

Incompetência istmo-cervical: atualização

Isthmus-cervical incompetence

Ana Luiza Freitas Magalhães Gomes¹, Caio Freitas de Lima¹, Deborah Chaves Gomes¹, Isabel Inglês Ramos Carlos¹, Nilza Oliveira Figueiredo¹, Simone Souza Porto¹, Tatianne Antunes¹, Carolina Amorim²

RESUMO

A incompetência istmo-cervical caracteriza-se por fraqueza congênita ou adquirida na junção do orifício interno cervical e o segmento inferior. Nesta entidade obstétrica ocorre o esvaecimento e cérvico dilatação indolor durante o segundo trimestre, e menos freqüentemente, nas primeiras semanas do terceiro trimestre, culminando com a protrusão e/ou rotura das membranas fetais, resultando em parto pré-termo, que é muitas vezes prevenível. Exceto se efetivamente tratada, tal sequência tende a ser repetir em cada gravidez.

Palavras-chave: Obstetrícia; Complicações na Gravidez; Aborto Habitual, Cerclagem Cervical.

ABSTRACT

Cervical insufficiency is defined as a congenital or acquired weakness in the region that connects the internal cervical os and the distal cervix. It occurs a painless dilatation and shortening of the cervix in the second trimester, and more rarely, in the first weeks of the third trimester, resulting in the protrusion or rupture of the fetal membranes, which can lead to pre-term birth or pregnancy loss. This situation is often preventable and its effective treatment avoids the repetition of events in posterior pregnancies.

Key words: *Obstetrics; Pregnancy Complications; Abortion, Habitual; Cerclage, Cervical.*

INTRODUÇÃO

A insuficiência istmo-cervical (IIC) caracteriza-se por fraqueza congênita ou adquirida na junção do orifício interno cervical e o do segmento inferior. Associa-se a esvaecimento e à cérvico-dilatação indolor durante o segundo trimestre, culminando com protrusão ou rotura das membranas fetais, e parto pré-termo, abortamento ou perda fetal, muitas vezes preveníveis.

Pode ser primária ou secundária, respectivamente associada a: distúrbio congênito relacionado a anormalidades uterinas, além de exposição ao dietilestilbestrol durante a vida intrauterina materna; ou decorrer de sequela de trauma na região istmo-cervical, principalmente causado por dilatações intempestivas do colo, aplicação de fórceps alto em colos não completamente dilatados e por cirurgias do tipo amputação de colo. A IIC pode também ser funcional, ou seja, fora do período gestacional não são evidentes os defeitos no istmo, sendo observado somente após a

¹ Acadêmicos do Curso de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² Mestranda e Professora substituta de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Endereço para correspondência:
Simone Souza Porto
Rua Rio Grande do Sul, 1526, apto 03
Bairro: Santo Agostinho
CEP: 30170-111
Belo Horizonte, MG – Brasil
E-mail: simonesouzaporto@hotmail.com

gravidez, quando se instala o aumento da pressão intrauterina e se verifica a incapacidade de reter o ovo.

Pode ser também classificada segundo a apresentação clínica da insuficiência no momento do diagnóstico e a oportunidade de execução do tratamento, como eletiva, emergencial ou urgente. Nas IIC eletivas, emergenciais ou urgentes, não existe evidência da insuficiência na presente gestação, mas antecedentes sugestivos de IIC; há protrusão de bolsa de águas pelo canal endocervical dilatado; ou as gestantes apresentam sensação de pressão no hipogástrio, dilatação cervical de pelo menos 2 cm e ausência de membranas perceptíveis ao toque, respectivamente.

O tratamento da IIC, quando realizado a tempo, pode salvar o feto e prevenir as suas recidivas.

DIAGNÓSTICO

A IIC representa grande desafio para a prática obstétrica, situando-se entre os principais fatores envolvidos na prematuridade, responsável por 16 a 20% das perdas gestacionais ocorridas no segundo trimestre de gestação.¹ É considerado o segundo fator associado a aborto espontâneo, com prevalência de 22,8%.² Sua associação com aborto espontâneo e prematuridade, que é a principal causa de morte neonatal, realça a importância de seu diagnóstico eficaz e precoce.³

O diagnóstico da IIC contém vários aspectos polêmicos, uma vez que não existem critérios uniformes para a sua caracterização. Primeiramente, deve ser baseado na história clínica, com especial atenção para os antecedentes obstétricos de partos taquitócitos, de partos prematuros sem trabalho de parto, de dilatação cervical na ausência de contrações, de ruptura prematura de membranas sem causa aparente, de abortamentos tardios com expulsão espontânea de membranas e feto sem contrações dolorosas.¹ É mais comum na etnia negra, em adolescentes, final do período de fertilidade, na multiparidade, nos abortamentos, prematuridade e neomortalidade.^{3,4}

Vários fatores associados à biomecânica do parto podem associar-se à IIC, como os traumatismos cervicais, que podem provocar lacerações e deformações anatômicas; fetos macrossômicos, dilatação cervical mecânica com velas de Hegar para curetagens e uso de fórceps.⁵ São também indicadas como possíveis contribuintes para a IIC, fora do ciclo gravídico, as cirurgias sobre o colo uterino na idade fértil, a conização para tratamento de neoplasias

intraepiteliais e, menos frequentemente, as amputações de colo uterino.³

A melhor maneira de estabelecer o diagnóstico da IIC é antes ou após a gestação, baseado nos antecedentes obstétricos e exames complementares. Alguns testes foram desenvolvidos na tentativa de estabelecer seu diagnóstico, como: o teste de Hegar, que é positivo ao conseguir-se passar sem dificuldade dilatador cervical nº_8 ou cateter de Foley nº_16; a histerossalpingografia, que possibilita o diagnóstico quando se revela uma luz ístmica com largura superior a 8 ou 10 cm.⁶

Durante a gestação não se deve abrir mão dos métodos de avaliação clínica por meio de exames digitais seriados do colo uterino, uma vez que esse exame constitui importante meio diagnóstico da IIC. Com ele investigam-se alterações progressivas do colo uterino, como seu esvaecimento e dilatação. Apesar do uso da ultrassonografia como método diagnóstico, o toque vaginal ainda é preconizado como método de rastreamento e seleção de pacientes para propedêutica auxiliar.⁷

A cérvix uterina tem diferentes comprimentos em mulheres diversas, e quanto menor o colo, mais alto é o risco de prematuridade, por isso, a IIC não deve ser caracterizada como variável categórica, mas como um contínuo relacionado aos vários níveis de competência do colo que podem levar a partos pré-termo.⁸

A ultrassonografia transvaginal é o método mais utilizado no diagnóstico de IIC durante a gestação devido à sua sensibilidade e possibilidade de diagnóstico mais precoce.⁹ A manobra de compressão extrínseca do fundo uterino facilita a exposição da dilatação do orifício do colo e possibilita a caracterização de formas subclínicas de IIC.⁶ Os valores normais variam de 28 a 48 mm e o risco surge com medidas inferiores a 25, 20 ou 15 mm. Há tendência a adotar o ponto de corte de 20 mm, medido entre 22 e 24 semanas de gravidez. O diagnóstico ultrassonográfico de IIC é também fundamentado por outros marcadores de risco de prematuridade, como o volume do colo, o sinal de afunilamento do orifício interno e a ausência de protrusão de membranas no canal endocervical.¹¹

O encurtamento do colo é o marcador mais relevante como preditor de parto pré-termo e o seu valor preditivo aumenta quando usado em populações selecionadas que apresentam fatores de risco como história prévia de parto pré-termo ou aborto espontâneo. O encurtamento de 5 mm do comprimento cervical representa aumento de 43% na probabilidade de parto pré-termo.⁵

A ressonância magnética também é bom método a ser utilizado, apesar de ser técnica menos acessível. Apresenta como vantagens o fato de não ser investigador-dependente e apresentar melhor resolução dos tecidos investigados. A caracterização é feita pela medida do orifício cervical, que atinge em torno de 4,5 mm nos casos de IIC.

TERAPÊUTICA

O tratamento padrão para a IIC é cirúrgico. O procedimento é denominado cerclagem do istmo cervical e consiste no reforço da cérvix por sutura traumática e inabsorvível na altura do orifício interno do canal endocervical.⁶ Deve ser indicado diante de pelo menos: dilatação prematura do colo na ausência de trabalho de parto antes de 28 semanas de gestação ou afunilamento cervical (orifício interno dilatado em relação ao externo) em paciente com história prévia de parto prematuro de segundo trimestre. Nessas condições, é capaz de reduzir até 20% da incidência de partos prematuros e a mortalidade perinatal. Existem, entretanto, controvérsias sobre a superioridade da cerclagem em relação à conduta conservadora.⁷

São propostas outras medidas terapêuticas para pacientes que apresentam o colo uterino curto, entretanto, todas com resultados controversos, como a administração de: *17alfa-hidroxiprogesterona* em mulheres não submetidas à manipulação cirúrgica; a terapia tocolítica, especificamente a indometacina; beta-agonistas; e antibioticoterapia no momento da indicação da cerclagem. A administração de ampicilina 250 mg/dia alternado com eritromicina 250 mg/dia até o término da gestação permite o prolongamento da gestação e melhores resultados perinatais.⁵ O repouso no leito pode obter resultados semelhantes à cerclagem no tratamento das perdas gestacionais de repetição.¹

A abordagem mais utilizada para a realização da cerclagem é a via vaginal. As técnicas de McDonald (1957) e Espinosa (1966) são as mais conhecidas. A primeira consiste na sutura simples em bolsa que passa na transição das mucosas vaginal e cervical. A segunda envolve a transfixação direta dos ligamentos cardinais bilateralmente, sem dissecação. Atualmente considera-se a inclusão da transfixação dos lábios anterior e posterior do colo. Outras técnicas consistem em sutura em bolsa na altura do orifício interno do colo, onde a agulha entra e sai pelo mesmo local sem atravessar o canal cervical. A via abdominal pode ser

considerada diante de: colo congenitamente curto, amputado cirurgicamente; cerclagem vaginal sem sucesso; cicatrização e deformação extensa da cérvix; lacerações penetrantes em fôrnices; cervicite subaguda; e fistula cérvico-vaginal.^{6,7}

O período mais adequado para a realização da cerclagem situa-se entre 12 e 16 semanas de gestação. Não se indica o procedimento antes de 12 semanas devido à possibilidade de abortamento por outras causas. Após 16 semanas, por outro lado, o crescimento progressivo do útero tornaria mais provável a dilatação cervical. A condição do colo no momento da cirurgia, entretanto, é considerada fator mais importante na definição do prognóstico da gestação. É importante ser realizada antes que haja dilatação do canal cervical, o que pode ser definido como cerclagem eletiva ou profilática.¹

Podem ser definidas três categorias de pacientes com IIC:

1. diagnóstico clássico: em que se observam duas ou mais perdas gestacionais de segundo trimestre;
2. sinais durante a gestação ao exame físico ou à ultrassonografia, que revelam afunilamento prematuro do colo, apesar de ausência de múltiplas perdas; em que é necessária a avaliação periódica para acompanhamento de possível dilatação do colo.¹¹ O comprimento do colo uterino, mensurado pela ultrassonografia, é dos parâmetros que melhor se correlacionam com o risco para parto pré-termo. Alia também vantagens como: aplicabilidade prática, disponibilidade na maioria dos serviços de atenção pré-natal, baixo custo, fidedignidade e boa reprodutibilidade. Apesar disso, sua utilidade e recomendação dependem da comprovação de resultados satisfatórios obtidos a partir do exame. Nesse contexto, surge, para esse grupo de mulheres, a possibilidade da cerclagem indicada por ultrassonografia;⁹
3. dilatação prematura de pelo menos 2 cm e significativo apagamento do colo, com ausência de contrações uterinas. A cerclagem eletiva se aplica ao primeiro grupo, enquanto o terceiro se beneficia da cerclagem de emergência.¹¹ O parto é viável em até 75% das gestações em que foi feita a cerclagem eletiva, ao passo que a realização do procedimento de emergência não revela resultados vantajosos se comparado à conduta meramente expectante. Devido a sua questionável eficácia, a cerclagem de emergência é muitas vezes contra-indicada nos casos em que o limite de viabilidade fetal tenha sido alcançado.⁶ Apesar disso, existem relatos de procedimentos de cerclagem de emergência

em pacientes com dilatação cervical avançada, até mesmo com protusão de membranas. Nesses casos, a conduta é agressiva, sendo feitos amniocentese e outros métodos de redução da bolsa herniada, culturas endocervicais e amnióticas, antibióticoterapia, além da cerclagem. Os resultados perinatais parecem melhores com a adoção dessas medidas.^{7,12} É possível, ainda, uma quarta técnica, que consiste em cerclagem preconcepcional, por considerarem que se trata de técnica definitiva. Sua realização em mulheres não grávidas, entretanto, aumenta o risco de se produzir estenose cervical, com dificuldade para eliminação do sangue menstrual e esterilidade secundária. O sucesso terapêutico está intimamente relacionado à idade gestacional e ao exame cervical. Quanto mais avançada a gravidez, mais alto o risco de que o procedimento cirúrgico desencadeie trabalho de parto pré-termo ou corioamniorrexe.⁶

Como todo procedimento cirúrgico, a cerclagem não está isenta de riscos de complicações. A rotura pré-termo de membranas pode ocorrer durante o procedimento, logo após o mesmo ou no decurso da gestação. Sua incidência é de 21% e representa a causa mais comum de falha da sutura. Nesse caso, é indicada a retirada imediata do fio de sutura, devido ao aumento do risco de infecção. O trabalho de parto prematuro ocorre em 28 a 78% das vezes. E, de maneira geral, a cerclagem aumenta o risco de infecções puerperais (6%), internações hospitalares e de realização de cesarianas. As principais complicações são: lacerações cervicais (3-4%), estenose cervical (1%), hemorragia por lesão dos vasos uterinos, deslize de sutura, transfixação da bexiga, necrose da parede vaginal anterior ou posterior, amputações de colo, esterilidade secundária e fistula véscico-vaginal.^{6,7}

CONCLUSÃO

A avaliação obstétrica cuidadosa da multigesta com perdas gestacionais recorrentes, no intervalo entre os partos e/ou no primeiro trimestre da gestação, pode diagnosticar precocemente e propor tratamento adequado da IIC, evitando a prematuridade.¹ As pacientes deverão ser consideradas como gestantes de

alto risco e necessitam de frequentes retornos para controle clínico adequado.⁶

O tratamento da IIC de escolha é a cerclagem por via vaginal, a ser realizada preferencialmente ao redor da 14ª semana da gravidez, ocasião em que ainda não aconteceram modificações cervicais e já se ultrapassou o período em que ocorrem os abortos precoces, de outras causas. A cerclagem de emergência constitui-se no procedimento de escolha, diante de dilatação do colo uterino, e melhor prognóstico.

REFERÊNCIAS

1. Rodrigues LC, Mattar R, Camano L. Caracterização da gravidez com insuficiência istmocervical. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2003; 25(1):29-34.
2. Barini R, Couto E, Mota MM, dos Santos CTM, Leiber SR, Batista SC. Fatores associados ao aborto espontâneo recorrente. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2000; 22(4):217-23.
3. Palma-Dias RS, Fonseca MM, Stein NR, Schmidt AP, Magalhães JÁ. Relation of cervical length at 22-24 weeks of gestation to demographic characteristics and obstetric history. *Braz J Med Biol Res.* 2004; 37(5):737-44.
4. Anum EA, Brown HL, Strauss III JF. Health disparities in risk for cervical insufficiency. *Human Reprod.* 2010; 25(11):2894-900.
5. Owen J, Mancuso M. Cervical cerclage for the prevention of preterm birth. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2012; 39:25-33.
6. Rozas A, Sampaio Neto L. Incompetência Cervical. *Rev Fac Ciênc Méd.* 2003; 5(2):1-9.
7. Nomura ML, Passini Júnior R, Silva JCG, Vaz MS, Amaral E, Pereira BG. Resultados gestacionais e perinatais de gestações com insuficiência cervical submetidas a circlagem eletiva. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2003; 25(7):483-9.
8. Althuisius SM, Dekker GA, van Geijn H. Cervical incompetence: a reappraisal of an obstetric controversy. *Obstet Gynecol Surv.* 2002; 57(6):377-87.
9. Freitas Júnior RAO, Mauad Filho F, Duarte G, Ferreira AC, Freitas AKMSO, Azevedo GD. Evolução do comprimento cervical uterino na gestação, avaliado pela ultra-sonografia transvaginal. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2003; 25(2):115-21.
10. Mattar R. A cerclagem para prevenção da prematuridade: para quem indicar? *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2006; 28(3):139-42.
11. Harger JH. Cerclage and cervical insufficiency: an evidence-based analysis. *Obstet Gynecol.* 2002; 100(6):1313-27.
12. Mattar R, D'Elia ME, Mendes ETR, *et al.* O tratamento da insuficiência istmocervical com protusão de membranas. *Rev Bras Ginecol Obst.* 1999; 21(3). [Citado em 2020 maio 12]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72031999000300009>.