



Desgarro cervical en paciente con pesario

González-Díaz I,¹ Sánchez-Gómez P,² García-Lorenzo L,¹ Esnal-Tres A,¹
Escribano-Tortola JJ³

Resumen

ANTECEDENTES: el parto pretérmino es una causa importante de morbilidad y mortalidad materno-fetal. Afecta entre 6 y 10% de las mujeres embarazadas. El pesario cervical es un método eficaz para prevenir el parto pretérmino en pacientes con cérvix corto. Sus efectos secundarios incluyen aumento de la secreción vaginal y leves molestias durante la inserción.

CASO CLÍNICO: paciente de 24 años de edad, con embarazo de 27 semanas de gestación, que acudió al servicio de Urgencias después de sufrir un accidente de tráfico, sin evidencia de traumatismo abdominal. Se objetivó dinámica uterina irregular y dolorosa; cervicométría de 20 mm, con acortamiento del cuello uterino negativo, por lo que se prescribió tratamiento tocolítico y maduración pulmonar fetal. Se le indicó la colocación de un pesario cervical, con cervicometría de 10 mm. En la semana 37 del embarazo se le retiró el pesario. Se programó la inducción del parto por gestación cronológicamente prolongada (41+3 semanas), que resultó en parto eutóxico después de un periodo de dilatación de 3.5 horas, y periodo expulsivo de 45 minutos. Nació una mujer de 3,210 g y Apgar 9/10. Diez días después acudió a consulta por un episodio de sangrado vaginal. En la exploración se observó desgarro cervical de forma semicircular en todo el contorno del labio anterior, que se suturó sin registrar complicaciones adicionales.

CONCLUSIONES: el pesario es un dispositivo sencillo, eficaz y seguro para prevenir el parto prematuro; sin embargo, para evitar posibles efectos adversos se propone realizar especuloscopia después de su retiro y seguimiento.

PALABRAS CLAVE: parto pretérmino, pesario, efectos adversos, desgarro.

Ginecol Obstet Mex. 2016 Jun;84(6):396-402.

Cervical tear in a women with cervical pessary

González-Díaz I,¹ Sánchez-Gómez P,² García-Lorenzo L,¹ Esnal-Tres A,¹
Escribano-Tortola JJ³

Abstract

BACKGROUND: Preterm birth is a major cause of maternal and fetal morbidity and mortality. It affects 6-10% of pregnant women. The cervical pessary is an effective method to reduce preterm delivery in

¹ Residente de tercer año de Ginecología y Obstetricia.

² Ginecoobstetra.

³ Jefe del servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, Madrid (España).

Recibido: marzo 2016

Aceptado: abril 2016

Correspondencia

Dr. Iván González Díaz
ivigonzaa@gmail.com

Este artículo debe citarse como

González-Díaz I, Sánchez-Gómez P, García-Lorenzo L, Esnal-Tres A, Escribano-Tortola JJ. Desgarro cervical en paciente con pesario. Ginecol Obstet Mex. 2016 jun;84(6):396-402.



patients with short cervix. So far the only reported side effects have been increased vaginal discharge and mild discomfort during insertion.

CASE REPORT: 24 year old primigravida at 27 weeks gestation went to the emergency after a traffic accident without abdominal trauma. Painful and irregular uterine contractions, and cervicometry of 20 mm, negative funnel, was observed. We use tocolytic therapy and pulmonary maturation. When the patient was discharge cervical pessary indicated with a 10 mm cervical lenght. In the 37th week of gestation the pessary was removal. Labor induction was indicated for chronologically prolonged pregnancy (41+3 weeks of gestation). It was a vaginal delivery after a period of dilation for 3 hours and 45 minutes to expulsion. We obtained a woman of 3,210 g and Apgar 9/10. Ten days after had bleeding. In exploring we observed a cervical tear semicircular displayed all around the anterior lip, which is sutured in the surgeon under sedation, without incident.

CONCLUSIONS: Cervical tear could be described as a side effect of cervical pessary in pregnant women. A mode identifying it intends to do speculoscopy after the removal of the pessary.

KEY WORDS: Preterm birth; pessary; adverse effects; tear

¹ Residente de tercer año de Ginecología y Obstetricia.

² Ginecoobstetra.

³ Jefe del servicio de Ginecología y Obstetricia.

Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, Madrid (España).

Correspondence

Dr. Iván González Díaz

ivigonzaa@gmail.com

ANTECEDENTES

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO) definen al parto pretérmino al que ocurre entre las 22 y 37 semanas de gestación. De acuerdo con la OMS, el límite inferior entre parto pretérmino y aborto es de 22 semanas de gestación, 500 g de peso o 25 cm de longitud céfalo-caudal.¹

El parto pretérmino representa un problema obstétrico importante, pues afecta a 6 a 10% de las mujeres embarazadas,¹ además de ser la principal causa de morbilidad y mortalidad perinatal (excluidas las anomalías congénitas) y hasta 50% de las alteraciones neurológicas posnatales relacionadas con inmadurez fetal, lo que supone altos costos de recursos humanos y socioeconómicos.¹

La mayor parte de los partos pretérmino suceden entre las 34 y 37 semanas de la gestación (pre-

maturos tardíos). Alrededor de 5% ocurren antes de las 28 semanas (prematuros extremos), 15% entre las 28 y 31 (prematuros severos) y cerca de 20% entre las 32 y 34 semanas del embarazo.¹

Su origen es complejo y multifactorial y pueden intervenir factores inflamatorios, isquémicos, inmunológicos, mecánicos y hormonales de forma simultánea.²

Los avances obstétricos actuales no sólo centran su atención en el diagnóstico y tratamiento del parto pretérmino, sino también en la identificación de los factores de riesgo antes de ocurrir este evento obstétrico, con la finalidad de establecer las medidas preventivas adecuadas.

El primer paso consiste en elaborar la historia clínica correcta. Con este sencillo inicio pueden determinarse los factores de riesgo relacionados con la alteración materna e identificar los antecedentes obstétricos, previos y actuales, para definir

a esa población. Entre los factores de riesgo se encuentran: antecedente de 2 o más pérdidas fetales en el segundo trimestre de la gestación, ruptura prematura de membranas fetales (antes de las 32 semanas), antecedente de traumatismo cervical o anomalías uterinas congénitas.³

Estos factores pueden deberse a insuficiencia cervical, una alteración en sí misma, cuyas causas son difíciles de establecer y el diagnóstico suele ser de exclusión. Otro factor importante de riesgo para parto pretérmino son las gestaciones gemelares.⁴

La modificación cervical (dilatación cervical $\geq 2\text{cm}$, con borramiento mayor de 80%) y las contracciones uterinas regulares (mínimo 4 en 20-30 minutos) constituyen el patrón de referencia para establecer el diagnóstico de parto pretérmino.³ Este sistema tiene baja sensibilidad y supone grandes diferencias interobservador, además de la dificultad de utilizarlo como marcador predictivo antes de manifestarse los signos y síntomas.

Por este motivo se han desarrollado algunos marcadores que ayudan a identificar a las pacientes de mayor riesgo, con la finalidad de beneficiarse oportunamente con la implementación de medidas preventivas.⁴

Una de las sustancias más estudiadas para establecer el diagnóstico de parto pretérmino es la secreción cérvico-vaginal, concretamente la determinación de fibronectina fetal: una glucoproteína confinada en la unión coriodecidual, encargada de mantener la integridad de ésta.⁴

También se han estudiado los marcadores diagnósticos de posibles infecciones intravaginales asintomáticas como: concentraciones elevadas de lactoferrina, nitritos, nitratos y óxido nítrico.⁴

En pacientes con riesgo de parto pretérmino se han detectado elevadas concentraciones de

hormona liberadora de corticotropina (CRH) y alfa-fetoproteína durante el segundo trimestre del embarazo.⁴

Aunque algunos marcadores han demostrado alto valor predictivo negativo, su detección permanece reducida en determinada población, sobre todo los relacionados con ciertas prácticas clínicas.⁵ Durante los últimos años se ha difundido un método diagnóstico de gran importancia, que consiste en la evaluación de la longitud cervical mediante ecografía transvaginal. Es una prueba sencilla y fácil de realizar, con gran capacidad pronóstica para identificar a las pacientes con mayor riesgo de sufrir un parto prematuro. Proporciona datos objetivos de la medición y acortamiento del cuello uterino, además de eliminar los datos subjetivos interobservador y de su variación evolutiva con el paso de las semanas de gestación.⁶ Esta prueba representa un buen predictor de riesgo de parto pretérmino en gestaciones únicas o múltiples; para ello es adecuado realizar las mediciones del cuello uterino entre las 20 y 23 semanas de gestación.^{5,6}

Una vez establecido el diagnóstico de parto pretérmino deben destacarse las opciones terapéuticas disponibles. Entre las posibilidades de tratamiento médico está la prescripción de progesterona, indicada para disminuir las contracciones uterinas. Es un fármaco seguro y con escasos efectos adversos maternos.⁷

En la actualidad existe poca información relacionada con la dosis adecuada y vía de administración de la progesterona, además de la edad gestacional para iniciar el periodo y duración del tratamiento.⁷

Una revisión de Cochrane, en 2013, evaluó 36 ensayos con asignación al azar con 8,523 mujeres consideradas de alto riesgo para parto pretérmino, a quienes se les administró progeste-



rona durante el embarazo y otro estudio posterior en 12,515 pacientes en etapa de lactancia. Los resultados obtenidos mostraron prolongación del embarazo, menor requerimiento de ingreso a la unidad de cuidad intensivos neonatales, disminución de las complicaciones del recién nacido (dificultad respiratoria o enterocolitis necrotizante) y reducción del riesgo de muerte después del parto. A pesar de estos datos favorables, es necesario realizar ensayos adicionales para evaluar la seguridad a largo plazo del recién nacido, además de establecer el inicio del tratamiento durante el embarazo, la vía y dosis de administración en las pacientes con alto riesgo de parto prematuro.⁷

A lo largo de la historia se han descrito diferentes técnicas para el tratamiento de las pacientes con riesgo de parto pretérmino, principalmente el cerclaje cervical. Se trata de una técnica invasiva que consiste en la colocación de una sutura circular alrededor del cuello uterino, con la finalidad de obtener su cierre. Las principales técnicas quirúrgicas descritas por vía vaginal son la de Shirodkar (1951) y la de McDonald (1957). Requieren la administración de anestesia y sus principales complicaciones se asocian con hemorragia, infecciones o pérdidas gestacionales.⁸

Su indicación se relaciona con la situación clínica y personal de la paciente. Puede realizarse, simplemente, en mujeres con antecedente de insuficiencia cervical, abortos tardíos o partos prematuros de repetición, mediante cerclaje electivo entre las semanas 12-14 de la gestación.¹

Cuando se identifican signos clínicos ecográficos de modificaciones cervicales, aunque la paciente se encuentre asintomática, puede efectuarse el cerclaje terapéutico. Si a esta situación se añaden los cambios cervicales ya establecidos, como la dilatación o borramiento con la visualización de membranas a través del cuello uterino, debe procederse al cerclaje de urgencia.¹

Debido a que se trata de un proceso invasivo, con las importantes y graves complicaciones que pueden surgir, además de las controversias relacionadas con su eficacia, se han buscado otras alternativas terapéuticas. Una de ellas consiste en la colocación de un pesario cervical,⁹ es decir, un dispositivo de silicona en forma de anillo, que se coloca en el cuello uterino hasta su retiro definitivo en la semana 37 del embarazo.

El pesario cervical es un método sencillo, menos invasivo, con mínimas complicaciones y costos, y no requiere la aplicación de anestesia para su colocación. Ha demostrado ser inocuo, con pocos efectos adversos y buenos resultados en diversos estudios observacionales.^{8,10-12}

A pesar de sus ventajas, el objetivo de este estudio es reportar un caso poco frecuente de desgarro cervical producido por un pesario para la prevención de parto pretérmino, como único antecedente ginecoobstétrico.

CASO CLÍNICO

Paciente primigesta de 24 años de edad, sin antecedentes personales ni familiares de importancia para el padecimiento actual, con evolución normal del embarazo hasta la semana 27, cuando se le diagnosticó amenaza de parto pretérmino. La paciente acudió al servicio de Urgencias del Hospital Universitario Severo Ochoa, por percibir sensación de dinámica regular después de un leve accidente de tránsito, sin traumatismo abdominal ni de otro tipo.

En la exploración clínica se objetivó que la longitud cervical era de 20 mm, con acortamiento negativo del cuello uterino y dinámica uterina irregular dolorosa; por eso se le prescribió tratamiento tocolítico con atosiban, que cedió a las 48 horas postratamiento, y maduración pulmonar con betametasona.

En el estudio ecográfico se observó disminución de la longitud cervical a 10 mm, con acortamiento positivo del cuello, sin dinámica uterina demostrable en la percepción subjetiva de la paciente ni susceptible de monitorizar en los registros cardiotocográficos realizados. Por este motivo se indicó la colocación de pesario cervical y se procedió al alta hospitalaria, con control posterior en consulta de embarazo de alto riesgo y seguimiento evolutivo sin alteraciones.

En la semana 37 de la gestación se le retiró el pesario con gran dificultad; se produjo escaso sangrado del cuello, que cedió espontáneamente dos horas después de la observación. El resto de los estudios de control obstétrico se reportaron normales.

En la semana 41+3 se programó para inducción del parto por embarazo cronológicamente prolongado, con la administración de dinoprostona intravaginal. Se consiguió la dinámica uterina regular, efectiva desde el inicio, que provocó un periodo de dilatación de 3 horas y 30 minutos, y expulsivo de 45 minutos, con parto eutócico, episiotomía medio-lateral derecha; nació una mujer con APGAR 10-10, de 3,210 g. Durante el posparto inmediato y en los días siguientes no manifestó ningún signo clínico anormal, por lo que se decidió su alta hospitalaria.

Diez días después acudió, de nuevo, al servicio de Urgencias de Maternidad de nuestro hospital, con un episodio de metrorragia de mayor cantidad que la menstruación, con varias horas de evolución y molestias hipogástricas.

En la exploración se objetivaron moderados restos hemáticos en la vagina, con escaso sangrado activo en el cuello. Se visualizó un desgarro cervical de forma semicircular en el labio anterior, sin repercusión hemodinámica para la paciente. Se procedió a su ingreso hospitalario para la reparación quirúrgica, con sedación y puntos

sueltos con sutura Vicryl (poliglactina 910) 0 en todo el contorno desgarrado, comprobando la permeabilidad cervical posterior, sin incidencias ni complicaciones adicionales (Figura 1).

DISCUSIÓN

La colocación de un pesario para prevenir el parto pretérmino se ha utilizado en los últimos años como una alternativa más sencilla que otras técnicas tradicionales de mayor complejidad, como el cerclaje cervical.

El pesario cervical utilizado en la mayor parte de los estudios es el de Arabin. Se trata de un anillo flexible de silicona, diseñado para que la curvatura de su diámetro mayor se fije en la pelvis y el diámetro interno o menor dentro del cérvix (Figura 2).⁸

Aunque hasta el momento no es bien conocido su mecanismo de acción, se piensa que modifica el eje del canal cervical y desplaza el peso uterino. Éste reorienta el canal cervical hacia la cara

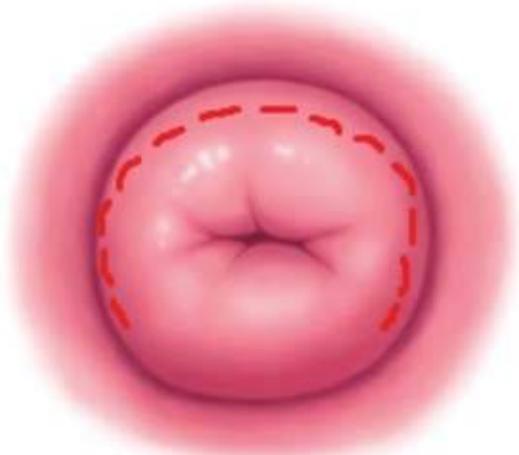


Figura 1. Recreación del cuello uterino. Desgarro cervical semicircular en el labio anterior.



Figura 2. Pesario cervical de Arabin.

posterior, haciendo que el peso del feto recaiga sobre el segmento uterino anterior y así se evita que el exceso de presión favorezca la dilatación o rotura de las membranas.⁸ Además, al cambiar el ángulo del cérvix, el pesario también obstruye el orificio cervical interno y puede proporcionar protección en contra de las infecciones ascendentes.⁸ Puede colocarse de forma ambulatoria, sin necesidad de anestesia, lo que supone menos riesgos y complicaciones materno-fetales. Así mismo, puede retirarse de la misma manera y en cualquier momento si existiera alguna complicación.¹³⁻¹⁵ Todas estas ventajas se acompañan, además, de menor costo, lo que supone una importante reducción de los gastos.

La comparación entre el pesario y otros métodos tradicionales, como el cerclaje o la administración de progesterona, se ha revisado en numerosos estudios a lo largo del tiempo. Algunos estudios no reportan diferencias significativas,^{16,17} mientras que otros encuentran una eficacia similar a la del cerclaje o de la progesterona.^{8,13}

Entre los estudios más recientes destaca uno multicéntrico, con asignación al azar, efectuado

en 2012, que incluyó a 385 mujeres con diagnóstico de acortamiento cervical (inferior a 25 mm) entre las semanas 20 y 23 de la gestación; 89% sin antecedente de parto prematuro ni tratamientos médicos (progesterona) o quirúrgicos (cerclaje). Las pacientes se clasificaron en grupo 1: colocación de pesario cervical y grupo 2 (control): tratadas solamente con actitud expectante y observación. El hallazgo más importante se registró en el grupo 1, con reducción estadísticamente significativa de la tasa de parto pretérmino (Cuadro 1).

Estos datos indican que el pesario es una técnica sencilla, que puede beneficiar a las pacientes y otorgar resultados satisfactorios. A pesar de ello, no está exento de complicaciones o efectos adversos, la mayor parte de escasa importancia y relacionados con la técnica de colocación. El principal efecto incluye aumento de la secreción vaginal: una leucorrea asintomática provocada por la colección de flujo retenido en el pesario. Las pacientes deben recibir información de su aparición y expresarles que no supone una necesidad de retiro. Es importante establecer el diagnóstico diferencial, sobre todo si existen datos clínicos relacionados con vulvovaginitis u otros procesos infecciosos, además de rotura prematura de membranas. Otros efectos adversos descritos en la bibliografía comprenden los relacionados con la inserción y colocación del mismo; generalmente reportados como leves molestias que ceden a corto plazo.

Cuadro 1. Pacientes con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino tratadas con pesario cervical vs control¹²

	Pacientes con pesario	Pacientes sin pesario	Razón de momios
Pacientes con menos de 28 semanas	4/190 (2 %)	16/190 (8%)	0.28, IC 95 % 0.06-0.74.
Pacientes con menos de 34 semanas	18/190 (6%)	51/190 (27%)	0.18 IC 95 % 0.08-0.37)

Hasta el momento no se han descrito lesiones más graves ni establecido algún protocolo de actuación y seguimiento después de retirar el pesario a las 37 semanas de la gestación.

CONCLUSIÓN

La colocación del pesario cervical es una técnica sencilla, eficaz y segura para prevenir el parto prematuro comparada con la conducta expectante. Aunque provoca escasos efectos adversos, el desgarro cervical representa una complicación excepcional. Es importante realizar la exploración ginecológica con especuloscopia en las revisiones posteriores al retiro del pesario, con valoración completa y exhaustiva para evitar complicaciones mayores durante el parto. También debe realizarse la exploración cervical (durante la revisión del canal blando del parto) después del parto eutóxico o instrumental, en pacientes con pesario, sobre todo en los casos con partos tempestivos, con dinámica excesiva. Aunque no se ha descrito el seguimiento durante el puerperio, puede recomendarse la revisión con especuloscopia, con la finalidad de completar la visualización de la cicatrización cervical en las semanas siguientes. Con estas medidas se establecerá el diagnóstico más preciso, se tomarán decisiones terapéuticas oportunas y resolutivas, y habrá un seguimiento más completo.

REFERENCIAS

1. Donoso-Bernales B, Oyarzún-Ebensperger E. Premature delivery. *Medwave* 2012;12(8):e5477.
2. Romero R, Espinoza J, Kusanovic JP, Gotsch F, Hassan S, Erez O, Chaiworapongsa T, Mazor M. The preterm parturition syndrome. *BJOG* 2006;113(Suppl 3):17-42.
3. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Protocolo de amenaza de parto prematuro 2014.
4. Peiró E, Valenzuela P, Medina L, Cámara MJ, Cabrera A, Redondo S. Diagnóstico de la amenaza de parto prematuro. *Clin Invest Obstet* 2003;30(10):339-43.
5. Ting HS, Chin PS, Yeo GSH, Kwek K. Comparison of bedside test kits for prediction of preterm delivery: phosphorylated insulin-like growth factor binding protein-1 (pIGFBP-1) test and fetal fibronectin test. *Ann Acad Med Singapore* 2007;36:399-402.
6. Sotiriadis A, Papatheodorou S, Kavvadias A, Makrydima G. Transvaginal cervical length measurement for prediction of preterm birth in women with threatened preterm labor: a meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2010 Jan;35(1):54-64.
7. Dodd MJ, Leanne J, Flenady V, Crowther AC. Administración prenatal de progesterona para la prevención del parto prematuro en pacientes consideradas en riesgo de parto prematuro. [en línea]. Dirección URL: <<http://www.cochrane.org/es/CD004947/administracion-prenatal-de-progesterona-para-la-prevencion-del-parto-prematuro-en-pacientes>>.
8. Arabin B, Halbesma JR, Vork F, Hübener M, van Eyck J. Is treatment with vaginal pessaries an option in patients with a sonographically detected short cervix? *J Perinat Med* 2003;31(2):122-33.
9. Goya M, Pratcorona L, Merced C, Rodo C, Valle L, Romero A, et al. Cervical pessary in pregnant women with a short cervix (PECEP): an open-label randomised controlled trial. *Lancet* 2012;12:379(9828):1800-6.
10. Ludmir J, Owen J. Cervical incompetence. In: Gabbe SG, Niebly JR, Simpson JL, editors. *Obstetrics: normal and problem pregnancies*. 5th ed. United Kingdom: Elsevier, 2009.
11. Acharya G, Eschler B, Grønberg M, Hentemann M, Ottersen T, Maltau JM. Noninvasive cerclage for the management of cervical incompetence: a prospective study. *Arch Gynecol Obstet* 2006;273(5):283-7.
12. Abdel-Aleem H, Shaaban MO, Abdel-Aleem AM. Pesario Cervical para la prevención del parto prematuro. COCHRA-NE 2013.
13. Acharya G, Eschler B, Grønberg M, Hentemann M, Ottersen T, Maltau JM. Noninvasive cerclage for the management of cervical incompetence: a prospective study. *Arch Gynecol Obstet* 2006;273(5):283-7.
14. Grzonka DT, Kazmierczak W, Cholewa D, Radzioch J. Herbich cervical pessary-method of therapy for cervical incompetence and prophylaxis of prematurity. *Wiadomosci Lekarskie* 2004;57(Suppl 1):105-7.
15. Newcomer J. Pessaries for the treatment of incompetent cervix and premature delivery. *Obstet Gynecol Surv* 2000;55(7):443-8.
16. Förster F, During R, Schwarzlos G. Therapie der Zervixinsuffizienz; Zerklage oder Stutzpessar? *Zentralbl Gynaekol* 1986;108:230-7.
17. Ludmir J, Owen J. Cervical incompetence. In: Gabbe SG, Niebly JR, Simpson JL, editors. *Obstetrics: normal and problem pregnancies*. 5th ed. United Kingdom: Elsevier, 2009.