

# INCOMPETÊNCIA CERVICAL

## Conceito, diagnóstico e conduta

Antonio Rozas<sup>1</sup>, Luiz Ferraz de Sampaio Neto<sup>2</sup>

### INTRODUÇÃO

A incompetência istmo-cervical, ainda que pouco freqüente, tem sido bastante estudada, principalmente, a partir de 1950.

A importância da IIC reside, principalmente, no fato de que com o tratamento cirúrgico, os resultados são, amiúde, favoráveis, permitindo que uma mulher anteriormente infértil passe a ter gestações com viabilidade fetal.<sup>6</sup>

A incompetência istmo-cervical (IIC) é apontada como uma das causas de abortamento tardio, de origem materna.

### DEFINIÇÃO

A incompetência cervical caracteriza-se por uma fraqueza congênita ou adquirida na junção do orifício interno cervical e o segmento inferior. Nesta entidade obstétrica ocorre o esvaecimento e a 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 um parto pré-termo que é, muitas vezes, prevenível. Exceto se efetivamente tratada, tal seqüência tende a se repetir em cada gravidez.<sup>2,3,4,5</sup>

### SINONÍMIA

Incompetência istmo-cervical, insuficiência istmo-cervical, insuficiência cervical, insuficiência do colo.

### CLASSIFICAÇÃO

Classifica-se a IIC em primária e secundária.<sup>6</sup> A primária é congênita e pode coexistir ou não com outras malformações uterinas, principalmente com o útero unicórneo, e ainda em mulheres com história de exposição ao dietilestilbestrol intra-uterino durante a gestação de suas mães.<sup>7</sup>

A IIC secundária ocorre como seqüela de

trauma na região istmo-cervical, principalmente causado por dilatações intempestivas do colo, aplicação de fórceps alto em colos não completamente dilatados e, ainda, por cirurgias do tipo amputação de colo.<sup>8</sup>

Guariento e Delascio<sup>9</sup> e Pontes<sup>10</sup> consideraram também a possibilidade da IIC do tipo funcional, ou seja, no exame da mulher fora do período gestacional não são evidentes defeitos no istmo; somente quando grávida, pelo aumento da pressão intra-uterina, verifica-se a incapacidade de reter o ovo.

Alguns autores classificam a IIC - segundo sua apresentação clínica no momento do diagnóstico e a oportunidade de execução do tratamento - em eletivas, emergenciais e urgentes. Nas eletivas, a paciente não tem nenhuma evidência de IIC na presente gestação, mas apenas antecedentes sugestivos de IIC. Nas emergenciais, as gestantes apresentam sensação de pressão no hipogástrio, dilatação cervical de, pelo menos, 2,0 cm e ausência de membranas perceptíveis ao toque. Nas urgentes, as grávidas apresentam protrusão de bolsa de águas através do canal endocervical dilatado.<sup>11</sup>

### DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de incompetência cervical baseia-se, primariamente, na história clínica. Poderá ser efetuado antes ou durante a gestação. Em ambas as épocas considera-se, ainda hoje, pela singularidade do quadro clínico, a anamnese o procedimento propedêutico diagnóstico de eleição.<sup>10,12</sup>

Antes da gravidez se estabelecer, alguns testes foram desenvolvidos na tentativa de diagnosticar a incompetência cervical.

---

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 5, n. 2, p. 1 - 9, 2003

1 - Professor Titular da Disciplina de Ginecologia - CCMB/PUC-SP.  
2 - Professor Assistente da Disciplina de Ginecologia - CCMB/PUC-SP.

Assim, métodos simples como a passagem sem dificuldade de um cateter de Foley nº 16, ou de um dilatador cervical nº 8 (teste de Hegar positivo) através da cérvix, uma dilatação cervical. Neme,<sup>13</sup> com o mesmo objetivo, preconiza constatar se o canal cervical é pérvio à pinça de Cherron.<sup>14</sup> A histerossalpingografia revela-se adequada para o estudo do calibre da luz istmica e, quando este apresenta uma largura maior que 8,0 mm, indica a incompetência funcional istmo-cervical.<sup>12</sup> Entretanto, outros autores<sup>1,6</sup> consideram que somente larguras maiores que 10,0 mm permitem caracterizar a IIC.

Durante a gestação, a confirmação diagnóstica da IIC é efetuada com o auxílio da ultra-sonografia. A mensuração do comprimento do canal cervical permite escolher a via de abordagem cirúrgica. Por outro lado, através do ultra-som seriado é possível acompanhar, durante a gestação, a medida da distância entre os orifícios interno e externo do colo.

Quando ocorre redução significativa no comprimento do canal cervical, o prognóstico torna-se desfavorável. Também pela ultra-sonografia pode-se detectar a presença insuspeitada de membranas ou partes fetais no canal cervical.<sup>15</sup>

No exame ultra-sonográfico, a medida mínima adequada para o colo uterino na gestação normal é em torno de 30,0 mm (variações de 28,0 a 48,0 mm) em seu comprimento.<sup>6,16</sup>

Durante a gestação, a ultra-sonografia transvaginal permite melhor caracterização da ICC, pois na transabdominal o colo uterino pode ficar comprimido pela bexiga repleta e as partes fetais, modificando as características do canal endocervical, alongando-o e/ou estreitando-o, falseando, assim, o diagnóstico de IIC.<sup>11,16,17</sup>

Na ultra-sonografia vaginal é interessante a manobra de compressão no fundo do útero para melhor caracterizar a dilatação do orifício cervical, evidenciando inclusive os casos subclínicos.<sup>18</sup> Nas situações clínicas em que exista a contra-indicação de se utilizar de transdutor vaginal, pode-se optar com igual resultado pelo transdutor transperineal ou translabial.<sup>17</sup>

Consideram-se critérios ultra-sonográficos para o diagnóstico de IIC, o encurtamento do canal endocervical, dilatação do orifício interno, transformação do istmo em funil e protrusão de

membranas para dentro do canal endocervical.<sup>11</sup>

A aplicação da ultra-sonografia nos casos de IIC é importante porque permite o diagnóstico em fases mais precoces, quando o diagnóstico clínico seria impossível, tornando os resultados terapêuticos melhores.<sup>11</sup>

Ainda que o método mais sofisticado - a ressonância magnética (RNM) - recentemente tenha se mostrado exame que permite o diagnóstico da IIC, acredita-se que tenha algumas vantagens em relação à ultra-sonografia. De fato, a RNM não tem as mesmas falhas, pois não depende do posicionamento do transdutor e da análise do médico que executa o exame, ademais, os tecidos moles analisados para a caracterização da IIC são melhor contrastados na RNM.<sup>19</sup>

O comprimento do canal cervical ao exame de RNM é de 33,0 mm e a largura de seu orifício interno de até 3,3 mm. O comprimento do canal cervical em mulheres com IIC não é diferente das demais gestantes, mas a largura do orifício é o fator determinante para permitir o diagnóstico, medindo por volta de 4,5mm nas portadoras de IIC.<sup>20</sup>

## TERAPÊUTICA

Ainda que, com o passar dos anos, numerosas modalidades não invasivas tenham sido usadas para tratar a incompetência cervical, incluindo repouso prolongado no leito, beta-agonistas e progesterona, nenhuma demonstrou eficácia.

A circlagem cervical eletiva se tornou a terapia padrão para a incompetência cervical. Segundo a maioria dos obstétricas, o tratamento da incompetência cervical é cirúrgico, consistindo no reforço da cérvix fraca por algum tipo de sutura em bolsa de tabaco.<sup>21</sup>

Está bem estabelecida que a época ideal para a circlagem eletiva (profilática) está compreendida entre a 13ª e 16ª semana de gestação nas pacientes com uma história de incompetência cervical. Quando indicada nessas condições, as estatísticas apontam para um parto viável em 75% ou mais dos casos. Em contraste, a eficácia de uma circlagem de emergência (isto é, depois que a cérvix já estiver modificada e dilatada), o que geralmente ocorre após a 18ª semana de gestação, está menos estabelecida. Na verdade, não está claro se a circlagem de emergência tem algum benefício sobre não fazê-la.<sup>21</sup>

A circlagem geralmente deve ser adiada até após 13 semanas, porque antes desta época ainda não ocorreu a fusão da caduca capsular com a parietal e o conceito pouco influi no crescimento uterino. Por outro lado, antes desse período ocorrem, em torno de 15%, abortamentos precoces dependentes de outros fatores.

Quanto mais avançada a gravidez, maior a probabilidade de que o manuseio cirúrgico estimule o trabalho de parto pré-termo ou a cório-amniorrexe. Por tais razões, alguns preferem o repouso no leito à circlagem algum tempo após o meio da gravidez. Dada a eficácia questionável da circlagem de emergência, muitos clínicos não a fazem depois do limite de viabilidade fetal ter sido alcançada (atualmente 24 semanas de gestação). Nesse ponto, o risco de colocar a sutura supera o benefício potencial.<sup>21</sup>

A utilização de ultra-sonografia para seguimento do aspecto do colo é prática aceita pela literatura. São considerados casos de pior prognóstico aqueles cujos colos têm menor comprimento após a execução da circlagem, ou que exista diminuição do comprimento na evolução dos exames de ultra-sonografia de controle.<sup>22</sup>

Aarts e associados (1995), recentemente fizeram uma revisão da cerclagem tardia no segundo trimestre, comumente conhecida como “cerclagem de emergência”. Esses autores concluíram que a cerclagem de emergência pode ser benéfica para algumas mulheres, mas que a incidência de complicações, principalmente infecção, é alta.<sup>23</sup>

De acordo com Schorr e Morales (1996), membranas salientes estão associadas a taxas de fracasso significativamente aumentadas.<sup>24</sup>

Norwitz lembra, nesses casos, para auxiliar a reduzir as membranas fetais protrusivas antes da colocação da sutura, a colocação da paciente na posição acentuada de Trendelenburg, ou a colocação de um cateter de Foley de 30 ml através da cérvix, enchimento do balão e/ou a realização de amniocentese por via abdominal, para diminuir a pressão do líquido amniótico na bolsa prolapsada.

O tratamento da IIC é cirúrgico e corresponde ao reforço do colo uterino com sutura atraumática e inabsorvível na altura do orifício interno do canal endocervical, com o objetivo de

manutenção da gravidez em curso até a viabilidade fetal. Este procedimento é denominado circlagem cervical; termo de origem francesa (*cerclage*) que significa literalmente “efetuar um cerco”.<sup>9</sup>

A utilização da circlagem no momento oportuno para o tratamento da IIC permitiu atingir até 90% de sucesso na evolução da gestação.<sup>7</sup> Existem técnicas descritas para se fazer durante a gestação e também fora dela. Atualmente, é consenso que os melhores resultados são obtidos com a circlagem executada durante a gestação, pois em mulheres não grávidas existe o risco potencial de se produzir estenose cervical, promovendo dificuldade para a eliminação do sangue menstrual e esterilidade secundária.<sup>10,25</sup>

Os autores que defendem o circlagem pré-concepcional assumem essa posição por considerar que essas técnicas de circlagem têm como vantagem o fato de serem definitivas.<sup>26</sup>

Existem também as chamadas “circlagens de emergência” que são executadas em colos já em más condições (esvaecimento e dilatação avançadas e protrusão de membranas); esses procedimentos revestem-se de pobres resultados, mas são considerados medidas extremas para tentar prolongar a gestação.<sup>27,28</sup>

## INTERVENÇÕES FORA DO PERÍODO GESTACIONAL

As propostas de circlagem em mulheres não grávidas são genericamente denominadas “istmorráfias profiláticas”. Presentemente, existem poucas indicações para esses procedimentos que são graves defeitos no colo conseqüentes a traumas ou cirurgias e também para pacientes que se submeteram a amputações de colo uterino.<sup>29</sup>

## INTERVENÇÕES DURANTE A GESTAÇÃO

Os bons resultados obtidos nas pacientes operadas para correção da IIC durante a gestação fizeram com que, atualmente, as técnicas mais usadas sejam aquelas efetuadas nesse período.

A época adequada para realização da circlagem, como já referimos, é da 14<sup>a</sup> a 20<sup>a</sup> semana de gestação, pois nessa fase já foi ultrapassado o período de maior risco de abortamento espontâneo de causa cromossômica.

O limite superior poderá ser estendido dependendo da experiência do cirurgião e das dimensões do colo uterino.<sup>30</sup> Inclusive, alguns poucos autores sugerem que, mesmo frente a gestações de até 28 semanas, em situações de emergência, com o colo bastante dilatado permitindo a herniação do saco gestacional, a circlagem deve ser tentada.<sup>31</sup>

Alguns autores acreditam que, com o auxílio da ultra-sonografia para caracterizar a adequada evolução fetal e ausência de malformações grosseiras, a circlagem deve ser efetuada em torno da 12ª semana, já que o tamanho do útero facilitaria sua mobilização, a dissecação da prega vesico-uterina e a colocação das suturas.<sup>32</sup>

Existem técnicas submucosas (Shirodkar, por exemplo) ou extramucosas (McDonald, por exemplo). Existem, também, técnicas com abordagem vaginal ou abdominal.

A opção entre as várias técnicas dependerá das condições do colo (principalmente o tamanho de colo remanescente), da idade gestacional e da experiência da equipe. Habitualmente, a abordagem mais usada é a vaginal, contudo, são consideradas indicações preferenciais da via abdominal: colo congenitamente curto, amputado cirurgicamente, pacientes que já tenham se submetido a circlagens vaginais anteriormente sem sucesso, cicatrização e deformação extensa da cérvix, lacerações penetrantes em fôrnices, cervicites subaguda e fístula cérvico-vaginal.<sup>6,33</sup>

Tanto a circlagem de Shirodkar quanto a de McDonald são realizadas por via vaginal. A circlagem de Shirodkar envolve uma única sutura ao redor da cérvix no nível do orifício interno, depois de fazer uma incisão na mucosa vaginal acima da cérvix e rebatendo a bexiga, e uma incisão semelhante na parte de baixo da cérvix, rebatendo o reto. A sutura é, então, atada e as incisões da mucosa fechadas. Na sua descrição original em 1955, Shirodkar usou uma faixa de 10x0,5cm de fascia da coxa da paciente.

Em 1957, McDonald publicou sua modificação de circlagem transvaginal, a qual envolvia uma sutura em bolsa de tabaco ao redor da cérvix com material absorvível. A sutura é colocada o mais alto possível, sem dissecação da bexiga ou do reto. Se necessário uma segunda ou até mesmo uma terceira sutura podem ser realizadas. Apesar delas não terem sido testadas

comparativamente em ensaio clínico prospectivo, randomizado e controlado, provavelmente, é justo dizer que as duas são igualmente eficazes. A seleção cuidadosa da paciente e a experiência do cirurgião são muito mais importantes na determinação do sucesso que a escolha da técnica de sutura. Entretanto, sob certas circunstâncias, uma ou outra técnica pode ser preferida. Por exemplo, se a cérvix for muito curta ou lacerada, a circlagem de Shirodkar pode ser tecnicamente mais fácil de ser realizada.<sup>21</sup>

Na literatura não há consenso quanto aos cuidados pós-operatórios e de seguimento das gestantes. A maioria aconselha revisões semanais realizadas, pelo menos, no primeiro mês para avaliar a integridade da sutura. Em todas as técnicas de circlagem, as pacientes deverão guardar repouso no leito durante as primeiras 24 horas, com alta no 4º pós-operatório. Restrição relativa da atividade física, até o termo da gravidez. Desaconselha-se o coito ou qualquer manipulação na vagina pelo restante da gestação. As pacientes devem estar cientes do risco da amniorrexe e do trabalho de parto prematuro e devem ser instruídas a relatar qualquer sintoma de pressão na pelve ou nas costas, corrimento vaginal aumentado, dor pélvica ou cólicas. Esses cuidados devem ser observados, se possível, até o termo da gravidez, ou pelo menos até se completar a 34ª semana e, isso, especialmente após a colocação da circlagem de emergência.

O crescimento fetal deve ser monitorizado pela ultra-sonografia a cada três a quatro semanas até o final da gestação, dada a associação com o RCIU. A razão dessa associação não está clara, mas pode estar associada ao suprimento sanguíneo prejudicado na segmento inferior do útero.

Os estudos, até agora, não demonstram qualquer associação entre a presença da circlagem (seja ela McDonald ou Shirodkar) e amniorrexe prematura relacionada à colocação da sutura.<sup>6,10,21</sup> Também não existe consenso quanto à conduta quando ocorre na paciente com circlagem cervical a amniorrexe prematura. Todos concordam em que se houver evidência de amnionite, a circlagem deve ser removida imediatamente. Na ausência de infecção, não há uniformidade de opiniões, parece, entretanto, que não existe benefício claro em nenhum sentido.

O risco de prematuridade (assumindo que

se acredite que a circlagem funcione) deve ser pesado contra o risco da infecção ascendente. Os estudos recentes sugerem que as morbidades neonatais e maternas não mudam com o manejo expectante na rotura prematura das membranas. Entretanto, não existem dados conclusivos para demonstrar que o manejo expectante (incluindo a tocólise, terapia com corticosteróides e antibióticos) melhore o desfecho neonatal.

A maioria dos clínicos recomenda a remoção da circlagem por volta da 36<sup>a</sup> a 38<sup>a</sup> semana para prevenir que a cérvico-dilatação do trabalho de parto possa traumatizar a circlagem intacta com a possível laceração da cérvix ou rotura uterina.

Quanto à remoção por via vaginal da sutura feita por via abdominal (CTA), através da colpotomia posterior, apesar de tecnicamente factível, tem se mostrado mais difícil do que foi relatado originalmente e, muitas vezes, resulta em perda sanguínea excessiva. Ela não é, portanto, amplamente recomendada. As pacientes com CTA requerem uma cesárea eletiva com 37 a 38 semanas de gestação, depois da confirmação da maturidade pulmonar. Se o casal desejar fertilidade no futuro, a CTA é deixada no local no momento da cesárea.

As técnicas com abordagem abdominal, atingem o útero através de abertura do peritônio parietal e incisão transversal do peritônio visceral uterino.<sup>21</sup>

A utilização de ultra-sonografia para seguimento do aspecto do colo é prática aceita pela literatura; são considerados casos de pior prognóstico aqueles cujos colos têm menor comprimento após a execução da circlagem, ou que exista diminuição do comprimento na evolução dos exames de ultra-sonografia de controle.

Com relação à conduta a ser tomada no parto, há consenso de que a via deverá ser a vaginal, indicando-se cesárea apenas nas situações em que for necessária, por algum outro motivo.<sup>12,33</sup>

A primeira técnica de circlagem foi descrita por Shirodkar (1955). O autor propôs que, com pinças de De Lee, tracionando os lábios anterior e posterior do colo, efetue-se uma pequena incisão na mucosa no fórnice anterior, dissecando-se a *fascia vaginalis* e introduzindo agulha de Deschamps bilateralmente através de outra

incisão semelhante no fórnice posterior. Com o auxílio das agulhas de Deschamps fixa-se faixa de Mersilene®; o nó deve ser dado na sua porção posterior e a mucosa fechada com *catgut* cromado.<sup>29</sup>

A técnica de McDonald (1957) é mais usada em nosso meio do que a técnica original de Shirodkar.<sup>6</sup> A técnica preconizada por McDonald tenta facilitar, sobretudo, a retirada do fio para permitir o parto; inicia-se de modo semelhante à cirurgia de Shirodkar, com o pinçamento dos lábios anterior e posterior do colo, na reflexão do colo na parede vaginal anterior, introduz-se ponto de seda 2 ou Mersilene® 3; esse fio (que estará na altura do istmo) deverá entrar no local correspondente às 12 horas, sair novamente às 10 horas, de modo a entrar e sair no colo nos seus quatro quadrantes, tomando-se o cuidado de não comprimir a irrigação cervical que localiza-se às 3 e 9 horas.<sup>10</sup>

Pontes<sup>10</sup> e Mattar *et al.*<sup>6</sup> consideram que a técnica de McDonald é superior à de Shirodkar por ser mais simples de realizar, ter índices reduzidos de infecção, de distócia cervical e de parto cesáreo. Aquino Salles - 1959- sugeriu que a IIC deveria ser tratada com três pontos (dois laterais e um medial), em forma de “U” de fio inabsorvível (seda 2), transfixando o colo longitudinalmente, sendo os nós aplicados em sua porção anterior.<sup>10</sup> Ainda entre nós, Dantas do Amaral (1970) recorreu à técnica de cervicorrafia, que consiste em cerrar o canal cervical com três pontos transversos em “U” perpendiculares ao seu eixo, sendo um medial (de situação mais elevada) e dois laterais (fio de nylon).

Outra técnica bastante usada é a descrita por Espinosa Flores (1966), em que a circlagem é efetuada usando ancoragem no ligamento de Mackenrodt, no lábio posterior do colo, no ligamento de Mackenrodt contralateral e no lábio anterior do colo, onde é fixado o nó. A sustentação é dada por fita cardíaca de 3,0 cm. Também podem ser usadas bolas de algodão umedecidas ou sondas de Folley com o balão distendido para redução da bolsa de águas. Outra opção é a amniocentese, com o objetivo de reduzir a tensão na bolsa protrusa e permitir a circlagem. Estudos demonstraram que a diminuição da pressão dentro da bolsa de águas permite abordagem mais segura para se fixar a circlagem.<sup>4,30</sup>

As suturas devem ser amarradas anteriormente ou posteriormente? Mais uma vez, refere Norwitz<sup>21</sup>, não existe consenso sobre essa questão. O nó da sutura dado anteriormente pode tornar mais fácil a visualização durante a gestação e ser mais fácil de remover, mas também demonstra um desconforto aumentado na bexiga.

A circlagem transabdominal (CTA) foi realizada pela primeira vez em 1965, por Benson e Durfee. A taxa de salvação perinatal nessa série foi relatada como de 11% (cinco bebês viáveis de 45 gestações) antes, e 82% (11/13) depois da colocação de CTA. Um número de investigadores tem, desde então, usado este procedimento em pacientes cuidadosamente selecionadas com incompetência cervical, e resultados semelhantes têm sido relatados.

Nenhuma evidência sugere que a CTA é superior à circlagem transvaginal (seja de Shirodkar ou de McDonald) e a realização da CTA é um procedimento com uma morbidade muito maior, requerendo laparotomia e um subsequente parto cesáreo. A circlagem transabdominal deve, portanto, ser reservada para as pacientes com incompetência cervical documentada, nas quais a circlagem profilática é indicada, mas que falharam ou nas circlagens transvaginais prévias ou nas que a circlagem transvaginal é tecnicamente impossível de ser realizada; cérvix ausente ou encurtada adquirida; acentuadas lacerações ou defeitos da cérvix (trauma ou circlagens prévias); fístula cérvico-vaginal e/ou cervicite subaguda.<sup>21</sup>

Não existe consenso na literatura sobre o uso de antibióticos profiláticos, tocolise profilática ou escolha de anestesia para a circlagem cervical. Tais decisões devem ser individualizadas.

A anestesia regional é, geralmente, preferida, pois as pacientes acordam muitas vezes da anestesia geral tossindo e com ânsia de vômito, o que pode colocar uma força adicional tanto sobre a circlagem quanto sobre as membranas fetais. A tocolise profilática (indometacina, ritodrina, sulfato de magnésio ou terbutalina) pode ser usada por dois a três dias para inibir as contrações uterinas transitórias associadas com a colocação das suturas, mas nenhuma evidência sugere que isto melhore o desfecho perinatal.

Numa situação de circlagem de emergência, os antibióticos profiláticos são recomendados pelo risco da corioamnionite. O uso de antibióticos para

a circlagem eletiva, entretanto, está de acordo com a prudência do cirurgião. Se os antibióticos forem dados para prevenir a infecção ascendente, os agentes de amplo espectro que cobrem tanto anaeróbios como aeróbios são recomendados, como as cefalosporinas de terceira geração, ampicilina e sulbactam, ou uma combinação de ampicilina, gentamicina e clindamicina.

Com relação ao uso de antibioticoterapia profilática e ao uso de bloqueadores de contratilidade uterina há controvérsia na literatura. Alguns sugerem que deve ser usado creme vaginal à base de sulfá, outros acreditam que seu uso não seja necessário.

Shiffman<sup>34</sup> verificou que o uso de antibioticoterapia de baixas doses (ampicilina 250mg/dia usado alternadamente com eritromicina 250mg/dia até o término da gestação) permitiu mais tempo de gestação e melhores resultados perinatais. Outrossim, considera-se importante o uso de corticoterapia com vistas ao estímulo da maturidade pulmonar nas idades gestacionais apropriadas ao seu uso (28 a 34 semanas).

As pacientes deverão ser consideradas como gestantes de alto risco e necessitam de freqüentes retornos para controle clínico.

## COMPLICAÇÕES DA CIRCLAGEM

As complicações associadas com a circlagem cervical aumentam com o aumento da idade gestacional e dilatação cervical. As complicações a curto prazo (isto é, 48 h) ocorrem em 3% a 20% dos casos, incluindo sangramento excessivo (ocasionalmente necessitando de transfusão de sangue), ruptura prematura das membranas fetais, aborto e complicações da anestesia.

A ruptura prematura das membranas é a causa mais comum de falha da sutura. As complicações a longo prazo para a circlagem cervical incluem as lacerações cervicais (3% - 4%), corioamnionite (4%) e estenose cervical (1%) bem como complicações raras (como RCIU, morte fetal, descolamento prematuro da placenta, tromboflebite, migração da sutura, desconforto vesical e dor abdominal).

O uso da circlagem cervical está também associado ao aumento das intervenções durante a gravidez, incluindo altas taxas de admissões

hospitalares, administrações de tocolíticos orais, indução do trabalho de parto e cesáreas.

A infecção puerperal ocorre em, aproximadamente, 6% das pacientes com circlagem, duas vezes mais comum do que a incidência dos controles pareados pela idade gestacional sem circlagem. As complicações associadas com a circlagem cervical aumentam com o aumento da idade gestacional e dilatação cervical.

A falha do método com a subsequente evolução para o parto prematuro ou imaturo é a complicação mais comum; pode ocorrer na dependência de vários fatores, mas tem maiores índices de insucessos ao ser executada tardiamente. Independente da técnica usada, a circlagem transvaginal efetuada após 20 semanas terá 50% de chances de conseguir o objetivo de levar a gravidez até a viabilidade; se efetuada no momento oportuno falha em torno de 10% a 15% das vezes.<sup>10</sup>

Quando ocorrer quadro de aborto ou parto iminente há necessidade de rápida retirada das suturas, pois caso elas permaneçam *in situ*, há risco de graves lacerações do colo e mesmo ruptura uterina.

A despeito de não existirem estudos randomizados e prospectivos para se confrontar os riscos e os benefícios da manutenção do fio após a ruptura de membranas sem a instalação do trabalho de parto, considera-se que deverá ser retirado prontamente, pois sua presença aumentaria o risco de infecção uterina.<sup>26</sup>

Ainda com relação às infecções, foram descritos casos de sepsis após a realização de circlagem.<sup>19</sup>

São outras complicações da circlagem: hemorragia por lesão dos vasos uterinos, deslize da sutura, transfixação da bexiga, necrose da parede vaginal anterior ou posterior, lacerações, amputações do colo, esterilidade secundária e fistula vesico-vaginal.<sup>1</sup>

### CONTRA-INDICAÇÕES PARA A CIRCLAGEM CERVICAL

São contra-indicações para a circlagem na gestação: membranas ovulares rotas, infecção intra-uterina, feto morto, metrossístoles persistentes, hemorragia uterina moderada ou intensa, malformações fetais importantes,

carcinoma de colo uterino, cervicite herpética ativa, toxemia grave, hidrânio ou hidrocéfalo e infecção uterina, sangramento vaginal inexplicado (descolamento prematuro de placenta), morte fetal intra-uterina (MFI), condição ameaçadora da vida materna ou contrações uterinas e/ou trabalho de parto ativo.<sup>2,11</sup>

Mays *et al.*<sup>35</sup> consideram que evidência de corioamnionite deveria ser também uma contra-indicação para a circlagem; apresentam análise de 25 pacientes que se submeteram previamente à amniocentese para detecção de infecção subclínica e concluíram que em todos os casos em que já existia infecção amniótica antes da circlagem, as pacientes não se beneficiaram do procedimento cirúrgico.

Antes de realizar a circlagem, uma ultrasonografia é recomendada para confirmar uma gestação intra-uterina viável e para excluir defeitos anatômicos graves, como a anencefalia.

A evidência de membranas fetais protusas através do orifício cervical é uma contra-indicação relativa para a circlagem; a literatura sugere uma alta incidência de ruptura das membranas nessa situação.

A presença de bactérias no esfregaço de Gram ou numa cultura positiva de uma amniocente se pré-operatória está associada a uma taxa de falha acima de 90%. Entretanto, a não ser que haja uma evidência clínica de corioamnionite, a amniocentese pré-operatória não é realizada rotineiramente.

Ainda que alguns obstétricas indiquem a circlagem cervical para o tratamento da placenta prévia, esta conduta não é aceita pela maioria dos tocólogos. Entretanto, em casos da associação da placenta prévia com a incompetência cervical não há um acordo.

Recentemente, um ensaio randomizado da circlagem de McDonald em 25 pacientes com sangramento entre 24 e 30 semanas e evidências sonográficas de placenta prévia resultou em partos tardios (35 vs. 32 semanas das não circladas) e maior peso ao nascer (2.709 g vs. 1.812 g), menos admissões hospitalares e menos complicações neonatais no grupo randomizado para circlagem quando comparado aos controles. Atualmente, não existe qualquer outro dado que apoie estes achados.<sup>36</sup>

As gestações múltiplas têm um risco aumentado de trabalho de parto pré-termo,

entretanto, nenhuma evidência sugere que a circlagem profilática tenha algum benefício nas gestações gemelares. Entretanto, para pacientes com história de incompetência cervical, com cérvico-dilatação precoce verificada ao toque e sem contrações uterinas dolorosas, com menos de 26 semanas, acredita-se que a circlagem tem sua indicação.

Não existe qualquer dado sobre gestações múltiplas com mais de dois conceptos e circlagem profilática.<sup>6</sup>

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Calandra D, Valle ED, Olivares DJ, Regueira CD, Mormandi OJ. Aborto estudio clínico, psicológico, social y jurídico. Buenos Aires; Panamericana, 1973.
2. Green-Armytage VB. Habitual abortion. *Gynecol Prat* 1958; 9:7-11.
3. Stromme WB. Control of premature labor. In: Gordon RG, Stromme WB. Operative obstetrics. 3<sup>rd</sup> ed. New York: Appleton-Century-Crofts. Chap.5, p.153.
4. Greenhill JP. Spontaneous abortion. In: Greenhill-Friedman. Biological principles and modern practice of obstetrics. Philadelphia: W. B. Saunders; 1974. P.372
5. Cunningham FG. Abortamento. In: Cunningham, MacDonald, Gant, Leveno, Hankins, Clark. Williams obstetricia. 20<sup>o</sup> ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997. P.514
6. Mattar R, Matheus ED, Amed AM, Camano L. Assistência à insuficiência istmocervical. *Femina* 1997; 25:51-3.
7. Lippi UG, Mossa A, Ogata AJN, Garcia SAL, Grabert HH. Circlagem do colo uterino por via transabdominal: relato de dois casos. *Rev Paul Med* 1989; 107:189-90.
8. Scarantino SE, Reilly JG, Moretti ML, Pillari VT. Laparoscopic removal of a transabdominal cervical cerclage. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182:1086-8.
9. Guariento A, Delascio D. Obstetricia operatória. 2<sup>a</sup> ed. São Paulo: Sarvier; 1979.
10. Pontes MD. Abortamento habitual. In: Neme B. Patologia da gestação. São Paulo: Sarvier; 1988.
11. Kurup M, Goldkrand JW. Cervical incompetence: elective, emergent, or urgent cerclage. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181:240-6.
12. Poblete JA, Carvalho I, Schulín-Zeithen C, Hananias N, Enriquez R, Oyarzún E. Cerclaje electivo y resultado perinatal. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1998; 63:451-4.
13. Neme B. Obstetricia básica. São Paulo: Sarvier, 1984
14. Palmer R. A propos de 81 cas d'operations pour avortement à répétition. *Bull Féd Soc Gynécol Franç* 1961; 13:328-31.
15. Locatelli A, Vergani P, Bellini P, Strobelt N, Arreghini A, Ghidini A. Amnioreduction in emergency cerclage with prolapsed membranes: comparison of two methods for reducing the membranes. *Am J Perinatol* 1999; 16:73-7.
16. Gross BH, Callen PW. Ultrasonido del útero. In: Callen PW. Ultrasonografía en obstetricia y ginecología. Buenos Aires: Panamericana, 1985.
17. Marder SJ, Jackson M. Sonographic assessment of the incompetent cervix during pregnancy. *Sem Roentgenol* 1999; 1:35-40.
18. Hricak O, Virgil DA, Ixquierdo L, Schiff M, Curet LB. Cervical incompetence: preliminary evaluation with MR imaging. *Radiology* 1990; 174:821-6.
19. Maldjian C, Adam R, Pelosi M, Pelosi M 3<sup>rd</sup>. MRI appearance of cervical incompetence in a pregnant patient. *Magn Reson Imaging* 1999; 17:1399-402.
20. Palmer R. Le role de la beance del istme uterine dans l'avortement habitues. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1950; 45:218.
21. Norwitz ER. Circlagem. In: Frederickson HL, Wilkins-Haug L. Segredos em ginecologia e obstetricia. 2<sup>a</sup> ed. Porto Alegre; Artmed; 1997. P.343.
22. Althuisius SM, Dekker GA, van Geijn HP, Hummel P. The effect of therapeutic McDonald cerclage on cervical length as assessed by transvaginal ultrasonography. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180:366-70.
23. Aarts JM, Brons JT, Bruinse HW. Emergence cerclage: a review. *Obstet Gynecol Surv* 1995; 50:459.
24. Schorr SJ, Morales WJ. Obstetric management of incompetent cervix and bulging membranes. *J Reprod Med* 1996; 41:235.
25. Kaser O, Ikle FA, Hirsch HÁ. Atlas de operaciones ginecológicas. 3<sup>a</sup> ed. Barcelona: Toray; 1975.
26. O'Connor S, Kuller JA, McMahon MJ. Management of cervical cerclage after preterm rupture of membranes. *Obstet Gynecol Surv* 1999; 54:391-4.
27. Barter RH, Dusabek JA, Tyndal CM, Erkenbeck RV. Further experiences with the Shirodkar operation. *Am J Obstet Gynecol* 1963; 85:792.
28. Dor J, Shalev J, Mashiac S. Elective cervical suture of twin pregnancies diagnosed ultrasonically in the first trimester following induced ovulation. *Gynecol Obstet Invest* 1982; 13:55-60.
29. Reiffenstuhel G, Platzer W. Atlas of vaginal surgery. Surgical anatomy and technique. Philadelphia: W.B. Saunders; 1975. V.2.
30. Silva JLP, Surita FGC. Abortamento espontâneo. In: Neme B. Obstetricia básica. 2<sup>a</sup> ed. São Paulo: Sarvier; 2000. Cap.64.
31. Mattar R, Amed AM, Camano L. Insuficiência istmocervical. In: Prado FC, Ramos JA, Valle JR. Atualização terapêutica. 19<sup>a</sup> ed. São Paulo: Artes Médicas; 1999. P.892-3.
32. Jams JD, Goldenberg RL, Meis PI. The lenght of the cervix and the risk of spontaneous premature delivery. *N Engl J Med* 1996; 334:567-72.
33. Lash FA. The incompetent internal os of the cervix: diagnosis and treatment. *Am J Obstet Gynecol* 1960; 79:552-6.
34. Shiffman RL. Continuous low-dose antibiotics and cerclage for recurrent second-trimester pregnancy loss. *J Reprod Med* 2000; 45:323-6.
35. Mays JK, Figueroa R, Shah J, Khakoo H, Kaminsky S, Tejani N. Amniocentesis for selection before rescue cerclage. *Obstet Gynecol* 2000; 95:652-5.



- cerclage. *Obstet Gynecol* 2000; 95:652-5.
36. Arias F. Cervical cerclage for the temporary treatment of patients with placenta previa. *Obstet Gynecol* 1988; 71:545-8.



## Versos de Natal

Espelho, amigo verdadeiro,  
Tu refletas as minhas rugas,  
Os meus cabelos brancos,  
Os meus olhos míopes e cansados.  
Mas se fosses mágico,  
Penetrarias até ao fundo desse homem triste,  
Descobririas o menino que sustenta esse homem,  
O menino que todos os anos na véspera do Natal  
Pensa ainda em por seus chinelinhos atrás da porta.

*Manuel Bandeira*

Uma vida de beleza, alegria,  
tranquilidade - para todos  
nós - é o que deseja a  
Comunidade do CCMB e  
Hospital Santa Lucinda

Arte: Susan Rodrigues