

CERCLAJE CERVICOÍSTMICO LAPAROSCOPICO

López Martínez, Consuelo; Sánchez-Bolea, Tomás; Madrid Gómez de Mercado, M^a Dolores; Manzano Roldán, Andrea; Martínez-Espejo Cerezo, Alicia; Martínez Gómez, Ana; Martínez Real, M^a Consuelo; Muelas Párraga, Eva.

INTRODUCCIÓN

Está indicado en embarazo de feto único o deseo de embarazo en pacientes con al menos dos antecedentes de aborto tardíos o partos pre términos entre las 16-34 semanas, con al menos un episodio de cerclaje preventivo o terapéutico vía vaginal o por macizo cervical demasiado reducido después de una conización.

CASO CLÍNICO

AP: 31 años. No AMC. Conización por CIN III a los 24 años.

AGYO: Menarquia: 11 años; FM: 7/28. G4P2A2:

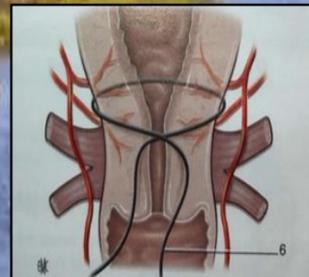
- Aborto de 9s.
- Parto inmaduro 22s 2013 por RPM. Feto mortinato.
- Parto inmaduro 25s 2014. Realización en dos ocasiones cerclaje vaginal (T. Shirodkar): 1º C. profiláctico en 15s y 2º C. terapéutico en 19s por persistencia de "funneling". RPM y amnionitis en 24s. Parto eutócico con 760 gr, recién nacido vivo y actualmente sano.
- Aborto tardío 18s 2015. Doble cerclaje vaginal profiláctico mediante T. Shirodkar. RPM en semana 18 y se retira el cerclaje.

En Noviembre de 2016 cerclaje abdominal cervicoistmico por laparoscopia profiláctico ya que desea embarazo siendo su cérvix es de 7mm y teniendo un aborto tardío y dos partos inmaduros. Embarazo en Enero de 2017.

- Embarazo de curso normal y ecografías normales.
- Controles LC: 16s, 38mm. 18s, 26mm. 20+2s, 28mm. 22+2s, 35mm. 24+6s, 32mm. 25+2, 24mm. 31+6s, 19mm.
- En 35+1s cérvix borrado, PEF 2656gr (p53), se programa cesárea en semana 37 previa maduración pulmonar en semana 35+6.
- Cesárea en semana 37+1 el 25/09/2017, nace vivo varón de 2420gr con Apgar 9/10.

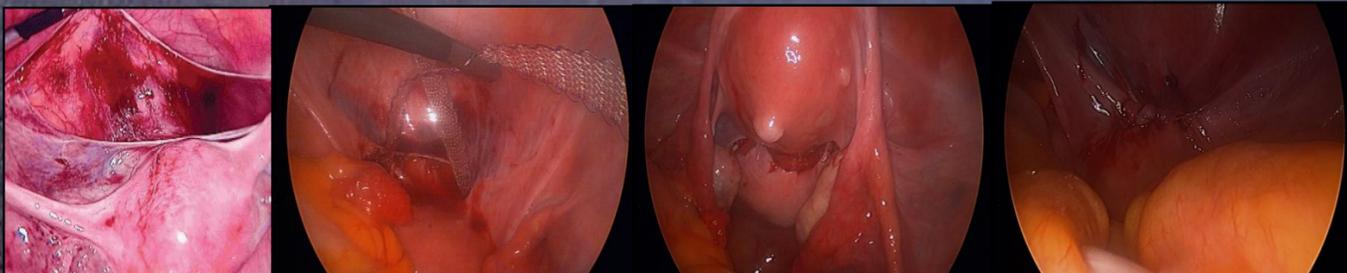
TÉCNICA DE CERCLAJE CERVICOITSMICO

Descrito en 1965 por Benson y Duffee, consiste en colocar un cerclaje entre las ramas ascendentes y descendentes de la arteria uterina a nivel de la unión entre el cuello y el cuerpo.



Colocación de movilizador uterino, con cazoleta de 2 cm de profundidad. Entrada a cavidad abdominal con 4 puertos laparoscópicos. Apertura plica vesico-uterina con despegamiento de vejiga hasta borde superior de cazoleta.

Apertura de peritoneo posterior, hasta borde posterior de cazoleta. Apertura de ambas hojas de ligamento ancho. Disección del espacio comprendido entre las ramas ascendente y descendente de la arteria uterina, a nivel de la unión entre el cuello y el cuerpo del útero, traccionando del útero hacia arriba para exponer la región y tensar los vasos. Este espacio se tuneliza bajo los vasos en sentido lateral. Se pasará la cinta de polipropileno desde atrás hacia delante en ambos lados una vez alcanzado el espacio avascular con disectores, abrazando el istmo uterino y dejando por fuera el paquete vascular. Se anuda la cinta en cara anterior. Cierre con peritonización de plica vesico-uterina.



CONCLUSIONES

El cerclaje abdominal es una buena opción terapéutica para las pacientes con incompetencia ístmocervical resistente al tratamiento con cerclaje cervical por vía vaginal o en casos de cérvix prácticamente inexistente. En este caso en específico ya se habían realizado cerclajes por vía vaginal en dos embarazos previos finalizando en parto inmaduro y en aborto tardío. Este cerclaje abdominal ha permitido finalizar el embarazo a término con un niño sano.