

Isthmocele as cause of abnormal uterine bleeding and other gynecologic complications

Istmocelo como causa de hemorragia uterina anormal e outras queixas ginecológicas

Amelia de Almeida*, Joana Carvalho*, Eduardo Ferreira**, Graça Rodrigues***, Cristina Oliveira****
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, Penafiel

Abstract

Isthmocele is a reservoir-like pouch defect on the anterior wall of the uterine isthmus located at the site of a previous cesarean delivery scar. A case of a 42-year-old woman with previous cesarian delivery and with complains of abnormal uterine bleeding, dysmenorrhoea and dyspareunia is reported. Transvaginal ultrasound revealed a cesarean scar defect (isthmocele) which was confirmed by hysteroscopy.

Keywords: Isthmocele; Niche; C-section; Management.

INTRODUÇÃO

A cesariana é um dos procedimentos cirúrgicos mais realizados mundialmente, e nos últimos anos tem apresentado uma taxa crescente¹. Com o aumento do número da taxa de cesarianas, o reconhecimento das suas complicações é fundamental. As complicações obstétricas como o aumento do risco de placenta acreta/percreta/incrreta, ruptura uterina e gravidez na cicatriz da cesariana são amplamente conhecidas, enquanto que as suas complicações ginecológicas apenas recentemente começaram a ser estudadas².

O nicho ístmico/istmocelo define-se como um defeito anatómico caracterizado por um recesso >1 mm de profundidade na parede anterior do istmo na área da cicatriz da cesariana³. Ecograficamente pode assumir várias formas podendo ser classificado como: triangular; rectangular, semicircular, circular, em gota ou em cistos de inclusão³.

Os autores tem como objectivo apresentar um caso

clínico de nicho ístmico com discussão da sua etiologia, diagnóstico e tratamento.

CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, raça branca, com 42 anos de idade, sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo. História ginecológica: menarca aos 12 anos, ciclos regulares (28-30 dias) com 5 dias de duração e de quantidade normal. Na história obstétrica refere 2 gestações com 2 partos por cesariana, o último há 6 anos. A primeira cesariana foi de urgência e a indicação foi trabalho de parto estacionário, a segunda foi electiva por cesariana anterior sem condições para indução do trabalho de parto. Nega complicações intra-operatórias ou no puerpério. Sem antecedentes de outras cirurgias e sem hábitos alcoolicos, tabágicos ou medicamentosos.

Assintomática até 6 meses após a segunda cesariana altura em que refere dismenorrea tardia, metrorragia escassa após o cataménio com 10 dias de duração e dyspareunia profunda. Referenciada à consulta de ginecologia 6 anos após o início da sintomatologia por agravamento da dismenorrea. Na data da consulta encontrava-se medicada com estroprogestativo cíclico desde há 3 anos sem melhoria da sintomatologia. Tanto no exame físico geral como no exame ginecológico o único sinal positivo encontrado foi a paciente referir

*Interna do Internato Complementar de Ginecologia e Obstetrícia do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, Penafiel

**Especialista de Anatomia Patológica do Laboratório de Anatomia Patológica Dr. Eduardo Ferreira

***Assistente Graduada do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa Penafiel

****Assistente Hospitalar do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa Penafiel

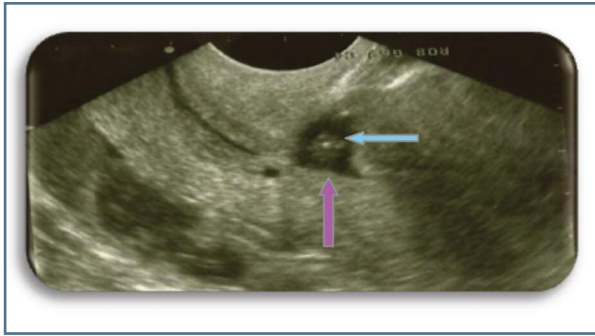


FIGURA 1. Observação do nicho ístmico (seta rosa) com pólipo no seu interior (seta azul) em ecografia transvaginal

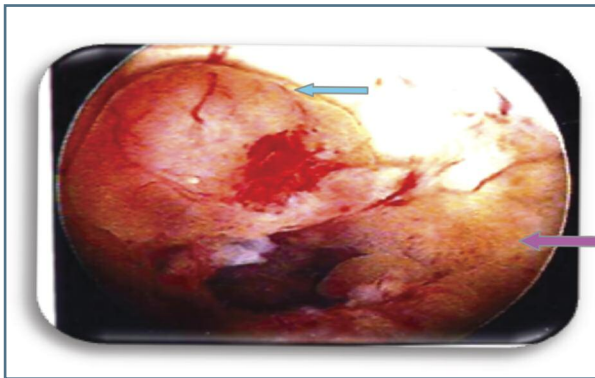


FIGURA 2. Observação do nicho ístmico (seta rosa) com um pólipo no seu interior (seta azul) por histeroscopia

dor à mobilização do colo do útero. O controle analítico estava dentro dos parâmetros normais. Na ecografia transvaginal (Eco-TV) foi observada a presença do nicho ístmico com 3 mm de profundidade apresentando um pólipo no seu interior – Figura 1. Consequentemente foi submetida a histeroscopia confirmando-se a presença do nicho ístmico e do pólipo endometrial, realizando-se exérese do pólipo com tesoura no mesmo tempo cirúrgico – Figura 2. Como o único achado encontrado foi o nicho ístmico, diagnosticado por eco-TV e com confirmação na histeroscopia, este diagnóstico foi considerado como a causa da metrorragia, dismenorria e dispareunia.

Após confirmação do diagnóstico a paciente iniciou tratamento médico com estroprogestativo (estradiol 0,003 mg/drosperinona 3mg) continuo durante 6 meses. Na consulta de reavaliação aos 6 meses referiu uma diminuição da quantidade e duração da metrorragia com persistência da dismenorria tardia. Foi proposto tratamento cirúrgico que a paciente aceitou. Foi realizada exérese de tecido fibrótico do nicho por res-

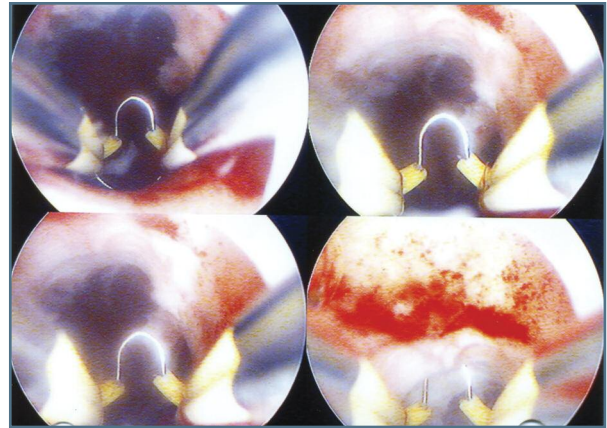


FIGURA 3. Ressecção do tecido fibroso do nicho ístmico por ressectoscopia

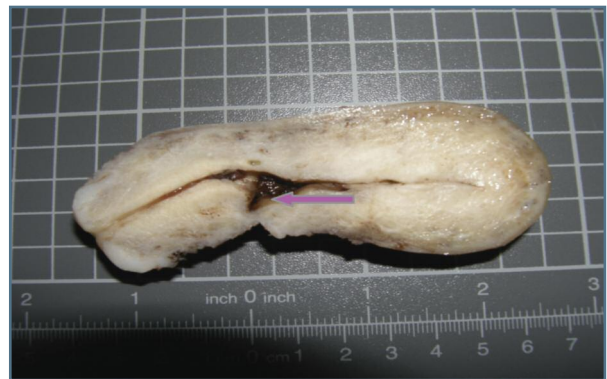


FIGURA 4. Útero com nicho ístmico (seta), observa-se congestão hemorrágica no seu interior

sectoscopia com ansa utilizando energia bipolar sob controlo laparoscópico (istmoplastia) - Figura 3. A intervenção decorreu sem intercorrências com alta hospitalar 24h após a cirurgia.

Na consulta de reavaliação dos 6 meses e 12 meses a paciente referiu persistência da sintomatologia tendo sido proposta para histerectomia total.

O exame anatomopatológico demonstrou útero com infiltração hemorrágica da parede na região do nicho ístmico e endométrio proliferativo sem atípia – Figuras 4 e 5.

DISCUSSÃO

Em 1995, Morris H. descreveu pela primeira vez o nicho ístmico estabelecendo uma relação entre o nicho ístmico e a história de cesariana anterior. No seu estu-

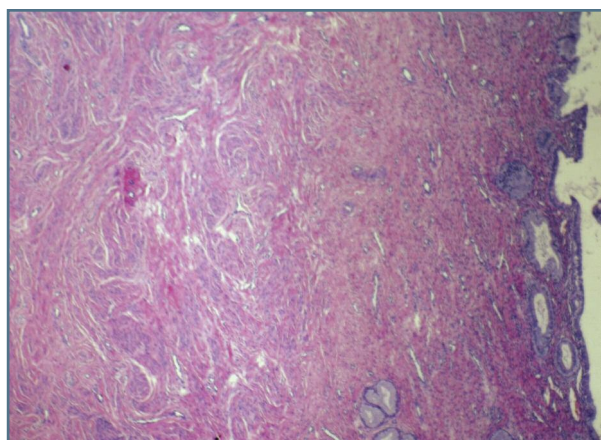


FIGURA 5. Coloração hematoxilina-eosina: mucosa endocervical com ligeira fibrose da parede

do analisou macroscopicamente 51 úteros de mulheres submetidas a histerectomia por hemorragia uterina anormal com história de cesariana anterior. Congestão endometrial, infiltração linfocitária, dilatação capilar e glóbulos vermelhos livres no estroma endometrial foram os achados encontrados na região do istmo o que poderia explicar a hemorragia uterina anormal nas mulheres com história de cesariana⁴.

A etiopatogenia do nicho ístmico ainda não está esclarecida encontrando-se presente em apenas 56% das pacientes submetidas a cesariana⁴. Nos últimos anos diferentes factores tem sido sugeridos para explicar o aparecimento do nicho ístmico, entre eles os mais aceites são: **1)** a diferença de espessamento entre o bordo superior e inferior da incisão, normalmente o superior é mais espesso que o inferior; **2)** a técnica cirúrgica utilizada; na histerorrafia podemos realizar uma ou duas suturas com envolvimento ou não do endométrio, fios com diferentes tempos de absorção e pontos mais ou menos isquemiantes; **3)** o grau de dilatação/a espessura do segmento inferior na altura da cesariana; **4)** a posição do útero, uma vez que ocorre com maior frequência em úteros retroflectidos; **5)** a reacção inflamatória no local da cicatriz da cesariana⁵.

A presença do nicho ístmico tem sido associada a quadros de hemorragia uterina anormal (normalmente pós-menstruação e de pequena volume), dor pélvica crónica e infertilidade. A hemorragia uterina anormal varia entre 25-86% em mulheres com cesariana anterior sendo justificada pela retenção de sangue na zona do recesso, pela contração alterada do miométrio na região do nicho e pela congestão vascular⁷⁻⁸. O sangue retido na região do istmo provoca a liber-

tação de factores inflamatórios que poderão causar dor pélvica crónica e a dismenorreia. O ambiente inflamatório poderá também alterar a qualidade do muco cervical o que vai interferir com a progressão e qualidade do esperma no canal cervical e com a implantação do embrião causando infertilidade secundária⁸.

Nem todas as mulheres com nicho ístmico são sintomáticas pelo que a sua presença não deve ser a causa direta dos sintomas, estes devem estar mais relacionados com a reacção inflamatória observada no nicho⁵.

Diferentes meios de diagnóstico como: eco-TV, histerossonografia, histerossalpingografia, histeroscopia e Ressonância Magnética (RM) são utilizados no diagnóstico do nicho ístmico. Contudo a histerossalpingografia e a histeroscopia não permitem uma avaliação da espessura da parede uterina na região do nicho, pelo que não são recomendadas na avaliação inicial. A eco-TV é o meio de diagnóstico mais utilizado na avaliação inicial mas para uma melhor caracterização do nicho deverá realizar-se a histerossonografia. Na histerossonografia o nicho deve ser medido antes da injeção de soro fisiológico porque a introdução de soro fisiológico provoca um aumento da pressão intra-uterina na zona do nicho podendo este aparecer com um tamanho maior do que o seu tamanho real, contudo a espessura da parede uterina mantém-se inalterada. A RM permite-nos uma boa avaliação tanto do nicho como da espessura da parede uterina. A vantagem da RM em relação à eco-TV deve-se ao facto da RM ser um método reprodutível e com melhor qualidade de imagem^{5,8}.

O tratamento do nicho ístmico não é consensual havendo autores que defendem apenas o tratamento médico, outros visam apenas o tratamento cirúrgico e outros os dois. O tipo e dose de estroprogestativo, o tipo de cirurgia e o *cut-off* utilizado para o espessamento da parede uterina na região do nicho istmo variam nos diferentes estudos. A escolha da técnica cirúrgica a utilizar também não é consensual nos diferentes trabalhos publicados. As 2 técnicas mais utilizadas foram a correção do nicho por ressectoscopia e por laparoscopia. Os resultados das duas técnicas são difíceis de comparar porque as variáveis analisadas são diferentes^{3,9}. Tower AM. *and colleagues* na sua publicação fazem uma revisão sobre os nichos ístmicos o seu diagnóstico e tratamento, concluindo que é necessário uma classificação padronizada para estudos futuros⁹.

Assim após uma revisão da literatura os autores defendem que a conduta deve basear-se em dois factores: sintomatologia e desejo reprodutivo. Se não existir de-

sejo de concepção e se a paciente estiver assintomática a vigilância por eco-TV é suficiente. Se esta paciente apresentar sintomas o tratamento de primeira linha será o tratamento médico com estroprogestativos contínuo durante 6 meses, se os sintomas persistirem deve avaliar-se a espessura da parede uterina na zona do nicho, se a espessura for >3mm a ressecção do nicho deve ser feita por ressectoscopia, se a espessura for <3mm a correção deve ser por via laparoscópica, eventualmente com controlo histeroscópico. No caso de persistência de sintomas recomenda-se a histerectomia. No caso da paciente ter desejo reprodutivo, a espessura da parede uterina é fundamental, assim uma espessura >3 mm tem indicação para vigilância, uma espessura <3 mm tem indicação para correção por via laparoscópica devido ao risco de ruptura uterina. No entanto nas mulheres assintomáticas e sem história de infertilidade poderá optar-se pela vigilância independentemente da espessura da parede uterina.

No nosso caso clínico apesar de apesar de termos baseado a nossa conduta na literatura a paciente não melhorou mesmo após o tratamento cirúrgico do nicho. O facto de se tratar da primeira paciente tratada na nossa instituição e a escassa literatura publicada na data da cirurgia, pois ainda não havia publicações sobre a influencia da espessura da parede uterina no tratamento cirúrgico, podem ter contribuído para este desfecho.

Com este caso clínico os autores pretendem alertar para a presença do nicho ístmico e a suas implicações na vida reprodutiva da mulher e na hemorragia uterina anormal. Com um aumento da taxa de cesarianas a

nível mundial é fundamental a realização de estudos prospectivos e de consensos de conduta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Joseph KS, Young DC, Dodds L, et al. Changes in maternal characteristics and obstetric practice and recent increases in primary cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2003; 102:791 – 800.
2. Chazotte C, Cohen WR. Catastrophic complications of previous cesarean section. *Am J Obstet Gynecol.* 1990;163:738–742.
3. Gubbini G, Casadio P, Marra E. Resectoscopic correction of the isthmocele in women with postmenstrual abnormal uterine bleeding and secondary infertility. *J Minim Invasive Gynecol* 2008; 15:172–175.
4. Morris H. Surgical pathology of the lower uterine segment-caesarean section scar: is the scar a source of clinical symptoms? *Int J Gynecol Pathol* 1995; 14:16–20.
5. Hayakawa H, Itakura A, Mitsui T, et al. Methods for myometrium closure and other factors impacting effects on cesarean section scars of the uterine segment detected by the ultrasonography. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006; 85:429–434.
6. Belinda Centeio L, Scapinelli A, Depes D, Lippi U, Lopes R. Findings in patients with postmenstrual spotting with prior cesarean section. *J Minim Invasive Gynecol.* 2010;17:361–364.
7. Menada Valenzano M, Lijoi D, Mistrangelo E, Costantini S, Ragni N. Vaginal ultrasonographic and hysterosonographic evaluation of the low transverse incision after caesarean section: correlation with gynaecological symptoms. *Gynecol Obstet Invest* 2006;61:216–222.
8. Fabres C, Aviles G, De La Jara C, et al. The cesarean delivery scar pouch: clinical implications and diagnostic correlation between transvaginal sonography and hysteroscopy. *J Ultrasound Med* 2003;22:695–700.
9. Tower AM, Frishman GN. Cesarean Scar Defects: An Underrecognized Cause of Abnormal Uterine Bleeding and Other Gynecologic Complications. *J Minim Invasive Gynecol.* 2013 May 13.