



Parto prematuro en paciente con incompetencia cervical y antecedentes de miastenia gravis

Maximiliano Fuentealba C,¹ Miguel Troncoso G,² Joaquín Vallejos E,² Sebastián Ponce C,¹ Nelson Villablanca M,² Pablo Melita S³

RESUMEN

La incompetencia cervical es la dilatación del cuello uterino durante el segundo trimestre del embarazo que motiva la terminación de éste. Su incidencia en Chile es de 0.1-2% de todos los embarazos y corresponde a una de las principales causas de parto prematuro. Se reporta el caso de una paciente de 34 años de edad, que a los 18 años fue timentomizada por miastenia gravis, previamente tratada con fármacos. Antecedentes de cuatro partos vaginales, todos antes de 25 semanas, y recién nacidos que fallecieron en el posparto. Se le realizaron cerclajes en el tercer y cuarto embarazo. Durante las gestaciones no tuvo hipertensión ni otras enfermedades crónicas, ni cuello uterino menor de 15 mm.

Sólo en el cuarto embarazo se le realizaron pruebas de anticuerpos antifosfolípidos, TTPK, TP y TCL, todas con resultados normales o negativos. Los cultivos bacterianos también fueron negativos. No se realizó amniocentesis.

En la semana 16 del quinto embarazo se le realizó un cerclaje cervical McDonald para retardar el trabajo de parto, y se le administró progesterona oral micronizada en dosis de 400 mg, cada 24 horas para evitar el parto prematuro. Para inducir la madurez pulmonar fetal a partir de la vigésima cuarta semana de gestación se le administró betametasona intramuscular, en dos dosis de 12 mg cada 24 horas. Se cree que la progesterona mejoró la situación de la paciente porque conservó el embarazo. El cerclaje la habría beneficiado, pero aún no se descubren los factores que alteran la eficacia de este método. Quizá existe algún factor inmunológico asociado con la miastenia gravis que altera el curso normal del embarazo.

Palabras clave: cerclaje cervical, cuello uterino, parto de pretérmino.

ABSTRACT

Cervical incompetence it's a dilatation of the cervix during the third trimester of pregnancy that ends with the interruption of it. The incidence in Chile is about 0.1-2% of the total pregnancies and it's one of the causes of preterm birth. A 34 years old pregnant patient. Timetomized at age 18 to treat her miastenia gravis, previously trated with medication,

had 4 previous preterm labours all of them under 25 weeks and vaginal births. All fetuses died postpartum. A cerclage was made during the third, fourth and fifth pregnancies. She didn't present hypertension during the gestation and no cervical diameter under 15mm. Since the fourth gestation the following tests are taken: Antifosfolipidic antibodies, APTT,PT. All the results are either normal or negative. Microbial cultures were negative. No amniocentesis was made. A McDonald cervical cerclage was made during pregnancies number 3, 4 and 5 on the 16th week to delay the labor. Also oral micronized progesterone, on a 400mg/24 hours dosis, was administered to avoid preterm birth. On the 24th week the pharmacological treatment started including Intramuscular Betamethasone, 12mg/24 hours (2 doses), to induce lung maturity on the fetus.

It is thought that the administration of progesterone could have improved the situation of the patient, because it acts as a labour repressants. The use of cerclage could have helped, but the factors that may influence the effectiveness of this method are unknown. Perhaps there is some immunologic factor associated with the miastenia gravis that alters the normal course of pregnancy.

Key words: Cervical cerclage, cervix, preterm labor,cervical dilatation.

RÉSUMÉ

L'incompétence du col utérin est la dilatation du col pendant le deuxième trimestre de la grossesse qui provoque son interruption. Son incidence au Chili est 0,1-2% de toutes les grossesses et correspond à l'une des principales causes de l'accouchement prématuré. Une patiente de 34 ans ayant des antécédents de thymectomie pour myasthénie 18 ans, précédemment traités pharmacologiquement, a eu quatre naissances précédentes, tous les moins de 25 semaines, par voie vaginale né et mort dans le post-partum. Cerclage ont été réalisées dans le troisième et le quatrième grossesse.

Il n'a pas d'hypertension ou d'autres maladies chroniques ou du col utérin pendant la grossesse de moins de 15 mm.

De la quatrième grossesse on a demandé aux tests d'anticorps antiphospholipides, TTPK, TP et TCL, tous sont normaux

ou négatifs. Les cultures bactériennes ont été négatifs. L'amniocentèse n'a pas été effectuée. A subi un cerclage McDonald à 16 semaines pour ralentir le travail de la cinquième grossesse. Il a également administré par voie orale dose de progestérone micronisée de 400 mg toutes les 24 heures, afin de prévenir un accouchement prématuré. De la 24e semaine de gestation a été ajouté bétaméthasone par voie intramusculaire en deux doses de 12 mg toutes les 24 heures pour l'induction de la maturation pulmonaire fœtale. On croit que l'administration de progestérone peut-être amélioré la situation pour le patient car il maintient la grossesse. L'utilisation de cerclage aurait pu bénéficier mais pas encore découvert les facteurs qui altèrent l'efficacité de cette méthode. Il y a probablement un facteur immunitaire associé à la myasthénie grave qui altère le cours normal de la grossesse.

Mots-clés: cerclage du col, le col, accouchement premature.

RESUMO

Incompetência cervical é uma dilatação do colo do útero durante o terceiro trimestre da gravidez que termina com a interrupção do mesmo. A incidência no Chile é de cerca de 0,1-2% das gestações no total e é uma das principais causas de parto prematuro. Um paciente de 34 anos grávida com uma timentomia aos 18 anos para tratá-la miastenia

gravis, anteriormente trados com a medicação, teve quatro anteriores partos pré-termo, todos eles com menos de 25 semanas e partos vaginais. Todos os fetos morreu após o parto. A cerclagem foi feito durante o terceiro, quarto e quinto gravidez. Ela não apresentam hipertensão durante a gestação e não diâmetro cervical em 15 mm. Uma vez que o quarto gestação seguintes testes são realizados: anticorpos Antifosfolipidic, APTT, PT. Todos os resultados são normais ou negativo. A amniocentese funil negativos e culturas são negativas. A cerclagem cervical McDonald foi feito durante a gravidez número 3, 4 e 5 na 16ª semana para atrasar o trabalho. Também a progesterona micronizada por via oral, em uma dose horas 400mg/24, foi administrado para evitar o nascimento prematuro. Na semana 24 do tratamento farmacológico iniciou Betametasona incluindo intramuscular, 12mg/24 horas (2 doses), para induzir a maturidade pulmonar no feto. Pensa-se que a administração de progesterona poderia ter melhorado a situação do paciente, uma vez que actua como uma repressants trabalho. O uso de cerclagem poderia ter ajudado, mas os fatores que podem influenciar a eficácia deste método são desconhecidas. Talvez haja algum factor imunológica associada com a miastenia gravis, que altera o curso normal da gravidez.

Palavras-chave: cerclagem cervical, colo do útero, parto prematuro.

La incompetencia cervical es la incapacidad del cuello uterino para retener el embarazo hasta el término de la gestación; se caracteriza por dilatación indolora del cuello uterino, con prolapso de las membranas, amniorrexis, ausencia de contracciones y expulsión del feto inmaduro. Se relaciona directamente con

la incapacidad del cuello del útero para mantener su propia rigidez, necesaria para que el embarazo evolucione; por eso se la vincula con historias clínicas de abortos durante el segundo trimestre del embarazo o con partos prematuros, además de aumentar el riesgo de infección intraamniótica.

En Chile la incidencia se estima entre 0.1 y 2% de todos los embarazos.¹ No es fácil determinar su trascendencia en el origen del parto prematuro, pero podría estar involucrada en 16 a 20% de todas las pérdidas en el segundo trimestre.²

En la actualidad, la causa de la incompetencia cervical no está suficientemente aclarada, aunque muchos estudios afirman que se trata de una enfermedad multifactorial. Entre los principales factores que pueden desencadenar la enfermedad destacan: deficiencia de colágeno o elastina u otro componente estructural, desarrollo anatómico anómalo o causas traumáticas que, sumadas al peso que ejerce el feto y anexos ovulares en el cuello uterino débil, pueden dar inicio a la evolución de esta enfermedad.

El diagnóstico se fundamenta en los antecedentes de abortos o partos prematuros repetidos, sin una significativa actividad uterina durante el segundo trimestre del

¹ Estudiante de Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción, Chile.

² Ginecólogo, Hospital Rafael Avaría, Curanilahue, Chile.

³ Médico cirujano, Hospital Rafael Avaría, Curanilahue, Chile.

Correspondencia: Dr. Maximiliano Fuentelba Candia
mefuentelba@medicina.ucsc.cl

Recibido: febrero 2013
Aceptado: agosto 2013

Este artículo debe citarse como: Fuentelba CM, Troncoso GM, Vallejos EJ, Ponce CS, Villablanca MN, Melita SP. Parto prematuro en paciente con incompetencia cervical y antecedentes de miastenia gravis. Ginecol Obstet Mex 2013;81:545-549.

www.femecog.org.mx

embarazo. También puede establecerse mediante la confirmación de la dilatación progresiva y pasiva del cuello uterino en el embarazo (dilatación del orificio cervical interno de unos 2-3 cm en la embarazada a partir de las 16 semanas, en ausencia de contracciones uterinas; es decir, descartando parto de pretérmino). Sin embargo, en una cantidad significativa de pacientes el diagnóstico no es tan evidente. Para estos casos difíciles se han propuesto varios métodos diagnósticos, entre los que destaca la ultrasonografía transvaginal, que es un examen cuya principal utilidad reside en la capacidad de adelantarse a la aparición de modificaciones mayores del cuello uterino, como el acortamiento y la dilatación, que pueden identificarse mediante el tacto vaginal.³

El principal tratamiento de la incompetencia cervical es el cerclaje cervical que se realiza entre las semanas 14 y 16, y que se mantiene hasta la semana 37. Debe retirarse antes si aparecen signos de infección intrauterina, rotura de membranas, metrorragia o si se desencadena el parto. Sin embargo, existen situaciones clínicas, como: cuello uterino extremadamente corto o amputado, desgarros cervicales profundos y conizaciones amplias o extensas que hacen que el cerclaje por vía vaginal sea difícil o de alto riesgo de rotura ovular. En este contexto se describió el cerclaje cérvico-istmico transabdominal,¹ que en la actualidad se utiliza como método de elección para las pacientes en quienes en embarazos anteriores el cerclaje transvaginal fracasó en la corrección de la incompetencia cervical.

La incompetencia cervical es un padecimiento relativamente frecuente que puede tener graves consecuencias, por eso es necesario investigar aún más al respecto, con el fin de mejorar las técnicas diagnósticas y los tratamientos actuales. En este reporte de un caso se analiza la historia y evolución de una paciente que tuvo este problema.

CASO CLÍNICO

Paciente de 34 años de edad, casada, con antecedentes de incompetencia cervical, colecistectomía laparoscópica debido a colecistitis crónica litiásica de cinco meses de evolución y tiemectomizada a los 18 años de edad por miastenia gravis, sin tratamiento farmacológico actual. Al momento de su estudio cursaba la vigésima cuarta semana del quinto embarazo. Los partos previos fueron vaginales, menores de 25 semanas, de hijos nacidos vivos pero que

fallecieron antes de la primera semana de vida. No padece hipertensión arterial ni otra enfermedad crónica, y carece de antecedentes de tabaquismo o alcoholismo. Tipo de sangre: AB Rh(-).

A los 19 años de edad concibió por primera vez. A la semana 25 del embarazo se hospitalizó debido a contracciones uterinas dolorosas que derivaron en el inicio del parto vaginal espontáneo. Tuvo dilatación completa, con genitales indemnes, cuello uterino de 17 mm, posición cefálica-fetal, sin muerte intrauterina ni episiotomía. No se encontraron signos o síntomas de hipertensión arterial en el feto, ni infecciones en la madre.

En la semana 24 del segundo embarazo, a los 25 años de edad, acudió al hospital con síntomas semejantes a los del embarazo previo. El cuello uterino medía 16 mm, y además movimientos fetales positivos, dinámica uterina positiva y latido cardíaco fetal igualmente positivo que resultaron en parto vaginal espontáneo, sin signos o síntomas de hipertensión arterial o infección materna.

El alumbramiento fue normal; la placenta mostró sutiles evidencias de envejecimiento. El neonato pesó 500 g, sin malformaciones, pero falleció un par de horas después.

Durante la semana 16 del tercer embarazo, a los 30 años de edad, se le realizó un cerclaje cervical tipo McDonald con anestesia raquídea. Cuando cursaba la decimosegunda semana de su embarazo, entró en trabajo de parto espontáneo. El cuello uterino medía 18 mm, sin muerte intrauterina; el neonato pesó 520 g, sin malformaciones, pero falleció horas después. Sin signos o síntomas de hipertensión arterial ni infecciones por parte de la madre. A partir de este embarazo se realizaron pruebas de anticuerpo anticardiolipina, anticoagulante lúpico, VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) y RPR (Rapid Plasma Reagin), TSH (tirotrofina), T3 y T4; todos los resultados estuvieron en límites normales. Los urocultivos y los cultivos vaginales volvieron a dar resultados negativos. En la autopsia no se encontraron anomalías. Único embarazo con funnel positivo.

Durante la semana 16 de su cuarto embarazo, a los 32 años de edad, se le efectuó cerclaje cervical tipo McDonald. En la semana 19 fue admitida a la sala de partos por aborto espontáneo, con dinámica uterina positiva, LCF (+), MF (+), cuello uterino de 18 mm, funnel negativo, parto vaginal, feto sin deformaciones, de 280 g en posición podálica. Falleció en las siguientes horas del nacimiento.

La madre no tuvo signos o síntomas de hipertensión arterial ni infecciones. Se realizaron autopsia y cariotipo al neonato, y ambos no demostraron patología.

El alumbramiento fue normal, con una placenta discoide. A la disección, el parénquima placentario tuvo dos zonas violáceas: la membrana amniótica lucía semitransparente. Se evidenciaron dos focos de hemorragia, signos de envejecimiento placentario y ausencia de señales de corioamniolítis.

En ningún embarazo se realizó amniocentesis porque no se disponía de los medios en el servicio de salud.

En la décima sexta semana se le prescribió cerclaje cervical tipo McDonald y progesterona oral micronizada de 400 mg cada 24 horas, desde la décima primera semana del embarazo. Para evitar un parto prematuro y para lograr un mejor desarrollo pulmonar en la vigésima cuarta semana se indicó betametasona. En la semana 28 sobrevino trabajo de parto prematuro de emergencia con una complicación de hemorragia intraventricular. Por fortuna, la niña sigue con vida y sólo tiene retraso psicomotor asociado con la hemorragia.

DISCUSIÓN

En el caso específico de esta paciente no pudo establecerse un síndrome o patología única que pudiera explicar el historial de partos prematuros. Los síntomas y los exámenes realizados no parecían apuntar hacia un diagnóstico definitivo. Es necesario descartar algunos diagnósticos diferenciales para poder establecer el tratamiento más apropiado.

No se cumplen los criterios diagnósticos de síndrome antifosfolipídico, que se caracteriza por episodios de trombosis venosa o arterial y pérdida fetal recurrente,⁴ ni de lupus eritematoso sistémico, padecimiento con el que aumentan las tasas de aborto espontáneo, muerte intrauterina y parto prematuro.⁵ En la historia clínica se descartan otras afecciones que favorezcan el parto prematuro, como Ehler Danlos o útero arcuato.

La única condición que no se tomó en consideración fue el antecedente de miastenia gravis que, pese a la información de la bibliografía consultada, no pudieron encontrarse datos respecto de la relación causa-efecto con los partos prematuros,^{6,7} a pesar de que las investigaciones más recientes indican que podrían existir factores inmunológicos involucrados, donde las diferen-

tes subunidades de linfocitos T supresores y linfocitos T reguladores pueden inducir parto prematuro y otras enfermedades gestacionales, como la preeclampsia. De lo anterior podría deducirse que los problemas en el timo, debido a la miastenia gravis, podrían tener alguna repercusión en la autoinmunidad de los embarazos de la paciente en cuestión.

Con respecto al tratamiento quirúrgico que recibió la paciente, efectuado durante la decimosexta semana de gestación, corresponde al método de cerclaje cervical tipo McDonald, cuyo objetivo corresponde a retardar el trabajo de parto y corregir la incompetencia cervical. La información disponible sugiere que el periodo electivo en el que debería haberse realizado el cerclaje, en una paciente con historial de incompetencia cervical, está comprendido entre la décima cuarta y décima sexta semanas de gestación; sin embargo, en el caso de la paciente en estudio, no fue posible determinar un periodo exacto de efectividad, pues tenía otros factores de riesgo agregados, como el historial de partos prematuros.⁸

Con base en los antecedentes de partos prematuros y las consecuentes muertes posparto de los neonatos, se realizaron exámenes y tratamientos preventivos.

Los exámenes solicitados correspondieron a pruebas de anticuerpos antifosfolipídicos, TTPK, TP, TCL. Todos con el objetivo de descartar tempranamente el síndrome antifosfolipídico.

También se solicitaron exámenes de urocultivo y cultivo cervicovaginal que descartaron algún tipo de infección que pudiera influir en la evolución del embarazo. No se realizó amniocentesis porque no se contaba con los medios necesarios para efectuarla en el centro de salud.

La guía clínica del Ministerio de Salud de Chile de prevención del parto prematuro⁹ establece que las pacientes con antecedentes de parto prematuro inferior a 35 semanas de gestación, se beneficiarían de la realización de un cerclaje. Por el contrario, no parece haber buenos resultados en las pacientes sin antecedentes de parto prematuro.

El tratamiento farmacológico consistió en la administración de progesterona micronizada en dosis de 400 mg, cada 24 horas, a partir de la semana 11, con el propósito de mantener la gestación. Según la guía clínica revisada, las pacientes con cuello uterino entre 15 y 25 mm podrían tener una reducción incluso de 40% en la probabilidad de sufrir parto prematuro con esta terapia.⁹

REFERENCIAS

1. Besio M, Besio C. Cerclaje cérvico-ístmico transabdominal: serie clínica. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2004;69:126-131.
2. Danti L, Palai N, Ravelli V, Lojacono A, Tanzi P, Bianchi UA. Ultrasonography of the uterine cervix in pregnancy. Curve of normality in a longitudinal and cross-sectional study. *Minerva Ginecol* 1998;50:397-404.
3. Miranda V, Carvajal J. Análisis crítico del manejo de la incompetencia cervical. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2003;68.
4. Orts JA, Zúñiga A, Orera M. Actualización del síndrome antifosfolipídico. *Med Clin (Barc)* 2003; 121:459-471.
5. Estébanez M, Ruíz B, Martínez A, Sigüenza M, Bernal D, Molina M, y col. *Manual a Mir Reumatología*. 3ª ed. Madrid: AMir, 2008;34-39.
6. Lobete C, Llano I, Fernández J, Madero P. Síndrome de Ehlers-Danlos tipo I: importancia del diagnóstico genético. *An Pediatr* 2010;72:157-9.
7. Beguería R, Checa MA, Castillo M, Del Amo E, Carreras R. Malformaciones müllerianas: clasificación, diagnóstico y manejo. *Ginecología y Obstetricia Clínica* 2009;10:165-169.
8. Rush RW, Isaacs S, McPherson K, et al. A randomized controlled trials of cervical cerclage in women at high risk of spontaneous preterm delivery. *Br J Obstet and Gynaecol* 1984;91:724-730.
9. Ministerio de Salud. *Guía Clínica Prevención del Parto Prematuro*. Santiago: Ministerio de Salud de Chile, 2010;18-22.

