

Trabajos Originales

Cerclaje Cérvico-Ístmico Transabdominal: Experiencia de 30 años

Mauricio Besio R.¹ Matías Fica F.² Mónica Theodor D.¹

¹ División de Obstetricia y Ginecología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

² Interno de Medicina, Escuela de Medicina, Universidad de Santiago de Chile.

RESUMEN

Introducción: se define incompetencia cervical como la incapacidad del cuello uterino de retener una gestación en el segundo trimestre, en ausencia de contracciones uterinas. El cerclaje cervical es la intervención que ha demostrado utilidad en el tratamiento de la incompetencia cervical. La principal vía utilizada para cerclaje es la vaginal, sin embargo existe un grupo de pacientes en el que ésta no es posible y debe realizarse un abordaje transabdominal. Este trabajo muestra los resultados y experiencia de 30 años en la instalación de cerclaje por vía abdominal abierta. Se realiza una revisión de la literatura y se discuten sus indicaciones, resultados y complicaciones. Además se analiza la técnica quirúrgica, especialmente las variantes de ella y el momento de realizar la intervención.

Métodos: se revisaron datos de 20 pacientes a las que se realizó cerclaje transabdominal, desde el año 1985 hasta la fecha. En todas las cirugías participó el autor principal de este artículo.

Resultados: las intervenciones se realizaron entre las 8 y 18 semanas de gestación. Las causas principales fueron la imposibilidad de realizar un cerclaje por vía vaginal, debido a ausencia de cuello por conizaciones amplias o repetidas y amputaciones cervicales o fracaso de cerclajes por vía vaginal previos. Las 20 pacientes tuvieron 23 embarazos, 20 partos (16 mayores de 37 s. y 4 mayores de 34 s.) y 3 abortos. Se obtuvo un 87% de sobrevida fetal.

Conclusiones: la utilización de esta técnica es útil en pacientes con imposibilidad de cerclaje por vía vaginal o en fracasos de cerclajes vaginales previos. La literatura revisada no muestra diferencias estadísticamente significativas entre los procedimientos realizados previos o durante la gestación, ni tampoco si se realiza mediante laparoscopia o cirugía abierta.

PALABRAS CLAVE: Incompetencia cervical, Cerclaje transabdominal, cerclaje ístmico-cervical.

SUMMARY

Introduction: cervical incompetence is defined as the inability of the cervix to retain a pregnancy in the second trimester, in the absence of uterine contractions. Cervical cerclage is the intervention that has proven its usefulness in the treatment of cervical incompetence. The main route used for cerclage is vaginal, however there is a group of patients in which this is not possible and a transabdominal approach must be performed. This work shows the results and experience of 30 years in the installation of cerclage by abdominal open route. A review of the literature is made and its indications, results and complications are discussed. In addition, the surgical technique is analyzed, especially its variants and the moment of performing the intervention.

Methods: data from 20 patients who underwent a transabdominal cerclage from 1985 to date were reviewed. In all the surgeries, the main author of this article participated.

Results: the interventions were performed between 8 and 18 weeks of gestation. The main causes were the impossibility of performing a cerclage by vaginal route due to absence of the cervix by extensive or repeated conizations and cervical amputations or failure of previous cerclage by vaginal route. The 20 patients had 23 pregnancies, 20 deliveries (16 over 37 w. and 4 over 34 w.) and 3 abortions. 87% of fetal survival was obtained. Conclusions: the use of this technique is useful in patients with inability to cerclage vaginally or in failures of previous vaginal cerclages. The literature reviewed does not show statistically significant differences between the procedures performed before or during pregnancy, nor whether it is performed by laparoscopy or open surgery.

KEY WORDS: cervical incompetence, Transabdominal cerclage, cervico-isthmic cerclage.

INTRODUCCIÓN

La incompetencia cervical es una de las causas conocidas de nacimiento de prematuros extremos y de morbimortalidad asociada a las complicaciones de su inmadurez. El concepto o definición de incompetencia cervical es "la incapacidad del cuello uterino de retener una gestación en el segundo trimestre en ausencia de contracciones uterinas"⁽¹⁾.

El mejor criterio que tenemos para detectar esa condición en una mujer es una historia de abortos en el segundo trimestre de gestación, con una dilatación "silenciosa" del cuello uterino, en ausencia de contracciones, con expulsión subsecuente de la gestación y en ausencia de otras patologías como sangrado, infección o malformaciones fetales. Otros criterios y pruebas diagnósticas como la permeabilidad del conducto cervical, probado con dilatadores o imágenes radiológicas, previo al embarazo, no han demostrado mayor utilidad que la historia obstétrica. Desgraciadamente, eso deja fuera del alcance terapéutico, salvo medidas de salvataje, a pacientes que presentan esta patología en su primera gestación.

Esta patología se presenta entre el 0,5 a 1% de los embarazos ^(2, 3,4). La mejor manera que tenemos para manejar esta condición es la detección precoz de ella. El cerclaje cervical es una intervención que ha demostrado su utilidad en el tratamiento de la incompetencia cervical entendida de esta manera clásica. No ha sido tan clara su eficacia cuando se integran a su concepto otras condiciones, como la historia de parto prematuro o rotura prematura de membranas, patologías que pudieran tener como etiología factores múltiples ⁽⁵⁾.

Existen sin embargo, algunas pacientes con incompetencia cervical claramente establecida por su

historia obstétrica, en las cuales es imposible realizar un cerclaje cervical por vía vaginal. Son aquellas pacientes con amputación de cuello uterino, conización extensa, o desgarros cervicales profundos. Existe también un grupo de pacientes en las que ya ha fracasado esa intervención vía vaginal en embarazos anteriores. Hay otras pacientes que presentan patologías asociadas que no corresponden a incompetencia cervical propiamente tal, pero que condicionan también pérdidas de segundo trimestre y no son susceptibles de tratar con un cerclaje por vía vaginal, entre éstas se encuentran mujeres con malformaciones uterinas o fístulas útero-vaginales.

Para estas pacientes, Benson y Durfee en 1965⁽⁶⁾, describieron la instalación de un cerclaje a nivel ístmico-cervical, el cual necesariamente debe ser instalado por vía abdominal. Esta técnica ha demostrado su utilidad en aquellas pacientes como las descritas anteriormente, en las cuales no se puede instalar un cerclaje por vía vaginal o se puede predecir razonablemente su futilidad. Debemos recordar aquí que la instalación de un cerclaje por vía vaginal es más fácil, tiene menos riesgos y no requiere de una cesárea para resolver el parto.

Han aparecido durante los últimos años algunas variaciones a la técnica original. Una de ellas es el momento de efectuar la intervención, es decir previo a la gestación, y la otra es la utilización de la laparoscopia, tanto pre como post-concepcional. Otra modificación menor pero no poco relevante es evitar la disección de los vasos uterinos para instalar la cinta.

La eficacia del cerclaje transabdominal ha sido demostrada comparando la historia obstétrica previa de la paciente con el desenlace de sus embarazos posteriores a la intervención (Seppala y Vara, 1971) ⁽⁷⁾. Existen varias series de pacientes tratadas con esta

modalidad desde el año 1965 y todas con eficacia significativa; sin embargo por lo acotado de las indicaciones, no son series muy numerosas y por lo tanto los centros con experiencia no son frecuentes en cada país. Además el procedimiento no está exento de complicaciones, que pueden ser severas y muchas veces los resultados adversos no son publicados. Es por ello éticamente relevante que cada centro o cada profesional que tiene alguna experiencia con la técnica, publique sus resultados.

Este trabajo tiene como objetivo mostrar la experiencia de esta técnica por vía abdominal abierta, en 20 pacientes, en el transcurso de 30 años de experiencia clínica del autor, desde la publicación del primer caso en esta revista el año 1986. En general, las series publicadas reflejan la realización de estas intervenciones por un sólo profesional en cada una de las formas de instalación del cerclaje. Esto debido a los pocos centros de referencia que se establecen, por el también reducido número de indicaciones para esta intervención⁽⁸⁾. Un segundo objetivo es realizar una revisión crítica de las variantes de este procedimiento.

MATERIAL Y MÉTODO

El año 1985 el primer autor realizó el primer cerclaje abdominal en la ciudad de Arica⁽⁹⁾. Hasta la fecha se han practicado 20 cerclajes transabdominales, por cirugía abierta y todos post-concepcionales, 13 de ellos fueron ya reportados⁽¹⁰⁾. En todas las cirugías participó el autor principal.

Las indicaciones de la cirugía fueron: la imposibilidad de realizar un cerclaje por vía vaginal, debido a ausencia de cuello por conizaciones amplias o repetidas y amputaciones cervicales (12 casos), fracaso de cerclajes por vía vaginal previos (7 casos) y fístula cérvico-vaginal (1 caso).

Se efectuó el procedimiento a 20 pacientes. La edad promedio de las pacientes fue 34 años y la mediana del momento en el que se realizó el procedimiento fue 14 semanas, con un rango entre 8 y 18 semanas de gestación.

Hemos destacado dos casos misceláneos; un caso de fístula cérvico-vaginal con fracaso de corrección quirúrgica y un caso de útero doble con historia de abortos a repetición y fracaso de cerclajes por vía vaginal. En la tabla I y II se resumen los datos clínicos relevantes.

Técnica quirúrgica.

En los primeros casos se siguió fielmente la técnica descrita por Mahran⁽¹¹⁾, que es una modificación de la publicada por Benson y Durfee⁽⁶⁾ y que se detalla a continuación: bajo anestesia general o regional, se realiza laparotomía, se incinde transversalmente el peritoneo en la reflexión útero-vesical, exponiendo el istmo uterino. Se pasa la cinta de Mersilene con aguja montada en ambos extremos (Cervix-SetTM), fijándola en el espesor del istmo. Se identifican mediante palpación los vasos uterinos de un lado, sin disecarlos (a diferencia de Benson), pasando la aguja desde anterior a posterior, medial a los vasos uterinos a nivel de la división de la arteria uterina en rama ascendente y descendente y emergiendo en la parte posterior a nivel de la inserción del ligamento útero-sacro. Se repite la maniobra al otro lado, anudando la cinta en la parte posterior, seccionándola a unos 3 cm. del nudo. Finalmente se procede al cierre de la laparotomía. En los últimos casos se abandonó la fijación de la cinta en el istmo y se hizo indiferente la dirección del paso de la aguja, anudándose la cinta a veces anterior y otras posteriormente al útero, según la facilidad técnica.

RESULTADOS

Hubo 23 embarazos registrados en las 20 pacientes; 16 partos de término, 4 partos de pretérmino entre las 34 y las 36 semanas, y 3 abortos. En tres pacientes se constató un segundo embarazo; una paciente que abortó después del procedimiento tuvo un embarazo exitoso ulterior (caso 15) y dos pacientes tuvieron un segundo embarazo (casos 1 y 13), también con buen resultado. Todos los partos se resolvieron mediante una cesárea y no tenemos información de embarazos sucesivos en las otras.

La tasa de sobrevivencia fetal fue de 87% (20/23 embarazos) según criterio de Seppala y Vara (porcentaje de recién nacidos sobrevivientes respecto al número total de embarazos después del procedimiento)⁽⁷⁾. Las pacientes con el procedimiento, tuvieron 20 hijos vivos sobrevivientes (16 de término y 4 de pretérmino) y 3 abortos. Antes del procedimiento presentaban 7 hijos sobrevivientes (2 partos de término y 13 de pretérmino con 8 neomortinatos) y 29 abortos. El contraste es evidente con la tasa previa a esta intervención, según el criterio de Seppala y Vara de un 17%.

Las pérdidas fueron las siguientes: una paciente desarrolló corioamnionitis clínica a las 21 semanas, con membranas íntegras, que requirió la interrupción del embarazo (caso 6); otra paciente a las 13 semanas, durante el procedimiento, presentó rotura de membranas (caso 11); se decidió conducta expectante con mantención del cerclaje, desarrolló corioamnionitis clínica a las 20 semanas con muerte fetal y sepsis materna que requirió histerectomía⁽¹⁰⁾. La tercera fue un aborto a las 14 semanas, a través del cerclaje transabdominal (caso 15). Es la paciente que presentó un embarazo exitoso posteriormente con el mismo cerclaje. No tuvimos otras complicaciones significativas.

DISCUSIÓN

Esta serie muestra buenos resultados en pacientes con condiciones no susceptibles de tratar con la instalación de un cerclaje por vía vaginal, y comparable con las series publicadas. Tuvimos 3 abortos, de 14, 20, y 21 semanas (dos espontáneos y uno indicado por corioamnionitis clínica), una complicación severa materna con riesgo vital y necesidad de histerectomía. Uno de los abortos fue relacionado directamente por el procedimiento (caso 11) y fue el causante de la complicación materna. Se produjo al instalar la cinta demasiado medial, intentando evitar vasos varicosos del lado izquierdo del útero, provocándose una rotura ovular. A pesar de ello se decidió reinstalar la cinta. La paciente evolucionó inicialmente bien, pero posteriormente desarrolló una corioamnionitis clínica 6 semanas después, con óbito fetal, shock séptico que requirió histerectomía. Fue dada de alta en buenas condiciones.

Otro aborto fue una paciente con mala historia obstétrica y fracaso de cerclaje vaginal. Se realizó el procedimiento a las 8 semanas, evolucionó bien hasta las 21 semanas donde se constató corioamnionitis clínica, que requirió interrupción del embarazo (caso 6).

El tercer aborto (caso 15), fue una paciente con historia de abortos de segundo trimestre y portadora de pólipos endometriales recurrentes de gran tamaño. Fracásó un cerclaje por vía vaginal. Al embarazo siguiente se realizó uno por vía transabdominal a las 11 semanas y abortó sin retirar la cinta. Presentó posteriormente otro embarazo con buen resultado.

Este procedimiento ha logrado establecer su utilidad en los 50 años desde que se realizó por

primera vez. Sin embargo, a pesar que su aplicación es más eficiente que su contraparte el cerclaje vaginal, en términos de lograr una mejor sujeción del embarazo, por su instalación ístmica,^(12,13) no se deben olvidar algunos hechos: es una técnica con mayores riesgos, dados por la dificultad de instalar la cinta en un territorio anatómico complejo y la necesidad de dos procedimientos quirúrgicos; su instalación y una posterior cesárea para resolver el parto.

Es importante mencionar que la complicación intraoperatoria más frecuente asociada al cerclaje cérvico-ístmico transabdominal es el sangrado, por daño de los vasos uterinos al momento de colocar la cinta entre ellos y el istmo del útero. Este riesgo se atenúa al evitar la disección de los vasos uterinos, instalando la cinta según la técnica descrita por Mahran^(11,14), como se puede comprobar al comparar los trabajos que utilizan una y otra maneras de colocar la cinta^(15,16).

En esta serie no tuvimos complicaciones hemorrágicas. En algunos casos se requirió colocar puntos a vasos venosos y en ninguno fue necesaria una transfusión sanguínea. El mal resultado del caso 11, nos enseñó a descartar la reinstalación de la cinta al provocar una rotura ovular. Felizmente no hemos repetido esa situación.

En los últimos casos, hemos incorporado el estudio de infecciones genitales, que recomendamos. Es posible que la corioamnionitis de la paciente del caso 6 se haya podido evitar con esa medida.

Es necesario analizar, además, las dos variantes que se han introducido en los últimos años; la instalación de la cinta antes de un futuro embarazo, en pacientes con indicación para ello y la utilización del laparoscopio para realizar el procedimiento.

En general, la comparación de la tasa de nacidos vivos entre los cerclajes transabdominales realizados durante el segundo trimestre por vía laparoscópica versus la laparotomía, no han demostrado una diferencia estadísticamente significativa^(17, 18). Por otro lado, su realización preconcepcional por vía laparoscópica versus la laparotomía tampoco. Las tasas de fracaso del procedimiento realizado durante el segundo trimestre por laparotomía versus la vía laparoscópica y realizados preconcepcionalmente por laparotomía versus la laparoscopia tampoco han demostrado una diferencia estadísticamente significativa⁽¹⁹⁾. Ambas técnicas y en ambos

momentos son entonces comparables y han demostrado gran eficacia en el tratamiento de la incontinencia cervical en las indicaciones comentadas anteriormente.

La instalación de la cinta de manera pregestacional tendría la gran ventaja de la utilización de la laparoscopia, con menor tiempo de hospitalización y una mejor exposición de los vasos uterinos sin la presencia de un útero grávido. A la vez, tendría la dificultad de la incertidumbre, el realizar un procedimiento sin la seguridad de un embarazo posterior o que éste no sea viable.

La instalación postconcepcional, en cambio, aseguraría una gestación viable y sería más aceptable para una paciente por poseer una necesidad segura y no probable. En esta situación pareciera que la vía abierta tiene la ventaja de mejor acceso al segmento uterino bajo y su manipulación⁽¹⁹⁾. Ventaja reportada por los autores de este trabajo, al permitir la instalación de una cinta en gestaciones de hasta 18 semanas, que difícilmente se lograría mediante una laparoscopia. Por otro lado, la instalación postconcepcional conlleva el riesgo de pérdida fetal por rotura ovular, como ocurrió en un caso de esta serie, y mayor pérdida sanguínea si se disecan los vasos, variante evitada en este estudio y que sería necesaria mediante la laparoscopia. Los estudios muestran una leve tendencia a un mejor resultado perinatal, mediante la cirugía postconcepcional abierta⁽¹⁷⁾, lo que según los autores inclinarían la balanza hacia esta vía. Considerando además, que la paciente de todas formas requerirá una laparotomía para resolver el parto, agregando a esa cicatriz, las propias de las punciones. Las complicaciones reportadas en la vía abierta durante el segundo trimestre fueron principalmente las pérdidas sanguíneas mayores a 400 ml. (2.97% a 21.7%)⁽¹⁹⁾, lo cual no se presentó en esta serie de casos, lo que probablemente sea por evitar la disección de los vasos uterinos.

Con respecto a las pérdidas producidas durante el primer trimestre en las pacientes con cerclaje transabdominal realizados previo al embarazo, estas pueden ser resueltas mediante extracción de los restos ovulares sin producir alteración del cerclaje. Las pérdidas posteriores pueden ser resueltas mediante retiro del cerclaje por vía laparoscópica o colpoceliotomía y extracción de los restos por vía vaginal.

CONCLUSIONES

El cerclaje cervical vía transabdominal es un procedimiento reservado a pacientes con mala historia reproductiva, con fracaso de cerclajes anteriores por vía vaginal, grandes lesiones estructurales del cuello uterino y algunas malformaciones congénitas.

El abordaje abdominal se asocia a mayor morbilidad materna que el cerclaje por vía vaginal, por la situación anatómica donde debe instalarse la cinta y por el doble procedimiento invasivo por vía abdominal (cerclaje y cesárea).

En los casos indicados se logra un buen resultado perinatal. Estos resultados son estadísticamente similares tanto en la instalación de la cinta por vía laparoscópica como abierta y de forma pre y post concepcional.

REFERENCIAS

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 142: Cerclage for the management of cervical insufficiency. *Obstet Gynecol.* 2014;123: 372–379.
2. Shennan A, Jones B. The cervix and prematurity: aetiology, prediction and prevention. *Semin Fetal Neonatal Med* 2004;9: 471-479.
3. Brown R, Gagnon R, Delisle MF. Cervical insufficiency and cervical cerclage. *J Obstet Gynaecol Can.* 2013;35: 1115–1127.
4. Lidgaard O. Cervical incompetence and cerclage in Denmark 1980- 1990. A register based epidemiological survey. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1994;73:35–38.
5. Miranda Víctor, Carvajal Jorge A. Análisis crítico del manejo de la incompetencia cervical. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2003;68(4): 337-342.
6. Benson RC, Durfee RB. Transabdominal cervico-uterine cerclage during pregnancy for the treatment of cervical incompetency. *Obstet Gynecol* 1965; 25: 145-155.
7. Séppala M, Vara P. Standardization of the results of Shirodkar operation. *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl* 1971; 9(Suppl 9): 66.

8. Ades A., May J., Cade T., Umstad M. Laparoscopic transabdominal cervical cerclage: A 6-year experience. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2014; 54: 117-120
 9. Besio M, Fica A. Cerclaje intrabdominal durante el embarazo. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1986; 51: 347-350.
 10. Besio M., Besio C., Cerclaje Cérvico-ístmico transabdominal: serie clínica. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2004; 69(2): 126-132.
 11. Mahran M. Transabdominal cervical cerclage during pregnancy. *Obstet Gynecol* 1978; 52: 502-506.
 12. Zaveri V, Aghajafari F, Amankwah K, Hannah M. Abdominal versus vaginal cerclage after a failed transvaginal cerclage. A systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187(4): 868-872.
 13. Davis G, Berguella V, Tallucci M, Wapner RJ. Patients with a prior failed transvaginal cerclage: a comparison of obstetric outcomes with either trans-abdominal or transvaginal cerclage. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183: 836-839.
 14. Besio M, Fica A, Duque G. Cerclaje transabdominal en el tratamiento de la incompetencia cervical. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1991; 56: 415-418.
 15. Novy MJ. Transabdominal cervicoisthmic cerclage. A reappraisal 25 years after its introduction. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 164: 1635-1642.
 16. Cammarano CL, Herron MA, Parer JT. Validity of indications for transabdominal cervicoisthmic cerclage for cervical incompetence. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 172: 1871-1875.
 17. Ades A., Dobromilsky K, Cheung K, Umstad M. Transabdominal Cervical Cerclage: Laparoscopy versus Laparotomy. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*. Volume 22, Issue 6, September-October 2015, Pages 968-973.
 18. Moawad GN, Tyan P, Bracke T, Abi Khalil ED, Vargas V, Gimovsky A, Marfori C. Systematic Review of Transabdominal Cerclage Placed via Laparoscopy for the Prevention of Preterm Birth. *J Minim Invasive Gynecol*. 2018 Feb; 25(2): 277-286.
 19. Tulandi T, Alghanaim N, Hakeem G, Tan X. Pre and post-conceptual abdominal cerclage by laparoscopy or laparotomy. *J Minim Invasive Gynecol*. 2014; 21: 987-993.
-

Tabla I.

Antecedentes clínicos relevantes de pacientes con cerclaje cérvico-istmico transabdominal.

Casos	Causa	Historia Obstétrica	Tratamiento previo
1	Conización amplia	3 abortos 2° trimestre	2 cerclajes vaginales
2	Amputación cervical	2 abortos 2° trimestre	
3	Conización amplia	3 abortos de 1° y 2° trimestre	
4	Conización amplia	1 parto pretérmino. RPM* 2.100 gr. vivo	1 cerclaje vaginal
5	Aborto provocado, fístula cérvico-vaginal	1 aborto. 1 parto 26 semanas, muerte neonatal	2 intentos de corrección quirúrgica de la fístula
6	Desconocida	3 partos pretérmino con 3 neomortinatos, 3 abortos	1 cerclaje vaginal
7	Dilatación y raspado por aborto, desgarró profundo del cuello	1 parto cesárea a las 38 semanas con cerclaje vaginal. 1 aborto gemelar con cerclaje vaginal a las 24 semanas, RPM e infección ovular (óbitos). 1 aborto retenido de 12 semanas.	2 cerclajes vaginales
8	Conización amplia	1 parto pretérmino 26 semanas, muerte neonatal	
9	Conización amplia	3 abortos de 1° y 2° trimestre. 1 parto cesárea a las 28 semanas, asfixia neonatal, retraso psicomotor	
10	Aborto gemelar de 20 semanas, dilatación mecánica del cuello	1 parto pretérmino de 25 semanas, cesárea RN** vivo. 1 parto vaginal de pretérmino, RPM, óbito	1 cerclaje vaginal
11	Desconocida	2 abortos de 20 semanas. 1 parto pretérmino de 28 semanas. RN vivo	1 cerclaje vaginal reinstalado
12	Útero doble con doble vagina	2 abortos de primer trimestre. Cesárea 32 semanas, cerclaje vaginal, RN vivo. 1 aborto 21 semanas con cerclaje vaginal	2 cerclajes vaginales
13	Amputación cervical	2 abortos 2° trimestre	
14	1 aborto provocado 5 meses. Conización y reconización (cuello ausente)	1 parto pretérmino 26 semanas, neomortinato 810 gr. (antes de cono)	
15	Desconocida Obs. Pólipos endometriales	2 abortos 19 y 16 semanas, el 2° polipectomía y cerclaje vaginal. 1 aborto 14 semanas con cerclaje abdominal	1 cerclaje vaginal
16	Conización y reconización	1 cesárea de término (antes de conización)	
17	Amputación cervical	3 partos término (antes de amputación). 1 parto 25 semanas RPM, neomortinato	
18	Conización y reconización	1 parto 32 semanas (antes de cono) vivo. Cesárea 34 semanas con cerclaje vaginal (antes de 2° cono), vivo	
19	Desconocida	1 parto 24 semanas RPM (fallece a los 2 meses). 1 aborto 23 semanas, con cerclaje vaginal (desgarro)	1 cerclaje vaginal
20	Traquelectomía radical	Primigesta	

*Rotura prematura de membranas

**Recién nacido

Tabla II.

Pacientes con cerclaje cérvico- ístmico transabdominal. Resultados.

Casos	Edad gestacional al cerclaje	Desenlace	Condición del RN al alta
1	9ª semana	2 cesáreas de término	Vivos, sanos
2	18ª semanas	1 cesárea de término	Vivo, sano
3	11ª semana	1 cesárea de término	Vivo, sano
4	13ª semana	1 cesárea de término	Vivo, sano
5	14ª semana	1 cesárea de término	Vivo, sano
6	8ª semana	Infección ovular 21 semanas, cesárea RN* 410gr.	Fallece al nacer
7	14ª semanas	1 cesárea de término	Vivo, sano
8	13ª semana	1 cesárea de término	Vivo, sano
9	15ª semana	1 cesárea 36 semanas, RN de 2600gr.	Vivo, sano
10	13 semanas	1 cesárea de término	Vivo, sano
11	13ª semanas. (rotura ovular, reinstalación cinta)	Aborto de 20 semanas, infección ovular, óbito, sepsis materna, histerectomía	Óbito
12	15ª semanas	1 cesárea de 36 semanas, RN 2700 gr.	Vivo, sano
13	14ª semanas	2 cesáreas de término.	Vivos, sanos
14	15ª semanas	1 cesárea de término	Vivo, sano
15	11ª semanas (aborto, se deja cerclaje)	1 aborto y 1 cesárea de término	1 aborto y 1 RN Vivo y sano
16	18ª semanas	1 cesárea de 34 semanas. RN 2697 gr.	Vivo y sano
17	14ª semanas	1 cesárea de término	Vivo y sano
18	17ª semanas	1 cesárea 35 semanas RN 2110 gr.	Vivo y sano
19	17ª semanas	1 cesárea de término	Vivo y sano
20	11ª semana	1 cesárea de término	Vivo y sano

*Recién nacido