



Hace 55 años

*Conducta del Cuello Uterino Durante el Embarazo, Parto y Puerperio**

CÉSAR A. GONZÁLEZ, ABELARDO SALAS GUERRA Y RODOLFO ARROYO LLANO
Monterrey, NL.

CONDUCTA DEL CUELLO UTERINO DURANTE EL EMBARAZO

Consideraciones generales. Brevemente podemos decir que el cuello uterino formado por la parte más inferior del tejido muscular y glandular del útero, limitado hacia arriba por el istmo y el orificio interno, hacia abajo se introduce en la vagina y forma la porción intravaginal u hocico de tenca, que es la más accesible a la exploración; su irrigación e inervación son conocidas, habiendo quien sitúe además estructuras nerviosas autónomas en su parte más interior y superior (Frankenhauser).

Estructura. Está formado por fibras musculares anulares y longitudinales entrelazadas con las provenientes del cuerpo o insertándose en ellas, su mucosa de revestimiento externo es semejante a la vaginal, mientras que la del canal cervical es de epitelio cilíndrico y productora de moco, encontrándose ambos epitelios a nivel de su orificio externo; en cuanto a sus demás caracteres anatómicos, son de sobra conocidos por lo cual no los vamos a describir.

Modificaciones del Cuello durante el Embarazo

El embarazo imprime algunas modificaciones al cuello uterino, preparándolo por así decirlo para el papel que desempeña durante el parto. Estas modificaciones se refieren principalmente a su forma, volumen, posición, consistencia, canal cervical y estado de sus orificios.

En los primeros meses del embarazo, el cuello aumenta ligeramente de volumen, al compás del crecimiento del cuerpo, sufriendo asimismo un proceso de reblandecimiento que empieza cerca de su orificio externo y que camina hacia el istmo, debido en parte a la acción hormonal conocida y, en parte, a la gran congestión que existe en los órganos genitales, ya para entonces la irrigación se efectúa no sólo por vasos sanguíneos sino que también existen verdaderos espacios lacunales, los cuales le dan ese aspecto succulento y aterciopelado que se va acentuando a medida que transcurre el embarazo.

Posición. El cuello normalmente está situado más cerca del fondo de saco posterior, orientado de arriba a abajo y de delante a atrás; esta posición se exagera un poco cuando el cuerpo se dirige hacia adelante en los primeros meses del embarazo, volviendo a la normalidad hacia el tercero o cuarto mes cuando la matriz se hace abdominal.

Estado de los orificios y canal cervical. Sus orificios (externo e interno) se encuentran cerrados en la primigesta, ligeramente entreabiertos en las multíparas, sobre todo en aquellos que sufrieron laceraciones anteriores; el canal cervical aumenta de calibre, haciéndose fusiforme y llenándose de una secreción espesa, que es el tapón mucoso, proveniente de las glándulas de la mucosa endocervical hipertrofiadas y que constituye un verdadero sello hermético de la cavidad uterina.

Estas modificaciones se van acentuando a medida que transcurre el embarazo; en el último trimestre, sobre todo ya cerca del término, el canal cervical se acorta, debido en gran parte a la formación del segmento inferior y a la incorporación a este último de la parte superior del cuello, y también al hecho de que la presentación, al insinuarse o encajarse, arrastra consigo el cuello y, por así decirlo, lo aplasta, llevándolo con frecuencia hacia la concavidad del

* Tema oficial. Leído en la V Reunión Nacional de Ginecología y Obstetricia, representando a la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Monterrey.

La versión completa de este artículo también está disponible en: www.nietoeditores.com.mx

sacro en el fondo de saco posterior y entre-abriendo sus orificios ayudado por la contracción de las fibras longitudinales que se insertan en el cuello; su consistencia es tan blanduzca, que da al tacto la sensación de algo gelatinoso y alguna mano inexperta podría no localizarlo o confundirlo con el segmento uterino inferior. Así, en estas condiciones, encontramos frecuentemente al final del embarazo, y sobre todo ya cerca de su término, lo que se llama un cuello maduro. Con longitud que a veces no excede los tres centímetros, tan blando que es difícil distinguirlo del segmento, con sus orificios interno y externo entreabiertos, sobre todo en las multíparas, en las cuales se puede con frecuencia introducir uno a dos dedos a través del orificio externo y tocar cerca del interno o un poco más arriba la presentación a través de las membranas fetales.

Patología. Conocidas son las dificultades que existen para explorar rutinariamente los órganos genitales de las mujeres embarazadas, las que, al revés de las ginecológicas, no acceden fácilmente a dejarse examinar; sin embargo, la variada patología que se puede encontrar en el cuello de cualquier mujer adquiere mayor significado durante el embarazo, puesto que puede afectar tanto a la futura madre, como directa o indirectamente al producto de la concepción; por tanto, aconsejamos y practicamos la palpación e inspección del cuello durante el embarazo a todas las pacientes, tengan o no tengan síntomas que la justifiquen, y cada vez que encontramos algún detalle patológico ponemos en juego todos los recursos auxiliares de la clínica que nos permiten hacer el diagnóstico, desde el examen microscópico del exudado cérvico-vaginal, las pruebas de Schiller y Papanicolaou, hasta la biopsia.

Tratamiento. No es el objeto de este trabajo describir en detalle todos y cada uno de los procedimientos terapéuticos que se ponen en juego para combatir los procesos patológicos del cuello; sin embargo, podemos decir, que en términos generales éstos se tratan igual que cuando no hay embarazo, con algunas excepciones; por ejemplo: las afecciones agudas, son tributarias principalmente del tratamiento general con antibióticos, las micosis y parasitosis, de los tópicos locales, las infecciones crónicas o sus secuelas, ulceración simple, huevos de haboth, ectropión, etc., etc., de la electro-coagulación, o en mi manera personal de pensar, de la cauterización química con queratolíticos tipo nitrato de plata. El problema de los tumores benignos y sobre todo el del cáncer y embarazo, ha sido tratado con suficiente amplitud en otras

reuniones nacionales de ginecología y obstetricia, por lo cual, consideramos que la conducta a seguir ha quedado ya perfectamente establecida.

CONDUCTA DEL CUELLO UTERINO DURANTE EL PARTO

De acuerdo con las tres partes de este trabajo, hablar de la conducta del cuello uterino durante el parto, es hablar de fenómenos que se suceden coordinadamente en unas cuantas horas, a veces en minutos, y de acuerdo con la fisiología integral del útero de que forma parte, es decir, la conducta del cuello será determinada por el conjunto de todo el órgano en función.

Tenemos pues, en vísperas del parto, un cuello formado por los tejidos señalados, principiando la actividad muscular que traerá las modificaciones propias del primer período del parto.

Las fuerzas que obran sobre el cuello son: A) por una parte, el impacto de la presentación, sea cual fuere, impulsada por la contracción uterina. B) La contracción de las fibras longitudinales terminadas en el cuello, tendiendo a tirar hacia arriba la circunferencia del espesor del mismo. C) La resistencia de los ligamentos del útero, aunque en menor escala; pero actuando como sostén del segmento uterino impidiendo su descenso. D) En período más adelantado, encontraremos también la estructura de la vagina, y la pelvis misma, y más tarde el periné sirviendo de contra-fuerza, de resistencia, ciñéndose al contorno exterior del cuello, haciendo desaparecer los fondos de saco, impidiendo parcialmente el descenso del cuello para lograr su fijeza y hacerlo más fácil blanco del empuje de la presentación ya sea directamente o a través de las aguas anteriores y membranas.

Debemos tener en cuenta la sinergia funcional entre la contracción del cuerpo, la distensibilidad del segmento y la actitud del cuello de dejarse distender un tanto pasivamente.

Hay varias teorías sobre el mecanismo de la dilatación del cuello; pero deseosos de la aplicación clínica de este trabajo, señalaremos solamente hechos observados en la práctica diaria para manejar los cuellos de diversos comportamientos; haciendo especial mención de aquellos casos considerados como causantes de distocia.

Así, al tacto vaginal encontramos que las más frecuentes son las siguientes eventualidades:

- I. Formado, borrado, dilatado.
- II. Altura del cuello en el canal pélvico: generalmente de acuerdo con la altura de la presentación. Susceptible de descender o no al hacer presión en el fondo (Hillis).
- III. Consistencia: Duro, Blando, Grueso, distensible con los dedos aglutinando.
- IV. Posición u Orientación: Su orificio externo mira: hacia atrás, hacia adelante, o a los lados. Coincide o no con el eje del útero.
- V. Reacción a la Contracción: Se distiende, no se aprecia, "Parpadea", descende y retrocede.
- VI. Patología:

I. *Estado del cuello en cuanto a dilatación:* Aparte de los estudios muy conocidos y señalados, nos permitimos hacer mención de esos cuellos a quienes solamente las contracciones muy frecuentes, largas e intensas son capaces de dilatar por completo, y en cuanto falla la fuerza, se muestran estacionarios o aun disminuyen su dilatación, como en el caso de úteros distónicos.

Por lo demás, apuntemos también que en nuestra cátedra consideramos dilatación completa de 10 a 12 centímetros cuando aún se toca algo de reborde en torno a la presentación y llamamos cuello retraído, al que ya no se aprecia a la palpación por lo menos en los 4/5 de su contorno.

II. *Altura del cuello en el canal pélvico:* Dependerá indudablemente de la altura de la presentación que lo empuja hacia abajo y dependerá también de su longitud; hemos visto cuellos en que los dos orificios interno y externo son perceptibles estando casi en el periné; siendo su dilatación muy laboriosa por falta de sostén en los fondos de saco; verdaderos prolapsos en pleno parto contra los cuales en ocasiones sólo la dilatación manual "a la vista" nos ha servido para escaparnos de hacer incisiones; otras veces, un taponamiento no muy voluminoso que llene los fondos de saco en todo el contorno del cuello ha sido suficiente, aunque con lentitud, para resolver el problema. Estos casos suelen presentarse en multíparas obesas, desgarradas anteriormente y con mayor o menor grado de prolapso genital antes del parto.

III. *Consistencia:* Sería muy difícil encontrar un patrón para medir la consistencia cervical; sin embargo, la práctica es el único recurso con que cuenta el partero para el pronóstico de la dilatabilidad del cuello; señalemos pues

que hay que saber distinguir entre dureza o rigidez y espasmo en donde con gran frecuencia influye el psiquismo de la paciente (especialmente primigesta o multípara añosa); brevemente señalaremos como tratamiento de estos casos lo que algunos colegas llaman "el milagro del Demerol" y con ello queda dicho que son tributarios del uso juicioso de los sedantes y analgésicos, desde los barbitúricos, hasta el bloqueo pudendo y la "silla de montar" caudal, etc., etc.... Personalmente, e inspirado por Ribemont-Lepage Dessaignes que enseña el uso del "tapón con cocaína", he hecho repetidas veces la infiltración de Metycaina al 1½% en el espesor de cuellos semi-rígidos y obteniendo resultados sorprendentes. La época del abuso del cauterio como conización nos ha mostrado no pocos casos de "cuello aglutinado"; en algunos, hemos practicado incisiones radiadas; en uno o dos, se ha desprendido una "rodaja", del cuello espontáneamente; tal vez eran casos abandonados a su suerte. Casos francos de estenosis cervical pura, no son frecuentes.

IV. *Posición u orientación:* Ordinariamente el cuello presenta la posición correspondiente al eje longitudinal del útero y es, pues, susceptible de corregirse enderezándolo, ya sea con diversas posiciones de la paciente o con fajas o soportes usados durante el parto; de no ser esto posible habría que esperar a cierto grado (5 a 7 centímetros) de dilatación para que, con la paciente en la mesa obstétrica, una mano en la vagina y otra en el vientre, hacer la corrección necesaria aprovechando el impulso de la contracción con algo de analgesia (oxígeno-óxido nitroso) usado durante la misma y si se requiere puede usarse previamente algún oxitócico. La no corrección de estos defectos entorpece grandemente la marcha del parto, y cabe aquí anotar un hecho de observación frecuentísima: "cuello mordido contra sínfisis o sacro, no se dilata solo por completo". En tales casos, con anestesia o analgesia, completar la dilatación con la mano procurando que la parte "mordida" se "desincruste" hacia arriba. No hay otra solución posible; investigar, por supuesto, si no se trata de desproporción o de transversa impactada.

V. *Reacción a la contracción:* Si al poner los dedos en el cuello (5 a 7 centímetros) y aparecer la contracción notamos que se distiende, pensamos que es "fácil". Si ni siquiera percibimos la contracción en forma de distensión o tensión del cuello, buscaremos cuidadosamente si hay algún obstáculo para ello (¿ membranas?) o si la intensidad de la contracción no es suficiente; en tal caso, tonificarla.

Si encontramos que el cuello se pone tenso y distiende, pero se contrae o retrocede en dilatación (parpadea), supondremos que le falta fuerza a la contracción o que la frecuencia está retrasada o que el cuello no tiene soporte y se regresa; en no pocos casos como éste hemos confirmado posteriormente, la sospecha de cordón corto o acortado; ateniéndonos también a la auscultación fetal que recomendamos sea frecuente y hecha por persona experta.

VI. *Patología*: Solamente enunciaremos los casos más frecuentes y cada quien discurrirá la manera de sortearlos basándose tal vez en el viejo aforismo que alguna vez oímos al maestro GARZA RÍOS: “lo que por abajo no puede ser, por arriba, oportunamente, se ha de resolver”. Carcinoma, esclerosis cicatricial, bridas que unen cuello con vagina u obstruyen el orificio externo, pólipos grandes, miomas del cuello, útero doble, etc., etc.

Terminada la expulsión del feto, el cuello se retrae hasta casi un poco menos de la tercera parte del tamaño que tenía en dilatación completa y en cuanto la placenta es expulsada, principia su involución, siendo de momento más pequeño el orificio interno que el externo y posteriormente se van aproximando uno a otro sufriendo diversos cambios hasta quedar como antes del embarazo.

CONDUCTA DEL CUELLO UTERINO DURANTE EL PUERPERIO

Importancia del examen del cuello en el post-partum. Es costumbre que la mayoría de los parteros nos abstengamos de examinar de rutina el cuello inmediatamente después del parto, excepto en aquellos casos que a nuestro juicio lo ameriten, v.g. persistencia de hemorragia, sospecha de grandes desgarros por fórceps o versiones, extracciones, etc. y en tales circunstancias examinamos a la vez cavidad uterina y vagina. Tampoco es frecuente el examen sistemático del cuello al dar de alta a la paciente 4 ó 5 días después como lo es, digamos, la episiotomía y el estado de los pezones. En cuanto a los días que siguen hasta finalizar el puerperio, o sea dentro de los clásicos 40 días, nos atrevemos también a decir que no son muchos los que tienen costumbre de citar a sus pacientes para exámenes al espejo, dentro de este período, pues lo común es que la paciente vuelva al médico por molestias de un nuevo embarazo de dos o tres meses, o antes, porque sospecha que está grávida, y ella “no quiere estar” tan pronto.

Y es indudable, que si se practicara de rutina la revisión del cuello después del tercer período del parto, habrían de encontrarse muchas sorpresas, como grandes laceraciones, desprendimientos, pólipos, neoplasias, restos placentarios, gasas y compresas (que se introducen para que la sangre no estorbe la reparación perineal), etc. Precisamente la falta de examen sistemático del cuello en el tiempo mencionado, motiva complicaciones algunas veces serias y fatales para la paciente, amén de contrariedades y responsabilidades para el partero. Cuántas veces el médico regresa precipitadamente a la maternidad por aviso angustioso de la enfermera que la paciente “sigue sangrando”, o está “chocada”. O bien, al pasar visita al día siguiente, la propia enfermera llama aparte al médico para mostrarle “algo” que arrojó la enferma, y ese “algo” suele ser desde un coágulo hasta una porción de cuello, pólipo, cotiledón o parte fetal, y a veces el feto... entero.

Estos hechos vienen a justificar la conducta de algunas clínicas donde es materia de rutina inspeccionar el cuello al terminar el parto, aunque hay quienes piensen que tal procedimiento entraña la posibilidad de infección puerperal por las manipulaciones vaginales. Quizás en otras épocas era riesgoso, o cuando el parto se atiende a domicilio o en el medio rural, y por eso el ilustre maestro ESPINOSA y DE LOS REYES tenía razón al decir: “si se mete la mano, se mete la pata”; pero hoy, era antibiótica, si se mete un espejo o valvas esterilizados con las precauciones debidas, pensamos que los temores de contaminación carecen de fundamento (medio hospitalario), y en cambio resulta en beneficio para las púerperas y tranquilidad para el médico.

Consideraciones fisiológicas del cuello puerperal. Al inicio del puerperio (4o.), período del parto (según algunos), el cuello se retrae con relativa rapidez, y así cambia de su distensión máxima de 10 a 12 centímetros, “cuando los bordes de su orificio uterino se ponen en contacto con las paredes de la excavación”, como lo enseñara el maestro D. Efrén D. MARÍN; hasta reducirse a 2 ó 3 centímetros en unos cuantos segundos. Al operarse el cambio, el cuello toma una forma cilindroidea, como cuello de botellón, tamaño variable, color rojo vinoso con tintes azulados, bordes blandos, flácidos, con orificio dilatado hasta seis o más centímetros. Paulatinamente se va estrechando su orificio en sentido concéntrico de “embudo”, de arriba a abajo y de fuera a adentro, se limita su dilatibilidad, los bordes se van redondeando, aumenta la consistencia,

crece su altura a expensas de la parte baja del segmento inferior, hasta quedar formado el conducto con sus dos orificios externo e interno, "el orificio queda entre abierto 2 a 3 centímetros a los 5 días, 1 centímetro a los 10 días, y a las 6 semanas vuelve a su estado anterior", según el Prof. RÁBAGO.

Consideraciones anátomo-clínicas y patológicas. Debido a la dilatación y las diversas fuerzas que actúan sobre el cuello durante el parto, resultan de ordinario lesiones de varios grados en forma de erosiones y laceraciones, agrandándose y complicándose las ya existentes, lo que predispone a la hemorragia y abre las puertas a las infecciones; de ahí que algunos cuellos tardan en recobrase, guardan los gérmenes en sus glándulas recemosas y se debilita el estímulo de la involución uterina. Muestra el cuello como un escarparte, los fenómenos inflamatorios de la cavidad uterina, es decir, refleja la metritis post-parto o post-aborto; la mucosa se halla edematosa, engrosada, enrojecida y ectropionada, dando paso a loquios fétidos, viscosos, purulentos. Las bocas de las erosiones del cuello puerperal, son más voraces que las bocas de la herida placentaria. Ya desde 1888 EMMET y BOULLY atribuían papel importante a las desgarraduras del cuello en la evolución de las metritis puerperales que "guardan la infección en sus glándulas y producen la hipertrofia esclerosa", según decían y RICHELLOT, agregaba: "La metritis crónica es una metritis cervical". El cuidado del cuello en el puerperio depende el pronóstico del útero, porque en el cérvix se encuentra el centro desde donde parten estímulos para la contracción durante el parto, ¿por qué no también durante el puerperio?; por algo se le llamó a su interior "árbol de la vida"; ejemplos múltiples demuestran que una buena curación del cuello, una buena desinfección, una cauterización adecuada, aceleran la involución del cuerpo.

Grado y naturaleza de las lesiones cervicales. Consideramos de primer grado las lesiones pequeñas, sean fisuras, erosiones, laceraciones o versiones; de segundo y tercer grado, las lesiones mayores, como las que resulten de los partos rápidos, de las dilataciones manuales o instrumentales, de los cuellos rígidos, de las primigestas añosas, o cuando existen procesos infecciosos crónicos; en los hipoplásicos; o por excesiva distensión al pasar una cabeza grande. También se producen lesiones medianas y grandes, como consecuencia de cicatrices defectuosas por desgarros anteriores y cicatrices post-conización o

cauterización. De iguales grados suelen ser las lesiones por compresión de la cabeza fetal sobre uno de los lados (frecuentemente el izquierdo); por incorrecta aplicación de fórceps; o bien por una arista de hueso fetal al efectuar su extracción.

Sintomatología. La hemorragia es el síntoma principal inmediato de las lesiones cervicales post-partum. Las pequeñas lesiones pueden pasar desapercibidas y curar espontáneamente, aunque otras se manifiestan días después por dolor y fiebre. Hay que tener presente que las grandes hemorragias no siempre corresponden a grandes desgarros. Hemorragia con útero firme y duro, nos hace inclinar hacia el origen cervical. Dolor continuo en el bajo vientre (región supra-púbica) acompañado de fiebre, cefalea, malestar general o insomnio, no hace pensar en cervicitis puerperal, y algo inflamatorio que comienza más arriba.

Tratamiento. Antes, o en el momento de visualizar el cuello, es conveniente aplicar por vía intramuscular o intravenosa, uno o más oocitócicos (pituirina, pitocín, ergothrate, erionovina, methergin, etc.) que refuerzan la contractilidad natural de la fibra muscular y ayudan bastante para controlar el escurrimiento sanguíneo.

Aprovechando los efectos de la analgesia o anestesia del parto prolongándola si se estima necesario, se procede al examen y reparación del cuello, mediante el espejo, valvas, o retractores especiales como el de Gelpi-Bubis, o el de Guttman. Hemos de encontrar tres clases de lesiones: nuevas, viejas o ambas. "Ninguna laceración, por pequeña que sea debe dejar de ser reparada", según criterio de BUBIS, quien abrió desde 1932 un capítulo nuevo a la obstetricia moderna, el de la Ginecología puerperal. Una buena iluminación es indispensable, así como suficiente cantidad de compresas y gasas para despejar de sangre el campo. Mientras un ayudante presiona sobre el fondo, se jala cuidadosamente con pinzas de anillo el cuello hacia el introitus, aproximando los colgajos con el mismo tipo de pinzas para ser suturados. Antes de esta operación, si se tiene duda que se han quedado restos de placenta en la cavidad uterina, es oportuno explorarla con suavidad utilizando la pinza de placenta o la misma de anillo. Esta maniobra puede hacerse en cualquier período del puerperio. Para las suturas del cuello se utiliza crómico 00, de 20, o de 40 días. BUBIS ha diseñado una aguja especial redonda en la punta, triangular en la parte media y cuadrada en la posterior. Reparar el cérvix equivale a profilaxia de cáncer. En cualquier período del puerperio las lesiones

sospechosas de malignidad serán objeto de biopsia y PAPANICOLAOU, por lo menos prueba de SCHILLER.

Por eso importa mantener el control de las pacientes y citarlas no después de los 40 días, sino antes, para evitar la doble tragedia de cáncer y embarazo. El doctor Abelardo SALAS GUERRA, acostumbra enviar a sus pacientes puerperas una misiva que comienza en los siguientes términos: “Toda mujer tiene un cáncer mientras no se demuestre lo contrario...” La paciente acude al llamado y es revisada sin costo alguno. Consideramos también tiempo oportuno, entre la 4a. y la 6a. semana del puerperio para tratar las infecciones crónicas del tipo endo y exo-cervicitis. Antes, como el cuello no ha terminado de involucionar, más la presencia de loquios, enmascaran su verdadero estado infeccioso, observándose aumentadas las lesiones; después, si bien la involución es completa, queda la posibilidad de un principio de gestación que haría posponer el tratamiento radical, como la conización o la cauterización.

Uno de nosotros acostumbra el tratamiento con el segundo de los procedimientos, es decir, la cauterización eléctrica, utilizando varios electrodos según cada caso. Recurre a la anestesia local del cuello, infiltrando solución Cook de Winthrop, valiéndose de jeringa dental. En una serie de 345 casos, 70 fueron cuellos puerperales (20%). El uso de antibióticos y vacunas post-cauterización constituyó práctica de rutina.

CONCLUSIONES

1a. Se recomienda examinar sistemáticamente el cuello uterino de toda mujer embarazada y dar tratamiento a los procesos patológicos que se encuentren.

2a. Establecer como práctica de rutina la inspección del cuello inmediatamente después del parto antes de dar de alta a la paciente y al finalizar el puerperio.

3a. Instituir tratamiento local y general a toda lesión cervical que se descubra durante el puerperio por leve que sea.

La mejor revista médica no es la que los lectores buscan por la complejidad y refinamiento de su metodología de investigación, sino la que aporta elementos para mejorar la práctica clínica, publicados luego del filtro de revisores exigentes y conocedores del tema en cuestión.

Reproducido de: Arnuelle G. Utilidad de la indexación de las revistas médicas. En: Memorias del coloquio de editores. Barcelona: Almódena, 2009;p:106.