

Incompetencia Cervical

Incapacidad del cuello uterino para retener un embarazo a término, en ausencia de contracciones o trabajo de parto activo. Generalmente se manifiesta con dilatación cervical indolora en el segundo trimestre, seguida de expulsión fetal prematura.

Etiología y Factores de Riesgo

Congénitos

- Exposición intrauterina al dietilestilbestrol (DES)
- Alteraciones estructurales del útero o cuello uterino

Adquiridos

- Traumatismos cervicales previos (legrados repetidos, partos instrumentales)
- Conización cervical, procedimientos quirúrgicos (LEEP, crioterapia)
- Laceraciones cervicales graves

Iatrogénicos

- Dilatación cervical forzada (ej. legrado posabortedo)
- Cirugías cervicales extensas

Otros factores

- Antecedente de aborto tardío (>14 sem) indoloro
- Nacimiento prematuro espontáneo inexplicado en segundo trimestre

Manifestaciones Clínicas y Diagnóstico

Manifestaciones Clínicas

- Dilatación cervical indolora, progresiva, sin actividad uterina
- Presión pélvica, leve molestia vaginal
- Prolapso de membranas a través del orificio cervical externo
- Expulsión fetal generalmente rápida e inevitable si no se interviene

Clínico

- Historia característica: pérdidas recurrentes en el segundo trimestre, abruptas, sin dolor ni contracciones
- Exploración ginecológica: cuello acortado o dilatado sin dinámica uterina

Ecografía Transvaginal

Estándar para evaluación cervical.

Criterios:

- Longitud cervical <25 mm entre 16-24 semanas
- Dilatación del orificio cervical interno
- Apariencia en "embudo" o "V/U" del canal cervical
- Progresión rápida del acortamiento

Test de distensión con histerómetro o dilatadores (poco utilizado actualmente).

Tratamiento y Pronóstico

Cerclaje Cervical

01

Profiláctico (electivo)

Mujeres con ≥ 3 pérdidas gestacionales o partos prematuros <34 sem compatibles con insuficiencia cervical. Realizar entre 12-14 semanas.

02

Indicado (por hallazgo ecográfico)

Longitud cervical <25 mm antes de las 24 semanas + antecedente de parto prematuro o pérdida.

03

De emergencia (rescate)

Dilatación cervical avanzada con membranas protruyendo, pero sin trabajo de parto o infección.

Técnicas

- **McDonald:** la más común; punto en bolsa alrededor del cuello con cinta no absorbible
- **Shirodkar:** más técnica, con colocación submucosa del punto

Se retira el cerclaje a las 36-37 semanas o antes si hay trabajo de parto o ruptura de membranas.
Riesgos: rotura de membranas, infección, sangrado, laceración cervical.

Alternativas o complementos

- **Progesterona vaginal:** 200 mg diarios desde la semana 16 si longitud <25 mm, incluso sin antecedente
- **Reposo:** evidencia limitada; no recomendado de rutina
- Pesar la indicación de antibióticos si hay signos de infección, especialmente en cerclajes de emergencia

Pronóstico y Consejería

- Buen pronóstico si el diagnóstico es temprano y se realiza cerclaje en el momento adecuado
- Riesgo de recurrencia si no se trata
- Evaluar cuello uterino seriado en embarazos posteriores
- Considerar referencia a obstetricia de alto riesgo