



CERCLAGEM DE EMERGÊNCIA NO TRATAMENTO DA CERVICODILATAÇÃO PRECOCE

ARTIGO DE REVISÃO

CARRIJO, João Marcos¹

CARRIJO, João Marcos. **Cerclagem de emergência no tratamento da cervicodilatação precoce.** Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 08, Ed. 12, Vol. 01, pp. 119-138. Dezembro de 2023. ISSN: 2448-0959, Link de acesso: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/cerclagem-de-emergencia>, DOI: 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/saude/cerclagem-de-emergencia

RESUMO

O estudo possui como proposta elucidar na literatura a cerclagem de emergência no tratamento da cervicodilatação precoce. O levantamento de dados se deu nas principais plataformas com os descritores: cerclagem de emergência, dilatação cervical, cervicodilatação precoce. Foram selecionados vinte e uma obras e artigos na coleta de dados. Se observou que a cerclagem de emergência possui a real intenção de fazer com que a gestação se prolongue por meio da restituição da barreira mecânica cervical, diminuindo assim a morbimortalidade neonatal e, conseqüentemente, reduzindo o risco de ocorrência de infecções, tanto materno como também o fetal. Entretanto, os riscos que se associam com a realização do procedimento cirúrgico, como a hemorragia e a rotura de membranas, precisam ser considerados nesses casos.

Palavras-chave: Cerclagem, Emergência, Cervicodilatação, Precoce.

1. INTRODUÇÃO

A pesquisa tem como proposta a avaliação da cerclagem de emergência, possui ainda como objetivo geral o de avaliar com base no levantamento literária a cerclagem de emergência no tratamento da cervicodilatação precoce.



Para isso, os objetivos específicos que foram traçados foram: conceituar na literatura Incompetência Istmo-Cervical (IIC), o diagnóstico e tratamento da IIC, avaliar cerclagem de emergência versus a conduta expectante e verificar os prognósticos que levam à cerclagem de emergência, como a dilatação cervical e protrusão de membranas e os marcadores infecciosos.

Considera-se que a investigação poderá contribuir para novas abordagens bem como permitirá reflexões e ampliação do assunto. O interesse desse estudo é contribuir com os profissionais da área. Contudo reconhece-se lacunas investigativas que se busca explorar e discutir o que aqui se propõe.

A pesquisa realizada foi de revisão bibliográfica qualitativa com procedimentos descritivos. Desta forma, para elaboração deste foi empregada a metodologia de revisão bibliográfica, a qual consiste na exposição de teorias e conceitos observados por autores especializados. O levantamento de dados se deu nas principais plataformas como *Google Scholar*, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (Lilacs), PubMed, e obras, teses e artigos em português e inglês com os descritores: cerclagem de emergência, dilatação cervical, cervicodilatação precoce.

Os procedimentos de análise pelos descritores, resumo de todas as obras e artigos que os critérios de inclusão do tema. As estratégias utilizadas para o levantamento dos artigos foram guiadas pela pergunta condutora e critérios de inclusão. Para a escolha das obras e artigos foram lidos os trabalhos e selecionados aqueles que tinham analogia com o objetivo do estudo. Em seguida, foram selecionados para leitura na íntegra aqueles que permaneciam pertinentes com a temática em estudo.

Abaixo na tabela 1 estão descritos os 21 estudos selecionados:



Tabela 1 – Estudos selecionados

Nome dos autores	Título do Material	Revista	Ano
Thakur, M. e Mahajan, K.	<i>Cervical Incompetence</i>	<i>National Library Of Medicine</i>	2020
Alves, A. P. V. D.	Associação entre fatores genéticos e risco aumentado de prematuridade em pacientes com antecedente de incompetência cervical.	Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, USP.	2016
Bolla, D. <i>et al.</i>	<i>Laparoscopic Cerclage as a Treatment Option for Cervical Insufficiency. Geburtshilfe Frauenheilkd</i>	<i>National Library Of Medicine</i>	2015
Brown, R.; Gagnon, R.; Delisle, M-F.	<i>Cervical Insufficiency and Cervical Cerclage</i>	<i>Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada</i>	2013
Ciavattini, A. <i>et al.</i>	<i>Effectiveness of emergency cerclage in cervical insufficiency.</i>	<i>Journal of Matern Fetal Neonatal Medicine.</i>	2016
Curti, A. <i>et al.</i>	<i>Exam-indicated cerclage in patients with fetal membranes at or beyond external os: a retrospective evaluation.</i>	<i>Journal of Obstetrics and Gynaecology Research.</i>	2012
Ehsanipoor, R. M. <i>et al.</i>	<i>Physical examination-indicated cerclage a systematic review and meta-analysis.</i>	<i>Journal of Obstetrics and Gynaecology.</i>	2015
Freitas Júnior, R. A. O. <i>et al.</i>	Evolução do comprimento cervical uterino na gestação, avaliado pela ultrasonografia transvaginal	Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.	2003
Gomes, A. L. F. M., <i>et al.</i>	Incompetência istmo-cervical: atualização.	Revista de Medicina de Minas Gerais.	2012
Gonçalves, B. M. M.; Brum, I. R.; Vasquez, Y. R. G.	Incompetência istmocervical: uma revisão narrativa com ênfase no tratamento.	Revista Eletrônica Acervo Saúde.	2021



Harger, J. H.	<i>Cerclage and cervical insufficiency an evidence-based analysis.</i>	Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.	2002
Prado F. C.; Ramos J. A.; Valle J. R.	Atualização terapêutica: diagnóstico e tratamento.	26 ed. São Paulo: Artes médicas.	2017
Nomura, M. L. <i>et al.</i>	Resultados gestacionais e perinatais de gestações com insuficiência cervical submetidas a cerclagem eletiva.	Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.	2003
Norwitz, E. R	<i>Cervical Insufficiency Clinical Presentation</i>	<i>Medscape.</i>	2020
Pereira, L. <i>et al.</i>	<i>Expectant management compared with physical examination-indicated cerclage (EM-PEC) in selected women with a dilated cervix at 14(0/7)-25(6/7) weeks: results from the EM-PEC international cohort study.</i>	<i>Journal of Obstetrics and Gynaecology.</i>	2007
Rego, S. C. <i>et al.</i>	Incompetência istmocervical: cerclagem de emergência versus conduta expectante.	Revista Eletrônica Acervo Saúde.	2020
Rodrigues, L. C.; Mattar, R.; Camano, L.	Caracterização da gravidez com insuficiência istmocervical.	Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.	2003
Robertson, J. E. <i>et al.</i>	<i>Fetal, infant and maternal outcomes among women with prolapsed membranes admitted before 29 weeks gestation.</i>	<i>Journals PLoS One.</i>	2016
Rozas, A. e Sampaio Neto, L. F.	Incompetência Cervical: conceito, diagnóstico e conduta.	Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba.	2003
Soares, N. P. D. <i>et al.</i>	Incompetência Istmo Cervical: Indicação e técnica da cerclagem de emergência.	Revista de Patologia do Tocantins.	2020



Stupin, J. H. <i>et al.</i>	<i>Emergency cerclage versus bed rest for amniotic sac prolapse before 27 gestational weeks - A retrospective, comparative study of 161 women.</i>	<i>European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology.</i>	2008
-----------------------------	--	--	------

Fonte: *Elaboração do autor, 2023.*

2 DESENVOLVIMENTO- INCOMPETÊNCIA ISTMO-CERVICAL (IIC)

A IIC pode ser classificada como primária e secundária, onde a primária caracteriza-se como congênita e é capaz de coexistir ou não com diferentes malformações uterinas, especialmente com o útero unicórneo, no tocante ainda das mulheres que possuem um histórico de exposição ao dietilestilbestrol intrauterino no decorrer de sua gestação assim como as suas mães (Rego *et al.*, 2020).

Ressaltando ainda que a fisiopatologia da insuficiência cervical não é totalmente compreendida, entretanto, é evidente que o problema é caracterizado por resultar em uma inabilidade do colo uterino para se conservar fechado e manter o embrião de forma adequada até que o parto ocorra, levando, na maioria dos casos, a um aborto ou a um parto prematuro (Brown; Gagnon; Delisle, 2013; Alves, 2016). Salientando ainda que a incompetência istmo-cervical pode ser apontada como um problema clínico que resulta na fraqueza cervical congênita ou também adquirida, normalmente prejudicando mulheres de idade mais avançada, entretanto, é possível ainda que seja diagnosticada em mulheres no final da adolescência, entre 15 a 19 anos (Rego *et al.*, 2020). Podendo ser relacionada com um afinamento do aparelho oclusivo do colo e cervicodilatação, processo que ocorre no segundo trimestre de gravidez, sendo este o fato apontando como uma das mais recorrentes motivações de âmbito anatômico para a ocorrência de abortos espontâneos tardios ou parto pré-termo (Soares *et al.*, 2020).



Diferentes autores ainda classificam a IIC se fundamentando em sua apresentação clínica no instante em que é diagnosticada e apresenta a oportunidade de realização de seu tratamento – podendo ser eletivas, emergenciais e urgentes. No tocante das eletivas, a paciente não possui qualquer indício de ocorrência da IIC na gestação em questão, entretanto somente conta com os antecedentes sugestivos de IIC. No caso das emergenciais, as gestantes evidenciam uma sensação de pressão no hipogástrio, assim como dilatação cervical de ao menos 2,0 cm e ainda a inexistência de membranas que podem ser perceptíveis ao toque. Nas urgentes, as grávidas evidenciam ainda uma protrusão de bolsa de águas por meio do canal endocervical dilatado (Prado; Ramos; Valle, 2017).

2.1 DIAGNÓSTICO DA IIC

As pesquisas de Thakur e Mahajan (2020), ao analisarem a realização de diferentes testes visando o diagnóstico da IIC com o intuito de conseguir mais dados sobre o problema, realizando histerossalpingografia, imagem radiográfica da tração do balão no colo uterino, avaliação do colo do útero com dilatadores Hegar ou Pratt, teste de elastância por balão e dilatadores cervicais graduados. Os autores ressaltam que nenhum dos testes foi validado, não ficando claro então através desses estudos qualquer relação desse tipo de avaliação para se diagnosticar o problema condição.

Sendo assim, a forma mais adequada para determinar um correto diagnóstico da IIC é antes ou depois da gestação, se fundamentando nos antecedentes obstétricos e também por meio da realização de exames complementares. Diferentes testes acabaram sendo elaborados com o objetivo de estipular o seu diagnóstico, como os seguintes: o teste de Hegar, que é positivo ao ser capaz de passar sem dificuldade dilatador cervical nº_8 ou cateter de Foley nº_16; a histerossalpingografia, tornando possível assim um diagnóstico adequado no momento em que revela uma luz ístmica que possui uma largura maior que 8 ou 10 cm (Rozas e Sampaio Neto, 2003; Soares *et al.*, 2020).



Apontando também que a ultrassonografia transvaginal se apresenta como o procedimento que mais é usado para se diagnosticar a IIC no decorrer da gestação isso por conta de sua grande sensibilidade e possibilidade de se diagnosticar o mais precoce possível. A manobra de compressão extrínseca do fundo uterino torna mais fácil que se exponha a dilatação do orifício do colo, tornando assim possível a caracterização das formas subclínicas de IIC. Os valores de normalidade sofrem uma variação entre 28 a 48 mm e o risco acaba aparecendo apresentando medidas menores que 25, 20 ou 15 mm. Existe ainda uma pretensão de se adotar o ponto de corte de 20 mm, que é aferido entre 22 e 24 semanas de gestação. A forma de se diagnosticar a IIC por meio de ultrassonografia se embasa ainda em diferentes marcadores de risco para partos pré-termo, assim como o volume do colo, o sinal de afunilamento do orifício interno e ainda a falta de protrusão das membranas no canal endocervical (Gonçalves; Brum; Vasquez, 2021).

Nesse sentido, a ressonância magnética também se apresenta como um excelente procedimento a ser usado, mesmo sendo uma técnica não muito acessível. O procedimento possui como vantagens o fato de não ser investigador-dependente e evidencia uma mais adequada resolução dos tecidos investigados. A caracterização deve ser realizada por meio da medida do orifício cervical, alcançando por volta de 4,5 mm nas ocorrências de IIC (Gonçalves; Brum; Vasquez, 2021).

2.2 TRATAMENTO DA IIC

A realização de um tratamento padrão para a IIC é cirúrgico. Esse referido processo cirúrgico é conhecido como cerclagem do istmo cervical e é fundamentado no reforço da cérvix através de uma sutura atraumática e inabsorvível na altura do orifício interno do canal endocervical (Rozas e Sampaio Neto, 2003; Soares *et al.*, 2020). Na atualidade, existem diferentes metodologias para o tratamento da IIC, podendo ser cirúrgicas ou não cirúrgicas. Segundo os estudos de Thakur e Mahajan (2020), observa-se que as abordagens não cirúrgicas se referem à restrição de



atividades, repouso pélvico e absoluto, acabam não sendo adequadamente eficazes para o tratamento da IIC, sendo assim, não são aconselhados.

No caso do tratamento padrão da IIC, normalmente é o cirúrgico, conhecido como cerclagem cervical, referindo-se sobre o reforço da cérvix por sutura traumática e inabsorvível na região do orifício interno do canal endocervical (Gonçalves; Brum; Vasquez, 2021; Gomes, *et al.*, 2012).

Salientando ainda que a cerclagem uterina trata-se do procedimento cirúrgico aconselhado para os casos de dilatação precoce do colo uterino quando não há indícios de trabalho de parto, isso até a 28ª semana de gestação, assim como quando existe um afunilamento cervical, momento em que o orifício interno possui dilatação quando comparado com o externo. A recomendação se estende também para os casos de mulheres que possuem histórico de parto prematuro de segundo trimestre (Gomes *et al.*, 2012; Gonçalves; Brum; Vasquez, 2021). É possível que a cerclagem cervical reduza cerca de 20% da recorrência de partos prematuros e de mortalidade neonatal, podendo ser aplicadas técnicas variadas: fora da gestação, é possível que as vias de acesso ao colo sejam realizadas através de laparoscopia, laparotomia ou ainda através da via vaginal, já no decorrer da gestação deve ser aplicada a técnica via vaginal (Norwitz, 2020).

No tocante da determinação do período que mais se indica para que a cerclagem seja realizada pode variar entre 12 a 16 semanas de gravidez. A realização do referido procedimento não é aconselhada antes de 12 semanas, isso por conta da chance de ocorrência de um aborto por diferentes causas. Depois de 16 semanas, em uma perspectiva diferente, o crescimento progressivo do útero acabaria fazendo ser mais provável a ocorrência de uma dilatação cervical. (Rodrigues; Mattar; Camano, 2003).

É possível ainda estipular a existência de três diferentes categorias de pacientes com IIC, sendo essas: I – Diagnóstico clássico: situação onde são observadas duas



ou mais perdas gestacionais de segundo trimestre; II – Sinais no decorrer da gestação ao exame físico ou à ultrassonografia, evidenciando um afunilamento prematuro do colo, mesmo com a falta de múltiplas perdas; situação onde é preciso realizar uma avaliação periódica com o intuito de fazer um acompanhamento de possível dilatação do colo (Harger, 2002). O comprimento do colo uterino, que foi medido através de uma ultrassonografia, se apresenta como um dos parâmetros mais eficientes para correlacionar o risco de parto pré-termo. Mesmo assim, seu aconselhamento deve depender de que os resultados satisfatórios conseguidos sejam comprovados através do exame. Dessa maneira, nasce, no referido grupo de mulheres, a chance de realização da cerclagem indicada por ultrassonografia (Freitas Junior *et al.*, 2003); III – Dilatação prematura de ao menos 2 cm e um relevante apagamento do colo, sem a ocorrência de contrações uterinas. A cerclagem eletiva deve ser aplicada para o primeiro grupo, e no tocante do terceiro, esse deve realizar a cerclagem de emergência (Harger, 2002).

O parto torna-se viável em cerca de 75% das gestações em que se realizou a cerclagem eletiva, já no tocante da realização do procedimento de emergência, essa não apresenta resultados muito benéficos quando se compara com a conduta simplesmente expectante. Por conta de sua eficiência questionável, a cerclagem de emergência é, em diversas ocasiões contraindicadas em ocorrências onde o limite de viabilidade fetal se apresentou mais alcançado (Rozas e Sampaio Neto, 2003; Soares *et al.*, 2020).

3. CERCLAGEM DE EMERGÊNCIA NO TRATAMENTO DA CERVICODILATAÇÃO PRECOCE

Se pode encontrar alguns relatos sobre procedimentos de cerclagem de emergência no tocante de pacientes que apresentam uma dilatação cervical mais avançada, até mesmo com a protusão das membranas. Nesses tipos de situações, o procedimento é agressivo, devendo ser realizados amniocentese e diferentes procedimentos para a diminuição da bolsa herniada, culturas endocervicais e



amnióticas, antibióticoterapia, assim como também a cerclagem. Os resultados perinatais possivelmente são mais eficientes através da utilização dos referidos procedimentos (Nomura *et al.*, 2003). Quanto mais avançada a gravidez esteja, mais elevado será o risco desse procedimento cirúrgico faça resultar em um trabalho de parto pré-termo ou corioamniorrexe (Rozas e Sampaio Neto, 2003).

Entretanto, como qualquer tipo de procedimento cirúrgico, a cerclagem não elimina os riscos de ocorrência de complicações. A rotura pré-termo de membranas acontece possivelmente no decorrer desse tipo de procedimento, logo depois do mesmo ou no decorrer da gravidez. A sua recorrência é de 21% e é abalizada como a causa mais recorrente de ocorrência de falha da sutura. Nessas ocasiões, aconselha-se ainda a retirada instantânea do fio de sutura, por conta da elevação do risco de ocorrência de infecção. O trabalho de parto prematuro acontece aproximadamente em cerca de 28 a 78% das ocasiões. E, normalmente, a cerclagem acaba elevando o risco de infecções puerperais (6%), internações hospitalares e de realização de cesarianas.

É aconselhada ainda a realização de uma avaliação pré-operatória por meio de ultrassonografia morfológica de primeiro trimestre com o intuito de rastrear aneuploidias e malformações fetais, assim como também colpo citologia oncótica e pesquisa de infecções genitais. Cabe ressaltar ainda que a cerclagem cervical pode ser apontada como um procedimento profilático habitualmente usados para os casos de IIC, técnica que é aplicada há muitas décadas. Entretanto, por se tratar de um procedimento cirúrgico, existem riscos envolvidos. Diferentes pesquisas apontam resultados conflitantes referentes à sua eficácia, não existindo um consenso sobre a real diminuição da taxa de trabalho de parto prematuro espontâneo. Ademais, esse procedimento, pode ser associado com o surgimento de complicações relevantes para a mãe e também para o feto. As consequências adversas observadas depois de ser inserida a sutura são variados, tais como dor abdominal, sangramento vaginal, Rotura Prematura de Membrana (RPM),



corioamnionite, trabalho de parto prematuro, elevação do percentual de cesariana, entre outros (Gomes *et al.*, 2012; Gonçalves; Brum; Vasquez, 2021).

Ainda segundo os estudos de Gonçalves; Brum; Vasquez (2021), em raros casos, não é possível realizar o procedimento vaginal, por muitos motivos e pela elevada complexidade, principalmente associados com o encurtamento do colo uterino consequente da conização e variados tratamentos. Com o intuito de disponibilizar um tratamento adequado para essas pacientes, foi desenvolvida uma técnica de colocação trans abdominal da cerclagem cervical (do inglês *Technique of Transabdominal Placement of Cervical Cerclage* - TAC), aplicada ainda no ano de 1965 (Gonçalves *et al.*, 2021). A evolução para uma cirurgia minimamente invasiva se fundamentou na maior utilização de laparoscopia com o intuito de colocar a cerclagem abdominal. Dessa forma, inúmeros procedimentos para a colocação de cerclagem abdominal através de laparotomia ou de laparoscopia acabaram resultando em uma elevada taxa de procedimentos bem-sucedidos, elevando assim a confiabilidade do método de laparoscopia e diminuição dos riscos de complicações intraoperatórias graves (Bolla *et al.*, 2015).

No caso do procedimento de cerclagem trans abdominal laparoscópica, pode ser apontada como uma técnica sugerida para mulheres acometidas pela IIC em situações em que a abordagem transvaginal não pode ser usada, sendo observados excelentes resultados através da colocação de fita de poliéster, podendo ser mersilene ou prolene, na região medial à artéria uterina, superior à cardinal, superior aos ligamentos uterosacrais e ao nível istmo cervical (Gonçalves; Brum; Vasquez, 2021). Sendo de grande complexidade alcançar através da via vaginal, normalmente é necessário a realização de grandes dissecções cirúrgicas (Freitas Junior, 2003). Mesmo não existindo muitos estudos que evidenciam boa qualidade, ressalta-se que a laparoscopia pode sim ser apontada como um procedimento mais seguro no âmbito obstétricos ao se comparar com a laparotomia, sendo um procedimento mais vantajoso por se tratar de uma cirurgia minimamente invasiva, não sendo necessário assim acessar a via vaginal da paciente. Mas, ressalta-se a



necessidade de maiores estudos experimentais analíticos com o intuito de assegurar esses benefícios, evidenciando ainda a criação de uma técnica laparoscópica mais eficiente (Bolla *et al.*, 2015; Gonçalves; Brum; Vasquez, 2021).

Estudos de Norwitz (2020) e Harger (2002), afirmam que a cerclagem cervical transvaginal e a trans abdominal apresentam desfechos obstétricos semelhantes, em pacientes submetidos a primeira cerclagem. As contraindicações em ambos os procedimentos são semelhantes e contam com cenário clínico da paciente (Harger, 2002). Antes da realização de tais procedimentos cirúrgicos, deve ser confirmada a atividade cardíaca fetal, bem como a idade gestacional, avaliar o feto para possíveis alterações, por exemplo a anencefalia, que pode afetar na decisão da paciente em continuar com a gestação em questão.

As gestantes que são acometidas pela IIC que procuram os serviços de saúde com cervicodilatação precoce e protrusão de membranas representam ainda um desafio extremamente relevante para a prática obstétrica. O risco de ocorrência de prematuridade extrema é muito alto, onde os possíveis procedimentos terapêuticos encontram grande limitação, podendo ser, como vimos, a cerclagem de emergência e também o repouso no leito. Quando existe a falta de intervenções cirúrgicas, descreve-se a taxa de mortalidade perinatal de aproximadamente 38% no tocante do diagnóstico de protrusão de membranas que se realiza entre 22 e 25 semanas e de 6% entre 26 e 28 semanas (Robertson *et al.*, 2016). Mesmo com bons avanços no tratamento dos casos de prematuros extremos, aproximadamente 50% desses neonatos que ocorrem antes de 25 semanas de gestação vão chegar a ter alguma sequela (Robertson *et al.*, 2016).

Dessa maneira, a cerclagem de emergência possui a real intenção de fazer com que a gestação se prolongue por meio da restituição da barreira mecânica cervical, diminuindo assim a morbimortalidade neonatal e, conseqüentemente, reduz também o risco de ocorrência de infecções, tanto materno como também o fetal. Entretanto, os riscos que se associam com a realização do procedimento cirúrgico,



como a hemorragia e a rotura de membranas, precisam também serem considerados nesses casos. Quando então não existem protocolos assistenciais adequadamente estabelecidos, normalmente, a decisão fica fundamentada na experiência que o corpo clínico possui e também nas escolhas apresentadas pela gestante.

3.1 CERCLAGEM DE EMERGÊNCIA X CONDUTA EXPECTANTE

Muitas pesquisas analisaram a real eficiência do procedimento de cerclagem de emergência na realização do tratamento da cervicodilatação precoce em comparação com a adoção de uma conduta conservadora. Por conta então da baixa recorrência do referido quadro clínico, a maior parte das pesquisas sobre ele é retrospectiva e conta com uma limitada quantidade de gestantes.

No ano de 2007 foi publicada uma pesquisa realizada por Pereira *et al.* (2007), pesquisa essa que também era retrospectiva multicêntrica, fazendo uma comparação da conduta expectante e da cerclagem, analisando gestantes acometidas pela cervicodilatação. Para o referido estudo selecionaram gestantes que estavam entre 14 semanas e 25 semanas e 6 dias atendidas, analisadas entre os anos de 1998 e 2005, em 10 diferentes centros. As gestantes analisadas apresentavam uma dilatação de 1 cm ou ainda maior, chegando a um total de 152 pacientes que integraram o grupo que foram submetidas à realização de cerclagem e 73 que integraram o grupo que se submeteram a uma conduta expectante. O tempo de gestação para o diagnóstico foi relevantemente inferior no grupo cerclagem, com uma média de 19,1 semanas, isso ao se comparar com o grupo expectante, com uma média de 23,1 semanas. Entretanto, a dilatação cervical no diagnóstico se apresentou semelhante em ambos os grupos, apresentando cerca de 1,8 cm no grupo cerclagem e cerca de 2,0 cm no grupo expectante. Após a análise dos resultados primários, ficou evidente ainda uma relevante elevação do prolongamento da gestação, com uma média de 12,4 X 1,6 semanas, $p < 0,001$) e também no tempo de gestação para o parto, cerca de 33 versus 25,9 semanas,



$p=0,003$, isso no grupo cerclagem quando comparando com o grupo de expectante. Sem encontrar uma relevante diferença no tocante da sobrevivência neonatal ao se comparar os grupos, cerca de 66,2% no primeiro e cerca de 58,9% no segundo.

Cabe ressaltar também os estudos realizados por Stupin *et al.* (2008), também retrospectivo, realizado com 161 gestantes que estavam entre 17 e 26 semanas de gestação, contando com gestações gemelares, realizando também uma comparação entre o procedimento cerclagem de emergência com um tratamento conservador. O grupo de gestantes que se submeteram à cerclagem foi formado por 89 pacientes e o grupo que foi submetido a uma conduta conservadora foi formado por 72 gestantes. A opção por qual procedimento seria utilizado recebeu a influência da preferência do médico e/ou da gestante. Ambos os grupos foram semelhantes no que diz respeito à idade materna, assim como na idade gestacional na admissão, na dilatação cervical e também no grau de protrusão de membranas. Puderam ainda ser analisados o prolongamento mediano da gestação de 41 dias, sofrendo uma variação de 1 a 174 dias no tocante das gestantes que foram submetidas ao procedimento de cerclagem, e cerca de 3 dias, com uma variação entre 0 a 109 dias no caso das pacientes que foram submetidas a um procedimento conservador, evidenciando assim uma diferença muito importante no contexto estatístico. No que diz respeito aos parâmetros neonatais, o percentual de nascidos vivos e de peso ao nascer alcançaram 72% e 1.340 gramas, e cerca de 25% e 750 gramas para os grupos que se submeteram aos procedimentos de cerclagem e controle, de maneira respectiva. O percentual de take-home-baby alcançado foi de 72% no grupo cerclagem e de 25% para o grupo controle. Os referidos autores chegaram à conclusão de que ficou claro um resultado benéfico ao se realizar a cerclagem de emergência.

Uma diferente pesquisa também retrospectiva, realizada em dois diferentes hospitais terciários na Itália, elaborada por Curti *et al.* (2012), fizeram uma avaliação de gestantes que apresentavam protrusão de membranas com variação entre 17 e 27 semanas de gestação. Essas gestantes receberam uma divisão em dois grupos,



ondo o grupo 1 passou pela realização da cerclagem (n=37), e o grupo 2 onde foi aplicado o procedimento conservador (n=15). Os resultados gestacionais alcançados foram os seguintes: no grupo 1 ocorreu o prolongamento da gestação 43 dias e no dois de 3 dias, já a idade gestacional do parto foi de 29 semanas no grupo 1 e de 24 semanas no grupo 2 e o peso do recém-nascido foi de aproximadamente 1.410 gramas no grupo 1 e de 645 gramas no grupo 2, sendo evidenciada ainda uma relevante diferença nessas três variáveis. Analisando ainda a sobrevivência neonatal, essa foi de 82% para o grupo submetida à cerclagem e de 54% para o grupo submetido ao tratamento conservador. Sem encontrar relevante diferença entre os grupos no que diz respeito à paridade, contagem de leucócitos e também sobre a dosagem de proteína C-reativa.

Já os estudos realizados por Ciavattini *et al.* (2016) fizeram uma comparação de gestantes que se submeteram à cerclagem de emergência ou à uma conduta expectante, isso em seu segundo trimestre de gravidez. O estudo contou com gestantes que se encontravam entre 14 e 24 semanas e apresentavam uma dilatação cervical igual ou superior a 1 cm. As gestantes que optaram por fazer o procedimento faziam parte do grupo de cerclagem, contando com 18 das pacientes do estudo, já as que não optaram pelo procedimento integraram o grupo controle, contando com 19 das pacientes. Ambos os grupos se apresentaram semelhantes no que diz respeito à dilatação cervical, onde cerca de $3,6 \pm 1,6$ cm no grupo cerclagem e por volta de $4,2 \pm 2,0$ cm no grupo controle, apontando ainda que o comprimento do colo era de $10,4 \pm 5,3$ mm no grupo cerclagem e de $13,1 \pm 10,5$ mm no grupo controle. Os referidos autores chegaram à conclusão de que os resultados encontrados para os grupos cerclagem e controle, de forma respectiva, foram o de que a idade gestacional no parto $34,8 \pm 6,7$ para o grupo de cerclagem e de $26,7 \pm 7,4$ semanas para o grupo controle, já o tempo entre o diagnóstico e o parto foi de $16,8 \pm 7,9$ para o grupo cerclagem e de $7,2 \pm 6,5$ semanas para o grupo controle, e no que diz respeito ao peso do recém-nascido, esse foi de 2.814 ± 859 para o grupo cerclagem e de 1.482 ± 1.172 gramas para o grupo controle, sendo



encontrada ainda uma relevante diferença nessas três variáveis. Foi verificada também uma relação linear de forma inversa entre a dilatação cervical e o tempo de gestação para o parto e, levando em consideração essa mesma dilatação cervical, o grupo cerclagem conseguiu ter resultados gestacionais mais satisfatórios.

Já por meio de metanálise, tendo a intenção de fazer uma avaliação da eficiência do procedimento de cerclagem indicada através de exame físico, os trabalhos realizados por Ehsanipoor *et al.* (2015) fizeram uma análise de 10 pesquisas que comparavam a cerclagem com uma conduta expectante, chegando a um total de 757 pacientes em gestação. Entre todas, 485 (64%) foram submetidas a realização de cerclagem e 272 (36%) foram submetidas a realização de uma conduta expectante. Chegando à conclusão de que a sobrevida neonatal foi mais elevada para o grupo que se submeteu à cerclagem quando comparado ao grupo controle, onde cerca de 71% para o primeiro grupo e de 43% para o segundo, RR 1,65 e IC 95% 1,19-2,28. Observando ainda que o grupo cerclagem apresentou um prolongamento da gestação mais elevado, tendo uma diferença média de 33,98 dias, IC 95% 17,88-50,08, assim como uma idade gestacional no parto também mais elevada, tendo uma diferença média de 4,62 semanas, IC 95% 3,89-5,36 e o peso apresentado pelo recém-nascido também foi mais elevado, tendo uma diferença média de 1.028 gramas IC 95% 714-1.341.

Ehsanipoor *et al.* (2015) ainda chegaram à conclusão de que ficaram claros os melhores resultados gestacionais para as pacientes que realizaram o procedimento de cerclagem, entretanto, como a maior parcela das pesquisas analisadas não são randomizadas, existe uma chance de um viés por conta da seleção dos casos que se apresentavam mais favoráveis para serem submetidos ao referido tratamento por cirurgia.



4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este breve estudo literário se conseguiu elucidar algumas das muitas pesquisas que analisaram a real eficiência do procedimento de cerclagem de emergência na realização do tratamento da cervicodilatação precoce em comparação com a adoção de uma conduta conservadora. Por conta então da baixa recorrência do referido quadro clínico, a maior parte das pesquisas sobre o tema é retrospectiva e conta com uma limitada quantidade de gestantes. No que diz respeito aos fatores prognósticos da realização da cerclagem de emergência, são muitas as pesquisas que apontam quais se associam com os desfechos gestacionais de maior eficácia, onde na literatura avaliada se apontou os resultados de duas onde se observou o prolongamento da gestação.

REFERÊNCIAS

- ALVES, A. P. V. D. **Associação entre fatores genéticos e risco aumentado de prematuridade em pacientes com antecedente de incompetência cervical**. 2016. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5139/tde-23082016-095943/publico/AnaPaulaVieiraDiasAlves.pdf> . Acesso em: 28 nov. 2023.
- BOLLA, D. *et al.* Laparoscopic Cerclage as a Treatment Option for Cervical Insufficiency. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* **National Library of Medicine**, 2015; 75(8):833-838. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4554519/>. Acesso em: 28 nov. 2023.
- BROWN, R.; GAGNON, R.; DELISLE, M-F. Cervical Insufficiency and Cervical Cerclage. **Journal of Obstetrics and Gynaecology**, 2013; 35(12): 1115–1127. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2018.08.009>. Acesso em: 28 nov. 2023.
- CIAVATTINI, A. *et al.* Effectiveness of emergency cerclage in cervical insufficiency. **Journal of Matern Fetal Neonatal Medicine**, 29(13):2088-92, ago., 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26365717/>. Acesso em: 28 nov. 2023.



CURTI, A. *et al.* Exam-indicated cerclage in patients with fetal membranes at or beyond external os: a retrospective evaluation. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Research**, 38(12):1352-7, dez., 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22640560/>. Acesso em: 28 nov. 2023.

EHSANIPOOR, R. M. *et al.* Physical examination-indicated cerclage a systematic review and meta-analysis. **Journal of Obstetrics and Gynaecology**, Jul;126(1):125-35, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26241265/>. Acesso em: 28 nov. 2023.

FREITAS JÚNIOR, R. A. O. *et al.* Evolução do comprimento cervical uterino na gestação, avaliado pela ultra-sonografia transvaginal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, 25:115-21. 2003.

GOMES, A. L. F. M. *et al.* Incompetência istmo-cervical: atualização, **Revista de Medicina de Minas Gerais**, 2012; 22(Supl 5): S67-S70. Disponível em: <https://rmmg.org/exportar-pdf/697/v22s5a18.pdf> . Acesso em: 28 nov. 2023.

GONÇALVES, B. M. M.; BRUM, I. R.; VASQUEZ, Y. R. G. Incompetência istmocervical: uma revisão narrativa com ênfase no tratamento. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, ISSN 2178-2091, 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/5050>. Acesso em: 29 nov. 2023.

HARGER, J. H. Cerclage and cervical insufficiency an evidence- based analysis. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, 2002.

PRADO, F. C.; RAMOS, J. A.; VALLE, J. R. **Atualização terapêutica**: diagnóstico e tratamento. 26 ed. São Paulo: Artes médicas. 2017.

NOMURA, M. L. *et al.* Resultados gestacionais e perinatais de gestações com insuficiência cervical submetidas a cerclagem eletiva. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 25, n. 7, p. 483–489, ago. 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/sgRmHLtJHcjYcZsXcnzYXqS/#>. Acesso em: 29 nov. 2023.

NORWITZ, E. R. Cervical Insufficiency Clinical Presentation. **Medscape**, 2020. Disponível em: <https://emedicine.medscape.com/article/1979914-clinical#b1>. Acesso em: 29 nov. 2023.

PEREIRA, L. *et al.* Expectant management compared with physical examination-indicated cerclage (EM-PEC) in selected women with a dilated cervix at 14(0/7)-25(6/7) weeks: results from the EM-PEC international cohort study. **Journal of**



Obstetrics and Gynaecology, Nov;197(5):483.e1-8, 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17980182/>. Acesso em: 29 nov. 2023.

REGO, S. C. *et al.* Incompetência istmocervical: cerclagem de emergência versus conduta expectante. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 45, 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3383>. Acesso em: 29 nov. 2023.

ROBERTSON, J. E. *et al.* Fetal, infant and maternal outcomes among women with prolapsed membranes admitted before 29 weeks gestation. **Journals PLoS One**, dez., 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28002467/>. Acesso em: 29 nov. 2023.

RODRIGUES, L. C.; MATTAR, R.; CAMANO, L. Caracterização da gravidez com insuficiência istmocervical. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 25, n. 1, p. 29–34, fev., 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/DMxcnYdSfGvbnHYDkKZMJcC/>. Acesso em: 30 nov. 2023.

ROZAS, A.; SAMPAIO NETO, L. Incompetência Cervical: conceito, diagnóstico e conduta. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, 2003. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/132>. Acesso em: 28 nov. 2023.

SOARES, N. P. D. *et al.* Incompetência Istmo Cervical: Indicação e técnica da cerclagem de emergência. **Revista de Patologia do Tocantins**, 2020; 7(2): 34-37. Disponível em: <https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/patologia/article/view/7540>. Acesso em: 28 nov. 2023.

STUPIN, J. H. *et al.* Emergency cerclage versus bed rest for amniotic sac prolapse before 27 gestational weeks - A retrospective, comparative study of 161 women. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, Jul;139(1):32-7, 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18243484/>. Acesso em: 28 nov. 2023.

THAKUR, M.; MAHAJAN, K. Cervical Incompetence. **National Library Of Medicine**, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK525954/>. Acesso em: 29 nov. 2023.



Enviado: 4 de dezembro de 2023.

Aprovado: 6 de dezembro de 2023.

¹ Graduando em Medicina. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4715-7147>.