


Universidad Nacional Autónoma de México

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

Valoración de los Resultados Obtenidos con
las Diferentes Técnicas de Cerclaje Cervical



TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
Especialidad en Ginecología y Obstetricia
PRESENTA EL DR.
LUIS FELIPE CAMACHO CRISTIA

MEXICO, D. F.

1974 - 1977



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

DIRECTOR DE LA TESIS:

Dr. Manuel Mario Matute Raffray

Agradezco en forma especial la
colaboración del Dr. Eusebio -
Brena Aquino.

I.- INTRODUCCION.

II.- MATERIAL Y METODO.

III.- RESULTADOS.

IV.- COMENTARIO.

V.- RESUMEN Y CONCLUSIONES.

VI.- BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

La infertilidad es el mayor problema que se origina por la incompetencia ístmico cervical, éste cuadro despierta gran interés en el ginecoobstetra, y por ello existen muchas publicaciones orientadas a solucionar ésta patología.

La incompetencia ístmico cervical, se define como la incapacidad del cuello (de origen estructural o funcional), para mantener un embarazo intrauterino después del primer trimestre.

Palmer y La Combe en 1948, llamaron la atención acerca de la relación que existe entre la incompetencia ístmico cervical y el aborto del segundo trimestre, y desde entonces se han publicado numerosos artículos, donde se estudian los factores etiológicos y se describen diferentes tratamientos. La mayoría de los investigadores coinciden, en que lo más conveniente es el cierre quirúrgico del orificio incompetente, mediante un procedimiento de cerclaje. Los materiales de sutura son diversos, y se utiliza desde la cinta de algodón, hasta el tendón de fascia lata, la seda, el mersilene y el nylon.

En 1952 Lash propuso la traqueloplastía fuera del embarazo, que consiste en hacer una cuña sobre el labio anterior del cuello, sin embargo, los resultados no fueron satisfactorios, pues la lesión cervical frecuentemente no se localiza en la cara anterior del ístmo . Además, las posibilidades de un nuevo embarazo, disminuyen después de ésta operación.

En 1954, Shirodkar realizó la circunvalación del cuello a nivel del orificio interno y por dentro de la mucosa vaginal, utilizó tendón de fascia lata

y obtuvo buenos resultados. Otros cirujanos utilizan posteriormente la misma técnica, sustituyendo el tendón de fascia lata por cinta de algodón, mersilene o nylon, con resultados también muy satisfactorios (3,11). Cuando se sigue ésta técnica, la terminación del embarazo deberá ser por operación cesárea, ya que si se permite el parto, se pierde la fibrosis que se produjo a nivel del orificio interno.

La técnica de McDonald, consiste en practicar una jarreta a nivel del orificio interno del cuello, y se utiliza seda, según algunos autores con ésta técnica se obtiene un porcentaje importante de éxitos (3,6,9,11).

En la técnica de McDonald modificada, se usa cinta de mersilene, en aquéllos casos en los que el cuello está menos incorporado al segmento (2,9).

En México, desde hace algunos años, se realiza un cerclaje cervical a través de los ligamentos cardinales y por fuera de la mucosa vaginal. Esta técnica fué descrita por Espinosa Flores, y se han obtenido excelentes resultados con su uso (1,2,4,5,6,11), tiene la ventaja de que el embarazo puede resolverse por vía vaginal cortando la cinta cuando se inicia el trabajo de parto. La técnica puede repetirse las veces que se requiera.

Benson y Durfee en 1965, propusieron un cerclaje transabdominal en el segundo trimestre del embarazo.

Se debe enfatizar que con ninguna de las técnicas se han obtenido productos a término en el 100% de los casos, ésto probablemente obedece a que existen otros factores asociados (7).

En el presente estudio nos proponemos hacer una valoración de los resultados obtenidos con las diferentes técnicas de cerclaje cervical que se utilizan en éste Hospital.

MATERIAL Y METODO

En el Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 del Centro Médico la Raza, se practicaron de 1974 a 1976, 77 operaciones de cerclaje a 55 pacientes. Todas las pacientes tenían el antecedente de abortos del segundo trimestre, los cuáles se presentaron en la mayoría de los casos sin contractilidad uterina perceptible clínicamente y en un gran número de casos precedidos de rotura de membranas.

En 38 de las 55 pacientes a quienes se practicó cerclaje cervical, se corroboró el diagnóstico de incompetencia istmico cervical, mediante prueba de Dilatadores de Hegar, Istmografía o ambos métodos.

A la técnica de Espinosa Flores se le hizo una modificación, ésta consiste en tomar con pinzas de Allis la parte más baja y en todo su espesor los ligamentos de Mckenrodt antes de la colocación del cerclaje.

Con el objeto de descartar otras causas de infertilidad, se practicaron en algunas pacientes, reacciones para detectar toxoplasmosis, citomegalovirus, micoplasma, pruebas tiroideas, investigación de diabetes, así como histerosalpingografía con el propósito de diagnosticar malformaciones congénitas.

RESULTADOS

CUADRO No. 1.

Técnica Quirúrgica	Número de conclajes	%
Espinosa	68	88.31
Shirodkar	7	9.09
McDonald	2	2.59
Total	77	100

CUADRO No. 2.

EDAD DE LAS PACIENTES

Años	Número de pacientes	%
Menos de 20	2	3.63
de 21 - 25	18	32.72
de 26 - 30	28	50.91
31 o más	7	12.72
Total	55	100

CUADRO No. 3

ANTECEDENTES DE ABORTOS

Técnica Quirúrgica	No. de Abortos 3 - 5	No. de Abortos 6 o más
Espinosa	44	2
Shirodkar	7	0
McDonald	2	0

Nos damos cuenta en los cuadros anteriores que la operación de cerclaje cervical más usada fué la de Espinosa Flores. La edad promedio de las pacientes a las que se les practicó cerclaje cervical, fué de 26.67 años, teniendo la de menor edad 16 y la de mayor edad 36, notándose que el mayor porcentaje de intervenciones fué llevada a cabo en el grupo de pacientes que tenían entre 26 y 30 años.

Con respecto al cuadro No. 3, observamos que el mayor número de cerclajes se practicaron en las pacientes que habían tenido entre 3 y 5 abortos y solamente en dos pacientes se realizó cuando tenían 6 o más.

Es conveniente hacer notar que en un número importante de pacientes a las que se les practicó cerclaje cervical con las diferentes técnicas, tenían el antecedente de partos inmaduros.

CUADRO No. 4.

PACIENTES A LAS QUE SE LES PRACTICO ISTMOGRAFIA Y LA PRUEBA DE DILATADORES DE NEGAR PREVIAMENTE AL CERCLAJE.

Intervención Quirúrgica	Istmo grafía	Prueba de Dilat.	Istm. y Prueba de dilatadores	Total
Espinosa	12	13	10	35
Shirodkar	0	0	2	2
McDonald	0	0	1	1
Total	12	13	13	38

CUADRO No. 5

EDAD DEL EMBARAZO A LA QUE SE REALIZO EL CERCLAJE

Intervención Quirúrgica	Antes de la sem. 16	Después de la sem. 16
Espinosa	23(33.53%)	45(66.18%)
Shirodkar	6(85.71%)	1(14.28%)
McDonald	1(50.00%)	1(50.00%)

CUADRO 5 (A)

EVOLUCION DEL EMBARAZO EN LAS PACIENTES A LAS QUE SE LES PRACTICO EL CERCLAJE ANTES DE LA SEMANA 16

Intervención Quirúrgica	Aborto	Parto inmaduro	Parto prematuro	Emb. de término
Espinosa	1(4.34%)	5(21.73%)	5(21.73%)	12(52.17%)
Shirodkar	2(33.33%)	-	-	4(66.66%)
McDonald	-	1(100%)	-	-

CUADRO 5 (B)

EVOLUCION DEL EMBARAZO EN LAS PACIENTES A LAS QUE SE LES PRACTICO CERCLAJE DESPUES DE LA SEMANA 16

Intervención Quirúrgica	Aborto	Parto inmaduro	Parto prematuro	Emb. de término.
Espinosa	2(4.44%)	9 (20%)	4(8.88%)	30(66.66%)
Shirodkar	-	-	-	1 (100%)
McDonald	-	-	-	1 (100%)

Observamos en estos cuadros que el porcentaje global de éxitos en aquellas a las que se les practicó cerclaje cervical antes de la semana 16, fué mayor en aquéllas a las que se les efectuó operación de Espinosa, ocupando el segundo lugar de éxitos aquéllas pacientes que se sometieron a un cerclaje Shirodkar, fracasando el cerclaje en la única paciente a la que se le practicó McDonald.

El porcentaje global de éxitos fué en cambio mayor, en aquéllas pacientes a las que se les practicó cerclaje Shirodkar y McDonald después de la semana 16, sin embargo, ésto no es significativo debido al escaso número de pacientes en que éstas intervenciones fueron efectuadas.

CUADRO N.º. 6

CARACTERÍSTICAS CERVICALES AL REALIZAR EL CERCLAJE

Intervención Quirúrgica	Con modificaciones cervicales	Sin modificaciones cervicales
Espinosa	43(63.23%)	25(36.76%)
Shirodkar	0	7(100%)
McDonald	0	2(100%)

CUADRO No. 6 (A)

EVOLUCION DEL EMBARAZO EN PACIENTES A LAS QUE SE LES PRACTICO CERCLAJE CON MODIFICACIONES CERVICALES

Intervención Quirúrgica	Aborto	Parto inmaduro	Parto prematuro	Emb. de término
Espinosa	2(4.65%)	7(16.28%)	8(18.60%)	26(60.46%)
Shirodkar	-	-	-	-
McDonald	-	-	-	-

CUADRO No 6 (B)

EVOLUCION DEL EMBARAZO EN PACIENTES A LAS QUE SE LES PRACTICO CERCLAJE SIN MODIFICACIONES CERVICALES

Intervención Quirúrgica	Aborto	Parto inmaduro	Parto prematuro	Emb. de término
Espinosa	1(4%)	7(28%)	1(4%)	16(64%)
Shirodkar	2(28.57%)	-	-	5(71.42%)
McDonald	-	1(50%)	-	1(50%)

Nos damos cuenta al revisar los cuadros anteriores, que la única operación de cerclaje que se efectuó con modificaciones cervicales, fué la de Espinosa Flores, con un porcentaje importante de éxitos.

Con respecto a las pacientes a las que se les practicó un cerclaje sin modificaciones cervicales, -- notamos que el porcentaje global de éxitos fué similar en las pacientes a las que se les practicó cerclaje cervical tipo Espinosa, que en las que se practicó operación de Shirodkar. No tomamos en cuenta los resultados obtenidos con la técnica de McDonald por no ser significativos.

CUADRO No. 7

PRODUCTOS VIABLES OBTENIDOS CON LAS DIFERENTES TECNICAS

Intervención Quirúrgica	Productos Viables	%
Esninosa	51	75.00%
Shirodkar	5	71.42%
McDonald	1	50.00%

El porcentaje de productos viables obtenidos con las tres técnicas es importante, siendo el mayor el que se obtuvo cuando se utilizó la operación de - Esninosa.

Hemos de hacer notar, que a pesar de que según los libros de perinatología, un producto viable - es aquél que alcanza la semana 27 de la gestación, - con un peso al nacer de 1,000grs en adelante, para el presente estudio tomamos como productos viables aquéllos cuyo peso al nacer fué de 1,500grs en adelante.

CUADRO No. 8

PESO PROMEDIO DE LOS PRODUCTOS VIABLES

Intervención Quirúrgica	Peso Promedio
Esninosa	2,846grs.
Shirodkar	3,024grs.
McDonald	2,180grs.

CUADRO No. 9.

VIA DE RESOLUCION DEL EMBARAZO

Intervención Quirúrgica	Parto	Cesárea
Espinosa	21	30
Shirodkar	2	3
McDonald	0	1

CUADRO No. 10

INDICACION DE LA OPERACION CESAREA

Intervención Quirúrgica	Indicación de la cesárea	No. de casos
Espinosa	Desproporción cefalopélvica	5
	Iterativa	3
	Sufrimiento fetal agudo	2
	Producto Valioso	12
	D.P.P.N.I.	3
	Presentación Pélvica	2
	Situación transversa	3
	Shirodkar	Indicada

A pesar de que una de las ventajas de practicar cerclaje tipo Espinosa, es que el embarazo puede resolverse por vía vaginal, en nuestro lote de pacientes un mayor número de embarazos fué resuelto por operación cesárea.

COMENTARIO

De las tres técnicas de cerclaje cervical utilizadas en nuestro Hospital en los últimos tres años, en pacientes con incompetencia ístmico cervical, la más usada fué la de Espinosa Flores. Lo anterior, pensamos sea debido a lo sencillo de la técnica, que tiene maniobras cervicales mínimas, corto tiempo operatorio y escaso sangrado. Además utilizando ésta técnica el embarazo puede resolverse por vía vaginal y la técnica repetirse en embarazos subsecuentes.

Las otras dos técnicas de cerclaje utilizadas fueron la de Shirodkar y la de McDonald, en un grupo de pacientes muy reducido. Lo anterior es importante, ya que hasta hace apenas 6 años, la técnica de cerclaje cervical más usada en nuestro Hospital era la de Shirodkar (5).

Los cerclajes fueron practicados por lo general a pacientes jóvenes, siendo el promedio de edad de 26.67 años.

Todas las pacientes a las que se les practicó cerclaje cervical, tenían antecedentes ginecoobstétricos compatibles con incompetencia ístmico cervical, y a 13 pacientes se les corroboró el diagnóstico con la prueba de los dilatadores de Hegar, a 12 con istmografía y a 10 con ambos métodos. Es de importancia relevante, el hecho de que la gran mayoría de los cerclajes, se practicaron en pacientes que tenían entre 3 y 5 abortos, llevándose a cabo únicamente en dos pacientes con 6 o más abortos, esto quiere decir, que ya se piensa en el diagnóstico de incompetencia ístmico cervical y se estudia y trata a la paciente más tempranamente.

Las tres técnicas fueron practicadas antes y después de la semana 16 de la gestación, y los resultados fueron satisfactorios en ambos casos. La operación de Shirodkar se llevó a cabo en solamente una paciente después de la semana 16, lo cuál equivale a un 14.28% , en relación a 6 pacientes en las cuáles se practicó antes de la semana 16, que representan un 85.71% . Por el contrario, la operación de Espinosa, se llevó a cabo después de la semana 16 en 45 pacientes, o sea en un 66.18%, y en 23 pacientes antes de la semana 16, lo cuál es un 33.53%.

El grupo de pacientes a las cuáles se les practicó cerclaje McDonald, no es significativo pues solamente se llevó a cabo dicho cerclaje en dos pacientes.

De lo anterior podemos deducir que en términos generales, se siguieron los lineamientos clásicos para la realización de las técnicas de cerclaje en relación a la edad gestacional.

En lo que se refiere a las características cervicales en el momento de realizar el cerclaje, únicamente la técnica de Spinosa fué llevada a cabo en pacientes que presentaban modificaciones cervicales.

Los mejores porcentajes globales de éxito en relación a productos viables obtenidos, se encontraron cuando se utilizó la técnica de Espinosa. Resultados similares a los nuestros reportan autores nacionales(1,4,5,6,11).

A pesar de que una de las ventajas de utilizar la técnica de Espinosa es, que el embarazo se puede resolver por vía vaginal, en nuestro estudio, un mayor número de embarazos fué resuelto por operación cesárea, siendo la indicación en 5 casos despropor-

ción cefaloplúvica, en 3 casos iterativa, en dos casos sufrimiento fetal agudo, en 12 casos producto valioso, en 3 casos desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, en dos casos presentación plúvica, - en tres casos situación transversa.

Observamos que el mayor número de cesáreas - fuéron practicadas por indicación de producto valioso con lo cuál no estamos de acuerdo, ya que con el sólo hecho de cortar la cinta de cerclaje cuando se inicia el trabajo de parto, éste por lo general es rápido y evoluciona sin dificultad, no ocasionando trastornos al producto.

En relación a las pacientes que se les practicó cerclaje Shirodkar, de las cinco que lograron un embarazo de término, en 3 se resolvió por operación cesárea, y en dos pacientes el embarazo fué resuelto por vía vaginal, lo cuál no es lo indicado.

Tomando en cuenta lo anteriormente expuesto, consideramos, que actualmente se realizan en nuestro Hospital un mayor número de cerclajes tipo Espinosa, en vista de que los resultados obtenidos son mejores que con la técnica de Shirodkar, la cuál hasta hace - algunos años era la más utilizada en éste Hospital. A demás como ya hemos dicho, la técnica de Espinosa Flores es de muy fácil realización.

En relación a la técnica de McDonald, no podemos hacer comentario significativo ya que nunca ha sido usada ampliamente en nuestro Hospital y en el presente estudio únicamente se practicó en dos pacientes. Sin embargo hay quien sí la utiliza frecuentemente y con muy buenos resultados (2,8,9,11).

RESUMEN Y CONCLUSIONES

1.- Se revisaron los expedientes de 55 pacientes con diagnóstico de incompetencia ístmico cervical, a las cuáles se les practicaron 77 operaciones de cerclaje.

2.- Las técnicas de cerclaje utilizadas fueron: Espinosa en 68 casos, Shirodkar en 7 casos, McDonald en 2 casos.

3.- Las tres técnicas de cerclaje fueron realizadas antes y después de la semana 16 de la gestación, y solamente la técnica de Espinosa se practicó con modificaciones cervicales.

4.- El mayor porcentaje de éxitos en relación a productos viables obtenidos, se tuvo, en aquellas pacientes a las cuáles se les efectuó cerclaje tipo Espinosa.

5.- Se concluye que la operación de Espinosa, por ser técnicamente muy sencilla, y por tener un porcentaje mayor de éxitos, ha relegado a segundo plano la técnica de Shirodkar, la cuál hasta hace seis años era la técnica de cerclaje cervical más utilizada en nuestro Hospital.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Andrade Vargas A. La operación de Espinosa Flores en la incompetencia ístmico cervical. Ginec. Obstet. Mex. May. 1976.
- 2.- Arana Carlos. Evaluación de las técnicas de cerclaje en la insuficiencia ístmico cervical. Ginec. Obstet. Mex. 35:129. Feb. 1974.
- 3.- C. Leon Jennings, Jr. M.D. Temporary submucosal cerclaje for cervical incompetence. Am. J. Obstet. Gynecol. 113:1097. Aug. 1972.
- 4.- Delgado U. Tratamiento de la insuficiencia ístmico cervical durante el embarazo. Ginec. Obstet. - Mex. 33:569. Jun. 1973.
- 5.- Díaz Esponda. Tratamiento de la incompetencia ístmico cervical. Análisis de los métodos terapéuticos. Tesis presentada por el Dr. Carlos Díaz Esponda. 1972.
- 6.- Espinosa Flores. Algunas consideraciones sobre el tratamiento de la incompetencia ístmico cervical. Libro de Homenaje al Dr. Castelazo Ayala. 1970.
- 7.- Gordillo Fernández. Causas probables de fracaso en el tratamiento de la incompetencia ístmico cervical. Ginec. Obstet. Mex. 36:255. Oct. 1974.
- 8.- Gordillo Fernández. Tratamiento de la incompetencia ístmico cervical. Criterio para seleccionar la técnica quirúrgica. Ginec. Obstet. Mex. 34:229 Sept. 1973.
- 9.- Herrera José Gpe. Cerclaje con sutura discontinua-McDonald Palmer en incontinencia ístmico cervical. Ginec. Obstet. Mex. 36:55. Jul. 1974.

- 10.- M. Sennala. Standardization of the results of —
Shirodkar's operation. Acta Obstet. Gynec.Scand.
50:66. 1971.
- 11.- Merle S. Robboy, M.D. The Management of cervi-
cal incompetence. Obstetrics and Gynecology. —
41:108. Jan. 1973.
- 12.- Sánchez Contreras. Criterio de selección operato-
ria en la enfermedad istmico cervical. Ginec. —
Obstet. Mex. Nov. 1973.