

|                                                                                                    |                                                                                                                                       |                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                   | <p align="center"><b>UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS</b><br/> <b>HOSPITAL DA MULHER PROF. DR. JOSÉ ARISTODEMO PINOTTI CAISM</b></p> |  <p>Doc. Nº 01</p> |
| <p align="center"><b>PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A GESTANTES COM INSUFICIÊNCIA ISTMO CERVICAL</b></p> |                                                                                                                                       | <p>Data de emissão: Ago/2008<br/> Atualização: Set/2020</p>                                           |

## INSUFICIÊNCIA ISTMO CERVICAL

### I – DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de IIC pode ser realizado:

- Diagnóstico **clínico** = ANTECEDENTE (história obstétrica)

Antecedente de pelo menos um episódio de perda gestacional no segundo trimestre ou nascimento pré-termo causado por dilatação cervical indolor, na ausência de agravos aparentes (como infecção, rotura de membranas ou sangramento uterino).

- Diagnóstico **clínico** = EXAME FÍSICO

O quadro clínico se manifesta “tipicamente” com esvaecimento e cérvico-dilatação indolor durante o segundo trimestre (ou nas primeiras semanas do terceiro trimestre), evoluindo com a protrusão da membrana amniótica que pode ser visualizada ao exame especular (através do orifício externo do colo). O quadro pode evoluir para rotura das membranas fetais

- Indicadores diagnósticos = **Ultrassonografia transvaginal** para avaliar o colo uterino: achados de encurtamento ou afunilamento do colo.

O diagnóstico clínico é suficiente para o diagnóstico de IIC. O estudo ultrassonográfico do comprimento do colo uterino via transvaginal (cervicometria) permite presumir o risco de parto prematuro, mas não confirma ou afasta o diagnóstico de IIC, particularmente na ausência de antecedente de prematuridade extrema ou perda gestacional de segundo trimestre, permitindo o diagnóstico diferencial com o quadro de “colo curto”.

|                                                                                                    |                                                                                                                                       |                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                   | <p align="center"><b>UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS</b><br/> <b>HOSPITAL DA MULHER PROF. DR. JOSÉ ARISTODEMO PINOTTI CAISM</b></p> |  <p>Doc. Nº 01</p> |
| <p align="center"><b>PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A GESTANTES COM INSUFICIÊNCIA ISTMO CERVICAL</b></p> |                                                                                                                                       | <p>Data de emissão: Ago/2008<br/> Atualização: Set/2020</p>                                           |

## II –TRATAMENTO

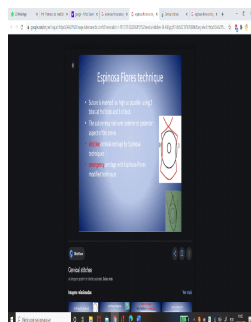
### II.1 - CERCLAGEM UTERINA: tratamento cirúrgico específico.

**Técnicas:** transvaginais = Shirodkar, Palmer, McDonald, Espinosa (modificadas).

**McDonald:** sutura “em bolsa”, não requerer incisões na mucosa vaginal ou mobilização da bexiga, usando fios não absorvíveis (polipropileno número 1 ou 2, nylon monofilamentar, poliéster trançado ou fita Mersilene). A sutura é feita com 4 a 6 pontos posicionados circunferencialmente o mais alto possível, começando na junção cervicovaginal. O nó da sutura é deixado anteriormente e com comprimento suficiente para ser removido ao final da gestação.



**Espinosa (modificada):** é realizada 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 3,0cm (ou fio padronizado no serviço).



|                                                                                                    |                                                                                                                                       |                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                   | <p align="center"><b>UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS</b><br/> <b>HOSPITAL DA MULHER PROF. DR. JOSÉ ARISTODEMO PINOTTI CAISM</b></p> |  <p>Doc. Nº 01</p> |
| <p align="center"><b>PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A GESTANTES COM INSUFICIÊNCIA ISTMO CERVICAL</b></p> |                                                                                                                                       | <p>Data de emissão: Ago/2008<br/> Atualização: Set/2020</p>                                           |

#### **Indicações da cerclagem para gestações únicas:**

- história obstétrica típica de IIC, com ou sem cerclagem prévia.
- achado ultrassonográfico de comprimento cervical <25 mm antes de 24 semanas em mulheres com partos prematuros prévios (<34 semanas), com ou sem afunilamento.
- achados anormais no exame físico (dilatação cervical ao toque vaginal antes de 24 semanas).

Quando realizada durante a gestação, pode ser dividida em cerclagem eletiva (ou profilática) entre 14 e 23 semanas (preferencialmente até as 16 semanas), ou em caráter de urgência.

#### **Conduta prévia à cerclagem:**

- Solicitar ultrassonografia obstétrica com avaliação de translucência nuchal, do comprimento do colo uterino e morfologia fetal;
- Rastrear e tratar vaginites e cervicites;
- Rastrear infecções urinárias/bacteriúria (Urinálise e Urocultura);
- Checar sorologia HIV;
- Coletar PCR para coronavírus com 48h de antecedência da cerclagem eletiva (observação temporária, até surgir a vacina específica, quando, então, isso não será mais necessário);

A cerclagem uterina **não deve ser indicada** com a finalidade de reduzir prematuridade em gestações gemelares ou em situações de colo curto (<25 mm antes de 24 semanas) na ausência de antecedentes obstétricos que justifiquem o procedimento (prematuridade <34 semanas ou quadro de IIC típica). Nesses casos, É indicado o uso de progesterona natural micronizada (200 mg/ dia).

|                                                                                                        |                                                                                                                                       |                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                       | <p align="center"><b>UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS</b><br/> <b>HOSPITAL DA MULHER PROF. DR. JOSÉ ARISTODEMO PINOTTI CAISM</b></p> |  <p>Doc. Nº 01</p> |
| <p align="center"><b>PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A GESTANTES COM<br/>INSUFICIÊNCIA ISTMO CERVICAL</b></p> |                                                                                                                                       | <p>Data de emissão: Ago/2008<br/>Atualização: Set/2020</p>                                            |

Não há indicação do uso rotineiro de tocolíticos, corticosteroides ou antibióticos, embora em algumas situações próximas à viabilidade fetal, o uso de corticosteroide possa ser considerado. Da mesma forma, não há dados que suportem o uso de progesterona após a cerclagem.

## II.2 - CERCLAGEM “DE URGÊNCIA” OU “DE RESGATE”

**Indicação:** dilatação cervical na ausência de outros sinais de trabalho de parto ou descolamento placentário, em gestações com membranas íntegras e sem suspeita de corioamnionite.

**Técnica:** transvaginal. Nessa situação, as membranas amnióticas estão expostas ou até protusas, o que torna a cirurgia tecnicamente mais delicada, podendo haver necessidade de reduzir as membranas para dentro da cavidade uterina, usando chumaço de gaze (embebido em soro fisiológico), balão de sonda de Foley ou amniodrenagem orientada por ultrassonografia no momento da cirurgia.

As **contraindicações** para a realização da cerclagem de urgência são:

- suspeita de corioamnionite;
- feto com alterações de vitalidade ou malformação incompatível com a vida;
- idade gestacional com viabilidade fetal.

Embora haja uma expectativa de prorrogação em torno de 8 semanas na gestação, o que pode levar a maioria dos fetos a atingirem a viabilidade, não há evidências científicas robustas de um claro benefício frente a morbidade materna e riscos perinatais, tornando necessário uma discussão prévia com o casal quanto a riscos e benefícios, com elaboração de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## II.3 - CERCLAGEM GESTACIONAL VIA ABDOMINAL

|                                                                                                      |                                                                                                                                         |                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                     | <p align="center"> <b>UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS</b><br/> <b>HOSPITAL DA MULHER PROF. DR. JOSÉ ARISTODEMO PINOTTI CAISM</b> </p> |  <p>Doc. Nº 01</p> |
| <p align="center"> <b>PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A GESTANTES COM INSUFICIÊNCIA ISTMO CERVICAL</b> </p> |                                                                                                                                         | <p>Data de emissão: Ago/2008<br/>Atualização: Set/2020</p>                                            |

#### Indicações:

- colo congenitamente curto;
- colo amputado cirurgicamente;
- cicatrização e/ou deformação extensa do colo;
- lacerações penetrantes em fôrnices e fístula vaginal;
- cerclagens vaginais prévias sem sucesso.

#### II.4 - CERCLAGEM PRÉ-GESTACIONAL (vaginal ou abdominal)

#### Indicações:

- Antecedente de insucesso em cerclagem uterina prévia;
- Concomitantemente a uma traquelectomia em mulheres com desejo reprodutivo.

**Técnicas:** via transvaginal ou transabdominal, sendo essa última útil (e por vezes a única possível) para as situações de dificuldade ou impossibilidade de acesso ao colo uterino para inserção das suturas, como nos colos amputados ou gravemente lacerados.

#### III – REMOÇÃO DOS FIOS DA CERCLAGEM

Nas gestações não complicadas, a **retirada eletiva dos fios da cerclagem** é recomendada em idades gestacionais de 36 a 38 semanas, num procedimento ambulatorial (sem necessidade de anestesia). Se o planejamento do parto for pelo parto via alta, os pontos podem ser retirados logo após o término da cirurgia, com a paciente ainda anestesiada e em posição de litotomia dorsal.

|                                                                                                        |                                                                                                                                       |                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                       | <p align="center"><b>UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS</b><br/> <b>HOSPITAL DA MULHER PROF. DR. JOSÉ ARISTODEMO PINOTTI CAISM</b></p> | <br>Doc. Nº 01 |
| <p align="center"><b>PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A GESTANTES COM<br/>INSUFICIÊNCIA ISTMO CERVICAL</b></p> |                                                                                                                                       | Data de emissão: Ago/2008<br>Atualização: Set/2020                                                |

Está indicada a retirada dos pontos da cerclagem na **presença de sinais** de trabalho de parto ativo (prematureo ou não), rotura de membranas ou suspeita de corioamnionite, em qualquer momento da gestação.

Os critérios para remoção de cerclagens de emergência são os mesmos que para as cerclagens profiláticas.

Para as cerclagens pré gestacionais e as transabdominais não há necessidade de retirada dos fios (exceto se sinais de laceração tecidual ou rotura dos fios durante eventual atividade uterina).

#### **IV – COMPLICAÇÕES**

As principais complicações das cerclagens uterinas (por qualquer técnica) incluem ruptura prematura de membranas, corioamnionite, trabalho de parto prematuro, deslocamento da sutura, sangramento e risco aumentado de laceração cervical. Complicações graves como rotura uterina ou septicemia materna não felizmente raras.

|                                                                                                          |                                                                                                                                         |                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                         | <p align="center"> <b>UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS</b><br/> <b>HOSPITAL DA MULHER PROF. DR. JOSÉ ARISTODEMO PINOTTI CAISM</b> </p> | <br>Doc. Nº     01 |
| <p align="center"> <b>PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A GESTANTES COM<br/>INSUFICIÊNCIA ISTMO CERVICAL</b> </p> |                                                                                                                                         | Data de emissão: Ago/2008<br>Atualização: Set/2020                                                    |

|                                                              |                                        |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Elaborado por: Isabela Nelly Machado e Renato Passini Júnior | Data: ago/2008<br>Revisado:<br>09/2020 |
| Aprovação Direção: Helaine Milanez                           | Data: 08/10/2020                       |