CORREÇÃO DE ISTMOCELE POR LAPAROSCOPIA COM ASSISTÊNCIA HISTEROSCÓPICA

KATHIANE LUSTOSA **AUGUSTO**^{1*}; SARA ARCANJO LINO **KARBAGE**²; ANDREISA PAIVA MONTEIRO **BILHAR**³; CAMILA SILVEIRA **MARQUES**⁴; GABRIEL MARCOS **LEÔNIDAS**⁴.

1. Salvata de Educação.
2. Instituto Salvata de Educação.
3. Universidade Federal do Ceará e Instituto Salvata de Educação.
4. Acadêmicos de Medicina da Universidade Federal do Ceará.

Artigo submetido em: Janeiro 2023

Artigo aceito em: Fevereiro 2023

Conflitos de interesse: não há.

Autor Correspondente: kathianelustosa@gmail.com.

RESUMO

Istmocele é a formação de um divertículo devido ao afinamento do miométrio ou defeito no local da cicatriz da cesárea na parede anterior do istmo uterino. A maioria das pacientes é assintomática, mas tal condição pode causar sangramento uterino anormal, dor pélvica, infertilidade, além de gravidez ectópica em cicatriz de cesárea e ruptura uterina. Em mulheres sintomáticas ou que desejam gestar, é recomendado tratamento cirúrgico, por remodelação histeroscópica caso o defeito seja pequeno ou por reparo laparoscópico se a distância entre a istmocele e a serosa uterina seja menor que <2-3 mm. Uma associação entre os dois procedimentos possui vantagens em relação à visualização da istmocele.

Palavras-chave: Istmocele; Histeroscopia; Laparoscopia; Procedimentos Cirúrgicos Minimamente Invasivos; Relato de Caso.

ABSTRACT

Isthmocele refers to the formation of a diverticulum due to thinning of the myometrium or defect in the cesarean scar site in the anterior wall of the uterine isthmus. Most patients are asymptomatic, but this condition can cause abnormal uterine bleeding, pelvic pain, infertility, in addition to ectopic pregnancy in cesarean scar and uterine rupture. In symptomatic women or women who wish to become pregnant, surgical treatment is recommended, by hysteroscopic remodeling if the defect is small or by laparoscopic repair if the distance between the isthmocele and the uterine serosa is less than 2-3 mm. An association between the two procedures has advantages in relation to the visualization of the isthmocele.

Keywords: Isthmocele; Hysteroscopy; Laparoscopy; Minimally Invasive Surgical Procedures; Case Report.

INTRODUÇÃO

A cesárea é uma intervenção cirúrgica que preserva a vida de mulheres e neonatos quando complicações ocorrem, tais como apresentação fetal anormal e doenças hipertensivas da gestação. Nesse contexto, a Organização Mundial da Saúde prevê que cerca de 10 a 15% dos partos tenham indicação precisa para esse procedimento. Ademais, porcentagens acima de 20% não mostraram melhora dos desfechos perinatais e neonatais. Contudo, o número de partos por essa via tem aumentado exponencialmente nos últimos 30 anos, chegando a 42,9% dos nascimentos na América do Sul. Especificamente no

Brasil, a frequência de cesáreas é de 55,6%, possuindo números ainda mais altos quando analisados somente os partos em hospitais privados ^(1,2).

A frequência de complicações relacionadas a essa intervenção cirúrgica, por conseguinte, também tem aumentado. Algumas estão bem determinadas, enquanto outras, como a istmocele, apenas recentemente ganharam mais destaque ⁽²⁾.

Istmocele ou nicho uterino diz respeito à formação de um divertículo devido ao afinamento do miométrio ou defeito no local da cicatriz da cesárea na parede anterior do istmo uterino. Essa condição, que ocorre em até 70% das pacientes com cesárea

prévia, foi descrita pela primeira vez por Morris em 1995 e tratada pioneiramente laparoscopicamente por Jacobson et al em 2003 (3, 4).

Muitas pacientes são assintomáticas, mas cerca de 30% delas podem apresentar sintomas como sangramento uterino anormal pela contenção de sangue menstrual na cavidade formada, bem como dor pélvica em função da contratilidade miometrial anormal para esvaziar tal conteúdo. A istmocele também pode gerar infertilidade secundária por alterações do muco cervical que comprometem a viabilidade dos espermatozoides e, havendo a possibilidade de gestação, aumenta os riscos de gestação em cicatriz de cesárea e ruptura uterina. Uma apresentação rara se dá na forma de abscesso, quando o muco e sangue acumulados no nicho se tornam infectados (2, 4, 5).

Alguns fatores de risco para istmocele foram estabelecidos. Um útero retrofletido, por exemplo, por ação da gravidade, mantém contrações de maior força e pode resultar em grandes nichos. Outra condição que colabora para a formação do divertículo é o trabalho de parto prévio à cesárea com duração maior que cinco horas e dilatação cervical superior a cinco centímetros, pois o miométrio mais fino e menos vascularizado predispõe a cicatrização subótima. Aspectos relacionados à técnica cirúrgica, tais como hemostasia inadequada, isquemia e manipulação excessiva dos tecidos também foram relatadas como fatores de risco. Outrossim, incisões uterinas com maior proximidade do cérvix prejudicam a cicatrização em razão da interação do muco cervical com o miométrio, favorecendo o desenvolvimento do divertículo (2, 5).

Ainda não existem critérios diagnósticos bem determinados para istmocele, mas este pode ser realizado por meio de diversos métodos de imagem, tais como ultrassonografia transvaginal, histerosonografia, histerografia, histeroscopia e ressonância magnética. O nicho é geralmente diagnosticado, entretanto, pela ultrassonografia. Nela, o defeito é caracterizado como uma imagem triangular anecoica que se comunica com a cavidade endometrial ou como uma sutil deformidade na parede anterior do útero. A ressonância mostra achados semelhantes os quais são mais bem visualizados se ponderados em T2 (2-4, 6).

No que concerne ao tratamento da istmocele, este é recomendado em pacientes sintomáticas e em assintomáticas que planejam gestar (1).

RELATO DE CASO

Paciente de 34 anos, sexo feminino, G1P1, parto cesáreo há 3 anos. Procurou serviço de ginecologia porque desejava gestar novamente. Possuía ciclos menstruais regulares com duração de 7 dias, mas apresentava sangramento pós-menstrual, levantando suspeita de istmocele. Foi solicitada então ressonância magnética de pelve, a qual evidenciou istmocele na região anterior do istmo, em contato com a serosa uterina distanciando 1,5 mm do miométrio, com profundidade de 1,2 cm e extensão longitudinal de 0,5 cm, sem conteúdo hemático no interior (**Figura 1**).

Após histeroscopia revelar conteúdo hemático em nicho miometrial e delgado contato com a serosa uterina, submeteu-se à laparoscopia subsequente. Nesta, foi realizada abertura do peritônio anterior guiado pela transiluminação da ótica da Histeroscopia, seguida de dissecação do espaço vesicouterinovaginal e identificação da istmocele. Em seguida, foi feita incisão com abertura da falha miometrial seguida por sutura em dois planos do miométrio com aproximação e reforço da parede uterina (**Figura 2**).

A paciente recuperou-se de forma exitosa, sem complicações pós-cirúrgicas, recebendo liberação médica para gestar após Histeroscopia realizada após 3 meses sem evidências de istmocele.

DISCUSSÃO

As opções de tratamento para istmocele incluem tratamento conservador, baseado na terapia hormonal combinada, e reparo cirúrgico do divertículo (7).

Os contraceptivos orais podem reduzir o sangramento pós-menstrual por meio do controle da proliferação endometrial. No entanto, além da persistência do risco de gravidez ectópica em cicatriz de cesárea, estudos mostram que a conduta conservadora é efetiva apenas temporariamente e que a maioria das mulheres necessitará de tratamento cirúrgico eventualmente (2, 7).

A abordagem cirúrgica da istmocele, por sua vez, está condicionada à distância entre o defeito miometrial e a serosa uterina. Assim, pequenos defeitos possuem maiores distâncias (>2-3 mm) até a serosa e podem ser reparados por histeroscopia, enquanto grandes defeitos dispõem de menores distâncias (<2-3 mm) e requerem intervenção laparoscópica. O acesso transabdominal é considerado mais vantajoso em mulheres que almejam gestar tendo em vista o aumento da espessura e da força da parede uterina (4, 8).

O procedimento histeroscópico remodela a parede uterina, aplainando as bordas do nicho e facilitando a drenagem para que o sangue menstrual não mais seja retido. Na laparoscopia, além de remodelado o defeito também é reparado, pois o tecido fibrótico das bordas é ressecado e o defeito é fechado em sutura de dois planos ^(6,8).

Uma abordagem combinada dos dois procedimentos é vantajosa na medida em que a visualização da istmocele é feita pela histeroscopia e, por transiluminação, o nicho pode ser identificado pela cavidade abdominal pela laparoscopia ^(2,6,8).

Tanto a histeroscopia quanto a laparoscopia estão associadas a desfechos favoráveis, reduzindo o sangramento pós-menstrual em grande parte das pacientes submetidas à cirurgia ⁽⁵⁻⁷⁾.

Portanto, a prevenção primária da istmocele está relacionada a redução dos altos índices de cesáreas, enquanto a prevenção secundária baseia-se na utilização de técnicas cirúrgicas adequadas que permitam miométrio residual espesso e cicatriz forte ⁽⁴⁾.

CONCLUSÃO

A istmocele é uma complicação pós-cesárea que, embora ainda não possua critérios bem estabelecidos de diagnóstico ou de tratamento, deve ser suspeitada vide os possíveis desfechos desfavoráveis de gestações subsequentes, como gravidez ectópica em cicatriz de cesárea e ruptura uterina. Em mulheres sintomáticas ou que desejam gestar, é recomendado tratamento cirúrgico, por remodelação histeroscópica caso o defeito seja pequeno ou por reparo laparoscópico se o nicho for grande. Uma associação entre os dois procedimentos possui vantagens em relação a visualização da istmocele.

REFERÊNCIAS

1. BOERMA, T. et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *The Lancet*, v. 392, n. 10155, p. 1341–1348, out. 2018.
2. KREMER, T. G.; GHIORZI, I. B.; DIBI, R. P. Isthmocele: an overview of diagnosis and treatment. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 65, p. 714–721, 3 jun. 2019.
3. RUPA, R.; KUSHVAHA, S.; VENKATESH, K. Uterine Isthmocele—A Frequently Overlooked Complication of Cesarean Sections. *Indian Journal of Radiology and Imaging*, v. 31, n. 03, p. 601–604, jul. 2021.
4. KULSHRESTHA, V.; AGARWAL, N.; KACHHAWA, G. Post-caesarean Niche (Isthmocele) in Uterine Scar: An Update. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India*, v. 70, n. 6, p. 440–446, dez. 2020.
5. IANNONE, P. et al. Isthmocele: From Risk Factors to Management. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics*, v. 41, n. 01, p. 044–052, jan. 2019.
6. MASHIACH, R.; BURKE, Y. Z. Optimal Isthmocele Management: Hysteroscopic, Laparoscopic, or Combination. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, v. 28, n. 3, p. 565–574, mar. 2021.
7. LI, C. et al. Efficacy of Combined Laparoscopic and Hysteroscopic Repair of Post-Cesarean Section Uterine Diverticulum: A Retrospective Analysis. *BioMed Research International*, v. 2016, p. 1–6, 2016.
8. SETÚBAL, A. et al. Demonstration of Isthmocele Surgical Repair. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, v. 28, n. 3, p. 389–390, mar. 2021.