

CERCLAJE CERVICAL TRANSABDOMINAL POR ABORDAJE LAPAROSCÓPICO

Univ . Alberto Córdova | Univ. Ana Cedeño | Dr. Raúl Berbey



INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cervical consiste en la incapacidad del cuello uterino para retener un embarazo en el segundo o tercer trimestre, en ausencia de contracciones uterinas [1]. Los antecedentes que deben hacer sospechar de una insuficiencia cervical son: aborto espontáneo o partos pretérminos durante el segundo y tercer trimestre, historia previa de trauma cervical (dilatación cervical, conización, laceraciones) [2].

El tratamiento quirúrgico de elección de la insuficiencia cervical es conocido como **cerclaje cervical** y consiste en la colocación de suturas para evitar la dilatación cervical, la vía transvaginal es el manejo de primera línea, sin embargo, cuando existe fallo previo o dificultad de realización del cerclaje, el abordaje transabdominal es una alternativa [3]. Las técnicas transvaginales más utilizadas son:



McDonald[4]: no necesita ninguna disección paracervical, se introduce la aguja del hilo de poliéster en la cara anterior de cuello, tras lo que se realiza la sutura submucosa del cuello (cinco o seis pasadas) y nudo en la posición de las 12 horas, dejando los cabos bastante largos.

Shirodkar[4]: Incisiones longitudinales a nivel del pliegue vaginal del cuello en la posición de las 12, 3, 6 y 9 horas, luego disección paracervical con tijeras, paso de la bandeleta de poliamida y un nudo en la posición de las 12 horas.

El **cerclaje vía transabdominal laparoscópico** tiene la ventaja de ser una técnica quirúrgica mínimamente invasiva, efectiva, con pronta recuperación y menor sangrado[1]. Se suele hacer de forma pregestacional o durante el primer y segundo trimestre. La vía del parto en el caso de cerclaje abdominal será la cesárea y tiene la ventaja que el cerclaje puede mantenerse in situ para una nueva gestación.

CASO CLÍNICO

Paciente de 33 años G2P1C0A1, conocida por el centro [FECUNDAR] desde septiembre del 2018. Entre los antecedentes personales patológicos, tenemos a una paciente con historia de infertilidad diagnosticada hace 7 años, bajo tratamiento con fertilización in vitro. Además, la paciente presenta antecedentes de síndrome de ovarios poliquísticos tratado, y un cuadro de hiperplasias endometriales tratadas conservadoramente. Entre sus antecedentes quirúrgicos, la paciente se sometió a una cirugía bariátrica y 18 legrados uterinos por presencia de pólipos recurrentes.

El 11 de marzo de 2019, asiste a control de embarazo gemelar, en el cual se detecta trombofilia y obesidad en la paciente. El 15 de marzo del 2019, se le realiza un cerclaje profiláctico tipo McDonald por dilatación cervical de 2-3 cm; no presenta complicaciones luego del procedimiento, por lo que se le da egreso del hospital. El día 29 de mayo del 2019, la paciente se presenta con sangrado transvaginal abundante e ingresa vía cuarto de urgencias con diagnostico de aborto inevitable in situ. La paciente expulsa ambos productos esa noche y es llevada a realizarse un legrado uterino, en el cual presenta hipotensión, por lo que es llevada a la unidad de cuidados intensivos, donde se le transfunden tres unidades de sangre, mejorando su estado hemodinámico, dándose egreso el día 31 de marzo del 2019 sin complicaciones aparentes.

Posterior a la pérdida gemelar, la paciente acude el 28 de junio del 2020 a una cita de evaluación ginecológica, pues desea realizarse otra fertilización in vitro. Al ultrasonido, se observa un cuello corto con signos evidentes de incompetencia cervical, por lo que se decide realizar un cerclaje transabdominal vía laparoscópica por su antecedente de cerclaje transvaginal fallido. El procedimiento se lleva a cabo sin complicaciones de manera pregestacional y, luego de una segunda fertilización in vitro exitosa, la paciente logra completar su segundo embarazo sin amenazas de aborto u otras complicaciones.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Se eligió una abordaje laparoscópico, utilizando un acceso umbilical con trocar de 12 mm, lente de 10 mm angulado 30°, 4 accesorios (2 en el flanco derecho y 2 en el flanco izquierdo) y un hilo con aguja tipo Mersilene. Además, con ayuda del sistema RUMI II (Fig. 1), se logró exponer el pliegue vesicouterino mediante una sacrocolpopexia asistida, o elevación de las estructuras uterinas, mediante el uso de su copa.

Una vez dentro de la cavidad abdominal, se visualizó el segmento uterino inferior y el pliegue vesicouterino, marcado previamente con ayuda de la copa del sistema RUMI II (Fig. 2). Bajo suave tracción del útero al lado contralateral, se pasó la aguja con la sutura de mersileno por el miometrio del istmo en dirección anteroposterior (Fig. 4a). Previo a esto, la aguja fue rectificada, para eliminar su curvatura y así poder pasar esta de manera perpendicular al segmento uterino inferior [a nivel del pliegue vesicouterino expuesto]. Finalmente, luego de pasar la aguja en dirección anteroposterior por el istmo, la misma salió a nivel del ligamento uterosacro ipsilateral. Se repitió el procedimiento del lado contralateral (Fig. 4b) y se anudó en la cara posterior del útero con técnica de sutura simple (Fig 5).

No fue necesaria la disección vesical y los vasos uterinos no fueron tocados gracias a los reparos anatómicos que nos ofreció el uso del sistema RUMI II (Fig. 3), generalmente utilizado en histerectomías vaginales asistidas por laparoscopia. Finalmente, se revisó la hemostasia de la paciente, la cual no presentó ningún punto sangrante; se retiraron los accesos laparoscópicos y se cerró el puerto umbilical con sutura de nitrilo #1.



Fig. 1. Manipulador uterino RUMI II. Fuente: Bioclínicos. Manipulador Uterino RUMI® II | CooperSurgical [Internet]. 2020 [citado 30 November 2020]. Disponible en: <https://www.bioclinicos.com/manipulador-uterino-rumi-ii-coopersurgical/>

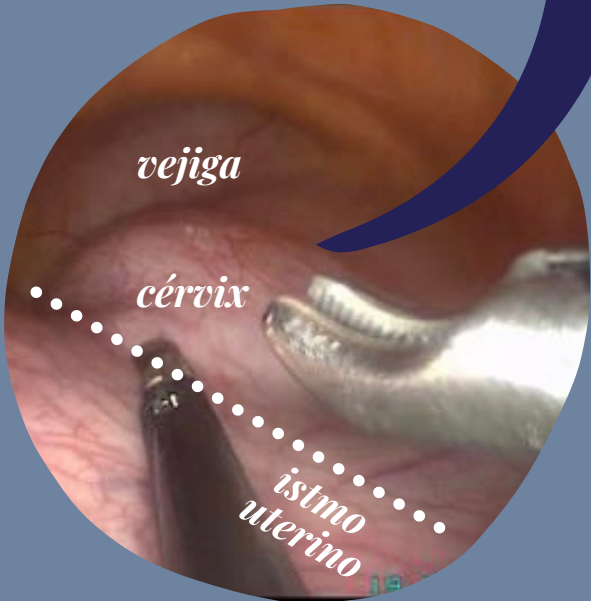


Fig. 2. Cuello uterino elevado por el sistema RUMI II. Se observa la vejiga en el fondo.



Fig. 4. Realización del cerclaje uterino a nivel del istmo, utilizando una sutura intracorpórea con mersileno. Lado derecho (a) y lado contralateral (b).

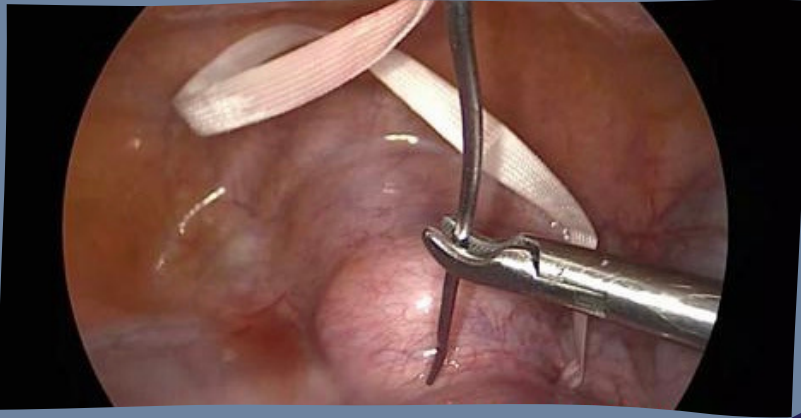


Fig. 3. Otra vista que muestra las estructuras uterinas elevadas, evitando la disección vesical de la paciente.

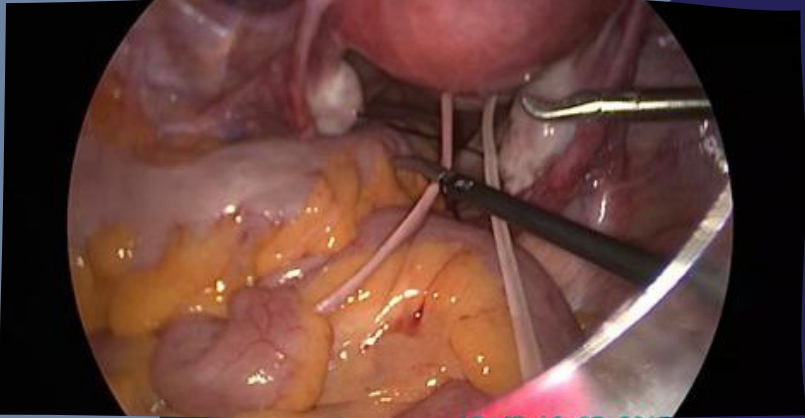


Fig. 5. Realización del nudo en la cara posterior del útero, para proceder a anudarlo con técnica simple, y completar el cerclaje cervical transabdominal.

CONCLUSIONES

Es de nuestro interés que se conozca la técnica del cerclaje transabdominal laparoscópico utilizando el manipulador uterino RUMI II, de la que se tiene poca experiencia a nivel mundial, casi nulo en nuestro país, y que se puede realizar incluso cuando las técnicas clásicas han fallado, con una elevada tasa de efectividad y pocas complicaciones quirúrgicas.

El uso de este sistema nos permite obviar el paso de disección vesical, disminuyendo los riesgos asociadas a esta. Además, nos permite la movilización adecuada del cuello uterino y la exposición de dichas estructuras con facilidad, mejorando la visibilidad del cirujano durante el procedimiento.

REFERENCIAS

Imágenes

1. Bioclínicos. Manipulador Uterino RUMI® II | CooperSurgical [Internet]. 2020 [cited 30 November 2020]. Available from: <https://www.bioclinicos.com/manipulador-uterino-rumi-ii-coopersurgical/>

Artículos

- Ades, A., Dobromilsky, K. C., Cheung, K. T., & Umstad, M. P. (2015). Transabdominal Cervical Cerclage: Laparoscopy Versus Laparotomy. Journal of Minimally Invasive Gynecology, 22(6), 968–973. doi:10.1016/j.jmig.2015.04.019
- Brown, R., Gagnon, R., Delisle, M.-F., Gagnon, R., Bujold, E., Basso, M., ... Senikas, V. (2013). Cervical Insufficiency and Cervical Cerclage. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, 35(12), 1115–1127. doi:10.1016/s1701-2163(15)30764-7
- Bolla D, Raio L, Imboden S, Mueller MD. Laparoscopic Cerclage as a Treatment Option for Cervical Insufficiency. Geburtshilfe Frauenheilkd. 2015 Aug;75(8):833-838. doi: 10.1055/s-0035-1557762. PMID: 26366003; PMCID: PMC4554519.
- Fuchs, F., Deffieux, X., Senat, M.-V., Gervaise, A., Faivre, E., Frydman, R., & Fernandez, H. (2010). Técnicas quirúrgicas de cerclaje del cuello uterino. EMC - Ginecología-Obstetricia, 46(4), 1–12. doi:10.1016/s1283-081x(10)70764-5