“Comparación de la longitud cervical por ecografía transabdominal (TA) y transvaginal (TV) en el segundo trimestre de gestación”

Tania Buccolini, Marco Marangoni, Jorge Galindez, Nicolás López Galletti, Silvio Marchegiani, Alberto Marangoni.

Servicio de Diagnóstico por Imágenes-
Sanatorio Allende, Córdoba-Argentina.

Introducción:

- La medición del cérvix por US es predictor de parto pretérmino.
- Cuando LC es <26 mm entre 18-22 sem, el parto pretérmino aumenta 6 a 9 veces.
- Esto apoya las mediciones de rutina por ecografía TV en el 2°trimestre.
- Sin embargo, es un abordaje poco confortable y no deseado por muchas pacientes.
- Actualmente las sondas TA tienen suficiente calidad de imagen como para medir LC.

Objetivos:

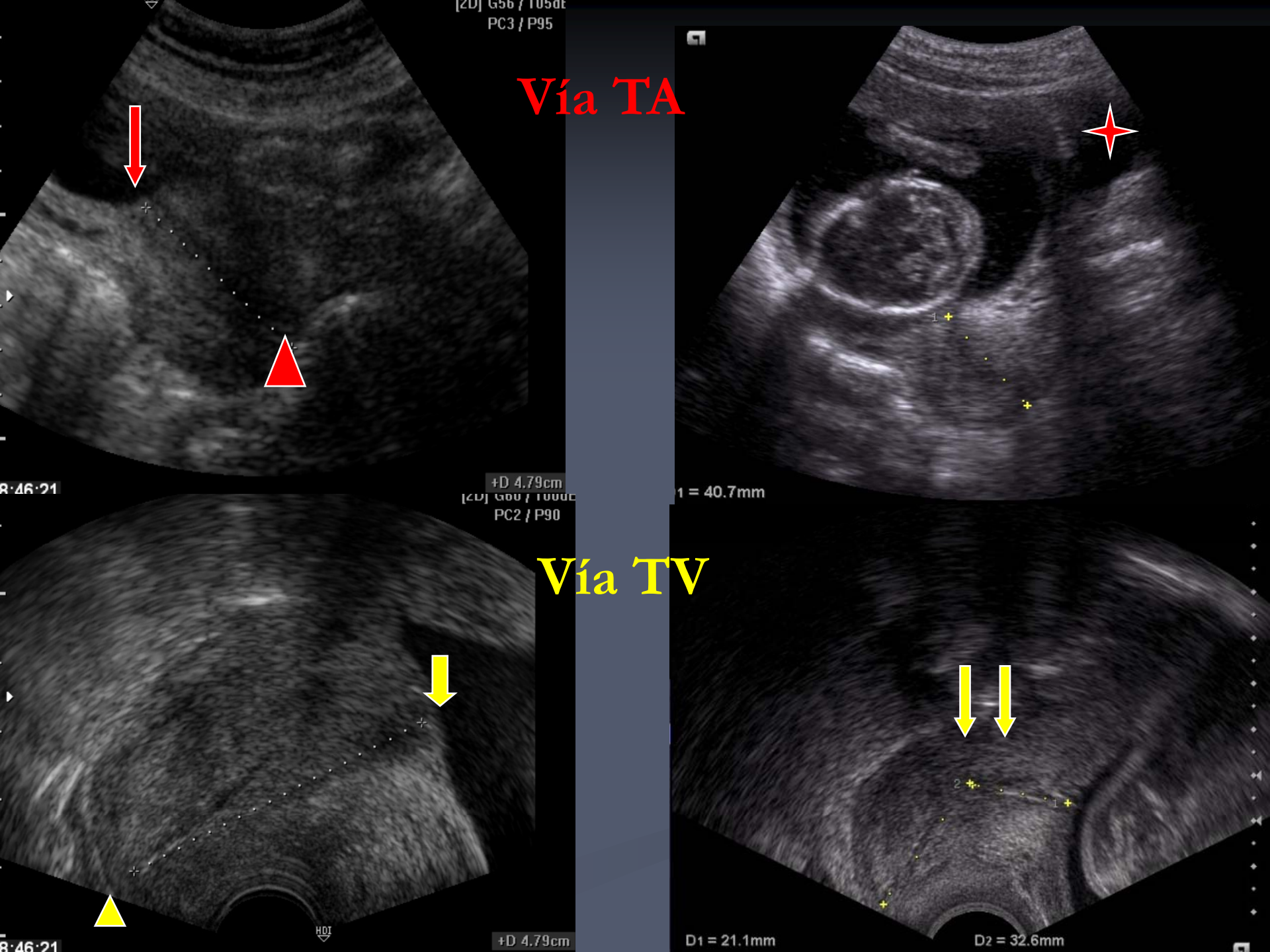
- Analizar la validez de la medición de la LC por ecografía TA comprarándola con la medición por vía TV durante el período comprendido entre las 18 y 24 semanas de gestación.

Material y Método

- Estudio prospectivo multicéntrico realizado en el Sanatorio Allende (Cba) y Clínica Alemana (Chile) desde Abr hasta Sept 2011.
- Se obtuvieron mediciones de LC por vía TV y TA de la misma paciente entre 18-24 sem. por el mismo operador en cada centro.

Modo de exploración:

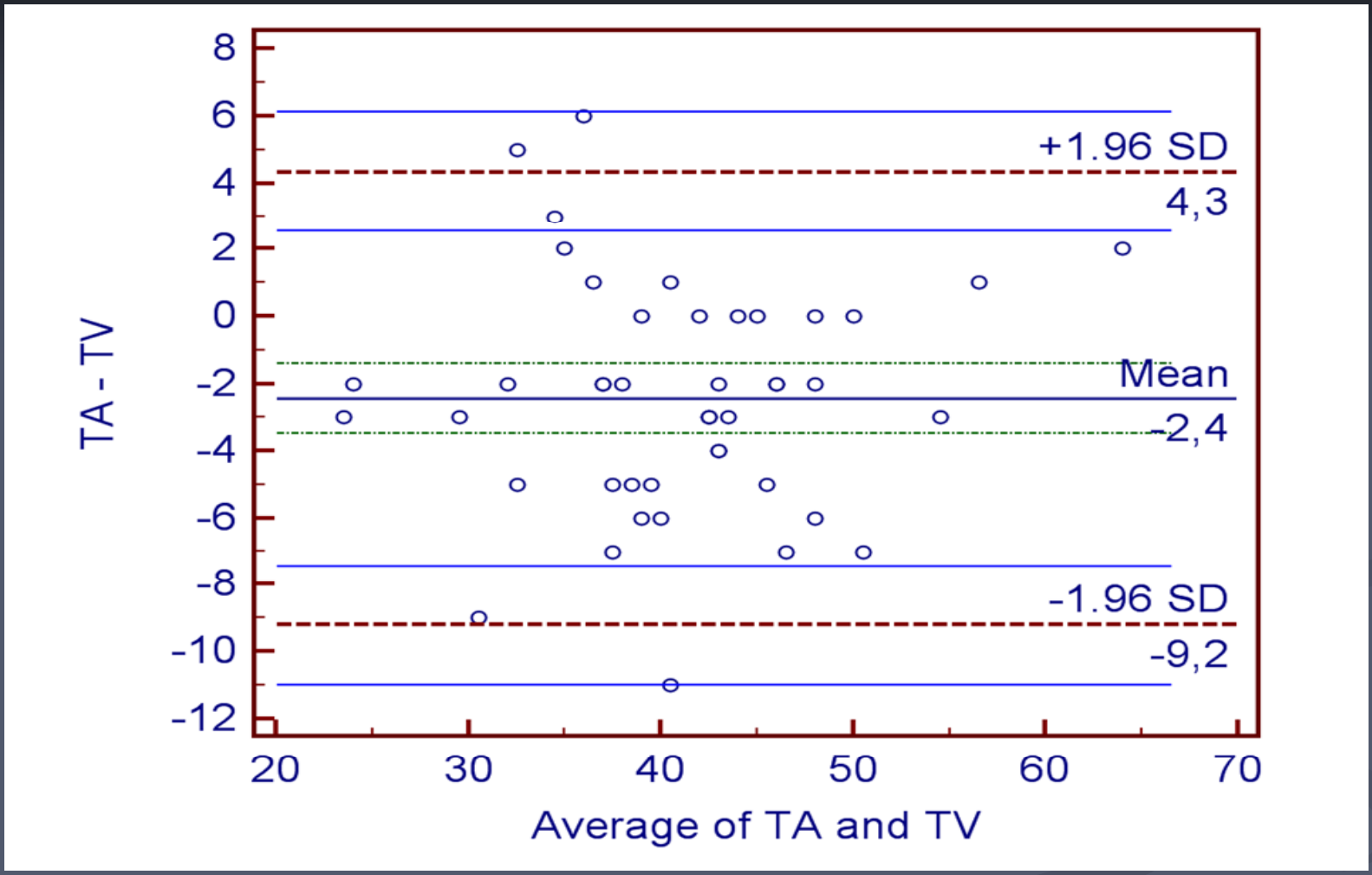
- Durante la ecografía de rutina del 2°T se realizó la medición LC por vía TA, con vejiga vacía o semidistendida con transductor de 5-7MHz.
- Luego se registró LC por vía TV (8-9MHz).
- Se realizó corte sagital del cérvix identificando la mucosa endocervical como guía.
- Cálipers desde OCE hasta OCI.


PC3 / P95
Vía TA
+D 4.79cm
PC2 / P90
= 40.7mm
Vía TV
+D 4.79cm
D1 = 21.1mm
D2 = 32.6mm

Resultados:

- Fueron incluídas 45 pacientes con embarazo único con biometría fetal entre 18-24 sg
- Media de EG: 20 semanas
- Media de LC por vía TA: 39 mm
- Media LC por vía TV: 42 mm
- El análisis de concordancia según método Bland-Altman demostró que la LC TA es en promedio 2 mm menor que LC TV
- El 95% de intervalo de confianza fue 4 a 9 mm
- En el 95% de los casos la diferencia entre ambos métodos no superará estos valores.

Diagrama de Bland Altman



La correlación Intraclase para medidas únicas fue 0.90 95% IC 0,83-0,94

Discusión:

- El acortamiento cervical usualmente se determina con el examen vaginal, es subjetivo y no puede medirse cuando el OCE está cerrado.
- La medición por US es objetiva por su mayor precisión y reproductibilidad.
- La LC por ecografía TA ha sido evaluada por numerosos investigadores.
- En la mayoría de estos estudios la medición del cérvix TA se realiza con la vejiga llena lo que mejora la visualización del mismo.
- Sin embargo algunos autores demuestran que la vejiga llena en el embarazo distorsiona la longitud real y alarga el cérvix.

- Dado que en nuestro trabajo existe un error entre 4 y 9 mm, es decir, la medición TA puede ser hasta 9 mm menos que la medición TV.
- Un cérvix suficientemente largo por vía TA puede ser tranquilizador, pero un cérvix apenas normal puede incurrir en subdiagnóstico de riesgo de prematurez.
- Sesgo del estudio: comparación de medidas intraobservador (ya se conocía el valor antes de asignar la segunda medida). No se tuvo en cuenta las pacientes con cérvix corto, funnel y cerclaje.
- La importancia de la aplicabilidad clínica es que en muchos centros no se dispone de transductor transvaginal, y este método permite obtener cierta información.

Conclusión:

- La LC por vía TA y TV difieren importantemente.
- La medición TA es más corta que por la vía tradicional TV.
- "Por lo tanto, cuando el cérvix resulta largo por vía TA sería innecesaria la ecografía TV para su medición".
- Sin embargo, se debería considerar una serie mayor para probar la validez clínica de este método de medición.

Bibliografía

1- Iams JD. Cervical Ultrasonography. Ultrasound Obstet Gynecol 1997; 10:156-60.

2- Iams JD, Goldenberg RL, Meis PJ, Mercer BM, Moawad A, Das A, et al, and the National Institute of Child Health and Human Development Maternal fetal Medicine Unit Network. The length of the cervix and the risk of spontaneous premature delivery. N Engl J Med 1996; 334:567-72.

3- Anderson HF. Tranvaginal and transabdominal ultrasonography of uterine cervix during pregnancy. J Clin Ultrasound 1991; 19:77-83.

4- To MS, Skentou CA, Royston P, Yu CK, Nicolaides KH. Prediction of patient-specific risk of early preterm delivery using maternal history and sonographic measurement of cervical length: a population based prospective study. Ultrasound Obstet Gynecol 2006; 27:362-7.

5- Onderglu L. Digital examination and transperineal ultrasonographic measurement of cervical length to assess risk of preterm delivery. Int J Gynecol Obstet 1997; 59:223– 8.

6- Jackson G, Ludmir J, Bader T. The accuracy of digital examination and ultrasound in the evaluation of cervical length. Obstet Gynecol. 1992; 79: 214–8.

7- Bowie JD, Andreotti RF, Rosenberg ER: Sonographic appearance of the uterine cervix in pregnancy: The vertical cervix. AJR. 1983; 140:737-740.