

Incompetência Cervico - Ístmica



Elsa Landim, Gonçalo Dias, Vanessa Santos
Serviço de Obstetrícia – Diretora: Dra. Antónia Nazaré
Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, E.P.E.
13 de Outubro de 2011

Introdução

- **Definição:** dilatação cervical devida ao efeito mecânico da pressão do produto de concepção, na ausência de contratilidade uterina, resultando na expulsão de um feto imaturo.

- **Colo do útero**

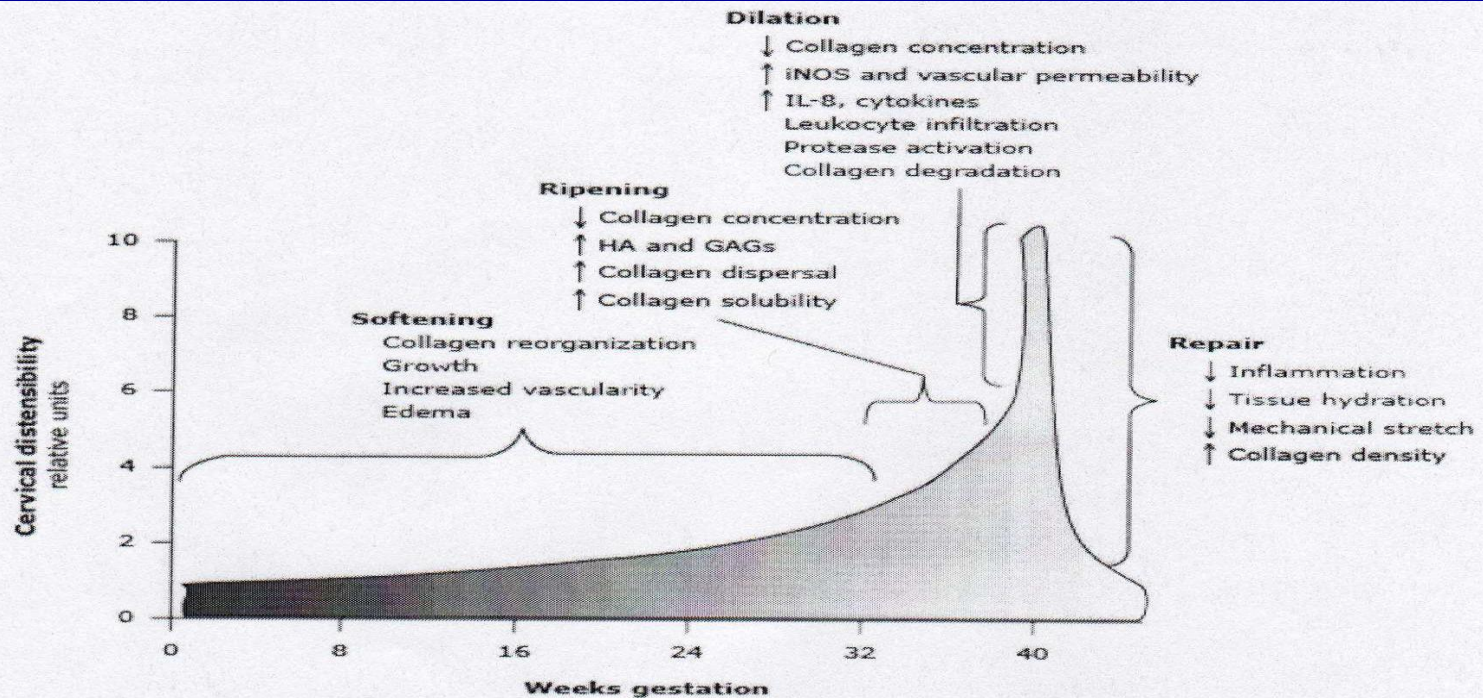
- deriva da fusão distal dos ductos mullerianos
- composto por tecido fibroso e músculo liso
- comprimento entre 40 mm (< 20 semanas) e 35 mm (entre as 22 e as 32 semanas)

- órgão rígido e fechado → mole e distensível



“remodeling”

Introdução



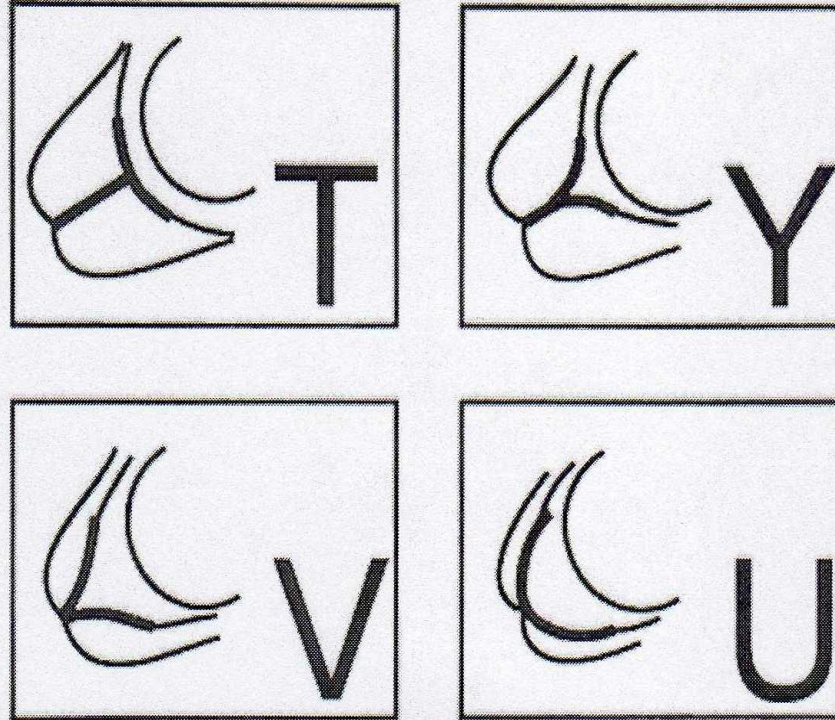
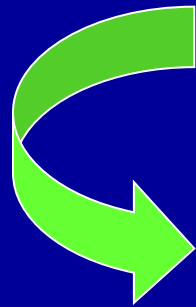
Stages of cervical function during pregnancy and the puerperium. Although the process occurs as a continuum, each stage is characterized by unique biochemical and cellular events. iNOS: induced nitric oxide synthase; IL-8: interleukin-8; HA: hyaluronan; GAGs: glycosaminoglycans. *Reproduced with permission from: Word RA, Li X-H, Hnat M, Carrick K. Dynamics of cervical remodeling during pregnancy and parturition: Mechanisms and current concepts. Semin Reprod Med 2007; 25:69. Copyright © 2007 Thieme Medical Publishers, Inc.*

Introdução

- Colo do útero



apagamento



Progression of cervical effacement at the internal cervical os from completely uneffaced (T) to completely effaced (U).

Adapted from Zilianti, M, Azuaga, A, Calderon, F, et al, J Ultrasound Med 1995; 14:719.

Causas

❑ Congénitas

- Doenças do colagénio (ex. síndrome de Ehlers-Danlos)
- Anomalias uterinas
- DES (dietilstilbestrol)

❑ Adquiridas

- Trauma obstétrico (laceração cervical durante o parto)
- Dilatação mecânica (ex. curetagem uterina)
- Tratamento de displasia cervical (biópsia, vaporização laser, conização)

Diagnóstico

❖ História clínica

A) Sinais e Sintomas

- desconforto pélvico
- lombalgias
- corrimento vaginal aquoso e/ou rosado
- ausência de contrações uterinas

B) Antecedentes obstétricos

- ≥ 2 abortos espontâneos do 2º trimestre
- partos pré-termo

Diagnóstico

❖ Exame objectivo

- espéculo: prolapso de membranas fetais
- toque bimanual

❖ Avaliação laboratorial

- leucograma

Diagnóstico

❖ Avaliação ecográfica

- endovaginal (abordagem preferencial)
- comprimento cervical
- apagamento
- afunilamento
- “sludge” (material hiperecótico no líquido amniótico)



Tratamento

Não cirúrgico

- Pessário
- Indometacina
- Progesterona
- Alterações estilo de vida

Cirúrgico

- Cérlage

Tratamento

Não cirúrgico

Pessário

- Alterar o eixo do canal cervical, desviando a pressão intra-abdominal do colo
- Poucos estudos

Indometacina

- Não reduz risco de PPT < 35s
- Parece reduzir PPT < 24s
- Necessários mais estudos

Tratamento

Não cirúrgico

Progesterona

- Acção anti-inflamatória
- Acção anti-apagamento do colo
- Eficaz na ↓ da recorrência de PPT e na ↓ do risco de PPT em ♀ com colo curto

Alterações no estilo de vida

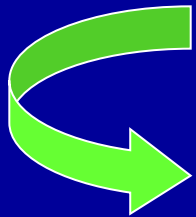
- Repouso relativo / absoluto
- Abstinência sexual

} Avaliação individual
Pouca evidência científica

Cérclage

- Intervenção cirúrgica efectuada durante a gravidez destinada a encerrar a porção proximal do colo do útero, com o objetivo de corrigir temporariamente uma situação de incompetência cervico-ístmica.

- Cérclage



- eletiva
- urgente
- emergente

Cérclage

□ Eletiva

- história clínica
- visualização estática de um encurtamento significativo do colo

□ Urgente

- grávida assintomática
- colo ≤ 20 mm
- procidência das membranas (após pressão fúndica ou supra-púbica)

Cérclage

□ Emergente

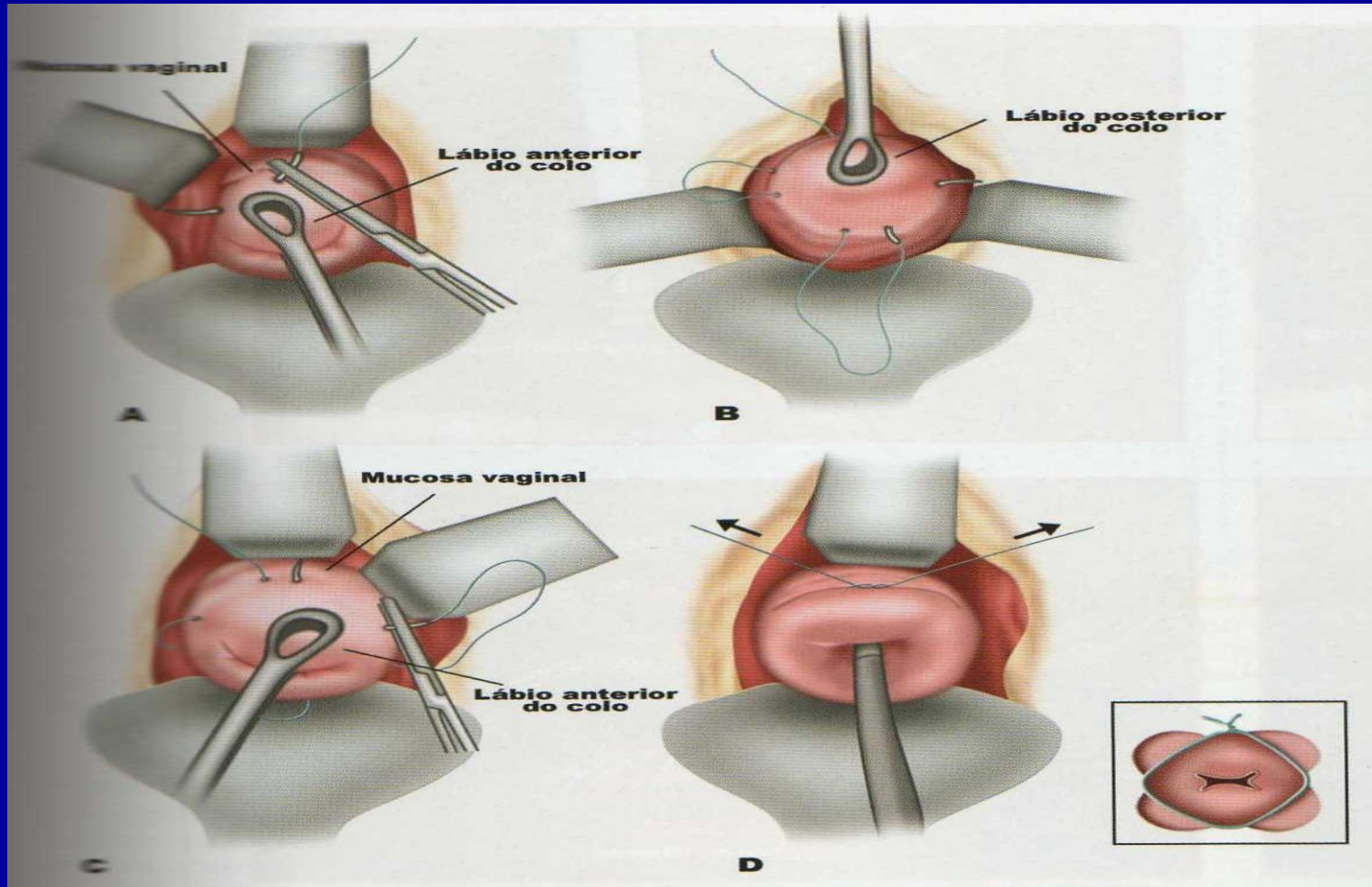
- grávida \leq 26 semanas
- sintomática
- dilatação do colo

Cérclage

➤ Técnica

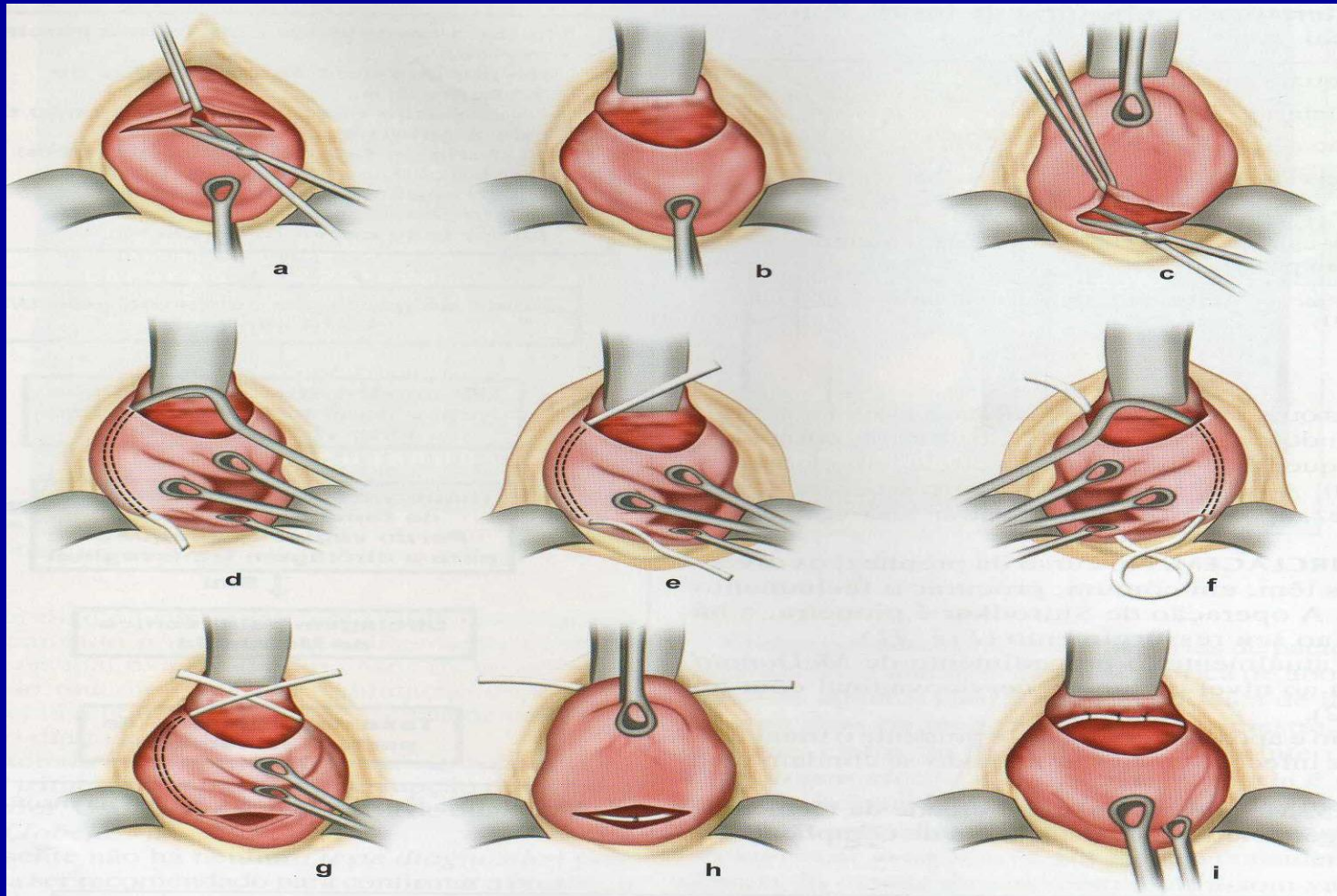
- entre as 13 e 20 semanas
- confirmar viabilidade fetal
- avaliar malformações fetais major
- rastrear aneuploidias
- tratar infecções cervicais e/ou vaginais
- abstinência sexual
- indometacina (2 horas antes e de 8 em 8 horas após – 24 horas)

Cérclage



Técnica de McDonald

Cérclage



Técnica de Shirodkar

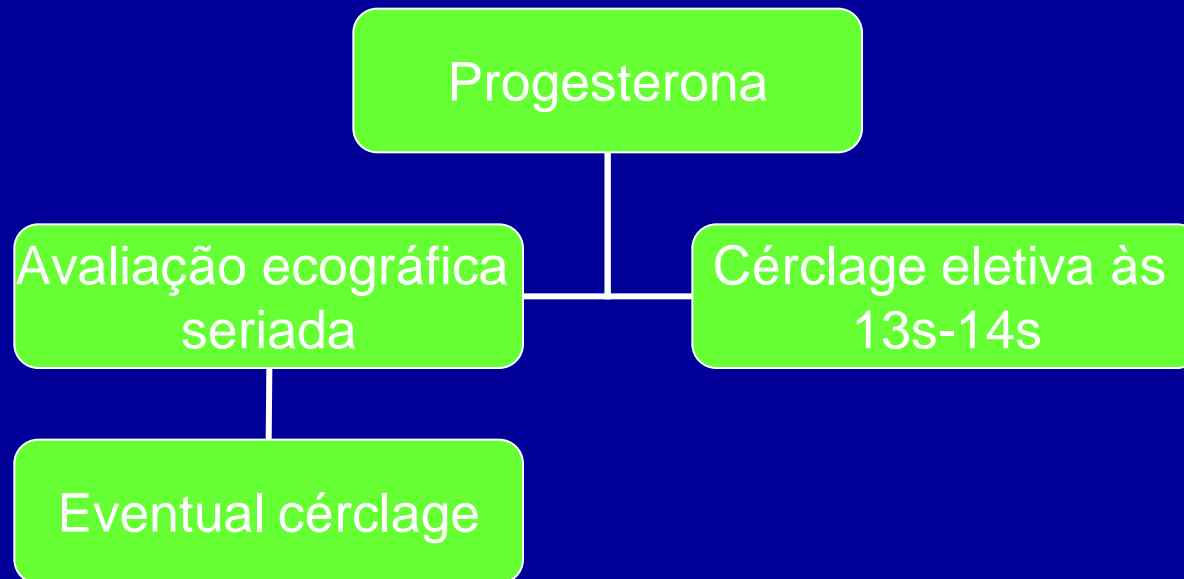
Cérclage

- Retirada às 37 semanas (se não existirem intercorrências)
- **Complicações:**
 - Rotura de membranas
 - Corioamniotite

	Risco (%)	
	Corioamniotite	Rotura de membranas
Eletiva	18	5,6
Urgente	40	33,3
Emergente	51	37,1

Orientação Clínica

<24s e PPT anterior



Orientação Clínica

<24s e PPT anterior

Progesterona + vigilância cervical seriada

- Progesterona – tratamento inicial para mulheres com “suspeita de incompetência cervico-ístmica”
- 15-16s até 24-26s - avaliação ecográfica do colo quinzenalmente
- > 24-26s – manter controlo de acordo com antecedentes, evolução actual, sintomas

Orientação Clínica

<24s e PPT anterior

Progesterona + vigilância cervical seriada

- Cérlage urgente / indicação ecográfica:
 - Colo inferior a 25mm antes das 23s, sobretudo se história de:
 - Cirurgia cervical anterior
 - Vários abortos 2º T
 - Rápido ↓ colo mesmo com progesterona
 - Se colo <15mm – indicação forte para cérlage

Orientação Clínica

<24s e PPT anterior

Progesterona + vigilância cervical seriada

- Estudo “Vaginal Ultrasound Cérclage Trial” (VUCT) mostrou que 2/3 com PPT anterior mantêm colo > 25mm às 24s
- Benefício atribuído à cérclage poderá estar associado à não exposição das membranas ao ambiente externo e não por correção de defeito estrutural
- Cérclage urgente / indicação ecográfica tão eficaz como cérclage eletiva

Orientação Clínica

<24s e PPT anterior

Cérclage eletiva às 13-14s:

- História clínica clássica
- Múltiplos abortos 2º T
- Exclusão de outras causas de PPT

Orientação Clínica

<24s e PPT anterior

Cérclage eletiva vs urgente / indicação ecográfica

- Cérclage eletiva
 - procedimento mais fácil e com menos riscos
- Cérclage urgente / indicação ecográfica
 - seleccionar para cérclage os casos em que ocorre de facto encurtamento do colo
 - reduz o número de cérclages
 - eficácia semelhante

Taxas de
PPT
equivalentes

Orientação Clínica

<24s e PPT anterior

Cérclage eletiva vs urgente / indicação ecográfica

- Evidência científica – favorece a 2ª abordagem

Estudo VUCT

Incluídas 1014 com ≥ 1 PPT entre as 17s e as 34s



vigilância ecográfica do
colo entre as 16-22s



318 (31%) – colo < 25mm

Orientação Clínica

<24s e colo curto incidental sem PPT anterior

- Colo < 20mm
 - Progesterona
 - Rever história clínica para factores de risco
 - Vigilância ecográfica



Colo < 15mm



Cérclage

Orientação Clínica

Colo dilatado e membranas visíveis no exame clínico

Indicações para parto imediato

- infecção
- rotura membranas
- hemorragia

Sim → parto

Não → Idade gestacional +
grau dilatação do colo

↓
Cérclage

Orientação Clínica

sem PPT anterior com sintomas

Sintomas:

- Desconforto pélvico
- Leucorreia

Exame objectivo

Ecografia

Colo > 30mm → Baixo risco

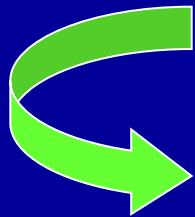
Colo 20 - 30mm → Vigilância

Colo < 20mm → Progesterona
Cérclage

Orientação Clínica

Falha de cérclage vaginal anterior

Falha de uma ou mais cérclages anteriores



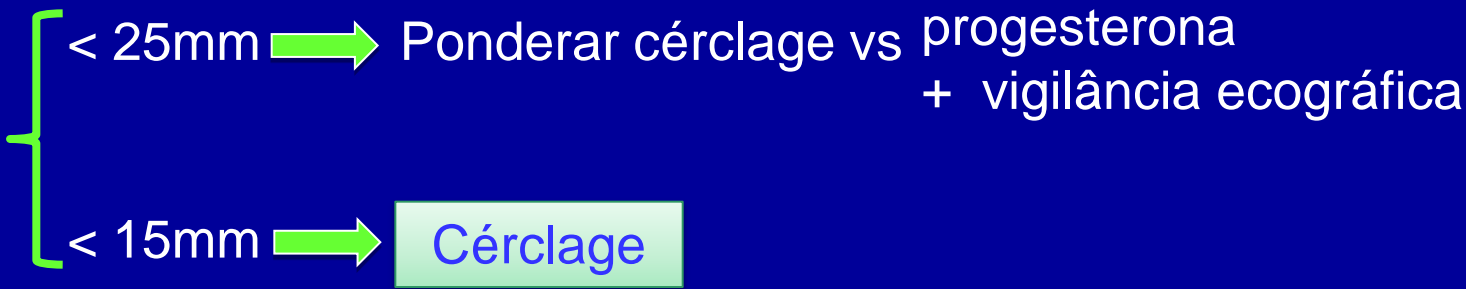
Cérclage
transabdominal



Estudos apontam para ↓ da
incidência de PPT

Cérclage - Sistematização

Candidatas:

- História de PPT anterior + encurtamento do colo
 - 

< 25mm → Ponderar cérclage vs progesterona
+ vigilância ecográfica

< 15mm → **Cérclage**
- < 24s com dilatação do colo e membranas visíveis
- História clássica de múltiplos abortos de 2º T sem outros factores de risco

Cérclage - Sistematização

Quando não fazer cérclage

- com colo curto em ecografia sem antecedentes de PPT
- com PPT anterior com colo $> 25\text{mm}$
- Gravidez gemelar + colo curto

Caso Clínico

- ♀, 32 anos, raça branca, IO: 0000
- Janeiro 2007
 - 19s : Internamento por colo curto em ecografia de rotina, assintomática. Repouso absoluto
 - 21s: Re-internamento por colo aberto
 - Indometacina
 - Diagnóstico provisório de incompetência cervico-ístmica
 - Avaliação clínica e laboratorial normal
 - Morfologia fetal normal




Cérclage



- 22s: REBA

- Retirou-se cérclage
- Expulsou feto e placenta

Caso Clínico

- Maio 2007
 - AE 1º T
- Dezembro 2007
 - Gravidez de 13s 
- Abril 2008
 - Internamento por colo curto
- Maio 2008
 - CST por distância de colo
 - RN 3330 g IA: 9/10

Cérclage
eletiva

Caso Clínico

- ♀, 21 anos, raça negra, IO: 0030
 - 2 AE 2º T em 2008 e 2009
 - Fevereiro 2010 - Gravidez gemelar com aborto tardio às 22s
 - Agosto 2010 – orientada à CMMF por gravidez de 5s:
 - Avaliação clínica e laboratorial normal
 - Rastreio aneuploidias negativo
 - Cérclage às 12s (colo – 18mm, com afunilamento)
 - Internamento às 33s por APPT
 - Retirou cérclage às 36s
 - Parto por CST por suspeita de sofrimento fetal
 - RN sexo , 3060g, IA 4 / 9

Obrigado