

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"Incompetencia Istmico-Cervical, Diag-
nóstico y tratamiento".

Revisión de Noviembre de 1955, Marzo
de 1979

Departamento de Maternidad, Hospital
Roosevelt.

T E S I S

Presentada a la Honorable Junta Direc-
tiva de la Facultad de Ciencias Médicas
de la Universidad de San Carlos de Gua-
temala, por:

Blanca Rosa Salazar Beltrand de Zamora

En el acto de su investidura como:

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Mayo de 1979

CONTENIDO:

1. INTRODUCCION
2. OBJETIVOS
3. JUSTIFICACIONES
4. HIPOTESIS
5. ANTECEDENTES
6. VARIABLES
7. MATERIAL DE LA INVESTIGACION
8. AREA DE TRABAJO
9. METODOLOGIA
10. PRESENTACION DE RESULTADOS
11. ANALISIS
12. CONCLUSIONES
13. RECOMENDACIONES
14. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

El presente trabajo es una revisión de los casos que se han tratado en el Hospital Roosevelt, por INCOMPETENCIA DEL CUELLO UTERINO; se ha puesto énfasis tanto en diagnóstico como en el tratamiento.

El cuello incompetente se caracteriza por una historia de ruptura prematura de membranas fetales, usualmente durante el segundo trimestre del embarazo, debido a la prematura dilatación del cuello, la cual puede ser causada por trauma previo, por un aborto, un parto o legrado, o bien puede ser congénito. Lash y Lash describen lo que ellos llaman el orificio interno inepto del cuello como uno de los factores más comunes en la etiología del aborto del segundo trimestre".

El fin que se ha perseguido al efectuar esta investigación es conocer mejor esta anomalía, la forma como se ha llegado al diagnóstico y cual es el tratamiento que mejores resultados ha dado en el Hospital Roosevelt. Así mismo es de mucho interés conocer el pronóstico de los niños y de las madres, ésta es una de las razones por la cual el presente estudio es retrospectivo, ya que, así se tiene la oportunidad de contar con casos que se han manejado desde el principio hasta el final del embarazo o cuando se iniciaron las molestias de amenaza de aborto, teniendo oportunidad de ver, además el resultado de otros embarazos con

operación previa.

OBJETIVOS

1. Conocer clínicamente la incompetencia istmico-cervical.
2. Detectar los mejores métodos de diagnóstico.
3. Conocer las diferentes técnicas operatorias que se utilizan para su tratamiento.
4. Conocer resultados obtenidos después de recibir tratamiento con el embarazo actual y los futuros embarazos.
5. Comprobar si trae mejores resultados retirar el cerclaje antes de iniciado el trabajo de parto y dejarlo y resolver el parto por vía alta.
6. Detectar posibles efectos psicopatológicos de la madre con respecto al tratamiento quirúrgico.

JUSTIFICACION

Esperamos que con este trabajo se contribuya en alguna forma a el mejor conocimiento de este problema, logrando así la disminución de abortos que por esta causa se presenten.

HIPOTESIS

1. La causa mas frecuente de aborto habitual es secundaria a incompetencia cervical.
2. El pronóstico tanto del niño como el de la madre es muy bueno despues de la operación correctora durante el embarazo.
3. No todas las técnicas operatorias presentan los mismos resultados.

ANTECEDENTES

Existen muchas causas por las cuales el embarazo puede finalizar en un aborto espontáneo, entre éstas tenemos: las anormalidades del huevo, anormalidades del conducto genital y enfermedades orgánicas, tanto del padre como de la madre (1,2 y 3).

Es sabido que del 10 al 15 % de todos los embarazos, finalizan

en aborto, de éstos el 48.9 % se deben a huevos patológicos, el 9.6 % a anormalidades placentarias y el 3.2 % a anormalidades localizadas en órganos genitales (1, 2 y 5) el resto a enfermedades orgánicas de los padres.

Se denomina aborto habitual a aquel que es precedido de tres abortos consecutivos. Las causas de este tipo de aborto son muy variadas, ya que se encuentran factores genéticos, carenciales, enfermedades crónicas infecciosas, alteraciones hormonales y anomalías anatómicas, tales como el útero bicornue, fibromas submucosos, esclerosis del endometrio y cuello incompetente (1,2,3,4,5 y 6).

HISTORIA:

Este problema se conoció en el año 1,938 cuando Douay en Francia efectuó la primera operación para su tratamiento, luego en el año 1,947 Danforth publica la primera comunicación a este respecto, (14). En 1,948 Palmer y Lacomme presentaron ante la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Paris, una comunicación cuyo título fué: "La incompetencia del orificio interno, causa de aborto habitual, (12). En el año 1,950 Lash y Lash en Estados Unidos difunden su técnica quirúrgica para su tratamiento, 1955 Shirodkar describe la técnica del cerclaje; 1,957 Mc-Donald da a conocer una nueva técnica; 1,960 Lash y Palmer se unen para dar a conocer su técnica de Traqueloplastia; 1,966 Dr. Espinoza

Flores aporta una ingeniosa modificación al cerclaje ya existente.

INCIDENCIA:

Se considera que la incompetencia del orificio interno del cuello del útero, es una frecuente causa en la etiología del aborto orgánico habitual. Consiste en la expulsión prematura del huevo, debido a que el cuello es incapaz de cumplir con su función de retención. Su frecuencia oscila, según distintos autores, entre el 0.5 y el 3 % de los partos. Se presenta esencialmente en el segundo trimestre del embarazo. (1,2,6 y 7).

ETIOLOGIA:

El cuello uterino puede ser danado por varias causas, siendo estas: dilataciones intempestivas previas con bujías mayores de 10; amputación del cuello; electrocoagulaciones profundas; legrados; partos difíciles; partos operatorios; cesáreas vaginales, cesáreas abdominales bajas, además se encuentran causas orgánicas, tales como malformaciones uterinas, acortamientos del cervix, escasa cantidad de tejido colágeno en el cuello. Otras causas serían las funcionales, tales como la hormonal, contractilidad uterina excesiva como consecuencia de la presión creciente que ejerce el huevo en el interior del útero o simplemente por hipotonía del istmo. (2, 6 y 7).

DIAGNOSTICO:

Para llegar al diagnóstico de esta anomalía debe conocerse que el aborto se presenta con mayor frecuencia en el segundo trimestre del embarazo o al final del primero y ocasionalmente en el tercero; se caracteriza por ser rápido, sin dolor y el huevo es expulsado en bloque; al principio la paciente puede referir molestias difusas, en el hemiabdomen inferior.

El diagnóstico etiológico debe efectuarse investigando las causas traumáticas, genéticas y funcionales. El diagnóstico definitivo de incompetencia istmico-cervical puede hacerse durante la gestación o fuera de ella.

HISTORIA CLINICA:

Debe tomarse en cuenta el antecedente de abortos frecuentes durante el segundo trimestre así como la historia de trauma o legrados previos, ya que, estos deben ser investigados por su frecuencia como factor etiológico.

EXAMEN CLINICO:

- a) Con embarazo: al efectuarse examen con espéculo se puede apreciar fácilmente las membranas ovulares, protruyendo a través del cuello.
- b) sin embarazo: El diagnóstico se efectúa clínica y radiológicamente.

CLINICAMENTE:

Encontrando laceraciones en el cuello que pueden extenderse hasta el istmo, razgaduras en igual forma, que pueden extenderse hasta pared vaginal y adelgazar el orificio cervical.

Exploración Instrumental: Se introduce una bujía de Hegar No. 5 o mayor en cavidad uterina, sin causar ningún dolor y ésta tiene mas valor cuando se practica en la 2a. fase del ciclo (Lútea) período cuando el tono del istmo se encuentra elevado.

Prueba de Tracción: Ideada por Bergman, consiste en la introducción de una sonda de Foley No. 16 en cavidad uterina, el balón se extiende por la inyección de 1 cms.³ de agua, del pabellón de la sonda se suspenden pesas conocidas y si el período proliferativo del ciclo se logra extraer el balón con un peso de 600 gramos o menos, es índice sugestivo de incompetencia del istmo.

Radiológicamente: Se realizará mediante una histerocervicografía y mostrará el canal cervical dilatado con desaparición del estrechamiento que habitualmente se observa a nivel del orificio interno. (1, 7, 12 y 13).

TRATAMIENTO:

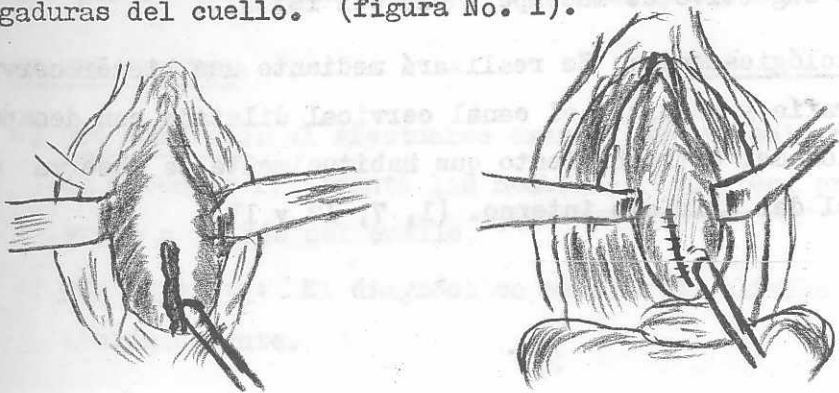
Profiláctico: Deben evitarse las maniobras intempestivas que puedan afectar la estructura istmica y cervical.

Médico: Reposo en cama permanente en trendelenburg, reservado casi exclusivamente cuando la incompetencia se manifiesta alrededor de la 30a. semana.

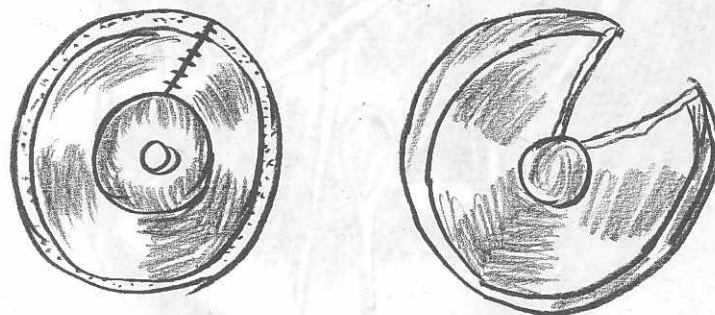
Sherman y Lash han ensayado tratamiento hormonal, administrando 500 mgs. de caproato de 17 hidroxiprogesterona 2 veces por semana hasta la 18a. semana y luego 1,000 mgs. 2 veces por semana hasta la 36a, tratamiento que ha caído en desuso.

Quirúrgico: Debe verificarse la ausencia de infección cervical o vaginal antes del tratamiento.

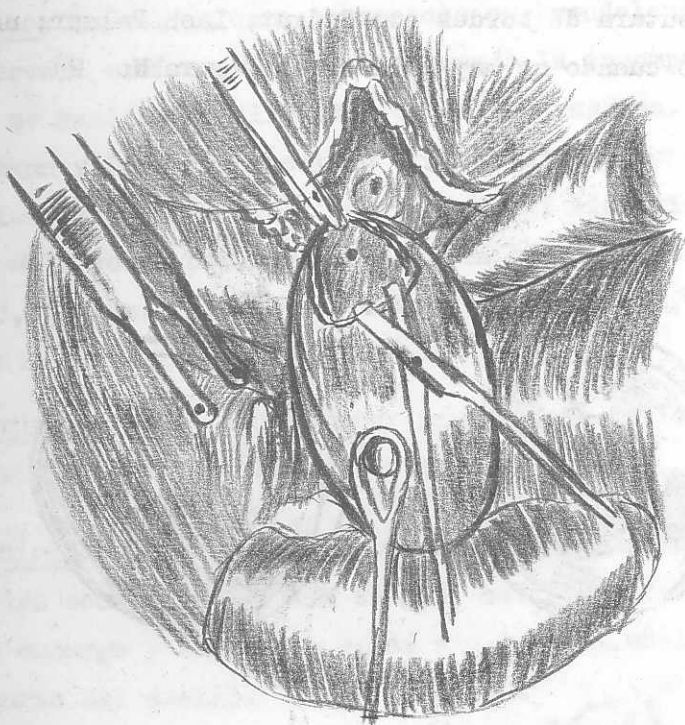
Técnica de Palmer: Resección de tejido lacerado y sutura con catgut de los bordes, esta técnica se usa sin embargo y cuando la causa son laceraciones o rasgaduras del cuello. (figura No. 1).



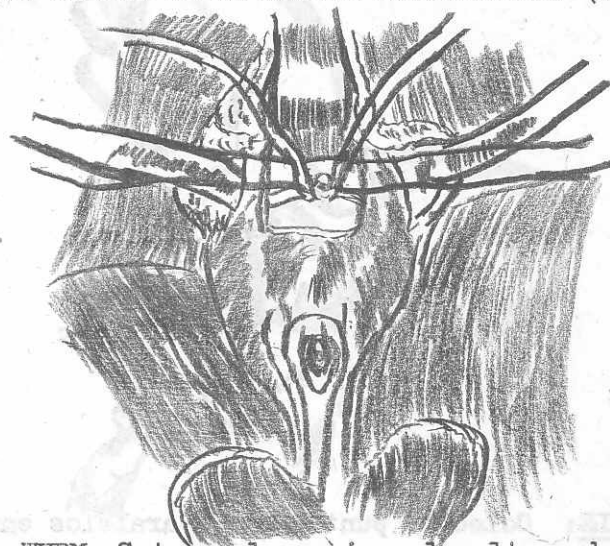
Lash Lash: Resección en cuña de todo el espesor del cervix, sin penetrar la mucosa con sutura de bordes, el calibre del canal se reduce hasta permitir el paso justo de una bujía No. 4, y al igual que Palmer adoptan la resección de zona lacerada desde el orificio externo hasta el istmo y sutura de bordes con Cadgut, Lash Palmer; usada así mismo cuando no hay embarazo. (Figura No. 2).



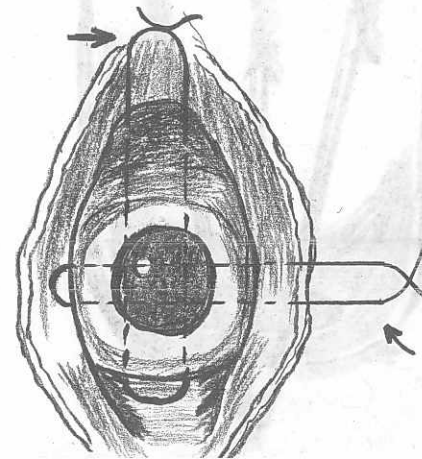
SHIRODKAR: El cerclaje se aplica a la altura del istmo, previa disección y desplazamiento de la vejiga, la sutura atraviesa los ligamentos cardinales o de Makenrodt y uterosacros, anclándose en la cara anterior y posterior del cervix. (Figura No. 3).



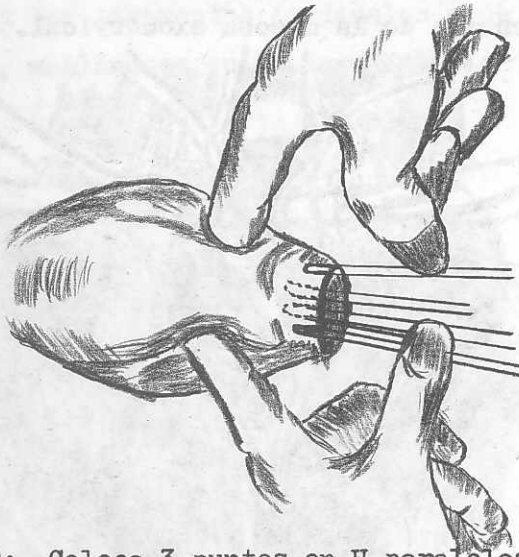
MC-DONALD: Utiliza el cerclaje en la parte alta o en un tercio medio de la porción intravaginal del cuello y lo aplica por encima de la mucosa exocervical. (figura No. 4).



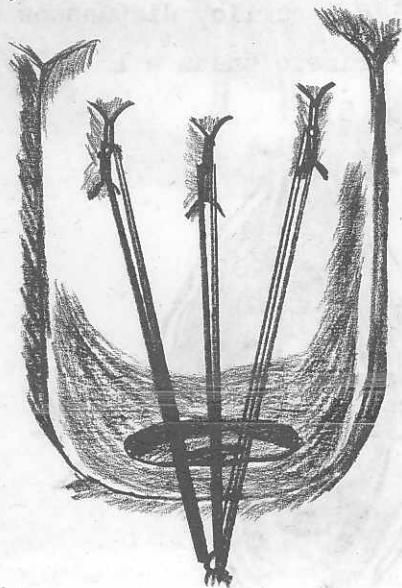
ROGER S. WURM: Sutura el cervix a la altura del istmo, si la vejiga y la bolsa lo permiten en dos puntos en U situado en plano frontal del cuello, dispuestos uno vertical y uno horizontal, el primero anuda a las 12 y el segundo a las 3.00 (figura No. 5).



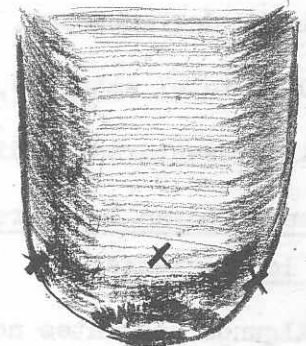
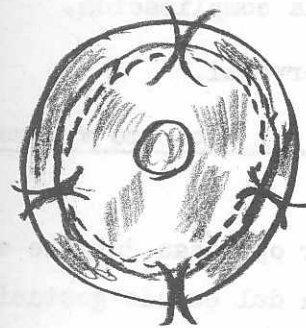
ESPINOZA FLORES: Toma los ligamentos de Mackenrodth sin necesidad de su disección sub-mucosa cervical. (Figura No. 6).



AQUINO SALLE: Coloca 3 puntos en U paralelos entre sí y al plano sagital del cuello anudados en su cara anterior. (figura No. 7).



BRAZIL: Consiste en aplicar una sutura a nivel del cuello a las 12 que se anuda a las 9, luego de las 9 sale otra sutura que se anuda cuando sale a las 6; de las 6 sale una nueva sutura que se anuda a las tres y de aquí otra que se anuda a las 12 horas, según las manecillas del reloj. El objeto de esta es plegar el istmo en 4, según lo ilustra la figura. (figura No. 8).



Existen muchas técnicas más como lo he mencionado anteriormente, pero que solo son modificaciones de la técnica original de Shirodkar.

El material que se usa en las diversas técnicas son:

- Hilo de lino
- Seda
- Nylon

- Suturas metálicas
- Hilo de Nylon insertado en Polietileno.
- Suturas protéicas
- Los mejores resultados se obtienen con cinta de Dacrón.
(1, 2 y 12).

Oportunidad de la Operación:

- a) Antes del embarazo.
- b) Durante el embarazo, antes de la complicación.
- c) Al presentarse la dilatación cervical.

Quienes apoyan la operación antes del embarazo argumentan lo siguiente:

1. Algunos pacientes no pueden ser operadas durante el embarazo, sino únicamente fuera del estado gestacional.
2. A pesar del estricto control, el prolapso de membranas puede ser diagnosticado tardíamente cuando ya existe amnioítis, ruptura de membranas, borramiento del cuello ó contracciones uterinas.
3. Hemorragia excesiva intra y post-operatoria.
4. Ruptura de membranas por la intervención.
5. Infección
6. Desencadenamiento de trabajo de parto.
7. Mayor madurez de los fetos.

Durante la Gestación:

Los que apoyan la intervención en este momento argumentan lo siguiente:

1. El embarazo es corroborado, es poco racional practicar una operación tipo cerclaje o resección de escara en una paciente que luego no puede quedar embarazada, ya sea porque la intervención determinó la esterilidad o porque otro factor afectó a la pareja.
2. La operación es más fácil durante la gestación porque los tejidos reblandecidos permiten colocar mejor las suturas.
3. La hemorragia no constituye problema si se trabaja en los planos adecuados.
4. Se opera cuando se ha superado el período crítico de abortos espontáneos de otra etiología.
5. El momento indicado es el lapso entre la 14a. y 18a. semana y entonces resulta remota la posibilidad de encontrar protrusión de membranas, dilatación o borramiento del cuello.

Al presentarse la dilatación: Aquí se encuentran casos especiales tales como:

1. Paciente consulta ignorante de su problema y constituye un hallazgo para el médico y una sorpresa para la enferma que no presentaba síntomas.

2. En pacientes con cuadro clínico sospechoso de incompetencia, puede permitirse la evolución del embarazo bajo severo control semanal y operar cuando se insinúa la complicación, con lo cual se asegura el diagnóstico.
3. Si la paciente consulta con cuello dilatado parcialmente borrado y prolapso de membranas, debe reposar en trendelenburg y si no se desencadena trabajo de parto y es posible reducir las membranas, se aplicará de preferencia la técnica de Wurm (Figura No. 5).

POST-OPERATORIO: Medidas generales.

- reposo de 1 a 5 días
- sedantes del sistema nervioso central, tipo Valium o Fenobarbital
- Antibioticoterapia general y local en vagina (discutible).

Puede usarse Indometacina, Acido Acetil Salicílico, por vía oral, Isoxuprina goteada o una ampolla de 10 mgs. intramuscular cada 6 horas, en las primeras 48 horas y luego vía oral, durante dos semanas, 4 comprimidos de 10 mgs. por día.

- Observación semanal hasta el momento del parto.

RESULTADOS:

La experiencia obstétrica de la paciente antes y después de la corrección de la incompetencia es un índice elo — cuenta de la efectividad del tratamiento. (12) Publica —

ciones de investigaciones efectuadas desde su conocimiento, con magníficos resultados. (12, 13, 14 y 15).

Neser encontró una tasa de éxitos del 67 % en 206 intervenciones publicadas en la literatura médica, y a medida que se tiene más experiencia en las técnicas, se están consiguiendo tasas de éxito que se aproximan al 80 % (1).

COMPLICACIONES:

- Han sido descritos casos de septicemia consecutiva a operaciones realizadas durante la gestación (1, 2 y 12).
- Si la intervención desencadena trabajo de parto es necesario cortar la sutura y entonces el aborto o el parto prematuro cursan sin inconveniente.
- La ruptura de membranas también obliga a interrumpir la intervención o cortar la sutura. (12)
- La infección impone la remoción de la sutura y evacuar el útero. (1, 2 y 12).
- Los cerclajes aplicados según técnicas de McDonald y la de Shirodkar son expulsados con frecuencia por el trabajo de parto; en ocasiones se rompe la sutura y no hay inconveniente en repetirla en una misma gestación.
- La esterilidad puede ser la consecuencia de aquellas técnicas que actúan sobre la luz del canal cervical, las técnicas de Lash y Palmer determinan esterilidad en un 20-30 % de los casos (12).
- La estenosis cervical puede complicar cualquier opera —

ción, es imprescindible ajustar los cerclajes sobre bujías de 4 mm. (1, 2).

- Han sido descritos fístulas cervicovaginales consecutivas a infección del material de sutura. Cuando se observa tejido granulomatoso secretante a nivel de sutura, esta debe ser retirada. Las fístulas vesicovaginales son la consecuencia de la falla técnica y ocurren cuando la sutura engloba pared vesical.

METODO DE PARTO: Depende fundamentalmente de los deseos de maternidad de la paciente:

- Si desea solo un hijo, el parto puede cumplirse por vía vaginal, previa sección de la ligadura.
 - Si desea más de un hijo, el parto puede cumplirse por vía alta, siempre que la sutura se encuentre bien colocada, que no haya desplazamiento debajo de la mucosa y no exista granuloma a su nivel, es entonces cuando se conserva la sutura para futuras gestaciones. (1, 2, 12 y 13).
- Iash en 47 operaciones registró 31 partos vaginales y 16 cesáreas.

Las operaciones llamadas reversibles son aquellas que obligadamente cumplen su misión de retener el embarazo, solo en la gestación en que fueron practicadas, entre estas están: WURM, AQUILES SELLES y BADEN.

A pesar que esta anomalía es bastante rara debe tenerse

presente pues hay muchos abortos en los cuales únicamente se le da tratamiento inmediato a la madre y no se investiga la causa de los mismos, por lo que consideramos que al efectuar este trabajo se contribuye en alguna forma a mantener presente este cuadro.

Se hizo una revisión de todos los trabajos realizados sobre abortos hasta la fecha (trabajos de tesis) comprobando que sobre este tema específico, no ha sido elaborado ningún trabajo en nuestro medio.

DEFINICION DEL OBJETO A INVESTIGAR

CUELLO UTERINO:

ANATOMIA:

El cuello representa la zona más inferior del útero. Mide alrededor de 2,5 cms. de largo. Debido a la inserción vaginal queda dividido en dos segmentos: el supravaginal y el intravaginal; se encuentra limitado en su parte inferior por el orificio externo, en su parte superior por el orificio interno anatómico que a su vez constituye el límite inferior del cuerpo. Unos milímetros abajo de éste se encuentra el orificio interno histológico y mide aproximadamente un centímetro de longitud. Por la cara externa del útero, su límite superior está determinado por la penetración de la rama principal de la arteria uterina, vena coronaria y por el límite más bajo de la adherencia peritoneal al cuer-

po del útero. A la altura del orificio interno del cuello del útero se encuentra el plexo nervioso de Frankenhäuser, formado por las fibras del simpático que inervan a los genitales y que proceden del ganglio celíaco de la cadena simpática y las parasimpáticas del nervio pélvico, que deriva del sistema sacro autónomo. (1,2).

HISTOLOGIA:

La estructura histológica del cuello del útero es básicamente tejido conectivo fibroso, presenta una capa externa muscular que ocupa la cuarta parte de su espesor, esta capa es continuación de la capa muscular externa del cuerpo uterino y por debajo se extiende hasta la vagina.

La mucosa que cubre la superficie externa o vaginal y que continúa hasta la vagina, pertenece al tipo escamoso estratificado.

Las tres cuartas partes internas de la pared del cuello están constituidas fundamentalmente, por tejido colágeno. En medio de él se encuentra distribuida muy escasa cantidad de fibras musculares, habitualmente aisladas, probablemente no funcionantes por ser inmaduras. Las capas musculares media e interna del cuerpo uterino se extienden hasta el istmo, es decir hasta un poco más abajo del orificio interno anatómico, en donde se encuentra la unión fibromuscular, (músculo hacia el cuerpo) (tejido colágeno hacia el cuello) la transición entre ambos tejidos, generalmente es abrupta aunque en ocasiones puede

ser algo más gradual. Esta zona de unión masculoconjuntiva es muy importante, ya que durante el embarazo, el pre-parto y el parto será la que determinará, en última instancia, todas las modificaciones istmo-cervical como son la formación del segmento inferior, borramiento y dilatación cervical.

El conducto cervical se halla tapizado por un tipo de mucosa totalmente distinto, el endocervix que se distingue por los caracteres siguientes:

1. Un epitelio cilíndrico de células alargadas, "en estatua", provistas de nucleos que se tiñen intensamente, muy cercanos a la membrana basal y de un citoplasma rico en mucina. Existe una transición brusca entre este epitelio y el de tipo escamoso estratificado que se halla en la porción vaginal del orificio externo o vecina al mismo.
2. Glándulas de tipo arracimado, tapizado por un epitelio semejante al de la superficie.
3. Un estroma de tejido fibroso, rico en elementos celulares fusiformes.

FISIOLOGIA:

El período de actividad uterina creciente que corresponde a las últimas semanas de gravidez se conoce como pre-parto, es durante este tiempo (después de la 30a. semana) que se produce un aumento gradual de las contracciones de Braxton Hicks, las que invaden áreas progresivamente mayores del

útero a la vez que adquieren un ritmo más regular, siendo éstas uno de los factores que causan la maduración progresiva del cuello uterino. Los distintos cambios que sufre el cuello se han clasificado como grados de madurez cervical. (2).

Convenientemente se ha aceptado que cuando el cuello presenta una dilatación de 2 cms. se dice que el trabajo de parto se ha iniciado, durante este período las contracciones son más frecuentes y mas intensas, a medida que estas aumentan así también aumenta la dilatación del cuello. Este funcionamiento normal del cuello se ve interrumpido por los factores que hemos venido mencionando como son los traumáticos, genéticos y funcionales.

VARIABLES

Las características presentes en este trabajo y sobre las cuales trabajaremos son las siguientes:

1. Frecuencia de Abortos por incompetencia cervical.
2. Edad materna.
3. Edad gestacional.
4. Paridad.
5. Antecedente de legrados uterinos instrumentales.
6. Abortos espontaneos y provocados.
7. Tipo de tratamiento.
8. Conducta que se siguió en el momento del parto

9. Número de partos después de la operación.
10. Edad gestacional, cuando se presentó el parto.
11. Características del Recién nacido.
12. Mortalidad materna-fetal.

MATERIAL DE LA INVESTIGACION

MATERIAL HUMANO:

Dr. Carlos Francisco Soto Vásquez , Asesor.

Dr. José Benedicto Vásquez, Revisor.

Blanca Rosa Salazar de Zamora, Investigadora.

MATERIAL NO HUMANO:

Registros clínicos de pacientes que han sido atendidos en el Hospital Roosevelt, con problema de aborto por incompetencia cervical.

Material de escritorio y papeleria para extraer datos.

Máquina de escribir.

Máquina calculadora.

AREA DE TRABAJO:

HOSPITAL ROOSEVELT

DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA

M E T O D O L O G I A

Se revisaron todas las papeletas de las pacientes que han sido atendidas en el Departamento de Obstetricia, Hospital Roosevelt, por causa de aborto, de éstas se tomaron las que tenían diagnóstico que nos interesaba para la investigación, tales como aborto habitual, o específicamente por incompetencia cervical, haciéndose en esta forma, ya que no aparece código por insuficiencia cervical, sino que se encuentra unido en anomalías del cuello o abortos. (revisión de 24 años, noviembre de 1955 a marzo de 1979).

Se clasificaron las mismas por edad materna, edad gestacional, diagnóstico a su ingreso, tratamiento recibido, diagnóstico a su egreso, tratando de encontrar las variables sobre las cuales se efectuó la investigación. Posteriormente se unieron todos los datos obtenidos, se ordenaron y se tabularon los resultados, así también se trató de determinar cuál fué la técnica más usada en el tratamiento quirúrgico y su resultado, se separaron las diferentes técnicas usadas, se trató así mismo de presentarlas en una forma gráfica para una mejor comprensión.

PRESENTACION DE RESULTADOS

Los resultados obtenidos de las tabulaciones anteriores se presentan en gráficas estadísticas y cuadros que faciliten su comprensión.

Se analizaron cada uno de los resultados y se sacaron conclusiones con las cuales se pusieron bases a lo investigado para aceptar o rechazar las hipótesis formuladas, tomando en cuenta el número de casos estudiados. Tomando en cuenta todo lo anterior, se han tomado recomendaciones que a nuestro criterio debieran realizarse.

En esta segunda parte del trabajo de investigación, se presentan los resultados obtenidos durante el desarrollo de la misma. Estos resultados están agrupados en diferentes cuadros, algunos de ellos representados en gráficas, con sus correspondientes análisis, conclusiones y recomendaciones.

Los casos encontrados en el Departamento de Obstetricia, durante la revisión de 24 años (noviembre de 1955 a marzo de 1979), tomando en cuenta que la paciente consulta en su mayor frecuencia con embarazo; con amenaza de aborto. El tratamiento tanto médico como quirúrgico es diferente y por supuesto así también los resultados.

Las pacientes estudiadas son un total de 15, una de las cuales fué reintervenida, haciendo un total de 16 casos.

Desafortunadamente no se encontró papelería de 6 pacientes más, unas por ser muy antiguas y otras por tener el número de historia clínica equivocado.

El primer caso diagnosticado y tratado fué encontrado en el año de 1965 en el Departamento de Maternidad, del Hospital.

ANTECEDENTES OBSTETRICOS, DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD.

No. de Orden	Edad Ma-terna	Paciente Privada	Gestas	Partos Nls.	Partos Prematu-ros	# total de Abortos	Edad de Partos	Edad de abortos esperados
1	28a	X -	10	0	2	7	9-14	1
2	40a	X -	10	0	0	9	20-27	1
3	29a	X -	8	0	1	6	13-21	1
4	39a	X -	7	2	0	4	20-23	1
5	29a	- X	7	2	0	4	20-27	1
6	26a	- X	6	0	1	4	20-30	1
7	25a	- X	5	0	2	2	18-27	1
8	30a	X -	5	0	1	3	9-27	1
9	30a	- X	4	0	0	3	18-20	1
10	25a	X -	4	0	0	3	21-28	1
11	20a	- X	4	0	1	2	22-28	1
12	22a	- X	3	0	0	2	25-27	1
13	19a	X -	3	0	1	1	23-27	1
14	27a	X -	3	0	0	2	22-28	1
15	30a	X -	3	0	0	2	18-27	1
Totales		9	6	82	4	9	54	15

ANALISIS DEL CUADRO No. 1

El grupo etario que predominó fué el de 19-30 años, encontrando 13 casos; en el grupo de 31-40 años se encontraron 2 casos, en ambos grupos se encontró multiparidad.

En antecedentes obstétricos encontramos 2 pacientes con 10 gestas; una con 8; 2 con 7; 1 de 6; 2 de 5; de 3 de 4; y 4 de 3 gestas respectivamente. Como podemos ver el grupo que predominó fué de las pacientes que presentaban 3 gestas, la frecuencia encontrada la podemos apreciar en la Gráfica No. 1.

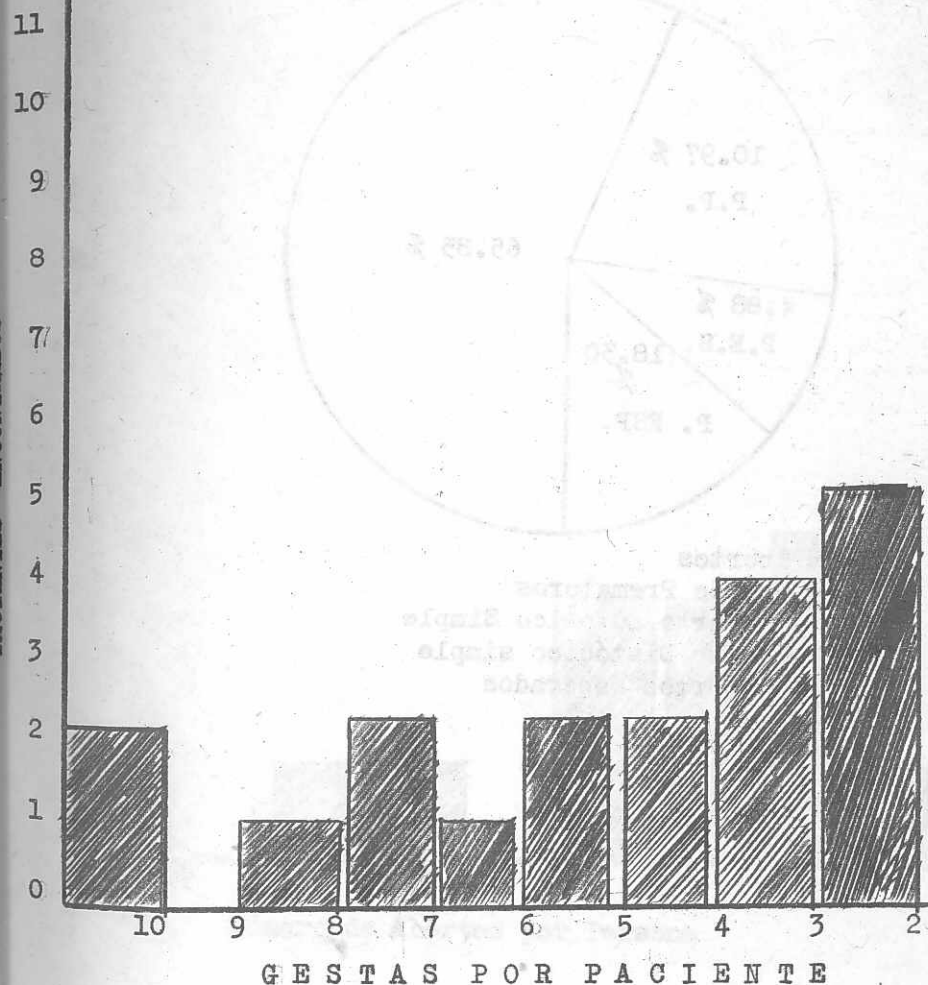
El total de gestas fué de 82 de los cuales 4 terminaron en partos normales, 9 en partos prematuros y 54 en abortos, los porcentajes están representados en la Gráfica No. 2.

La edad en que se presentaron los abortos fueron desde la 9a. hasta la 30a. semana, encontrándose únicamente dos casos en donde la amenaza de aborto se presentó desde la 9a. semana; 2 casos desde la 18a. a 20a. semana y el resto de la 20a. a la 30a. semana. Los embarazos esperados en el grupo estudiado en el momento de la consulta eran 15.

Es importante hacer notar que el 60% del grupo estudiado fueron pacientes privadas.

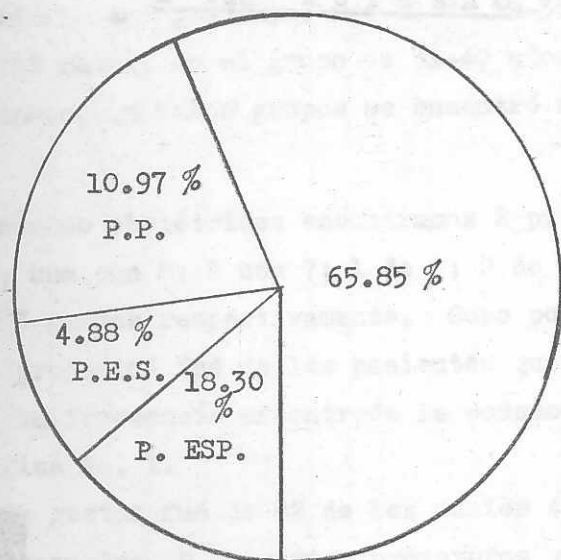
La frecuencia del número de abortos por cada paciente la podemos apreciar en la Gráfica No. 3.

GRAFICA No. 1



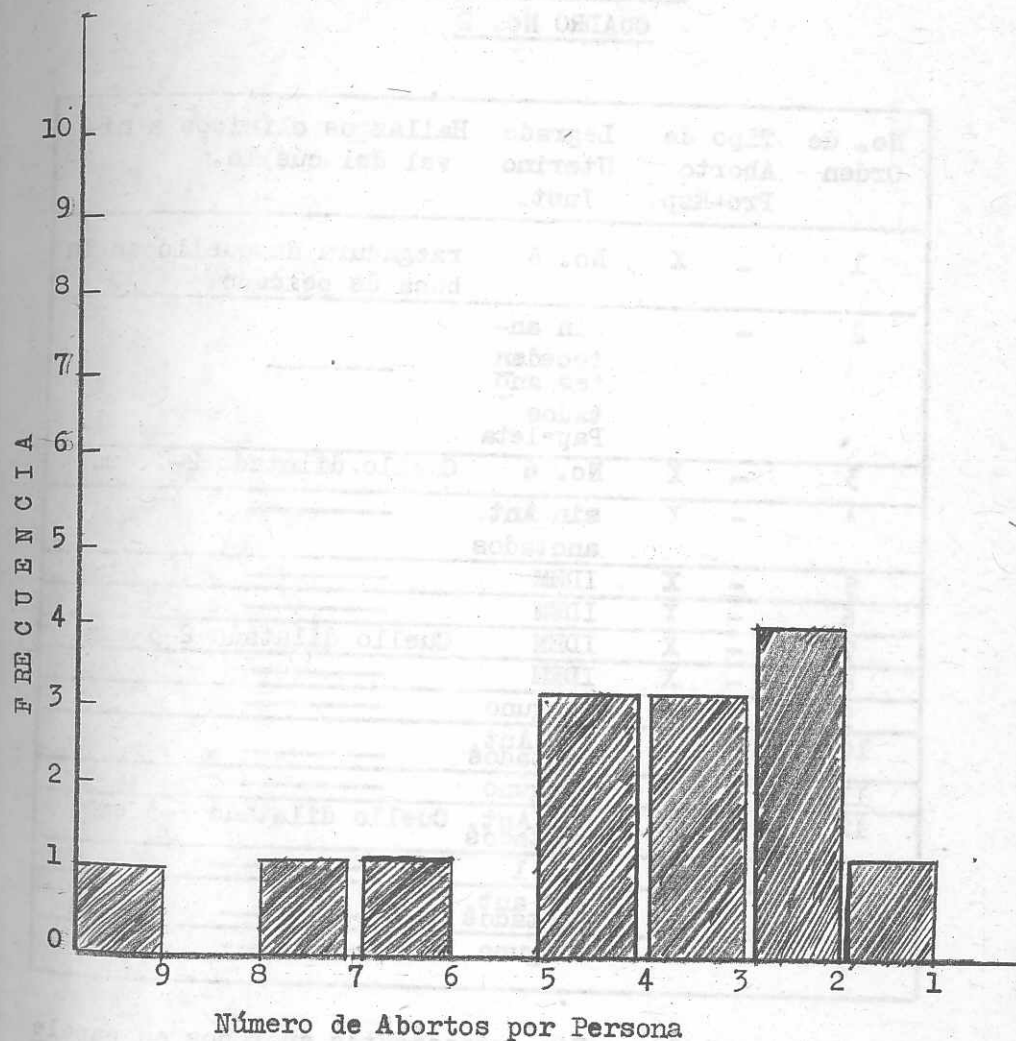
GRAFICA # 2

ANTECEDENTES OBSTETRICOS



Ab. = Abortos
 P.P. = Partos Prematuros
 P.E.S. = Parto Eutócico Simple
 PDS. = Parto Distócico simple
 P.Esp. = Partos Esperados

GRAFICA No. 3



ANTECEDENTES TRAUMATICOS. DEPARTAMENTO
DE MATERNIDAD.

CUADRO No. 2

No. de Orden	Tipo de Aborto Pro-Esp.	Legrado Uterino Inst.	Hallazgos clínicos a nivel del cuello.
1	- X	No. 6	razgadura de cuello en la boca de pescado.
2	-	sin antecedentes anotados Papeleta	-----
3	- X	No. 6	Cuello dilatado 2-3 cms.
4	- Y	sin Ant. anotados	-----
5	- X	IDEM	-----
6	- X	IDEM	-----
7	- X	IDEM	Cuello dilatado 2-3 cms.
8	- X	IDEM	-----
9	- X	Ninguno	-----
10	- X	sin Ant. anotados	-----
11	- X	Ninguno	-----
12	- X	sin Ant. anotados	Cuello dilatado 2-3 cms.
13	- X	No. 1	-----
14	- X	sin ant. anotados	-----
15	- X	Ninguno	-----

Sin Ant. anotados = Sin antecedentes anotados en papeleta.

ANALISIS DEL CUADRO No. 2

Se investigó así mismo antecedentes traumáticos gineco-obstétricos, por ser éste un factor muy importante en la etiología de este problema.

Ninguna de las pacientes tenía antecedentes de aborto provocado, el 100 % refirió aborto espontáneo; con respecto a antecedente de legrado uterino instrumental únicamente el 20 % lo presentó; 20 % no tenía antecedente y lamentablemente el 60 % no tenían antecedentes anotados en las papeletas.

Los hallazgos clínicos a nivel del cuello fueron razgadura en boca de pescado, en una paciente y en 3 más dilatación del cuello de 2-3 cms. en el resto no hubo hallazgos clínicos.

CUADRO No. 3
PLAN Y DIAGNOSTICO.

No. de Orden	Edad Gestacional		Diagnóstico de incompetencia Istmico-Cervical
	UR.	AU.	
1	18	18	Historia + razgadura en cuello
2	19	19	solo por historia
3	16	20	historia + hallazgos clín.
4	23	23	solo por historia
5	14	14	solo por historia
6	24	30	solo por historia
7	19	20	historia + hallazgos clín.
8	14	14	historia + histero-cervico-grafía
9	23	26	solo por historia
10	23	23	solo por historia
11	24	24	Hallazgos clínicos más historia
12	25	27	hallazgos clínicos más historia
13	19	22	solo por historia
14	20	21	solo por historia
15	sin embarazo		Historia de RPM y expulsión bloqueo

ANALISIS DEL CUADRO No. 3

Se investigó la edad gestacional en el momento en que se presentaron a la primera consulta con síntomas de amenaza de aborto y se encontró desde la 14a. hasta la 30a. semana. Los métodos usados para llegar al diagnóstico fueron los siguientes:

- Solo por historia clínica 60 %
- Historia y hallazgos clínicos 40 %

CUADRO No. 4

TRATAMIENTO DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD

TIPO DE OPERACION EFECTUADA	MATERIAL USADO	TRATAMIENTO MEDICO
SHIRODKAR	MERSILENE	INDOMETACINA
SHIRODKAR	MERSILENE	FENOBARBITAL INDOMETACINA DIAZEPAN
McDonald	DERMALON	NINGUNO
SHIRODKAR	MERSILENE	DIAZEPAN
SHIRODKAR	MERSILENE	FENOBARBITAL INDOMETACINA DIAZEPAN
SHIRODKAR	MERSILENE	FENOBARBITAL INDOMETACINA DIAZEPAN
PALMER	CADGUT	FENOBARBITAL ISOXSUPRINA
SHIRODKAR	MERSILENE	INDOMETACINA GESTANON DIAZEPAN
BRAZIL	DERMALON	FENOBARBITAL ISOXSUPRINA PENI-PROCAINA
SHIRODKAR	MERSILENE	FENOBARBITAL INDOMETACINA
SHIRODKAR	CINTA DE CASTILLA	INDOMETACINA FENOBARBITAL AMPICILINA
BRAZIL	DERMALON	ISOXSUPRINA-FENOBARBITAL-PENI-PROCAINA
Mc-DONALD	ETHICON	FENOBARBITAL-INDOMET.
SHIRODKAR	MERSILENE	FENOBARBITAL-INDOMET.
LASH	CADGUT	NINGUNO

ANALISIS DEL CUADRO No. 4

Se estudió el tratamiento que recibió cada paciente, el cual consistió en Médico y Quirúrgico.

Así encontramos que la técnica quirúrgica más usada fue la de Shirodkar en un 62.5 %; luego McDonald y Brazil en un porcentaje de 12.5 % respectivamente. Palmer en un 6.25 % y Lash en un 6.25 %. El material usado en la técnica de Shirodkar fue mersilene y únicamente en un caso se usó cinta de castilla. En la de McDonald se usó Dermalón y Ethicón; en la de Brazil, Dermalón ; en la de Lash y Palmer, Catgut.

El tratamiento médico que estas pacientes recibieron fue de utero-inhibidores, tranquilizantes del Sistema Nervioso Central, únicamente 3 pacientes recibieron antibióticos y 2 no recibieron tratamiento alguno.

RESULTADOS DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD

CUADRO # 5

# de Orden	Fecha de Operación	Aborto Si	No	Si	No	Se retira Cerclaje	Tipo de Parto P.P. P.E.S.PDS	Fecha de parto	Edad Gestacional
1	26-6-76	-	X	-	-	X	-	CST x 4-10-76 DCP	36 semanas
2	27-7-77	-	X	-	X	-	-	23-11-79	37 semanas
3	13-5-65	-	X	-	-	X	-	OIIA - 12-10-65	39 semanas
4	31-7-76	X	-	-	-	X	-	-	25 semanas
5	4-2-77	X	-	-	-	X	-	-	27 semanas
6	4-7-77	-	X	-	-	X	-	8-10-77	38 semanas
7	25-11-75	-	X	-	-	X	-	31-3-76	38 semanas
8	13-5-77	-	X	-	-	X	-	OIIA - 11-10-77	37 semanas
9	10-6-75	-	X	-	-	X	-	6-9-75	39 semanas
10	17-5-78	-	X	-	-	X	-	OIIA - 18-9-78	41 semanas
11	7-3-79	-	X	-	-	EMBARAZO EN CURSO	-	-	-
12	3-8-71	-	X	-	-	X	-	OIIA - 17-9-71	32 semanas
13	30-11-78	-	X	-	-	EMBARAZO EN CURSO	-	-	-

ANALISIS DEL CUADRO No. 5

En este cuadro hemos agrupado los resultados obtenidos en cada paciente, después del tratamiento recibido, en contrando que 2 de ellas terminaron en aborto a las 13 y 11 semanas después de operadas con la técnica de Shirodkar; la edad de los abortos fué de 25 y 27 semanas respectivamente.

Una paciente que fué operada con la técnica de Brazil, tuvo un parto prematuro a las 5 semanas de operada con edad gestacional de 32 semanas.

Cuatro de las pacientes operadas, 3 de ellas con la técnica de Shirodkar y una con la de McDonald, llevaron su embarazo a término, el cual fué resuelto por parto eutócico simple.

Cinco de las pacientes llevaron su embarazo a término, el cual fué resuelto por parto distócico simple, 3 de ellas operadas con la técnica de Shirodkar, de éstas 1 de ellas fué distócico su parto porque presentó desproporción céfalo-pélvica. La segunda por ser primigesta

añosa (40 años) presenta aborto habitual más cerclaje; la tercera por ser presentación podálica fué distócico por haber efectuado extracción pelviana. Otra de las pacientes operadas con la técnica de Brazil fué distócico su parto por tener una pelvis plana y presentar desproporción céfalo-pélvica. Y la última de este grupo presentó también parto distócico simple por ser primípara, presentación podálica y tener pelvis límite.

Los porcentajes obtenidos en los partos esperados están representados en la gráfica No. 4.

Encontramos así también un grupo de pacientes que fueron intervenidas recientemente, 2 de ellas con técnica de Shirodkar, una con la de McDonald que se encuentra con embarazo aún en curso.

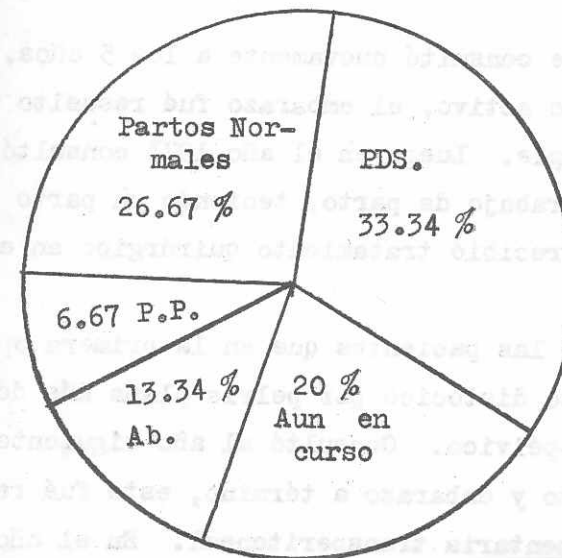
Y una paciente más que fué operada sin presentar embarazo con la técnica de Lash.

A todas las pacientes que resolvieron su problema de embarazo por aborto, parto prematuro, parto eutócico simple y parto distócico simple, les fué retirado el cerclaje, menos a la primigesta añosa.

En el caso de la técnica tipo Palmer, creemos que no fué Palmer la que se usó, ya que fué retirada en el momento del parto, posiblemente hay error en el nombre dado en este caso a la técnica que realmente se usó.

RESULTADOS DE PARTOS ESPERADOS

No. 4



PDS = Parto Distócico Simple

Ab. = Aborto

P.P. = Parto Prematuro

ANALISIS DE RESULTADOS OBTENIDOS DESPUES DE LA OPERACION

Se agrupó a las pacientes que volvieron a consultar, el motivo de consulta, tratamiento recibido y resultados. Así también se tabularon las que no consultaron nuevamente.

Encontrando que 4 de las pacientes reconsultaron, una de ellas a los 6 meses, con historia de haber tenido un aborto embrionario (10 semanas), el examen se encontró que éste era incompleto, por lo que se le efectuó un legrado uterino instrumental. A la fecha no ha vuelto a consultar.

Otra paciente consultó nuevamente a los 5 años, con trabajo de parto activo, el embarazo fué resuelto por parto eutócico simple. Luego en el año 1973 consultó nuevamente con trabajo de parto, teniendo un parto eutócico simple. No recibió tratamiento quirúrgico en estos dos embarazos.

Luego una de las pacientes que en la primera oportunidad tuvo un parto distócico por pelvis plana más desproporción céfalo-pélvica. Consultó al año siguiente con trabajo de parto y embarazo a término, este fué resuelto por cesárea segmentaria transperitoneal. En el año 1979 volvió a consultar con trabajo de parto y embarazo a término resuelto por cesárea segmentaria transperitoneal.

Una paciente más consultó por amenaza de aborto con edad gestacional de 13 semanas, se le proporcionó tratamiento quirúrgico con la técnica de Shirodkar, la cual fué efectuada el 23 de marzo de 1979, dos años después de la primera intervención, actualmente con embarazo en curso.

El resto de las pacientes no han vuelto a consultar.

CONCLUSIONES

Los antecedentes obstétricos de las pacientes estudiadas, el porcentaje de abortos encontrados fue de 65.85 % y el resultado obtenido después del tratamiento fué de 13.34%.

El 100 % de embarazos encontrados en pacientes sin tratamiento fué de 4.88 % y el logrado después del tratamiento fué de 60.21 %.

La mayoría de las pacientes tratadas son privadas.

A pesar de ser tratadas con embarazo bastante avanzado los resultados han sido muy buenos.

Ninguno de los casos tratados presentó aborto provocado.

No se pudo probar en nuestro estudio que las lesiones a nivel del cuello actúen como factor etiológico.

No se pudo probar que el traumatismo sufrido por legrados uterinos instrumentales sean factor importante, ya que no se encontraron antecedentes.

La técnica operatoria más usada en el Hospital Roosevelt es la de Shirodkar.

Todas las técnicas usadas presentan buenos resultados.

El procedimiento fué bueno en todos los casos, ya que no se registró ningún problema infeccioso en ninguna de las

pacientes y únicamente 3 fueron tratadas con antibióticos en forma profiláctica.

Los procedimientos usados para efectuar el diagnóstico fueron buenos en todos los casos, tomando en cuenta los resultados obtenidos.

El porcentaje de pacientes sin antecedentes de legrados uterinos corresponde a pacientes privadas.

No se tiene la incidencia exacta de aborto habitual, debido a que no se estudia adecuadamente a pacientes que presentan más de tres abortos, ya que únicamente se les da tratamiento inmediato (legrado uterino instrumental).

RECOMENDACIONES

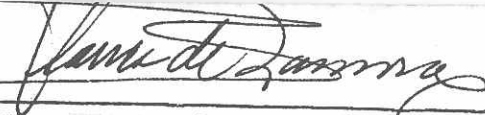
1. Que toda paciente que consulte con antecedente de abortos consecutivos, sea estudiada esta etiología.
2. Que se investigue bien sobre los antecedentes traumáticos a nivel del cuello, especialmente en pacientes a quienes se les ha efectuado legrado uterino instrumental.
3. Exigir a los médicos que ingresan pacientes privadas, anoten los datos de las mismas.
4. Que se efectúe un seguimiento de las pacientes tratadas con cerclaje, para evitar complicaciones en el momento del parto, si no consulta nuevamente al hospital.
5. Hacer conciencia en la paciente del tipo de operación que se le efectuó y la importancia de que regrese cada semana después de operada, para su seguimiento hasta el momento del parto.
6. Evaluar a que tipo de paciente se le puede dejar el cerclaje para futuros embarazos, por el riesgo que se corre al dejarlo si la paciente no está conciente de su problema.


BIBLIOGRAFIA

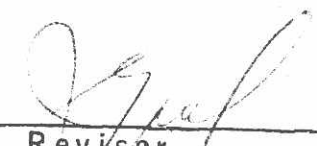
1. Louis M. Helman, Jack A. Pritchard, Williams Obstetricia. Salvat, 1973.
2. Ricardo Schwarcs, Silvestre Sala, Carlos Duverges, Obstetricia, El Ateneo, 1975.
3. S. Gorham Babson, Md. "Et al", Management of High-Risk Pregnancy. C.V. Mosby, 1975 3era. Edición pág. 290.
4. J.P. Greenhill MD. Obstetrics W.B. Sander c, 1955.
5. Peter A. Herbut Md. Gynecological and Obstetrical Pathology. Lea and Felinger l, 953.
6. Donald R. Oslergard, Manual de Gineco-Obstetricia. Pax, México 1974.
7. De Delee Principios y Práctica de Obstetricia, Unión Topográfica Hispano Americana 1955.
8. Dr. Edmund R. Novak, Dra. Georgeanna Seegar Jones, Dr. Howard W. Jones, Jr. Tratado de Ginecología, Nueva editorial Interamericana, 8a. Edición, 1970.
9. Rafael Chang Lau, Incidencia de Aborto en H.R. Trabajo de Tesis, año 1962, Hospital Roosevelt.
10. Ana María Salazar Guzmán, Aborto habitual, Trabajo de Tesis, 1973 Hospital Roosevelt.
11. Telma C. Velásquez de Zimeri, Incidencia de Aborto, Trabajo de Tesis, 1970, Hospital Roosevelt.
12. Ginecología Panamericana, Publicación Trimestral. 1971, Editorial Médica Panamericana S. A. Vol. 2-No. 1, Enero/Marzo 1971.


Bibliografía.....


13. Dr. Jorge Delgado Urdapilleta "et al", tratamiento de la insuficiencia Itsmico-Cervical, Ginecología y Obstetricia, México, Vol, 27 año XXV, número 163-Mayo, 1970.
14. Dr. Carlos Arana O., Dr. Enrique Perlasca E., Evaluación de técnica de cerclaje en la insuficiencia Itsmico-Cervical, Ginecología-Obstetricia, México, Vol. 35-año XXIX, Número 20, febrero de 1974.
15. H. A. Ritter Surgical Closure Of The Incompetent Cervix 15 Years Experiencie, International Journal Of Gynecology and Obstetrics Vol. 16 Number 3, 1978-1979.
16. Tratamiento de Insuficiencia Itsmico-Cervical, durante el embarazo, Ginecología y Obstetricia, México Junio 1973. Vol. 33 Año XXVIII # 200, Página No. 569.
17. Ginecología y Obstetricia de México, Vol. 27, Año XXV, Mayo 1970, No. 163.


Br. Blanca R. Salazar de Zamora.

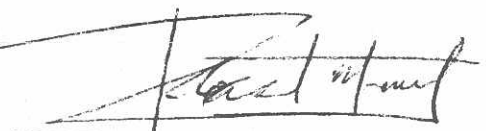

Asesor
Carlos F. Soto Vásquez.


Revisor
Dr. José Benedicto Vásquez


Director de Fase III
Emilio de León M.


Secretario General
Dr. Raúl A. Castillo Rodas.

Vo.Bo.


Decano
Dr. Rolando Castillo Montalvo.