

Istmocele. Reporte de caso

 Duly Torres-Cepeda,¹  Eduardo Reyna-Villasmil.²

RESUMEN

El istmocele es un defecto en fondo de saco de tipo reservorio en la pared anterior del istmo en el sitio de la cicatriz de la cesárea previa. Su presencia retarda y acumula la salida de sangre menstrual a través del cuello uterino y, junto a la presencia de tejido fibrótico, produce dolor pélvico. La remoción del tejido local inflamado mejora los síntomas y restaura la fertilidad. Se presenta caso de paciente de 39 años con antecedentes de sangrado intermenstrual, dolor pélvico y dismenorrea. Los estudios por imágenes revelaron un defecto en la cicatriz de la cesárea conectada a una pequeña cavidad en el miometrio compatible con istmocele. Luego de la remoción quirúrgica, los síntomas desaparecieron. Se resalta la importancia alrededor del diagnóstico, manejo y beneficios de la reparación quirúrgica de los defectos de la cicatriz uterina después de la cesárea.

Palabras clave: Istmocele; Dehiscencia de la cicatriz, Dolor pélvico.

Isthmocele. Case report

SUMMARY

Defects in cesarean scar results from a postoperative complication of the uterine isthmus, also known as an isthmocele. This is a reservoir-like pouch defect on the anterior wall of the uterine isthmus located at the site of a previous cesarean scar. The flow of menstrual blood through the cervix may be slowed by the presence of isthmocele, as the blood may accumulate in the niche and, together with the presence of fibrotic tissue, cause pelvic pain. The removal of the local inflamed tissue improves symptoms and restores fertility. We report the case of a 39-year-old with history of inter-menstrual bleeding, pelvic pain and dysmenorrhea. Images studies revealed a cesarean scar defect connected to a small cavity in the myometrium compatible with an isthmocele. After surgical excision, symptoms resolved. This case highlights the importance surrounding diagnosis, management and benefits of surgical repair of uterine scar defect after cesarean section.

Keywords: Isthmocele; Scar dehiscence; Pelvic pain.

INTRODUCCIÓN

Los defectos de la cicatriz en el istmo uterino, también conocidos como defectos de la cicatriz de la cesárea o istmocele, generalmente se describen después de la cirugía y pueden causar sangrado uterino anormal e infertilidad (1). El endometrio activo y las alteraciones del drenaje, debido a la escasa contractilidad, pueden provocar que la sangre se acumule en el fondo de

saco similar a un reservorio. La retención de sangre y desechos puede producir sangrado intermenstrual y dolor pélvico e interferir en el paso de los espermatozoides y la implantación del embrión (1, 2). El tratamiento es la supresión de los ciclos menstruales o reparación quirúrgica para mejorar los síntomas. Se presenta el reporte de un caso de istmocele.

REPORTE DE CASO

Se trata de paciente de 39 años, II gestas II cesáreas, que consultó por presentar sangrado intermenstrual, dolor pélvico y dismenorrea. La primera cesárea fue debida a desproporción cefalopélvica y la segunda

¹Médico adjunto. Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Central Dr. Urquinaona, Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela. ²Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela. Servicio de Obstetricia y Ginecología - Maternidad Dr. Nerio Belloso. Hospital Central Dr. Urquinaona. Maracaibo, estado Zulia, Venezuela. Correo de correspondencia: sippenbauch@gmail.com

Forma de citar este artículo: Torres-Cepeda D, Reyna-Villasmil E. Istmocele. Reporte de caso. Rev Obstet Ginecol Venez. 2022; 82(2): 270-274. https://doi.org/10.51288/00820215

cesárea fue 4 años antes del inicio de los síntomas. Las menstruaciones eran irregulares, negando dismenorrea. La paciente estaba hemodinámicamente estable. La frecuencia cardiaca era de 80 latidos por minuto y la presión arterial de 140/82 mm de Hg. El abdomen estaba blando depresible, sin dolor a la palpación ni a la compresión profunda. La evaluación ginecológica no demostró tumoraciones. Los ruidos hidroáereos estaban presentes. Las pruebas de laboratorio no mostraron evidencia de anemia o leucocitosis.

La ecografía transvaginal mostró una imagen econegativa triangular con vértice hacia la vejiga, de 24 x 23 mm en la pared anterior del istmo uterino cercano al sitio de las cicatrices de las cesáreas segmentarias previas, sospechosa de istmocele (figura 1). Las imágenes de resonancia magnética demostraron la presencia de una colección quística de 25 mm, de aspecto hemorrágico, sospechosa de dehiscencia de la cicatriz de las cesáreas previas.

La paciente fue sometida a un abordaje combinado

laparoscópico e histeroscópico para reparar el defecto debido a la proximidad de la vejiga. En la histeroscopia se observó el arco anterior y posterior del istmocele con el saco entre ambos (figura 2). Se procedió a reseca el arco anterior mientras se aplanaba el saco. Durante el abordaje laparoscópico se realizó la oclusión bilateral y temporal de las arterias uterinas, disección de la vejiga para mejorar la exposición del defecto, identificación y delimitación completa de las cicatrices de las cesáreas. Posterior a la extirpación total del defecto de las cicatrices de las cesáreas, se reparó el defecto con doble capa con sutura sintética absorbible bajo visualización directa del defecto.

La paciente se recuperó sin complicaciones después de la cirugía y fue egresada al tercer día. Tres meses después de la cirugía, la paciente describió la resolución completa de los síntomas ginecológicos. En la evaluación ecográfica control se observó grosor normal de la pared uterina en el sitio de la cirugía. La evaluación histeroscópica confirmó que la lesión había desaparecido.



Figura 1. Ecografía transvaginal donde se visualiza imagen triangular en istmo uterino con vértice hacia la vejiga sospechosa de istmocele.

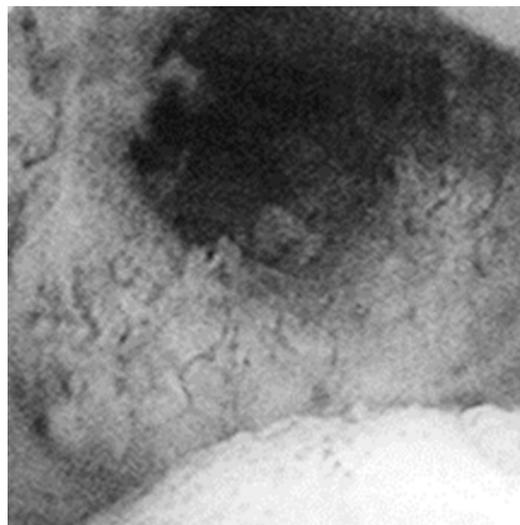


Figura 2. Visión endoscópica del istmocele en cara anterior del segmento uterino.

DISCUSIÓN

El istmocele fue inicialmente descrito al analizar hysterectomías en pacientes que fueron sometidas a cesárea (3). El significado clínico es generalmente benigno y su presencia se ha establecido como causa no reconocida de sangrado uterino anormal, una manifestación común en las mujeres premenopáusicas (4). Se ha reportado que la prevalencia del istmocele es del 52 % (1). La hysterotomía generalmente se realiza en el segmento inferior debido a que el tejido fibroso es abundante y permite que la cicatriz cure en forma segura, disminuyendo el riesgo de dehiscencia en embarazos posteriores. Este involucra la pérdida de continuidad miometrial en el sitio de la cicatriz uterina, por lo que es un hallazgo frecuente en el segmento inferior del útero en pacientes con antecedentes quirúrgicos (3). Las pacientes sometidas a múltiples cesáreas tienen una mayor posibilidad de defectos de la histerorrafia y, generalmente, experimentan uno o más de los síntomas antes mencionados (4-7).

La reparación de la hysterotomía puede realizarse en una o múltiples capas (5). Debido a las diferencias en la contractilidad miometrial entre ambos lados del segmento inferior, el borde superior de la incisión es más grueso que el borde inferior. Esta discrepancia se acentúa con el aumento del número de cesáreas. La posible razón para el defecto anatómico es que la técnica quirúrgica basada en la histerorrafia en una sola capa no garantiza la alineación precisa de los bordes (1). Otros factores que influyen en la aparición de istmocele incluyen la dilatación cervical al momento de la cesárea y, posiblemente, el esfuerzo contráctil de la musculatura uterina, produciendo adelgazamiento del sitio de la hysterotomía. Se ha propuesto que la inflamación crónica o un arreglo particular de las fibras miometriales en el sitio de la histerorrafia pueden contribuir a la discrepancia en el sitio del cierre (3, 8).

También se ha descrito que los defectos mayores ocurren más comúnmente en úteros en retroversoflexión

que en anteroversoflexión (la probabilidad es más de dos veces) y aquellos localizados en la parte más baja del segmento inferior (8). Esto se debe a que el punto de flexión uterino está al nivel del orificio cervical interno y, por lo tanto, el segmento inferior del útero en retroversoflexión está bajo tensión, lo cual compromete la cicatrización de la hysterotomía. La tracción anatómica sobre la cicatriz y la reducción asociada de la perfusión vascular secundaria al estiramiento del segmento inferior puede causar alteración de la perfusión tisular y disminuir la tensión de oxígeno que retrasan la cicatrización al disminuir la producción de colágeno (5, 8).

El istmocele se asocia con alteraciones anatómicas y funcionales, como distorsión y ampliación del segmento inferior, endometrio congestivo sobre la cicatriz, infiltración linfocítica, dilatación capilar y hematíes libres en el estroma endometrial de la cicatriz (2). Estos defectos pueden causar sangrado uterino anormal, dolor pélvico crónico e infertilidad. De hecho, la velocidad de salida del flujo de sangrado menstrual, junto al incremento de la secreción de moco local debido a la vascularización anormal, puede disminuir en presencia del istmocele, acumulándose sangre dentro del defecto por un número variable de días después de la menstruación (1-3).

Los estudios por imágenes son útiles en la evaluación de la integridad de la pared uterina anterior. La ecografía transvaginal y la sonohisterografía son herramientas útiles en el estudio de este tipo de lesiones uterinas (9-11). El mejor momento durante el ciclo menstrual para identificar la lesión por ecografía es durante el episodio de sangrado intermenstrual. El istmocele aparece como un área anecoica en forma de triángulo isósceles con la punta superior apuntando a la pared anterior del istmo y la base dirigida a la pared posterior del canal cervical (1). La ecografía transvaginal es simple, no invasiva, de bajo costo y debe considerarse como primera elección para la evaluación debido a su alta correlación con la histeroscopia y permite excluir

otras patologías. En la histeroscopia, la lesión aparece como un defecto similar a un saco en la pared anterior del istmo, tercio superior del canal cervical y, menos frecuentemente, en tercio medio inferior. Sin embargo, tiene limitaciones por su incapacidad para medir en forma precisa el grosor endometrial y tamaño de la lesión (10).

Se han propuesto varios tratamientos para tratar la sintomatología asociada al istmocele, en especial el sangrado y la esterilidad secundaria. El uso de tratamiento hormonal ha demostrado disminución de la duración del sangrado intermenstrual y mejoría de los síntomas asociados, aunque sin desaparición total de estos, mostrándose menos eficaz que el tratamiento quirúrgico (12). Diferentes técnicas han sido utilizadas para corregir los defectos de la cicatriz del segmento inferior: abordaje combinado laparoscópico e histeroscópico al igual que vaginales exclusivos, extirpación laparoscópica del tejido fibrótico de los bordes de la cicatriz para acceder al miometrio sano (13) y resección histeroscópica del defecto (12-14). Todas estas técnicas apuntan a la remoción del tejido local inflamado dentro del defecto de la cicatriz para eliminar los síntomas (14). En el presente caso se decidió utilizar la reparación combinada con laparoscopia e histeroscopia para reparar el istmocele y resolver los síntomas ginecológicos, sin producir lesiones en otros órganos vecinos. Otro aspecto importante de este tipo de abordaje es que mejora el grosor residual del miometrio.

Es importante tener en cuenta que los cuadros de sangrado intermenstrual en pacientes con antecedentes de una cesárea previa pueden estar en relación con la presencia del istmocele y que también pueden ser causa de esterilidad secundaria.

El istmocele es una causa común de sangrado anormal, dolor pélvico suprapúbico e infertilidad. El presente caso resalta la falta de conocimiento que rodea al diagnóstico, consecuencias y beneficios

de la reparación quirúrgica del defecto. A medida que la tasa de cesáreas aumenta, también aumenta la posibilidad de encontrar defectos atípicos de la cicatriz uterina. Se debe conocer que puede presentarse con formas o características atípicas. Por lo tanto, el plan diagnóstico y las opciones terapéuticas deben evaluarse cuidadosamente, debido a que los tratamientos hormonales no solucionan el problema. Nuevos estudios deben incluir seguimiento a largo plazo y evaluación de la cicatriz uterina. Además, se debe considerar los factores de riesgo modificables del defecto de la cicatriz uterina, como el tipo de cierre uterino en la cesárea.

Sin conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Masuda H, Uchida H, Maruyama T, Sato K, Sato S, Tanaka M. Successful treatment of atypical cesarean scar defect using endoscopic surgery. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015; 15: 342. doi: 10.1186/s12884-015-0730-x.
2. Aimi G, Buggio L, Berlanda N, Vercellini P. Laparoscopic repair of a symptomatic post-cesarean section isthmocele: a video case report. *Fertil Steril*. 2017; 107(6): e17-e18. doi: 10.1016/j.fertnstert.2017.04.004.
3. Raimondo G, Grifone G, Raimondo D, Seracchioli R, Scambia G, Masciullo V. Hysteroscopic treatment of symptomatic cesarean-induced isthmocele: a prospective study. *J Minim Invasive Gynecol*. 2015; 22(2): 297-301. doi: 10.1016/j.jmig.2014.09.011.
4. Heller DS. Pathologic basis for abnormal uterine bleeding with organic uterine pathologies. *Menopause*. 2011; 18(4): 412-415. doi: 10.1097/gme.0b013e3181fe6e41.
5. Pandit SN, Khan RJ. Surgical techniques for performing caesarean section including CS at full dilatation. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2013; 27(2):179-195. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2012.12.006.

6. Kizer S. Frecuencia de la cesárea: factores resaltantes relacionados con su incremento. *Gac Med Caracas*. 2011; 119 (1): 12 – 21.
7. Carmona J, D`Alta M, Piñero A, Contreras I, Rozo I. Incidencia e indicación de cesárea en el Hospital Padre Justo Arias de Rubio. *Col Med Estado Táchira*. 2005; 14(4):23 – 27.
8. Bamberg C, Hinkson L, Dudenhausen JW, Bujak V, Kalache KD, Henrich W. Longitudinal transvaginal ultrasound evaluation of cesarean scar niche incidence and depth in the first two years after single- or double-layer uterotomy closure: a randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2017; 96(12): 1484-1489. doi: 10.1111/aogs.13213.
9. Tulandi T, Cohen A. Emerging manifestations of cesarean scar defect in reproductive-aged women. *J Minim Invasive Gynecol*. 2016; 23(6): 893-902. doi: 10.1016/j.jmig.2016.06.020.
10. Osser OV, Jokubkiene L, Valentin L. Cesarean section scar defects: agreement between transvaginal sonographic findings with and without saline contrast enhancement. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2010; 35(1): 75-83. doi: 10.1002/uog.7496.
11. Singh D, Kaur L. When a cesarean section scar is more than an innocent bystander in a subsequent pregnancy: Ultrasound to the rescue. *J Clin Ultrasound*. 2017; 45(6): 319-327. doi: 10.1002/jcu.22485.
12. Urman B, Arslan T, Aksu S, Taskiran C. Laparoscopic repair of cesarean scar defect “isthmocele”. *J Minim Invasive Gynecol*. 2016; 23(6): 857-8. doi: 10.1016/j.jmig.2016.03.012.
13. Marotta ML, Donnez J, Squifflet J, Jadoul P, Darii N, Donnez O. Laparoscopic repair of post-cesarean section uterine scar defects diagnosed in nonpregnant women. *J Minim Invasive Gynecol*. 2013; 20(3): 386-91. doi: 10.1016/j.jmig.2012.12.006.
14. Florio P, Gubbini G, Marra E, Dores D, Nascetti D, Bruni L, *et al*. A retrospective case-control study comparing hysteroscopic resection versus hormonal modulation in treating menstrual disorders due to isthmocele. *Gynecol Endocrinol*. 2011; 27(6): 434-8. doi: 10.3109/09513590.2010.495431.

Recibido: 15 de octubre de 2021

Aprobado: 10 de enero de 2022