

Incompetência istmo cervical: relato de caso

Isthmus-cervical incompetence: case report

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 é entidade obstétrica caracterizada por fraqueza congênita ou adquirida na junção do orifício interno cervical e o segmento inferior, culminando, muitas vezes, em protrusão e/ou rotura das membranas fetais antes do termo. Relata-se caso de incompetência istmo-cervical manifestando-se por abortamentos de repetição (três episódios), sendo o último presenciado no serviço de ginecologia do Hospital Risoleta Tolentino Neves com tentativa de cerclagem de urgência.

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. This is a case study of cervical insufficiency characterized by repetitive abortions (three episodes), being that the last one was witnessed at the obstetrics and gynecology service of the Risoleta Tolentino Neves hospital, with an attempt to make an emergency cerclage.

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

INTRODUÇÃO

A insuficiência istmo-cervical (IIC) é definida como fraqueza na junção do orifício interno cervical e o segmento inferior. Evolui para esvaecimento e cérvico-dilatação indolor durante o segundo trimestre, com posterior protrusão e rotura das membranas fetais. Atinge em torno de uma em cada 1.000 mulheres e, se não for efetivamente tratado, tende a se repetir em gestações subsequentes.¹

É classificada em primária, quando de origem congênita; secundária a traumas prévios na região istmo-cervical; e, ainda, funcional, em que somente no período gestacional é possível perceber alterações istmo-cervicais.² Pode também ser classificada de acordo com a abordagem terapêutica no momento do diagnóstico, sendo definida como: eletiva, emergencial ou de urgência.²⁻⁶

O diagnóstico da insuficiência deve ser realizado, preferencialmente, fora da gestação, com base principalmente na anamnese, com enfoque na história gineco-

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

-obstétrica.^{1,2} O toque digital do colo com sua caracterização seriada ainda é o principal exame para rastreamento e posterior propeidêutica auxiliar e durante a gestação é representado pela ultrassonografia.^{3,4} Por seu intermédio, o comprimento do colo é medido, sendo o ponto de corte atual em torno de 20 mm, medido entre 22 e 24 semanas.⁵

O tratamento da IIC é cirúrgico, com realização da cerclagem. Visa à prevenção de parto pré-termo e abortamento. O momento adequado para sua realização situa-se entre 12 e 16 semanas de gestação.^{1,6} É frequente, entretanto, a necessidade da abordagem de emergência.⁶ Entre as complicações mais comuns, destaca-se a rotura de membranas, que pode ocorrer durante ou após o procedimento.^{3,6}

RELATO DE CASO

Paciente de 18 anos, G3P0A2, com idade gestacional de 19 semanas e cinco dias calculada a partir da data da última menstruação, compareceu ao Pronto-Atendimento do Hospital Risoleta Tolentino Neves com descrição de dor abdominal e sangramento vaginal. Relatou primeira gestação há dois anos, evoluindo com abortamento incompleto por volta de três meses de idade gestacional; segunda gestação há um ano, evoluindo com abortamento incompleto aos dois meses de idade gestacional. Foi submetida, em ambos os episódios, à curetagem uterina sem intercorrências. Apresentou cartão de pré-natal sem intercorrências gestacionais, tendo realizado todos os exames da rotina básica do pré-natal.

O exame físico revelou bom estado geral, dados vitais sem anormalidades, altura uterina de 20 cm, com 130 batimentos cardíacos por minuto. O exame especular evidenciou colo posterior dilatado 2 cm e bolsa totalmente herniada na vagina.

A ultrassonografia vaginal revelou idade gestacional de 19 semanas e quatro dias, feto ativo, vivo, com 299 gramas, placenta corporal anterior, líquido amniótico normal. Foram realizados os seguintes exames complementares: VDRL não reator, hemoglobina 10,9 g/dL, hematócrito 33,9%, leucócitos totais 7.650/mm³, 0% de bastonetes, plaquetas 225.000/mm³, proteína C reativa inferior a 3 mg/dL, urina rotina normal, Gram de gota urinária com raros bastonetes Gram-positivos.

Foi mantida, inicialmente, em repouso relativo no leito. A paciente e seu companheiro foram informados sobre a possibilidade de IIC e sobre a possibilida-

de de tentativa de redução da bolsa amniótica e cerclagem uterina de urgência. Foram ainda advertidos da pequena possibilidade de sucesso, com alto risco de rotura amniótica durante o ato e evolução para abortamento, além do risco de infecção intrauterina. Após todas as orientações pertinentes, a paciente e seu companheiro optaram por tentar o procedimento.

Cerca de 10 horas após a admissão, foi levada ao bloco obstétrico para tentativa de cerclagem uterina. A bolsa encontrava-se herniada, tensa, com partes fetais em seu interior; colo uterino com 5 cm de dilatação. O procedimento evoluiu com amniorrexe na mesa de cirurgia e expulsão de feto morto, masculino, com 290 gramas. Ocorreu dequitação espontânea da placenta, aparentemente com 50% de área de descolamento.

Realizada curetagem uterina sob anestesia geral, com retirada de moderada quantidade de restos placentários enviados para exame anatomopatológico, juntamente com o feto. O ato transcorreu sem intercorrências, com sangramento habitual. Realizada antibioticoterapia profilática em razão da manipulação uterina maior que o habitual.

A paciente e seu acompanhante foram informados da necessidade de cerclagem uterina em gestação futura.

DISCUSSÃO

A IIC foi diagnosticada pela história gineco-obstétrica desfavorável e pelo exame físico no momento da consulta (presença de colo com 2 cm e de dilatação e bolsa herniada em fase gestacional precoce). Tratava-se de IIC emergencial, com evolução inevitável para abortamento, na ausência de abordagem cirúrgica.

A princípio, optou-se pela internação e adoção de medidas preventivas, que evitariam a progressão da dilatação cervical. Priorizou-se, também, o esclarecimento à paciente e ao seu companheiro quanto aos riscos do procedimento cirúrgico, que, no caso, seria a opção terapêutica de escolha.

A paciente não havia sido orientada acerca do abortamento anterior e não houve investigação quanto à sua causa, uma vez que apenas uma gestação anterior evoluiu para abortamento espontâneo. Apesar disso, no momento da admissão, os exames físicos e complementares realizados foram capazes de direcionar para o diagnóstico provável, permitindo abordagem rápida e eficaz.

O intervalo de tempo entre o diagnóstico e a realização da cerclagem de emergência é inversamente proporcional à sua eficácia. Nesse caso, esse tempo foi de 10 horas. A cirurgia culminou na rotura de membranas no bloco cirúrgico, com abortamento. Essa complicação é frequente e foi previamente explicada à paciente e ao companheiro. Além disso, a antibioticoprofilaxia foi iniciada, para que possíveis infecções fossem evitadas. A curetagem com esvaziamento completo da cavidade uterina objetivou a resolução da gestação em questão.

É fundamental acompanhar a evolução da paciente cuidadosamente, evitando próxima gestação nos próximos seis meses, com realização de abordagem terapêutica antes da gravidez subsequente. O pré-natal deve ser feito de maneira cuidadosa, para que possíveis complicações sejam diagnosticadas e abordadas precocemente. O cuidado com o abortamento espontâneo não se limita à sua resolução, mas ao entendimento do que o causou e como propiciar cuidados em sua prevenção em outras oportunidades.

REFERÊNCIAS

1. Rodrigues LC, Mattar R, Camano L. Caracterização da gravidez com insuficiência istmocervical. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2003; 25(1):29-34.
2. Palma-Dias RS, Fonseca MM, Stein NR, Schmidt AP, Magalhães JA. 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.
3. 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.
4. 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.
5. Harger JH. Cerclage and cervical insufficiency: an evidence-based analysis. *Obstet Gynecol.* 2002; 100(6):1313-27.
6. Rozas A, Sampaio Neto L. Incompetência Cervical. *Rev Fac Ciênc Méd.* 2003; 5(2):1-9.