

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.UOBT.012
Título do Documento	INCOMPETÊNCIA ISTMO-CERVICAL E CERCLAGEM		Emissão: 02/04/2025
			Versão: 5
		Próxima revisão:	02/04/2027

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	2
2. DIAGNÓSTICO.....	2
3. TRATAMENTO.....	2
4. REFERÊNCIAS.....	5
5. HISTÓRICO DE REVISÃO.....	5
6. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO.....	6



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.UOBT.012
Título do Documento	INCOMPETÊNCIA ISTMO-CERVICAL E CERCLAGEM		Emissão: 02/04/2025
			Próxima revisão: 02/04/2027
		Versão: 5	

1. INTRODUÇÃO

A Incompetência Istmo-Cervical (IIC) é definida quando acontecem duas ou mais perdas consecutivas de segundo trimestre por uma dilatação de colo sem dor compatível, sugerindo incapacidade do colo de segurar a gestação. Deve-se afastar infecções, Rotura Anteparto de Membranas Oculares (RAMO), sangramento placentário e gestação múltipla.

2. DIAGNÓSTICO

Achado ultrassonográfico de colo curto no segundo trimestre tem correlação importante com Trabalho de Parto Prematuro (TPP), entretanto são insuficientes para o diagnóstico de IIC, assim como passado de traumas ou procedimentos cirúrgicos no colo e malformações Mullerianas. Esses fatores não devem ser considerados de forma isolada para o diagnóstico uma vez que outros fatores como infecção/inflamação decidual, sobredistensão uterina, anormalidades genéticas do colágeno e exposição intrauterina ao dietilbestrol parecem estar relacionados de uma forma mais prevalente.

Técnicas de diagnóstico de IIC fora da gestação, como medidas por vela de Hegar, histerosalpingografia ou ressonância magnética, em pacientes com passado de TPP também não têm evidências suficientes. Essas técnicas podem nomear fatores de risco, mas não diagnóstico.

3. TRATAMENTO

O tratamento da IIC ocorre através da cerclagem.

3.1. CERCLAGEM

A cerclagem é uma técnica cirúrgica para fortalecimento do colo, no intuito de diminuir os riscos de abortos de repetição ou partos prematuros.

3.1.1 Indicações:

- **Grupo 1** - Pacientes com diagnóstico de IIC – nível B de evidência científica;
- **Grupo 2** - Pacientes com pelo menos um parto prematuro prévio E ultrassom transvaginal da gestação atual entre 16 e 23 semanas mostrando colo menor que 25mm – nível A de evidência científica;
- **Grupo 3** - Pacientes com exame de toque ou especular entre 16 e 28 semanas da gestação atual sugerindo diagnóstico de IIC (bolsa protusa, colo dilatado sem contração uterina) – nível C de evidência científica.

OBS: Em pacientes com história de apenas uma perda, sendo essa com quadro clínico de herniação de bolsa, pode-se considerar a cerclagem por volta de 12 -14 semanas – nível D de evidência científica.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.UOBT.012
Título do Documento	INCOMPETÊNCIA ISTMO-CERVICAL E CERCLAGEM		Emissão: 02/04/2025
			Próxima revisão: 02/04/2027
		Versão: 5	

3.1.2 Quando realizar:

- **Grupo 1:** Indicação pela história clínica: entre 12-14 semanas;
- **Grupo 2:** Indicação pelo ultrassom: logo após o diagnóstico do colo curto ao ultrassom, mas antes de 28 semanas;
- **Grupo 3:** Indicação pelo exame físico: logo após a constatação de exame físico alterado, mas antes de 28 semanas.

3.1.3 Condições para realização:

A decisão deve ser sempre compartilhada com a paciente. Após consideração dos riscos e benefícios o termo de consentimento deve ser assinado.

- **Grupo 1** - Ultrassom morfológico de primeiro trimestre sem alterações;
- **Grupo 2** - Ultrassom morfológico de segundo trimestre sem alterações;
- **Grupo 3** - Ultrassom morfológico de segundo trimestre sem alterações E ausência infecção (ausência de leucitose, febre, bacteriúria, vulvovaginite) E viabilidade de redução da bolsa (julgamento do cirurgião).

3.1.4 Quando não realizar:

- Pacientes com mais de 28 semanas, devido a viabilidade fetal. A cerclagem pode complicar com rotura de bolsa ou trabalho de parto prematuro precoce, acelerando o tempo de resolução de parto;
- Gestação gemelar com colo menor que 25 mm ao ultrassom (NÍVEL B de evidência). Nesses casos, a progesterona está indicada;
- Pacientes com colo curto ao ultrassom (<25mm entre 16 e 24 semanas) sem história prévia de TPP. Nesses casos, a progesterona está indicada.

3.1.5 Contraindicações absolutas:

- Malformações fetais incompatíveis com a vida;
- Sangramento vaginal ativo;
- Infecção intrauterina;
- Rotura Anteparto de Membranas Ovulares;
- Trabalho de parto prematuro;
- Óbito fetal.

3.1.6 Contraindicações relativas:

- Prolapso de bolsa além do Orifício Cervical Externo (OCE) (risco de rotura iatrogênica de bolsa de aproximadamente 50%). Avaliar a viabilidade fetal pela idade gestacional e condições de UTI neonatal disponível;
- Placenta prévia.

3.1.7 Cuidados pré-operatórios:

- Profilaxia antibiótica somente para as pacientes do grupo 3. Esquema recomendado: Azitromicina 1g VO, DU + Amoxicilina 500mg VO de 8/8h por 7 dias + Metronidazol 500mg VO de 8/8h por 7 dias;

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.UOBT.012
Título do Documento	INCOMPETÊNCIA ISTMO-CERVICAL E CERCLAGEM		Emissão: 02/04/2025
			Versão: 5
		Próxima revisão:	02/04/2027

- Antisséptico vaginal com cuidado para não encostar nas membranas, priorizando a clorexidina aquosa.

3.1.8 Cuidados operatórios:

- Usar preferencialmente a técnica de McDonald, uma sutura permanente feita da seguinte forma:
- Esvaziamento da bexiga;
- Exposição da cérvix e apreensão com uma pinça de Allis ou com um Babcock;
- Realização de sutura circular com um fio inabsorvível o mais alto possível para que se aproxime do orifício cervical interno (OCI). A agulha é passada 4-6 vezes, na maioria das vezes sem dificuldade e deve ser passada de forma profunda;
- Apertar o nó de forma suficiente para ocluir o OCI, posicionando-o na frente do canal, com o fio cortado longo, para facilitar a remoção.
- Preferir raquianestesia;
- Medidas para auxiliar a redução da bolsa nas pacientes do grupo 3, se necessário:
- Encher a bexiga com 250ml de SF 0,9%;
- Colocar a paciente em posição de Trendelenburg;
- Empurrar delicadamente a bolsa prolapsada com gaze.

3.1.9 Cuidados pós-operatórios:

- Alta após 24h assintomática para as pacientes dos grupos 1 e 2;
- Pacientes do grupo 3: manter em observação até que sua evolução clínica permita a alta hospitalar;
- Tocolíticos apenas nas pacientes do grupo 3, se necessário (sinais clínicos de TPP);
- Progesterona de rotina apenas para as pacientes do grupo 2, uma vez que já têm esta indicação pelo parto prematuro prévio;
- Proibir coito para as pacientes dos grupos 2 e 3 e liberar para as pacientes do grupo 1 após o primeiro retorno, se assintomáticas;
- Retorno das pacientes dos grupos 1 e 2 a cada duas semanas e individualizar no grupo 3.
- Orientar sobre dor e perda de líquido;
- Corticoide quando risco de parto nos próximos 7 dias (> 24 sem).

3.1.10 Quando retirar os pontos:

- Trabalho de parto;
- 37 semanas;
- Corioamnionite;
- RAMO que tenha indicação de conduta ativa.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.UOBT.012
Título do Documento	INCOMPETÊNCIA ISTMO-CERVICAL E CERCLAGEM		Emissão: 02/04/2025
			Próxima revisão: 02/04/2027
			Versão: 5

4. REFERÊNCIAS

- ARRUDA, M. S.; CAMARGO JUNIOR, H. A. S. Gravidez ectópica na cicatriz uterina de cesárea: relato de caso. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.**, v.30, n.10, p.518-523, 2008.
- GLENN, L. T. *et al.* Cesarean Scar ectopic pregnancy: Current management strategies. **Wolters Kluwer Health.**, v.73, n.5, p.293-302, 2018.
- HSU, J. Y. *et al.* Disparities in the management of ectopic pregnancy. **Am J Obstet Gynecol.**, v.217, n.1, p. 49.e149.e10, jul. 2017.
- KARAHASANOGLU, A. *et al.* Successful treatment of cesarean scar pregnancy with suction curettage: our experience. **Ochsner Journal.**, v.18, n.3, p.222-225, 2018.
- LACROIX-MAHEUX, S. *et al.* Cesarean scar pregnancy: a systematic review of treatment options. **Journal of Minimally Invasive Gynecology.**, v.24, n.6, p.915-925, 2017.
- LAI, Y. M. *et al.* An ectopic pregnancy embedded in the myometrium of a previous cesarean section scar. **Acta Obstet Gynecol Scand.**, v.74, n.7, p.573-576, 1995.
- ORAZULIKE, N. C.; KONJE, J. C. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. **Womens Health (Lond).**, v.9, n.4, p.373-85, jul. 2013.
- PETERSEN, K. B. *et al.* Cesarean scar pregnancy: a systematic review of treatment studies. **Fertil Steril.**, v.105, n.4, p.958-67, 2016.
- RANA, P. *et al.* Ectopic pregnancy: a review. **Arch Gynecol Obstet.**, v.288, n.4, p.747-57, oct. 2013.
- TIMOR-TRITSCH, I. E. *et al.* The diagnosis, treatment, and follow-up of cesarean scar pregnancy. **Am J Obstet Gynecol.**, v.207, n.1, p. 44.e1-13, 2012.

5. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
3	14/02/2023	Sem alteração de conteúdo. Atualizado versão, data de emissão e próxima revisão.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.UOBT.012
Título do Documento	INCOMPETÊNCIA ISTMO-CERVICAL E CERCLAGEM		Emissão: 02/04/2025
			Próxima revisão: 02/04/2027
			Versão: 5

6. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

ELABORAÇÃO/REVISÃO	
Cinara Gomes Eufrásio Machado Raimundo Homero de Carvalho Neto Jordana Parente Paiva	
VALIDAÇÃO	
Rhaquel de Moraes Alves Barbosa Oliveira Chefe da Unidade de Gestão da Qualidade	Conforme Processo SEI nº 23533.002035/2025-27, assinado eletronicamente.
APROVAÇÃO	
George Chaves Nunes Chefe da Divisão de Gestão do Cuidado e Apoio Diagnóstico e Terapêutico da Meac	Conforme Processo SEI nº 23533.002035/2025-27, assinado eletronicamente.
APROVAÇÃO	
Francisco Edson de Lucena Feitosa Gerência de Atenção à Saúde da MEAC	Conforme Processo SEI nº 23533.002035/2025-27, assinado eletronicamente.

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. 2023, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br