

CÉRVIX CORTO: INSUFICIENCIA CERVICAL

AUTORES	REVISORES	Fecha elaboración
Marina Fortún Agud Carmen María Moral Moral Lorena Porras Caballero María Skinner Orrillo Ernesto González Mesa	José Antonio Sainz Antonio Galán Contreras María Paz Carrillo Badillo	05/07/2023
		Fecha revisión
		15/06/2024

El parto pretérmino es la complicación más frecuente de la medicina materno-fetal en nuestro entorno, representando un 6.5-9% del total de partos, y representa la principal causa de morbilidad y mortalidad neonatal. La medición de la longitud del cérvix es útil para identificar gestantes con riesgo elevado de parto prematuro, así como para identificar las verdaderas amenazas de parto pretérmino.

MEDICIÓN DEL CUELLO: METODOLOGÍA

Según la Sociedad Internacional de Ultrasonidos en Obstetricia y Ginecología (ISUOG), aunque el abordaje transabdominal puede estar asociado con una reducción del tiempo de exploración, y menor incomodidad para la paciente, se recomienda el abordaje transvaginal, ya que es más preciso y reproducible y menos propenso a problemas técnicos. Sus recomendaciones para realizar una adecuada valoración de la medición de la longitud cervical son:

- Vejiga urinaria vacía
- Ecografía vaginal
- Sonda vaginal del ecógrafo en fórnix anterior, orientada longitudinalmente para obtener una imagen sagital del cérvix
- La imagen debe incluir: vejiga urinaria, orificio cervical externo (OCE), canal endocervical, orificio cervical interno (OCI). Los dos labios del cérvix deben tener la misma anchura
- El cérvix debe ocupar el 50-75% de la imagen
- La medida se realiza en línea recta entre OCE y OCI
- Hay que evitar una presión excesiva sobre el cérvix

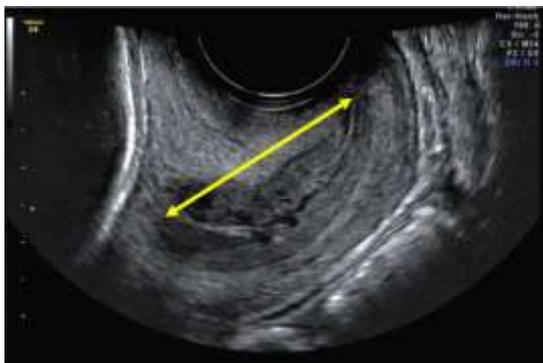


Figura 1: Medición de la longitud cervical.
Tomado de ISUOG

CRIBADO ECOGRÁFICO DE LA LONGITUD CERVICAL

La longitud cervical se considera un factor predictivo independiente de parto pretérmino, ya que se ha establecido una relación inversamente proporcional entre la longitud cervical en el 2º trimestre y la probabilidad de parto pretérmino.

En la mayoría de las gestantes con factores de riesgo, el acortamiento cervical se produce entre la semana 16-22 de gestación, por lo que una medición previa a la semana 14 no va a resultar útil para predecir el parto pretérmino. La recomendación general es realizar una única medida de la longitud cervical entre la semana 18-24 de gestación, ya que ha demostrado ser un mejor método que los cambios observados en el tiempo para predecir el parto pretérmino.

El punto de corte de la medida de la longitud cervical para determinar un cérvix corto en 2º trimestre en gestantes asintomáticas, tanto en embarazos únicos como gemelares, serán $< o = a$ 25 mm. Este punto de corte presenta una sensibilidad para la identificación del parto pretérmino del 33.1% con una tasa de falsos positivos del 4.1%.

Actualmente no existe un consenso entre las diferentes sociedades internacionales en cuanto a la necesidad de realizar un cribado universal o dirigido del cérvix corto en gestantes asintomáticas. No obstante, limitar el cribado a gestantes con historia pretérmino puede mejorar la predicción de parto pretérmino espontáneo, aunque dejaría de identificarse al 40% de las gestantes con cérvix corto en 2º trimestre.

La Federación Internacional de Obstetras y Ginecólogos (FIGO) defiende el cribado universal de la longitud cervical a todas las gestantes entre las semanas 19+0 y 23+6 de gestación, así como el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), recomienda dicho cribado universal, aunque no lo considera obligatorio. Por otro lado, la Sociedad Canadiense de Obstetras y Ginecólogos (SOGC) no recomienda un cribado universal ya que establece que es una intervención con una baja capacidad predictiva. Por su parte la Sociedad de Medicina Materno-Fetal Americana (SMFM) recomienda un cribado dirigido a gestantes con gestaciones únicas e historia de parto pretérmino previo. La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia señala la existencia una evidencia baja respecto al cribado universal de la longitud cervical en gestantes asintomáticas (tanto embarazos únicos como gemelares), por lo que el grado de recomendación es débil.

Para el adecuado manejo de la paciente asintomática con cérvix corto, es importante conocer cuáles son los principales factores de riesgo de parto pretérmino, que se detallan en la Tabla 1.

La historia previa de parto pretérmino es uno de los factores de riesgo de mayor importancia, ya que se estima que supone un riesgo incrementado de parto pretérmino en su siguiente gestación de 1,5-2,5 veces, lo que supone un riesgo de parto pretérmino recurrente del 30% en las pacientes con dicho antecedente.

En caso de que se decida realizar un cribado de la longitud cervical se recomienda que sea entre las 18 y las 24 semanas de gestación y que el punto de corte de un cérvix corto tanto en gestaciones simples como gemelares es 25 mm.

En gestaciones con alto riesgo de parto pretérmino por antecedentes de parto antes de las 34 semanas, aborto de más de 16 semanas, cirugía cervical o anomalía congénita uterina se recomienda la evaluación cervical desde las 14-16 semanas cada 3 semanas. En las gestaciones múltiples puede realizarse una valoración única entre las 18 y 24 semanas.

El **funneling**, o protrusión de membranas amnióticas en el canal cervical, no supone un factor de riesgo independiente de parto pretérmino, salvo cuando se asocia a cérvix corto. El **sludge**, que se define como la presencia de agregados ecogénicos densos de partículas en la proximidad del orificio cervical interno, sí es factor de riesgo independiente para el parto pretérmino en gestantes asintomáticas.

Figura 2: La imagen A corresponde al hallazgo de Funneling. La imagen B corresponde a la secreción mucosa cervical cuya visualización no conlleva riesgo de parto pretérmino. Tomado de ISUOG



Tabla1: Factores de riesgo para parto pretérmino (SEGO. Parto pretérmino. GAP 2024)

Tabla I.
Factores de riesgo de parto pretérmino

Obstétricos	<ul style="list-style-type: none"> - Historia de parto pretérmino previo - Antecedente aborto segundo trimestre de la gestación (> 16 semanas) - Embarazo múltiple - Sobredistensión uterina - Alteraciones vasculares
Maternos	<ul style="list-style-type: none"> - Cirugía cervical: conización, LLETZ - Anomalia uterina congénita - Dilatación cervical, legrado uterino - Antecedente de cesárea anterior en dilatación completa prolongada
Sociodemográficos	<ul style="list-style-type: none"> - Hábito tabáquico - Bajo peso materno pregestacional (IMC < 19,8) - Período intergenésico corto (período entre parto y concepción de la siguiente gestación < 18 meses, según definición OMS) - Raza afroamericana y afrocaribeña - Estrés materno
Otros mecanismos	<ul style="list-style-type: none"> - Infección intraamniótica - Infecciones extrauterinas - Senescencia celular - Disminución de la acción de la progesterona

ACTITUD ANTE EL HALLAZGO DE CÉRVIX CORTO.

Ante el hallazgo **casual** de una longitud cervical entre ≤ 25 mm, se excluirá del circuito de control del embarazo de bajo riesgo para revaloración en 1-2 semanas. Puede recomendarse la baja laboral **evitando esfuerzos físicos con reposo relativo** hasta la nueva valoración. En general se recomienda la siguiente actuación:

- **Cx ≥ 25 mm:** seguimiento por su centro de referencia o en consultas externas de obstetricia.
- **Cx 25-20 mm:** Progesterona 200 mcg cada 24 h. Se mantendrá el tratamiento progesterona vaginal 200 mg/24h **al menos hasta la semana 34 de gestación.**
- **Cx < 20mm:**
 - En gestaciones de más de 26 semanas: Progesterona 200 mcg cada 24 h. Se mantendrá el tratamiento progesterona vaginal 200 mg/24h **al menos hasta la semana 34 de gestación.**
 - En las gestaciones < 24 semanas con acortamiento cervical, se indicará cerclaje .
 - Entre las 24-26 semanas se debe individualizar el manejo, y en los casos en los que se plantee la realización de un cerclaje, previo a éste, se realizará un cultivo endocervical. El manejo de estas pacientes con cerclaje incluye la realización de cultivos endocervicales aproximadamente cada 4 semanas hasta la retirada del mismo.

TRATAMIENTO SEGÚN HALLAZGOS DEL CRIBADO.

Progesterona natural micronizada

Respecto la progesterona natural micronizada vaginal, en gestantes con cérvix corto, con o sin el antecedente de parto pretérmino, se ha reportado que la progesterona es efectiva en reducir el parto pretérmino < 34 semanas (RR 0,60; IC95%: 0,44-0,82), las complicaciones neonatales y morbilidad neonatal. Se recomienda la administración de progesterona natural micronizada (200 mg/24h vaginal) en gestantes asintomáticas con embarazos únicos y un cérvix corto (≤ 25 mm), independientemente de si tienen historia de parto pretérmino previo o no

En embarazos gemelares la progesterona, como tratamiento profiláctico, no ha demostrado que reduzca el parto pretérmino. No existe suficiente evidencia para poder recomendar la utilización de progesterona micronizada vaginal en embarazos gemelares con cérvix corto.

Cerclaje uterino

Indicado por ecografía

El cerclaje uterino tiene su indicación en el manejo de la insuficiencia cervical. El Cerclaje indicado por ecografía (equivalente al cerclaje terapéutico o secundario) se realiza en gestantes con antecedente de parto pretérmino ante la evidencia de acortamiento cervical ecográfico (longitud cervical < 20 mm) antes de la semana 24 (o individualizando, antes de las 26), en aquellos casos en los que, a pesar del uso de progesterona, se objetive un acortamiento progresivo de la longitud cervical.

Indicado por exploración

El Cerclaje indicado por exploración física (equivalente al cerclaje terciario o de emergencia) se realiza en situaciones de insuficiencia cervical en los que durante la exploración física se objetive una dilatación cervical asintomática > 1-2 cm con membranas visibles a través del orificio cervical externo. En estos casos, el cerclaje ha demostrado ser más efectivo que la conducta expectante con reposo y tocolítico.

Sin embargo, dado que algunos estudios observan una prevalencia de infección/inflamación intra-amniótica subclínica superior al 50% en los casos de insuficiencia cervical, sería recomendable la realización de una amniocentesis previa al cerclaje ya que permitiría identificar aquellas gestantes que se beneficiarán de la técnica.

El cerclaje cervical estará contraindicado en las siguientes situaciones:

- Infección intra-amniótica subclínica o sospecha de corioamnionitis clínica.
- Sangrado vaginal relevante en el contexto de patología placentaria.
- Dinámica uterina.
- Rotura prematura de membranas.
- Muerte fetal o malformación fetal severa incompatible con la vida.

Pesario de Arabin

La **evidencia actual no apoya el empleo de pesario cervical para prevenir parto pretérmino o mejorar el resultado perinatal en gestaciones únicas con cérvix corto**. Por tanto, no se puede recomendar su uso generalizado en pacientes con cérvix acortado. En las gestaciones gemelares, la evidencia actual no apoya el uso del pesario cervical en la prevención del parto pretérmino.

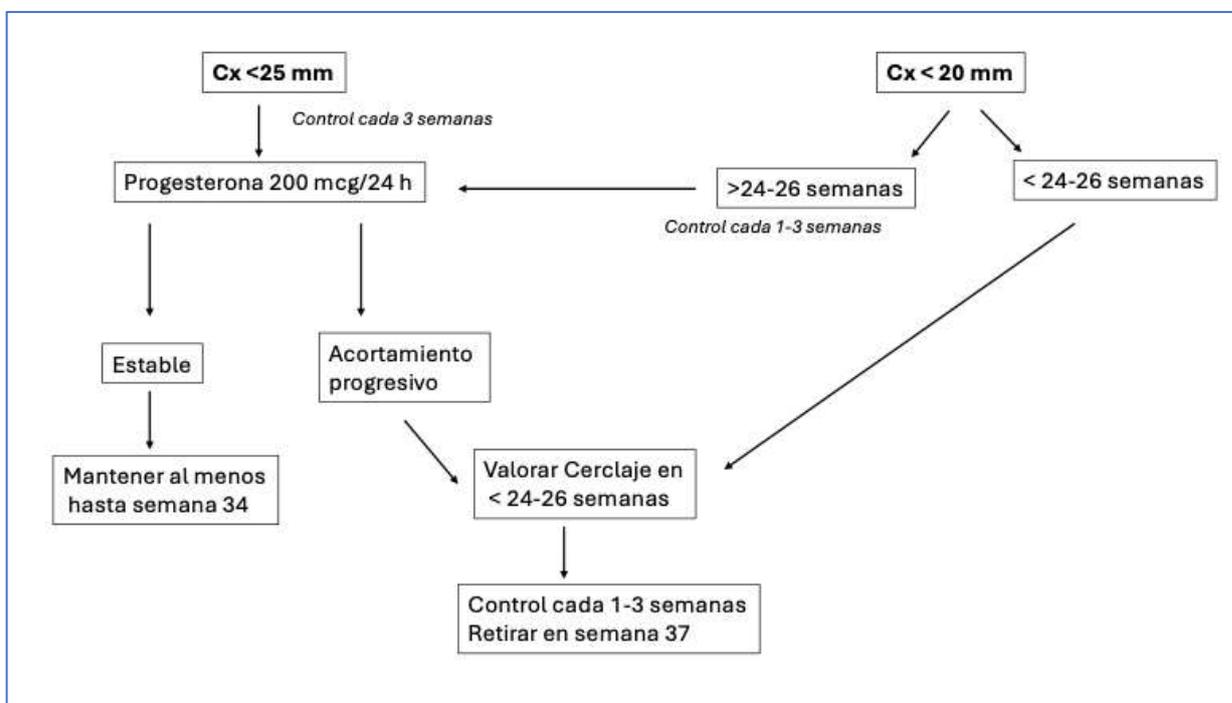
GESTACIONES MÚLTIPLES

No existe una evidencia clara sobre la realización del cribado de la longitud cervical en gestaciones múltiples. La recomendación podría ser una única valoración entre las 18 y 24 semanas. El punto de corte es igualmente de 25 mm.

Ni el cerclaje profiláctico ni la progesterona profiláctica se han mostrado eficaces para reducir el parto pretérmino, por lo que no están recomendados.

En las *gestaciones dobles*, estudios recientes han reportado una reducción de la prematuridad y de la morbilidad perinatal en el cerclaje indicado por ecografía (principalmente cuando longitud cervical <15mm), pero la evidencia es aún escasa. Por tanto, en estos casos, habría que individualizar el manejo a la espera de una mayor evidencia científica.

Tabla 2: Algoritmo de manejo del Cx corto



BIBLIOGRAFIA

‘Coutinho CM, Sotiriadis A, Odibo A, Khalil A, D’Antonio F, Feltovich H, Salomon LJ, Sheehan P, Napolitano R, Berghella V, da Silva Costa F, on behalf of the ISUOG Clinical Standards Committee. ISUOG Practice Guidelines: role of ultrasound in the prediction of spontaneous preterm birth. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2022; 60: 435–456.

Kagan KO, Sonek J. How to measure cervical length. *Ultrasound Obs-tet Gynecol* 2015;45:358-62.

Lim K, Butt K, Crane JM. No. 257-Ultrasonographic Cervical Length Assessment in Predicting Preterm Birth in Singleton Pregnancies. *J Obstet Gynaecol Can* 2018;40:e151-e64.

Berghella V, Saccone G. Cervical assessment by ultrasound for preventing preterm delivery. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;9:CD007235.

Hernández-Andrade E, Romero R, Ahn H, Hussein Y, Yeo L, Korze- niewski SJ, et al. Transabdominal evaluation of uterine cervical leng- th during pregnancy fails to identify a substantial number of women with a short cervix. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2012;25:1682-9.

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Parto pretérmino. GAP 2024 sobre parto premature.

ISUOG. Valoración cervical. Entrenamiento básico. <https://www.isuog.org/static/uploaded/5906e19a-2102-486c-99ef9e182ce31546.pdf>

Conde-Agudelo A, Romero R. Predictive accuracy of changes in transvaginal sonographic cervical length over time for preterm birth: A systematic review and metaanalysis. *AM J Obstet Gynecol* 2015; 213:789-801.

Miller ES, Tta AT, Grobman WA. Second-trimester cervical length screening among asymptomatic women: An evaluation risk-based strategies. *Obstet Gynecol* 2015;126:61-6

Protocols medicina maternofetal Hospital Clinic- Hospital Sant Joan de Déu - Universitat de Barcelona

Pereira L. et al. Expectant management compared with physical examination-indicated cerclage in selected women with a dilated cervix at 14(0/7)-25(6/7) weeks: results from the EM-PEC international cohort study. *Am J Obstet Gynecol*. 2007. Nov:197(5):483

Jin Z, Chen L, Qiao D, Tiwari A, Jaunky CD, Sun B, et al. Cervical pessary for preventing preterm birth: A meta-analysis. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2019;32:1148-54.

Conde-Agudelo A, Romero R, Nicolaides KH. Cervical pessary to prevent preterm birth in asymptomatic high-risk women: A systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2020.