6 de ellos con reposo absoluto y la administración de utero-inhibidores, mismos que se utilizaron de rutina en todas las pacientes. Durante el control posterior; prenatal, 46 de las pacientes presentaron cervico-vaginitis, 25 infección de las vías urinarias, 26 amenaza de parto pre-término 14 pacientes infección de vías urinarias asociada a amenaza de parto pre-término; 17 de las pacientes presentaron ruptura

PACIENTES CON CERCLAJES PREVIOS

No. de CERCLAJES	PACIENTES	%
0	52	78.79
1	12	18.18
2	2	3.03
TOTAL	66	100.00

EDAD GESTACIONAL A LA QUE
SE APLICÓ EL CERCLAJE

SEMANAS	PACIENTES	%
de 9 a 12	9	13.60
de 13 a 18	43	65.10
de 19 a 27	14	21.20
TOTAL	66	100.00

COMPLICACIONES OBSERVADAS DURANTE
EL EMBARAZO

COMPLICACION	No. de PACIENTES	%
AMENAZA DE ABORTO	10	15.15
AFLOJAMIENTO DE LA CINTA	2	3.03
CERVICOVAGINITIS	46	69.69
INFECCION DE VIAS URINARIAS (I.V.U.)	25	37.87
AMENAZA DE PARTO PRETERMINO (A.P.P.)	26	39.39
I.V.U. ASOCIADA A A.P.P.	14	21.21
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	17	25.75

RESOLUCION DEL EMBARAZO

VIA DE INTERRUPCION	EDAD GESTACIONAL (EN SEMANAS)				PACIENTES	%
	0 a 20	21 a 27	28 a 36	37 a 42		
VAGINAL						
ABORTOS	6	2			8	12.12
PARTOS		6	12	15	33	50.00
CESAREA		1	7	17	25	37.88
TOTAL					66	100.00
PRODUCTOS VIABLES*		1	15	32	48	<u>72.72</u>

* Productos dados de alta hospitalaria vivos.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La técnica del cerclaje cervical ideada por el Dr. Espinoza Flores, de acuerdo con los resultados que en el presente estudio se obtienen y a los ya reportados por otros investigadores, es confiable en el manejo de la incompetencia istmico-cervical; puesto que a más de ser un procedimiento sencillo y rápido, que no amerita de instrumentos especiales y que está al alcance de cualquier ginecólogo, pudiéndose llevar a cabo en edades avanzadas del embarazo o cuando ya existan modificaciones cervicales, lo que es de mucha utilidad en casos de diagnóstico dudoso o cuando además estén presentes otras causas de infertilidad.

Varios estudios en nuestro medio reportan cifras porcentuales de éxito que oscilan del 65 al 88% , existiendo en -- nuestro hospital reportes previos de éxito hasta del 71,58% - mismo que al ser comparado con el obtenido con el presente estudio, 72,72% , corroboran el valor terapéutico y la confiabilidad a dicha técnica quirúrgica.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Andrade, V.A.: La Operación de Espinosa Flores en la Insuficiencia Istmico-Cervical. *Ginec. Obstet. Méx.* 39:345, 1976
- 2- Benson, R.C., Durfee, R.B.: Transabdominal Cervicouterine cerclage during pregnancy for the treatment of cervical incompetence. *Obstet. Gynecol.* 25:145, 1965
- 3- Delgado, U.J.: Tratamiento de la Insuficiencia Istmico-Cervical. *Ginec. Obstet. Méx.* 27:605, 1970
- 4- Espinosa, F.C.: Tratamiento de la Incompetencia Istmico-Cervical durante el embarazo con ligadura transcervical simple del corvix. *Ginec. Obstet. Méx.* 21:403, 1966
- 5- Espinosa, F.C.: Algunas consideraciones sobre el tratamiento de la Incompetencia Istmico-Cervical. Libro homenaje Dr. - Luis Castelazo Ayala. Tomo I pag. 17, 1970
- 6- Gordillo, F.J.: Causas probables de fracaso en el tratamiento de la Incompetencia Istmico-Cervical. *Ginec. Obstet. Méx.* 36:255, 1974
- 7- Gordillo, F.J.: Tratamiento de la Incompetencia Istmico-Cervical. Criterio para seleccionar la técnica quirúrgica. *Ginec. Obstet. Méx.* 34:229, 1973
- 8- James, H.H.: Comparison of success and morbidity in cervical cerclage procedures. *Obstet. Gynecol.* 56:543, 1980
- 9- Lash, A.F.: Incompetent cervix as a cause of recurrent abortion. *Fertil. Steril.* 15:254, 1964
- 10- McDonald, I.A.: Suture of the cervix for inevitable miscarriage. *J. Obstet. Gynaecol. Brit. Emp.* 64:346, 1957
- 11- Hatute, R.M.: Modificaciones al cerclaje cervical de Espinosa. *Ginec. Obstet. Méx.* 43:179, 1978
- 12- Pérez, R.L.: Infertilidad por Insuficiencia Istmico-Cervical. *Ginecol. Obstet. Méx.* 29:223, 1971
- 13- Peterson, P., Keifer, W.S.: Diagnosis of Incompetent Internal cervical os. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 116:498, 1973
- 14- Sánchez, C.J.: Criterio de Selección Operatoria en la enfermedad Istmico-Cervical. *Ginec. Obstet. Méx.* 34:489, 1973
- 15- Shirodkar, U.N.: Cervical Incompetence and Its treatment. *Prog. In Gynecol.* Ed. Grune and Stratton. 5:478, 1970
- 16- Incompetencia Istmico-Cervical. Normas de Manejo del H.G.O. No. 3 del I.M.S. pag. 86, 1984.
- 17- Torres, M.S.: La operación de Shirodkar en H.G.O. No. 1. *Ginec. Obstet. Méx.* 22:627, 1967