



Cerclagem Uterina Transvaginal

A cerclagem uterina é um procedimento que promove reforço do colo uterino por meio de sutura visando reduzir o risco de perda gestacional ou prematuridade em pacientes com diagnóstico de insuficiência istmo-cervical (IIC) ou colo curto.

I - ASSISTENCIAL

1. CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

História Clínica

- Uma ou mais perdas gestacionais no segundo trimestre relacionadas a cervicodilatação não dolorosa, na ausência de trabalho de parto ou deslocamento prematuro de placenta (história típica)
- Cerclagem prévia devido a cervicodilatação não dolorosa no segundo trimestre de gestação
- História prévia de malformações mullerianas ou conização prévia com colo curto
- Diagnostico suspeito de IIC em gestação anterior, mas sem história típica

Exame Físico

- Dilatação cervical não dolorosa no segundo trimestre com ou sem protusão de membranas ovulares, detectada ao exame especular ou toque vaginal

Achados ultrassonográficos

- Mulheres com gestação única, história pregressa de parto prematuro (<34 semanas) e apresentando colo curto (< 25mm) à ultrassonografia transvaginal realizada entre 16 e 24 semanas.
- Em mulheres com gestação única, sem história pregressa de parto prematuro e com colo progressivamente muito curto (<10mm), a cerclagem associada ao uso de progesterona demonstrou redução da prematuridade e morbimortalidade neonatal

2. EXAMES PRÉ OPERATÓRIOS

- Fornecer TCLE
- Orientar riscos e benefícios do procedimento
- ✓ Realizar ultrassom obstétrico
- ✓ Confirmar Idade Gestacional
- ✓ Avaliar presença de anomalia fetal (morfológico 1º trimestre)
- ✓ Avaliar presença de sludge
- Na presença de sludge, seguir conduta proposta conforme Pathway Sludge – se colo curto + sludge – tratamento com cefalotina e clindamicina
- ✓ Confirmar viabilidade fetal (BCF +)
- ✓ Realizar screening infeccioso
- ✓ Pesquisa de cultura de secreção vaginal, se disponível
- ✓ Realizar exame físico – se sugestivo de infecção por gonococo – tratar. Se sugestivo de vulvovaginite – tratar. Na impossibilidade de excluir infecção por clamídia (prevalência de 12%) , realizar PCR secreção vaginal para Clamidia. Após resultado (1 dia útil) – realizar o tratamento e o procedimento.
- ✓ Urina 1, Urocultura
- Excluir rotura prematura de membranas ovulares e trabalho de parto prematuro
- Antibioticoprofilaxia: Cefazolina 2g ou Cefalotina 2g EV após indução anestésica

3. INDICAÇÃO DE CIRURGIA

• Cerclagem profilática

Baseada na história clínica típica. Idealmente deve ser realizada entre **12 e 16 semanas**

• Cerclagem terapêutica

Baseada nos achados ultrassonográficos de colo curto (<25mm) em paciente com história pregressa de parto prematuro, pacientes com colo muito curto (<10mm), história prévia não típica e malformações mullerianas.

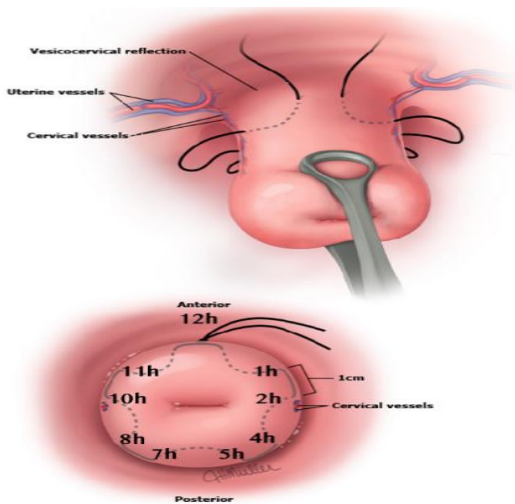
Deve ser realizada até 25 + 6 semanas completas (até viabilidade fetal). Observar essas pacientes por 24h antes de cerclar.

• Cerclagem de emergência

Dilatação do colo uterino assintomática com ou sem protrusão das membranas ovulares, sem sinais de trabalho de parto prematuro e com condições técnicas de realização da mesma. Deve ser realizada até **25 + 6 semanas completar**.

4. TRATAMENTO

4.1 TÉCNICA CIRÚRGICA: Preferencialmente realizar cerclagem de McDonald (1963) modificada por Pontes (1990)



- Fio cirúrgico:
 - ✓ Ethibond Excel ou Poliéster nº 5
 - ✓ Prolene nº 2
- Evitar lesão de vasos cervicais
- Não transfixar o canal cervical
- Realizar duas suturas circulares:
 - ✓ A primeira ao nível do orifício interno (junção da mucosa vaginal e cervical)
 - ✓ A segunda 1 cm abaixo da primeira
 - ✓ Realizar sutura contínua em sentido anti-horário, iniciando na superfície anterior do colo uterino

Modificado de UptoDate: Transvaginal Cerclage [7]

4.2 PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

- Anestesia
 - ✓ Bloqueio Neuroaxial
- Preparo do paciente
 - ✓ Paciente em posição de litotomia alta. Posicionar em Trendelenburg caso haja prolapso de membranas ovulares. Não se descarta a possibilidade de amniorredução.
 - ✓ Antissepsia com clorexidina 2% aquosa (face interna das coxas, vulva e intravaginal). Evitar contato com membranas amnióticas.
 - ✓ Sondagem vesical de alívio
- Realizar cerclagem uterina preferencialmente pela técnica de McDonald (1963) modificada por Pontes (1990) conforme descrição em **item 4.1.**
- **Se cerclagem de emergência**, orientar a paciente claramente sobre o risco de ruptura de membranas durante o procedimento. Cervicodilatação com prolapso – até 65% de rotura de membranas ovulares, todos os casos de rotura de membranas ocorreram em membranas prolapsadas [11]. Estudo mostra que cerclagem X conduta expectante – possuem mesmo risco de RPMO[12]. Utilizar preferencialmente a **técnica de Olatunbosun e Dick (1981)**: Tração dos lábios anterior e posterior do colo uterino com pinças De Lee. Redução a membrana da bolsa das águas com chumaço de gaze umedecido reparado por pinça Delee ou balão insuflado de sonda de Foley. Após redução das membranas é realizada cerclagem de McDonald modificada por Pontes.

4.3 CONTRAINDICAÇÕES

- Sangramento ativo
- Trabalho de parto prematuro
- Rotura prematura de membranas ovulares
- Corioamnionite
- Polidrâmnio
- Anomalia fetal incompatível com a vida
- Placenta prévia *
- Prolapso de membranas*

*Contraindicação relativa

4.4 COMPLICAÇÕES

- Infecção
- Rotura de membranas
- Corioamnionite
- Laceração do colo uterino
- Deslocamento das suturas
- Perda fetal

Complicações perioperatórias ocorrem em <6% dos casos

Maior risco de complicações:

- Maior idade gestacional (>16sem)
- Cervicodilatação e/ou protusão de membranas

5. CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS:

- Realizar US obstétrico
- ✓ Documentar viabilidade fetal (BCF+)
- ✓ Avaliar integridade de membranas - líquido amniótico
- Uso de Progesterona VV (200mg à noite até 36 semanas)
- ✓ Não há recomendação do uso rotineiro
- ✓ Utilizar em pacientes com história pregressa de parto prematuro, útero irritável, nos casos de cerclagem terapêutica ou de emergência e encurtamento ou afunilamento do colo ao USTV.

Orientações :

- ✓ Abstinência sexual e ausência de atividade física por no mínimo duas semanas – após reavaliar caso a caso.
- ✓ Retorno ambulatorial programado em até 3 semanas.
- ✓ Não é recomendada avaliação rotineira de colo com USG após cerclagem
- Fatores de mau prognóstico no Ultrassom transvaginal com medida do colo entre 20 e 24 semanas:
- ✓ Colo < 20mm
- ✓ Presença de afunilamento
- ✓ Distância entre o ponto da cerclagem e orifício interno < 10mm
- **Remoção dos pontos da cerclagem:**
- ✓ Ambulatorialmente entre **36+ 0 semanas e 37 +0 semanas**
- ✓ **Imediatamente** na presença de rotura prematura de membranas ovulares, trabalho de parto ativo ou óbito fetal intra-útero.
- Via de parto obstétrica

6. ALTA HOSPITALAR

Alta hospitalar pode ser feita no primeiro dia pós-operatório (avaliar caso a caso conforme risco da paciente)

II. INDICADORES DE QUALIDADE:

- Tempo médio de permanência hospitalar
- Taxa de mortalidade materna e neonatal.
- Taxa de retorno ao centro cirúrgico em até 30 dias
- Taxa de complicações: Infecção em até 30 dias do procedimento (incluindo corioamnionite), Rotura de membranas, Laceração do colo uterino, deslocamento das suturas

III. GLOSSÁRIO

US: Ultrassonografia

BCF: Batimento cardíaco fetal

USTV: Ultrassonografia transvaginal na endometriose profunda

IV. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão 3: Em caso de cesarianas, preferencialmente retirar a cerclagem pós-procedimento, atentando-se ao sangramento. Lembrar que a cerclagem pode impedir exteriorização de sangramento intrauterino.

V. Referências

[1]Br J Obstet Gynaecol. 1993
[2] Zugaib, M. Obstetrícia Zugaib, 2012
[3] Ehsanipoor RM et al. Obstet Gynecol. 2015
[4] ACOG Practice Bulletin No.142, Obstet Gynecol, 2014
[5] Naqvi M, Barth WH Jr. Clin Obstet Gynecol, 2016;
[6] Alfirevic Z, Stampalija T, Medley N. Cochrane Database Syst Rev. 2017
[7] Olatunbosun OA, Dick F. Am J Obstet Gynecol 1981
[8] Norwitz ER, Transvaginal cervical cerclage UptoDate Topic, 2020
[9] Enakpene CA et al. Am J Obstet Gynecol. 2018;
[10] Dufour P., Vinatier D., Puech F. Arch Gynecol Obstet 1997 .
[11] J Obstet. Gynaecol Res Vol 48 73-79 Jan 2022).
[12] Revisão sistemática Acta Obstet Gynecol Scand 2020.
[13] Thakur M, Jenkins SM, Mahajan K. Cervical Insufficiency. [Updated 2024 Oct 6]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK525954/>

Código Documento: CPTW99.3	Elaborador: Andréa Novaes Adolfo Liao Adriana Grandesso Cristina Amadatsu Rita Sanchez Romulo Negrini	Revisor: Soraia Ambrosio Fernanda Faig Mauro Dirlando C. Oliveira	Aprovador: Andrea Maria Novaes Machado	Data de Elaboração: 02/12/2020 Data de revisão: 28/05/2025	Data de Aprovação: 30/06/2025
--------------------------------------	--	--	--	---	---