



ENCURTAMENTO CERVICAL: UM RELATO DE CASO

Cervical shortening: a case report

João Victor Tiberius Ronchi Possamai¹; Vitória Cristina Conradi²; Júlia Cunha Serra²; Victor Quarentei Ciaccio²; Letícia Enedina do Nascimento Torquato²; Lucas Vefago Zanini³

RESUMO

A prematuridade, com incidência de 11,5% no Brasil¹, é a primordial causa de morbimortalidade neonatal². Entre seus fatores de risco, encontra-se o colo curto³, referente a um comprimento menor que 25 mm, sendo o método preditivo a avaliação transvaginal do colo uterino⁵. VC, G1, 19 anos, IG: 22 semanas, traz à consulta de pré-natal um USG transvaginal com colo de 26 mm, sugestivo de encurtamento cervical, e peso fetal de 515 g. Foi prescrito Utrogestan 200 mg 1 comprimido via vaginal de 12/12 horas, orientada sobre repouso e solicitado um USG TV. Retornou com a USG de 27 semanas, colo de 19 mm e peso fetal de 1045 g. Paciente não adere ao repouso. Foi aumentada a medicação para 3 vezes ao dia, orientada sobre repouso absoluto e solicitado USG TV. Retornou com USG de 33 semanas, colo de 23 mm e peso fetal de 1749 g, com adesão ao repouso absoluto. Solicitado USG TV e mantido a medicação. Paciente retorna com USG de 36 semanas, colo de 21 mm e peso fetal de 2631 g. Com 37 semanas, parou com a medicação e repouso. Com 39 semanas, nasce RN, via parto vaginal, sem intercorrências, com 3735 g, 47,5 cm de comprimento e Apgar 10/10. Após 2

Abstract

With an incidence of 11,5% in Brazil prematurity is a primary cause of neonatal morbidity and mortality. Among its risk factors is a short cervix, with length of less than 25 mm, being the predictive method for transvaginal assessment of the uterine cervix. Patient VC, G1, 19 years old, GA:22, brings to the prenatal consultation a transvaginal USG with a 26 mm cervix, suggestive of cervical shortening, and fetal weight of 515 g. Utrogestan 200 mg 1 tablet was prescribed vaginally every 12 hours, advised on rest and a TV USG was requested. She returned at 27 weeks, cervix measuring 19 mm and fetal weight of 1045 g. Patient does not adhere to rest. Medication was increased to 3 times a day absolute rest was advised and TV USG was requested. Patient returned with a USG at 33 weeks, cervix measuring 23 mm and fetal weight of 1749 g, with adherence to absolute rest. Patient returns with USG at 36 weeks, cervix measuring 21 mm and fetal weight of 2631 g. At 37 weeks, she stopped taking medication and resting. At 39 weeks, a newborn via vaginal delivery, without complications, weighing 3735 g, 47.5 cm long, with Apgar 10/10. After 2 days, both were discharged. The present report demonstrates the importance of treating cervical shortening through absolute rest and vaginal micronized progesterone, as this pathology leads to high rates of neonatal morbidity and mortality. Thus, illustrating a positive outcome on one of the main risk factors for prematurity.

¹Residentes Pediatria HMISC/UNESC

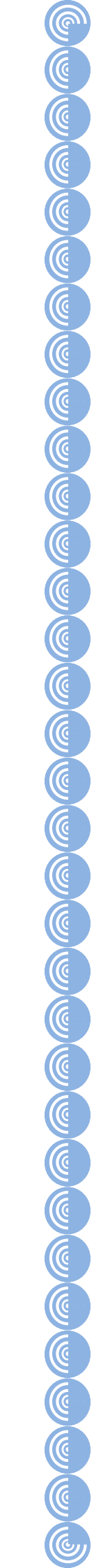
²Curso de Medicina da Universidade do Extremo Sul Catarinense. Av. Universitária, 1105, Bairro Universitário CEP 88906-000 - Criciúma-SC.

³Preceptora da residência

⁴Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC)/Programa de Pós-Graduação em Sistemas Produtivos (PPGSP) - UNESC/UNIPLAC/UNIVILLE/UnC/Grupo de Pesquisa em Métodos Quantitativos Aplicados (GPMEQ)/ Núcleo de Estudos em Engenharia de Produção (NEEP/UNESC)/ Laboratório de Pesquisa Aplicada em Computação e Métodos Quantitativos (LACOM)/ Laboratório de Biomedicina Translacional (UNESC)/ Curso de Medicina da Universidade do Extremo Sul Catarinense/ Criciúma-SC
#Autor correspondente: João Vítor Santana Mendes - Curso de Medicina da Universidade do Extremo Sul Catarinense. Av. Universitária, 1105, Bairro Universitário CEP 88906-000 - Criciúma-SC; joaovitorsmendes@hotmail.com.

Os autores declaram não haver conflito de interesse ou instituição financiadora.

Os autores declaram terem submetido o projeto do artigo, o qual foi aprovado, no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense sob o protocolo 63536722.2.0000.0119.



dias, ambos tiveram alta. O presente relato demonstra a importância do tratamento de encurtamento cervical por meio do repouso absoluto e da progesterona micronizada via vaginal, visto que tal patologia leva a altas taxas de morbimortalidade neonatal. Ilustrando assim, um desfecho positivo sobre um dos principais fatores de risco da prematuridade.

Palavras chave: Prematuridade/Premature; Doenças do Colo Uterino/Uterine Cervical Diseases; Colo Uterino/Cervix Uteri; Obstetrícia/Obstetrics.

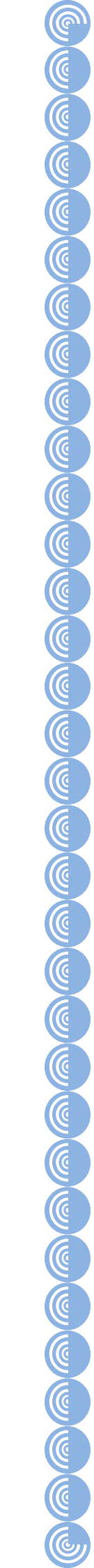
INTRODUÇÃO

O Brasil apresentou uma taxa de prematuridade em torno de 11% nos anos de 2011 e 2012¹, sendo esta a primordial causa de morbimortalidade perinatal no mundo². A história pessoal de prematuridade, história de insuficiência istmocervical, gemelaridade, cirurgias prévias uterinas ou cervicais e encurtamento cervical fazem parte dos principais fatores de risco para partos prematuros detectados pela anamnese³. Neste presente artigo, iremos discutir sobre um desses fatores de risco, o encurtamento cervical, o qual é um risco de importância elevada de parto prematuro.

Quando não há identificação deste fator de risco durante a história clínica do paciente, o exame padrão ouro para identificação do colo curto uterino é a ultrassonografia transvaginal durante o exame morfológico de segundo trimestre, o qual possui uma sensibilidade de 90%⁴. O diagnóstico do encurtamento cervical é preditivo ao comprimento cervical menor ou igual a 25mm⁵.

A apresentação de colo curto durante a gestação tem inúmeras causas, as quais podem ocorrer de forma isolada ou associadas, dentre elas estão fatores mecânicos, imunológicos, hormonais e infecciosos⁶.

A prevenção para que não ocorra um prognóstico desfavorável descrito na literatura é o uso de progesterona via vaginal, resultando assim na diminuição considerável das taxas de partos antes de 37 semanas e da morbimortalidade neonatal⁷. Enquanto o uso de progesterona é comprovado na literatura, a utilização do pessário é controversa, porém vem sendo usado cada vez mais⁸. Já a cerclagem cervical não é indicada para o quadro de colo curto, sendo necessário história prévia de trabalho de parto prematuro antes de 28 semanas ou o diagnóstico de dilatação precoce com evolução para bolsa rota e parto antes de 28 semanas⁹. Apesar de inúmeros métodos terapêuticos, o tratamento da síndrome do encurtamento cervical deve ser



individualizado de acordo com cada gestante, respeitando seu histórico obstétrico, período do diagnóstico e comprimento cervical⁴.

DESCRIÇÃO DO CASO

VCC, G1P0A0, branca, 19 anos, gestação única, idade gestacional de 22 semanas e 3 dias, traz à quarta consulta de pré-natal um ultrassom transvaginal (USG TV) com colo medindo 26 mm, sugestivo de encurtamento cervical, sem afunilamento, sendo o peso fetal de 515 g e comprimento fetal de 27 cm. Foi prescrito Utrogestan 200 mg, 1 comprimido via vaginal de 12/12 horas, orientada sobre repouso absoluto como medida preventiva de parto prematuro e solicitado novo USG TV para reavaliação.

Paciente retornou com uma USG TV de 27 semanas e 6 dias, com colo medindo 19 mm, peso fetal de 1045 g, e comprimento fetal de 34 cm. Paciente não aderiu ao repouso absoluto. Como plano terapêutico foi aumentada a dose do Utrogestan para 1 cápsula a cada 8 horas via vaginal e a paciente foi orientada novamente sobre o repouso absoluto. Foi solicitado novo USG TV para a reavaliação da próxima consulta.

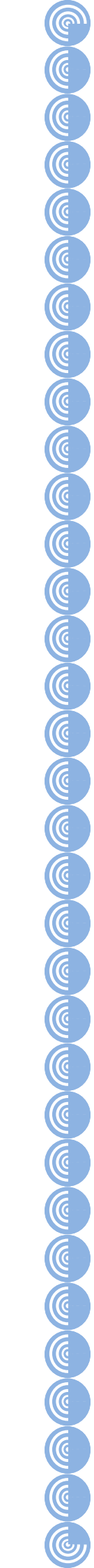
No retorno, a paciente relata que aderiu ao repouso absoluto e traz USG TV de 33 semanas e 0 dias, apresentando colo de 23 mm, peso fetal de 1749 g, e comprimento fetal de 40 cm. Foi solicitado novamente USG TV para reavaliação e mantida a dosagem da medicação.

Paciente retorna com USG TV de 36 semanas e 0 dias, colo de 21 mm, peso fetal de 2631 g e comprimento fetal de 44 cm. Com 37 semanas, foi orientada a cessar a medicação e o repouso absoluto.

Com 39 semanas e 2 dias, nasce RN masculino, via parto vaginal, cefálico, desprendido em OP, vivo e vigoroso, prontamente colocado em contato pele a pele com a mãe, sem intercorrências, com 3735 g, 47,5 cm de comprimento e Apgar 10/10. Após 2 dias, ambos tiveram alta do alojamento conjunto.

DISCUSSÃO

A etiologia do parto prematuro é multifatorial, porém, a medida longitudinal do colo uterino representa um dos principais fatores preditivos para o parto prematuro. Os colos com menor medida são os com maior relação com a prematuridade e com o aumento da incidência de parto



premature extremo, o qual equivale a idade gestacional menor que trinta e três semanas^{10,11}. Sendo assim, responsáveis por altas taxas de morbimortalidade neonatal¹².

A identificação precoce das gestantes de risco para prematuridade seria o primeiro passo para a adequada prevenção. Dessa forma, cabe-se o uso da ultrassonografia transvaginal (USG TV) pois considera-se um ótimo método para avaliação do colo uterino na gestação. Tal exame permite a determinação do comprimento do colo uterino, bem como o diagnóstico de seu encurtamento¹³. No contexto atual, considera-se a medida longitudinal do colo uterino pela via transvaginal entre 20 e 24 semanas de gestação como o melhor método preditivo para o parto prematuro, sendo o valor de corte mais aceito para essa finalidade correspondente a 25 mm¹⁴. No caso descrito, a paciente teve uma apresentação clínica indicativa de encurtamento uterino, sendo confirmada pela USG TV com 27 semanas de gestação medindo 19 mm, o que revela a urgência do caso.

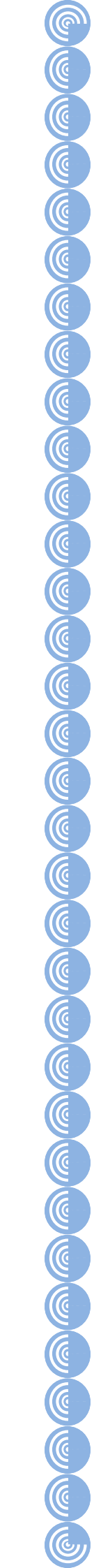
A fim de se evitar um prognóstico desfavorável, é preconizado na literatura o uso de progesterona micronizada via vaginal. Estudos revelam que a medicação é responsável por reduzir a síntese de receptores de ocitocina, além de suprimir o gene que transcreve os canais de cálcio na musculatura uterina¹⁵. Outros expõem como a progesterona diminui a concentração de prostaglandinas cervicais, através da supressão das citocinas pró-inflamatórias, o que representa sua ação anti-inflamatória¹⁶. Além disso, foram realizados ensaios os quais apontaram que a indicação do repouso não correlaciona-se com o aumento da idade gestacional¹⁷. Entretanto, no caso exposto foi adotado o uso de progesterona micronizada via intravaginal, assim como o repouso absoluto, sendo considerado para o caso um dos principais fatores para o desfecho favorável da gestação.

CONCLUSÃO

O presente relato demonstra a importância do tratamento de encurtamento cervical por meio do repouso absoluto e da progesterona

REFERÊNCIAS

1. Leal MC, Esteves-Pereira AP, Nakamu - ra-Pereira M, Torres JA, Theme-Filha M, Domingues RMS, et al. Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. *Re - prod Health* 2016; 13 Suppl 3:164-74
2. França EB, Lansky S, Rego MAS, Malta DC, França JS, Teixeira R, et al. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. *Rev Bras Epidemiol.* 2017;20 Supl 1:46-60. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700050005>
3. Tratado de obstetrícia Febrasgo / editores Cesar Eduardo Fernandes, Marcos Felipe Silva de Sá ; coordenação Corintio Mariani Neto. - 1. ed. - Rio de Janeiro : Elsevier, 2019.
4. Iams JD, Goldenberg RL, Meis PJ, Mercer BM, Moawad A, Das A, Thom E, McNellis D, Copper RL, Johnson F, Roberts JM. The length of the cervix and the risk of spontaneous premature delivery. National Institute of Child Health and Human Development Maternal Fetal Medicine Unit Network. *N Engl J Med.* 1996 Feb 29;334(9):567-72. doi: 10.1056/NEJM199602293340904. PMID: 8569824.
5. Crane JM, Hutchens D. Transvaginal sonographic measurement of cervical length to predict birth in asymptomatic women at increased risk: a systematic review. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2008;31(5):579-87.
6. Guimarães Filho HA, Araujo Júnior E, Pires CR, Nardoza LM, Moron AF. Short cervix syndrome: current knowledge from etiology to the control. *Arch Gynecol Obstet.* 2013;287(4):621-8.
7. Romero R, Nicolaides KH, Conde-Agudelo A, O'Brien JM, Cetingoz E, Da Fonseca E, et al. Vaginal progesterone decreases preterm birth \leq 34 weeks of gestation in women with a singleton pregnancy and a short cervix: an updated meta-analysis including data from the OPPTIMUM study. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2016;48(3):308-17.
8. Goya M, Pratcorona L, Merced C, Rodó C, Valle L, Romero A, et al.; Pesario Cervical para Evitar Prematuridad (PECEP) Trial Group. Cervical pessary in pregnant women with a short cervix (PECEP): an open-label randomised controlled trial. *Lancet.* 2012;379(9828):1800-6.
9. Mahendroo M. Cervical remodeling in term and preterm birth: insights from an animal model. *Reproduction.* 2012;143:429-38.
10. Romero R, Gonzalez R, Sepulveda W, et al. Infection and labor. VIII. Microbial invasion of the amniotic cavity in patients with suspected cervical incompetence: prevalence and clinical significance. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 167:1086-91.
11. Zalar RW Jr. Early cervical length, preterm prelabor and gestational age at delivery. Is there a relationship? *J Reprod Med* 1998; 43:1027-33.

- 
12. Mazaki-Tovi S, Romero R, Kusanovic JP, Erez O, Pineles BL, Gotsch F, et al. Recurrent Preterm Birth. *Seminars in Perinatology*. 2007 Jun;31(3):142–58.
 13. Andersen HF. Ultrasound evaluation of the cervix and value of cervical cerclage. In: Elder MG, Romero R, Lamont RF, editors. *Preterm Labor*. New York: Churchill Livingstone; 1997. p.165-84.
 14. Carvalho MHB, Bittar RE, Brizot ML, Bicudo C, Zugaib M. Prediction of preterm delivery in the second trimester. *Obstet Gynecol*. 2005;105(3):532-6. doi: 10.1097/01.AOG.0000154157.22500.1d
 15. Mendelson CR. Minireview: fetal-maternal hormonal signaling in pregnancy and labor. *Mol Endocrinol*.2009;23(7):947-54.
 16. Garfield RE, Saad G, Buhimchi I, Shi L, Shi SQ, et al. Control and Assessment of the uterus and cervix during pregnancy and labour. *Hum Reprod Update*. 1998;4(5):673-95.
 17. Bittar RE, Fonseca EB da, Zugaib M. Predição e prevenção do parto pré-termo. *Femina*. 2010 ; 38(1): 13-22