

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.023 - Página 1/7	
Título do Documento	INSUFICIÊNCIA ISTMOCERVICAL E CERCLAGEM UTERINA	Emissão: 22/05/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 22/05/2023

SUMÁRIO

1. SIGLAS	2
2. INTRODUÇÃO	2
3. OBJETIVOS.....	2
4. JUSTIFICATIVA.....	2
5. DIAGNÓSTICO	2
6. CONDUTA E TRATAMENTO.....	3
6.1 Cerclagem de McDonald – técnica cirúrgica.....	4
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	6
8. HISTÓRICO DE REVISÃO	6

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.023 - Página 2/7	
Título do Documento	INSUFICIÊNCIA ISTMOCERVICAL E CERCLAGEM UTERINA	Emissão: 22/05/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 22/05/2023

1. SIGLAS

Insuficiência istmocervical: IIC

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: TCLE

The American College of Obstetricians and Gynecologists: ACOG

2. INTRODUÇÃO

O Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (do inglês *The American College of Obstetricians and Gynecologists* – ACOG) define insuficiência istmocervical (IIC) como a incapacidade de o colo uterino manter uma gravidez no segundo trimestre na ausência de contrações clínicas, trabalho de parto ou ambos. Pode ocorrer em uma única gravidez ou se repetir em gestações consecutivas. Caracteriza-se por uma fraqueza congênita (primária) ou adquirida (secundária) na junção do orifício interno do colo do útero e do segmento uterino, gerando duas ou mais perdas consecutivas no segundo trimestre. Nesse caso, ocorre o esvaecimento e a dilatação cervical indolor, resultando em protrusão e até rotura das membranas, que culmina em um parto pré-termo com expulsão rápida do concepto associada a pouca dor e pouco sangramento e concepto vivo e sem malformações.

3. OBJETIVOS

- Definir o significado de IIC;
- Padronizar as indicações de cerclagem e a técnica a ser utilizada;
- Identificar/diagnosticar riscos gestacionais possíveis.

4. JUSTIFICATIVA

A implantação desse protocolo justifica-se pela necessidade em padronizar as indicações e a técnica da cerclagem a ser utilizada, garantindo maior taxa de sucesso no procedimento e, dessa forma, mais desfechos favoráveis nos casos de IIC.

5. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico fora da gravidez faz-se pela anamnese referindo a história típica de perdas gestacionais prévias, e pode ser complementado pelo teste da vela e histerossalpingografia. Os exames complementares não são fundamentais, mas auxiliam a verificar a dilatação e a posição do orifício interno do colo do útero.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.023 - Página 3/7	
Título do Documento	INSUFICIÊNCIA ISTMOCERVICAL E CERCLAGEM UTERINA	Emissão: 22/05/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 22/05/2023

O diagnóstico obstétrico também se faz pela anamnese e eventual cervicodilatação fora de trabalho de parto. A presença de fatores de risco para fraqueza cervical estrutural apoia o diagnóstico. A maioria desses casos acontece antes de 24 semanas.

A ultrassonografia durante a gestação pode mostrar as membranas prolabando pelo canal cervical, produzindo a imagem em dedo de luva ou em ampolheta, geralmente com o comprimento do colo uterino < 25mm até as 24 semanas. Cabe ressaltar que o colo curto não faz diagnóstico de IIC e que o comprimento curto do colo só auxilia no diagnóstico de IIC quando já houver história de prematuridade prévia.

É importante excluir processos infecciosos, placentação baixa com sangramento e trabalho de parto, já que essas situações podem explicar o amadurecimento cervical mediado bioquimicamente, levando à perda da gravidez no segundo trimestre ou partos prematuros independentemente da fraqueza cervical estrutural.

6. CONDUTA E TRATAMENTO

Uma vez diagnosticada a IIC, o tratamento deverá ser a cerclagem, que consiste em sutura em bolsa no colo uterino. Três são as técnicas em que todas as outras se baseiam:

- Shirodkar, que requer abertura da mucosa vaginal, por via transvaginal;
- McDonald, que é a sutura circular transmucosa, também por via transvaginal;
- Benson-Durfee, realizada por via abdominal.

Não há evidências de que uma técnica apresente melhores resultados que a outra, e o cirurgião deve optar pela que tenha maior afinidade. A mais usada, em vista de menor morbidade, é a de McDonald e será a adotada por nosso serviço.

Ela se aplica a mulheres com gestações únicas. Não está indicada em gestações múltiplas, uma vez que o conjunto de evidências não mostra benefício no resultado da gravidez em comparação com os controles apropriados sem cerclagem.

Historicamente, sugere-se a realização da cerclagem entre 12 e 16 semanas de gestação, após a ultrassonografia morfológica de primeiro trimestre descartar grandes malformações no concepto. Perdida essa oportunidade, pode-se praticá-la até as 25 semanas.

Para mulheres com insuficiência cervical baseada no exame físico além das 16 até pouco antes das 25 semanas de gestação, a cerclagem é uma opção razoável e a esse procedimento é dado o nome de cerclagem de resgate ou de emergência. Indica-se administrar 2g de Cefazolina no pré-operatório e Indometacina 50mg de 6/6h por 48h.

A cerclagem uterina é contraindicada nos casos em que o procedimento não reduz o risco de parto prematuro ou em que não haja benefício para o feto em termos de morbimortalidade.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.023 - Página 4/7	
Título do Documento	INSUFICIÊNCIA ISTMOCERVICAL E CERCLAGEM UTERINA	Emissão: 22/05/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 22/05/2023

Algumas dessas situações incluem: anomalia fetal incompatível com a vida, infecção intrauterina, sangramento ativo, trabalho de parto prematuro ativo, amniorrexe prematura e alterações do bem-estar ou óbito fetal. Outras contra-indicações absolutas são a recusa da paciente e imperícia do cirurgião. Algumas contra-indicações relativas incluem prolapso ou protusão das membranas amnióticas, placenta prévia e UTI neonatal indisponível.

A amniocentese pode ser realizada a fim de diagnosticar infecção subclínica antes da cerclagem uterina quando o colo do útero está ≥ 2 cm dilatado no exame manual ou especular, pois a incidência de infecção intra-amniótica nessas pacientes é de aproximadamente 20 a 50%. Outra indicação para realização de amniocentese é quando os achados ultrassonográficos são consistentes com inflamação ou quando as membranas amnióticas se encontram prolapsadas.

6.1 Cerclagem de McDonald – técnica cirúrgica

A paciente, após estar ciente dos riscos, deve assinar Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) concordando com o procedimento.

Sob raquianestesia em sela, a paciente é colocada em posição de litotomia e feita antisepsia cuidadosa com clorexidina aquosa. São colocados campos estéreis, feito esvaziamento vesical e inserido espéculo com peso em posição posterior. Os lábios anterior e posterior do colo podem ser apreendidos com pinças atraumáticas *Babcock* de *Bakey*.

É usada uma sutura em bolsa de tabaco com fio não reabsorvível (Prolene 2 com agulha G-9 ou *Ethibond* 2 já agulhado) ao redor da cérvix. A sutura é feita o mais alto possível, logo abaixo da prega de revestimento vesical. Nessa técnica, não é necessário fazer incisão da mucosa vaginal, nem dissecar a bexiga.

Deve-se seguir ao redor do colo do útero em sentido anti-horário de forma que não chegue à luz cervical, iniciando na porção anterior-direita do colo (introduz a agulha às 11 horas e sai às 10 horas), seguindo na porção posterior-direita (introduz a agulha às 8 e sai às 7), em seguida na posterior-esquerda (com introdução da agulha às 5 horas e saída às 4), por último na porção anterior-esquerda (entrando às 2 horas e saída à 1 hora) (Figura 1). Retirar pinça de lábio anterior, em seguida introduzir o dedo indicador do auxiliar para poder ajustar os nós (três nós) de tal forma que não o faça excessivamente, evitando que a sutura atravesse o colo completamente. O fio deve ser cortado de modo que possa ser facilmente encontrado. Não se deve apertar muito o nó a fim de evitar isquemia e necrose tecidual. O espéculo e os campos cirúrgicos devem ser retirados.

Deve-se evitar a passagem da agulha nos pontos de 12, 9, 6 e 3 horas, pois as artérias responsáveis pela irrigação do colo passam nesses pontos.

Nos casos de cerclagem de emergência, em que há dilatação do colo e prolapso da bolsa amniótica, a paciente deve ser colocada em posição de *Trendelenburg* e a bolsa amniótica deve ser cuidadosamente empurrada para dentro da cavidade uterina por um chumaço de gaze

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.023 - Página 5/7	
Título do Documento	INSUFICIÊNCIA ISTMOCERVICAL E CERCLAGEM UTERINA	Emissão: 22/05/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 22/05/2023

embebido em soro fisiológico, por exemplo. É necessário respeitar as contraindicações: o colo não pode ter dilatação acima de 4 cm e não estar muito esvaecido, não pode haver suspeita de corioamnionite e o concepto deve ter vitalidade conservada. Também há necessidade de discutir com o casal riscos e vantagens. A literatura mostra haver cerca de 60 a 70% de sobrevivência do concepto, mas, em geral, a cerclagem de urgência prorroga aproximadamente em 8 semanas a gestação e pode tirar de situação em que o concepto morreria por não atingir idade gestacional de viabilidade.

Os cuidados pós-operatórios incluem: alta após 24h se paciente assintomática; retorno com 1 semana para revisão pós-cirúrgica; progesterona vaginal diariamente apenas para as pacientes que tenham tido parto prematuro prévio; proibir coito e/ou outras atividades do cotidiano que possam interferir no tratamento. As pacientes com prolapso de bolsa devem ser mantidas no hospital até que sua evolução clínica permita a alta hospitalar.

Alguns autores recomendam o uso de progesterona diariamente, via vaginal, a partir do procedimento até 36 semanas de gestação. No entanto, o uso rotineiro da suplementação com progesterona é controverso, em parte porque nenhum estudo randomizado avaliou a eficácia da terapia combinada (cerclagem e suplementação com progesterona) nessa população de pacientes.

O fio é retirado entre a 36ª ou até o término da 37ª semana gestacional, não sendo necessário anestesia. Geralmente, uma pinça robusta é suficiente para levantar o nó, sendo usada uma tesoura longa e resistente para seccioná-lo. O tempo entre a retirada do fio e a parturição, em média, é de 7 dias, período em que o colo geralmente apresenta algum grau de cervicodilatação. Caso haja indicação obstétrica de cesárea, o fio deverá ser retirado, ainda sob efeito da anestesia, logo após o parto. O fio também deverá ser retirado se houver rotura das membranas, trabalho de parto ou se houver alteração da vitalidade fetal.

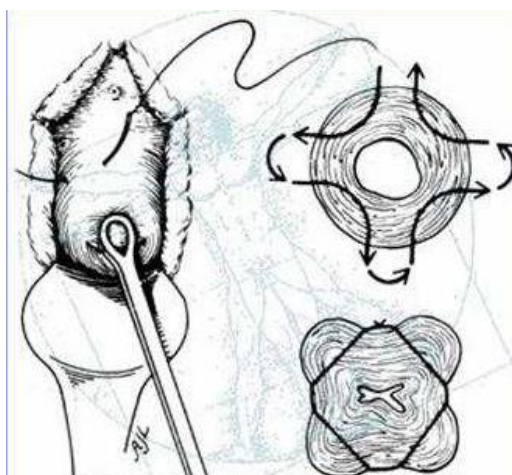


Figura 1. Técnica de McDonald

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.023 - Página 6/7	
Título do Documento	INSUFICIÊNCIA ISTMOCERVICAL E CERCLAGEM UTERINA	Emissão: 22/05/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 22/05/2023

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Baggish Karam: **Atlas de Anatomia Pélvica e Cirúrgica Ginecológica**, Terceira edição. P 563-567.

Berghella, Vincenzo MD. **Cervical insufficiency** – UpToDate

Berghella, Vincenzo MD. Society for Maternal-Fetal Medicine Publications Committee. **Progesterone and preterm birth prevention: translating clinical trials data into clinical practice**. American Journal of Obstetrics & Gynecology, Philadelphia, p. 376-386, 2012.

Cerclage for the management of cervical insufficiency. Practice Bulletin No. 142. American College of Obstetricians and Gynecologists. v. 123, p 372–379, 2014.

Cervical Cerclage. Green-Top Guideline Number 60. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. p 1-21, 2011.

Hendler, I.; CARP, H. Mildtrimestrer Loss: **The role of cerclage and Pessaries**. In: CARP, H (Eds). Recurrent Pregnancy Loss: Causes, controversies and Treatments. Boca Raton: Taylor & Francis Group, 2015. p. 313-324.

Machado CGE, Neto RHC, Paiva JP, Feitosa FEL. **Protocolo clínico: Incompetência istmo cervical**.

Norwitz, Errol R. MD, PhD, MBA. **Transvaginal cervical cerclage** - UpToDate

Wallwiener, Diethelm et al. Atlas de Cirurgia Ginecológica. 7.ed - Editora Artmed. **Cirurgias na insuficiência cervical - cerclagem**. p. 309 – 311.

8. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.023 - Página 7/7	
Título do Documento	INSUFICIÊNCIA ISTMOCERVICAL E CERCLAGEM UTERINA	Emissão: 22/05/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 22/05/2023

<p>Elaboração</p> <p>Nome: Mychelle Amaral Araújo dos Santos SIAPE: 1922122 Função: Médica Ginecologista e Obstetra</p> <p>Nome: Paula Angélica de Araújo Alves Lopes SIAPE: 2199506 Função: Médica Ginecologista e Obstetra</p> <p>Nome: Priscilla Santos de Oliveira Santa Rosa Lima SIAPE: 2098904 Função: Médica Ginecologista e Obstetra</p>	<p>Data: 22/05/2021</p> <p>ASSINATURA ELETRÔNICA VIA SEI</p> <p>ASSINATURA ELETRÔNICA VIA SEI</p>
<p>Revisão</p> <p>Nome: SIAPE: Função:</p>	<p>Data:</p> <p>ASSINATURA ELETRÔNICA VIA SEI</p>
<p>Validação</p> <p>Nome: SIAPE: Função: Membro SGQVS</p>	<p>Data: ___/___/_____</p> <p>ASSINATURA ELETRÔNICA VIA SEI</p>
<p>Aprovação</p> <p>Nome: Flávia Andréia Pereira Soares dos Santos Função: Gerente de Atenção à Saúde</p>	<p>Data: ___/___/_____</p> <p>ASSINATURA ELETRÔNICA VIA SEI</p>

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
Praça Tequinha Farias, nº 13 - Bairro Centro, Santa Cruz/RN, CEP 59200-000
- <http://huab-ufrn.ebserh.gov.br>

CERTIDÃO

Processo nº 23527.003914/2021-21

Interessado: Priscilla Santos de Oliveira Santa Rosa Lima, Mychelle Amaral Araujo dos Santos, Paula Angélica de Araújo Alves Lopes, Setor de Vigilância em Saúde, Gerência de Atenção à Saúde

Certidão de assinaturas eletrônicas correspondente ao documento PRT.DM.023.



Documento assinado eletronicamente por **Priscilla Santos de Oliveira Santa Rosa Lima, Médico(a)**, em 29/05/2021, às 23:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mychelle Amaral Araujo dos Santos, Médico(a)**, em 30/05/2021, às 08:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **João Maria Rêgo Mendes, Enfermeiro(a)**, em 31/05/2021, às 11:28, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **13937180** e o código CRC **5B88F834**.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

Praça Tequinha Farias, nº 13 - Bairro Centro
Santa Cruz-RN, CEP 59200-000
- <http://huab-ufrn.ebserh.gov.br>

Despacho - SEI

Processo nº 23527.003914/2021-21

Interessado: HUAB

A Gerência de Atenção à Saúde se manifesta pela aprovação do Protocolo - PRT.DM.023 (13937173) que versa sobre Insuficiência istmocervical - **IIC E CERCLAGEM UTERINA**, expresso na Certidão DM/GAS/HUAB-UFRN (13937180), onde consta as assinaturas eletrônicas dos responsáveis pela elaboração e revisão;

A Gerência de Atenção à Saúde se manifesta pela aprovação do Protocolo - PRT.DM.019 (13956955) que versa sobre **ASSISTÊNCIA AO PARTO DE RISCO HABITUAL**, expresso na Certidão DM/GAS/HUAB-UFRN (13957155), onde consta as assinaturas eletrônicas dos responsáveis pela elaboração e revisão;

A Gerência de Atenção à Saúde se manifesta pela aprovação do Protocolo - PRT.DM.018 (14144262) que versa sobre **PARTO VAGINAL OPERATÓRIO**, expresso na Certidão DM/GAS/HUAB-UFRN (14144004) e no Despacho - SEI DM/GAS/HUAB-UFRN (14144480), onde consta as assinaturas eletrônicas dos responsáveis pela elaboração e revisão;

Ressalto que estas aprovações não envolvem a análise técnica, considerando ser esta uma responsabilidade das áreas competentes que elaboraram e revisaram os referidos protocolos assistenciais, conforme consta nas certidões supracitadas.

Por fim, submeto à validação do Setor de Vigilância em Saúde.

Atenciosamente,

(assinado e datado eletronicamente)

FLÁVIA ANDRÉIA PEREIRA SOARES DOS SANTOS
Gerente de Atenção à Saúde



Documento assinado eletronicamente por **Flávia Andréia Pereira Soares dos Santos, Gerente**, em 14/06/2021, às 10:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **14059083** e o código CRC **F2FD68DD**.

Referência: Processo nº 23527.003914/2021-21 SEI nº 14059083