

Manejo terapéutico del embarazo en istmocele. A propósito de un caso clínico

Cecilia Bertoche Laborde¹, Clara Olmedo², Rosina Pison³,
Mariana Boutmy⁴, Joel Laufer⁵, Gonzalo Sotero⁶

Resumen

El embarazo ectópico de la sobre la cicatriz de una cesárea es una entidad poco frecuente con alta morbimortalidad que plantea una dificultad diagnóstica y terapéutica para el equipo de salud.

Se entiende por istmocele a la formación de un defecto en la pared uterina anterior con forma de saco a nivel de la histerorrafia. Estas pacientes pueden presentar complicaciones ginecológicas con sangrado uterino anormal postmenstrual así como historia de infertilidad secundaria. A su vez presentan riesgo aumentado de pla-

centa previa, acretismo placentario, embarazo ectópico y rotura uterina en embarazos siguientes.

Con el fin de difundir esta patología, sus complicaciones, así como las diferentes alternativas de tratamiento se publica esta revisión de la literatura a partir del caso de una paciente diagnosticada y tratada en el Centro Hospitalario Pereira Rossell.

Palabras clave: istmocele, embarazo en istmocele, tratamiento histeroscópico.

Abstract

The ectopic pregnancy of the scar on a cesarean is a rare entity with high morbidity and mortality that poses a diagnostic and therapeutic difficulty for the health team.

Isthmocele is understood as the formation of a defect in the anterior uterine wall in the form of a sac at the level of hystera. These patients may

-
- 1 Ex Residente
 - 2 Asistente
 - 3 Asistente
 - 4 Profesor Adjunto
 - 5 Profesor Adjunto
 - 6 Profesor Agregado

Clinica Ginecotocológica C, Facultad de Medicina, UdelaR

Contacto: maboutmy@gmail.com

Recibido: 10/11/19 Aceptado 17/12/19

present with gynecological complications with abnormal postmenstrual uterine bleeding as well as a history of secondary infertility. In turn, they present a higher risk of placenta previa, placental accreta, ectopic pregnancy and uterine rupture in subsequent pregnancies.

In order to spread this pathology, its complications, as well as the different treatment alternatives, a review of the literature is carried out based on the case of a patient diagnosed and treated at the Pereira Rossell Hospital Center.

Key words: isthmocele, isthmocele pregnancy, hysteroscopic treatment.

INTRODUCCIÓN

El **istmocele** fue descrito por primera vez en 1995 por Morris, quien estudió las piezas de anatomía patológica de 51 pacientes histerectomizadas y que tuvieron una cesárea previa con el fin de valorar los hallazgos anatomopatológicos a nivel de la cicatriz de la cesárea.¹

Gubbini et al. lo definen como un defecto de la cara anterior del útero a nivel de la cicatriz de la cesárea anterior ubicado a nivel ístmico o cervical, dependiendo de si hubo o no trabajo de parto previo a la cesárea.²

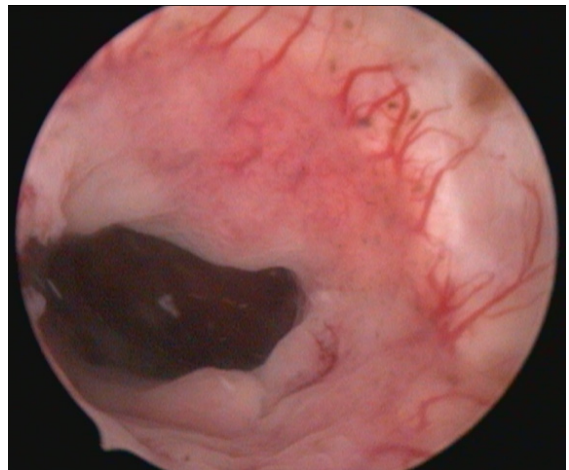
El síntoma principal en esta patología es el sangrado uterino anormal postmenstrual³; otros síntomas menos frecuentes son dismenorrea, dolor pélvico, dispareunia e infertilidad secundaria.^{4,5}

A su vez, las pacientes con antecedente obstétrico de una cesárea presentan riesgo aumentado para placenta previa, trastornos adherenciales placentarios, embarazo ectópico y rotura uterina.

Se define el embarazo ectópico a nivel de la cicatriz de la cesárea como la presencia de un saco gestacional implantado a nivel de la

Figura 1.

Imagen histeroscópica del istmocele



cicatriz que se encuentra rodeado de miometrio y tejido conectivo.⁶

Su incidencia está en aumento dado el incremento en los nacimientos por operación cesárea, aunque este no se relaciona con la cantidad de cesáreas previas. Se estima una prevalencia de 1 cada 2000 nacimientos por cesárea y 6% de todos los embarazos ectópicos en pacientes con una cesárea previa.⁷

Dado que el diagnóstico precoz y su manejo con técnicas mínimamente invasivas mejoran los resultados, preservan la fertilidad y disminuyen la elevada morbimortalidad asociada a esta patología creemos que es importante su difusión, por lo que reportamos el caso de una paciente que requirió tratamiento con metotrexate sistémico y luego inyección de cloruro de potasio intrasacular bajo visión histeroscópica.

CASO CLÍNICO

Paciente de 33 años, 80 kg, con antecedente obstétrico de 5 gestaciones previas, 3 cesáreas, 1 embarazo ectópico tubario y 1 aborto provocado.

Con retraso menstrual de 5 semanas y BHCG positiva en orina, consulta por genitorragia escasa con coágulos de 24 horas de evolución sin elementos de síndrome funcional anémico, acompañado de dolor tipo cólico en hipogastrio y fosa iliaca derecha.

Al examen: hemodinámicamente estable, abdomen asimétrico a expensas de cicatriz Pfannenstiel, dolor leve a la palpación de hipogastrio sin elementos de irritación peritoneal. A la especuloscopia se constata metrorragia escasa sin coágulos; tacto vaginal cuello posterior 1 cm de longitud cerrado, fondos de saco vaginales libres e indoloros, útero de tamaño normal.

De los exámenes complementarios se destaca:

BHCG -2/9/17: 7614 mIU/mL
-4/9/17: 6412 mIU/mL
-6/9/17: 8040mIU/mL
-12/9/17: 13635mIU/mL.

Hemoglobina 12,4 g/dL, plaquetas 308.000, leucocitos 14.300, grupo sanguíneo A Rh positivo anticuerpos irregulares negativos, BT 0,45 TGO 23 TGP 18 GGT 38 LDH 569, FA 112 azoemia 0,16 creatininemia 0,64.

Se realiza ecografía transvaginal al ingreso (2/9/17) que informa útero anteverso-flexión regular homogéneo, línea endometrial de 20 mm, imagen econegativa que asemeja a saco gestacional de 10 x 6 mm no se visualiza embrión ni vesícula vitelina, anexos normales.

En una paciente con retraso menstrual de 5 semanas con BHCG de 7614 mIU/ml con ecografía transvaginal que no visualiza embarazo intra o extrauterino se plantea como diagnóstico inicial embarazo de localización incierta y se adopta conducta expectante con seguimiento con BHCG a las 48 horas y eventual ecografía.

A las 48 horas con BHCG estacionaria se

realiza nueva ecografía que informa saco gestacional descendido a nivel ístmico, diámetro máximo 19 mm, dentro se observa vesícula vitelina de 3 mm, no visualiza embrión, anexos normales.

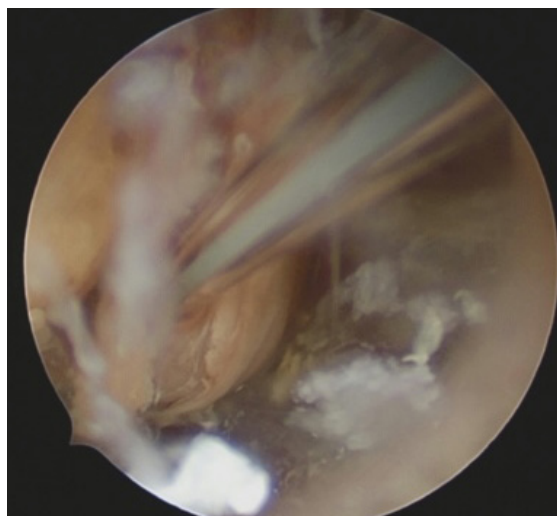
Con planteo de gestación incipiente con elementos de mal pronóstico dado por BHCG estacionaria se decide conducta expectante y seguimiento con curva de BHCG y ecografía.

A los 10 días del ingreso presenta BHCG en ascenso con valor de 13.635 mIU/ml y ecografía que informa saco gestacional inserto a nivel de histerorrafia conteniendo embrión vivo LCC 7 mm decidua a 1,5 mm de serosa, anexos normales.

Con diagnóstico de embarazo a nivel de la cicatriz de la cesárea se decide en conjunto con la paciente interrupción del mismo dada elevada morbimortalidad materna. Se realiza un ciclo de metotrexate sistémico a días alternos y ácido fólico intercalado, no observándose respuesta frente al tratamiento instaurado. Dado el fracaso de tratamiento médico se realiza inyección de cloruro de

Figura 2.

Imagen histeroscópica durante la instilación del solución de KCl intrasacul.



potasio intrasacular bajo visión histeroscópica. La misma se realizó utilizando histeroscopio de Bettocchi® e inyección de solución de cloruro de potasio mediante la utilización de catéter de analgesia raquídea, con la paciente despierta y sin dolor. (Figura 2).

La paciente permanece internada en sala de ginecología durante la duración del tratamiento, asintomática, del control paraclínico intratratamiento con metotrexate se destaca: BT 0,25 TGO 368 TGP 286 FA 239 GGT 329 LDH 870 azoemia 0.16 creatininemia 0,65.

Finalizado el tratamiento, previo al alta se realiza BHCG con valor de 4458 y ecografía que informa saco gestacional a nivel de histerorrafia 11 x 6 x 16 embrión de 7 mm LCC sin actividad cardiaca fetal.

Transcurridos 46 días desde la instilación intrasacular de KCl, presenta BHCG negativa y ecografía que informa a nivel de histerorrafia, área heterogénea de 22x19x15 mm no vascularizada correspondiente a zona residual de embarazo ectópico con línea endometrial de 8 mm.

EPIDEMIOLOGÍA

Los embarazos ectópicos no tubáricos representan menos del 10% de los embarazos ectópicos, pero asocian una alta morbilidad; dentro de estos, los embarazos ectópicos de la histerorrafia son los menos frecuentes. Existe un aumento en su incidencia dado el incremento en el número de cesáreas a nivel mundial, por lo que su diagnóstico y manejo dejan de ser eventos anecdóticos para el equipo de salud. Se estima una incidencia aproximada entre 1/1800- 1/2216 con una tasa de 6,1% de todos los embarazos ectópicos en pacientes con una cesárea previa.

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo para esta patología son la presencia de por lo menos una cesárea previa, breve período intergenésico, legrados uterinos, adenomiosis, fertilización *in vitro*, miomectomía así como extracción manual de la placenta.⁸

FISIOPATOLOGÍA

Su fisiopatología radica en la invasión del blastocisto en el miometrio fino que existe entre la cicatriz de la cesárea y la cavidad endometrial. Se cree que existe una cicatrización deficitaria a nivel de la incisión en la cesárea. Esta falla en el proceso de cicatrización se puede ver favorecida por el cierre inadecuado de la incisión, la presencia de infecciones postoperatorias, enfermedades crónicas como diabetes o colagenopatías así como la presencia de flujo sanguíneo disminuido a nivel de la cicatriz.⁸

PRESENTACIÓN CLÍNICA

La mayoría de las pacientes con embarazo ectópico a nivel del istmocele se presentan de manera asintomática al momento del diagnóstico.

El síntoma más común es la genitorragia, que suele ser profusa e indolora. El dolor es poco frecuente, si aparece se localiza en hipogastrio, es cólico, leve y no suele presentarse como síntoma aislado, sino que acompaña a la genitorragia.^{1,4}

DIAGNÓSTICO

Según la AJOG los criterios diagnósticos de embarazo ectópico de la cicatriz frente a una paciente con subunidad beta de la hormona coriónica humana positiva son:

1. Visualización de cavidad uterina y cervical vacías.
2. Placenta y/o saco gestacional inserto a nivel de la cicatriz de la histerorrafia.
3. En gestaciones ≤ 8 semanas, visualización de saco triangular que ocupa el istmocele; en gestaciones mayores puede presentar forma redondeada u ovalada.
4. Una fina capa miometrial (1-3 mm) o ausencia de la misma entre el saco gestacional y la vejiga.
5. Canal cervical cerrado y vacío.
6. Presencia de saco gestacional con feto o polo embrionario y/o vesícula vitelina con o sin actividad cardiaca.
7. Presencia de rica vascularización en el área de cicatriz uterina.⁹

Vial et al. proponen clasificar los embarazos ectópicos de la cicatriz de la cesárea en endógenos y exógenos. En los endógenos la implantación del saco gestacional ocurre en la cicatriz con crecimiento de la gestación hacia la cavidad uterina. En los exógenos la implantación del saco gestacional es más profunda a nivel de la cicatriz y la progresión del embarazo puede provocar rotura uterina y hemorragia masiva en el primer trimestre.¹⁰

La ecografía transvaginal tridimensional y el doppler color son útiles como métodos imagenológicos complementarios, los cuales aportan una correcta localización del saco gestacional, así como el flujo sanguíneo trofoblástico en la zona de implantación.^{3,7,8}

La resonancia nuclear magnética puede ser útil en casos en los cuales el diagnóstico es incierto ya que si bien certifica el diagnóstico de embarazo cervical, su topografía, grado de invasión trofoblástica y su relación con estructuras vecinas, su elevado costo y las pocas ventajas que ofrece con respecto a la ecografía hacen que no sea un estudio a realizarse en forma rutinaria.^{1,7-9}

TRATAMIENTO

No existe consenso acerca del tratamiento del embarazo en el istmocele. Dada la elevada morbilidad materna se plantea el mismo debe ser precoz. Dentro de las posibles alternativas terapéuticas encontramos tratamientos médicos y quirúrgicos, destacando que los mismos pueden ser utilizados en forma combinada.

El tratamiento deber ser individualizado y basado en la experiencia del médico tratante así como en la paciente, tomando en cuenta edad, paridad, presentación clínica, edad gestacional, viabilidad y recursos disponibles.

El manejo expectante es una alternativa razonable en pacientes en las que no se detecta actividad cardiaca fetal ya que en un estudio con 17 pacientes en 70% de los casos no se observaron complicaciones maternas.¹¹

Dentro de los tratamientos clásicos quirúrgicos se desaconseja el legrado endometrial dado el elevado riesgo de hemorragia masiva e histerectomía de emergencia. Como alternativa quirúrgica se cuenta con la laparoscopia con resección del saco gestacional y reparación del defecto parietal uterino en pacientes hemodinámicamente estables en centros especializados con personal entrenado, y en pacientes hemodinámicamente inestables o con paridad satisfecha histerectomía.

Dentro de los tratamientos médicos existen diferentes alternativas mediante el uso de mifepristona, metotrexate, cloruro de potasio y solución hipertónica.

El uso de metotrexate tanto en regímenes locales como sistémicos se basa en la inhibición del metabolismo del ácido fólico y síntesis de purinas y pirimidinas interfiriendo en la síntesis de ADN y la multiplicación celular.

Debido a que el trofoblasto es un tejido de rápida proliferación vulnerable a la acción de dicho fármaco, el mismo puede ser administrado por vía intramuscular en dosis única o múltiple o intrasacular bajo guía endoscópica y/o ecográfica.

Su tasa de éxito en el tratamiento del embarazo de la cicatriz va desde 57% a 100% según las diferentes series publicadas, dicha variabilidad puede ser reflejo de la inexistencia de protocolos en el tratamiento.

Para su uso deben cumplirse ciertas condiciones encontrarse hemodinámicamente estable, sin signos de rotura de embarazo ectópico, diámetro del huevo menor a 4 cm, BHCG menor a 10000, recordando que con valores menores a 5000 la probabilidad de éxito del tratamiento es cercana al 90% pero con valores entre 5000 y 10.000 cae a menos del 82%. La presencia de actividad cardíaca embrionaria y/o la presencia de líquido libre en pelvis no son contraindicaciones para el uso de metotrexate. Es imprescindible para su uso la obtención del consentimiento informado y la adhesión de la paciente al tratamiento y posterior seguimiento.

Su uso está contraindicado en pacientes con enfermedad renal o hepática grave, pacientes con leucopenia < 2000 , plaquetopenia < 100.000 , transaminas hepáticas > 30 U/l previo al tratamiento y creatininemia $> 1,5$ mg/dL, así como en pacientes en tratamiento con AINEs o diuréticos.

Cuando se administra en forma intramuscular la dosis es de 50 mg/m² superficie corporal en dosis única debiendo observarse un descenso de la BHCG de al menos el 15% entre los valores de los días 4 y 7, de no presentar el mismo se puede realizar una segunda dosis.

Cuando se utiliza en dosis múltiples se administran 1 mg/kg de peso los días 1, 3, 5

y 7 con 4 dosis de ácido fólico intramuscular al 0,1 mg/kg los días 2, 4, 6 y 8. El control se realiza con BHCG a partir del día 4. El tratamiento se interrumpe cuando se observa una disminución de los valores de BHCG en dos días consecutivos o después de las 4 dosis de metotrexate.

En inyección directa intrasacular se utilizan 10 mg bajo visión endoscópica o ecográfica.

Dentro de los efectos secundarios más frecuentes destacamos dolor abdominal, dispepsia, náuseas y/o vómitos, destacando que pueden observarse aumentos a nivel de las transaminasas hepáticas que generalmente no presentan correlación clínica y suelen revertir al mes de interrumpir el tratamiento.

Otros efectos poco frecuentes son aplasia medular, afectación hepática y/o renal, alopecia y fotosensibilidad.

Para el tratamiento médico local contamos con alternativas al metotrexate como son la inyección de cloruro de potasio o soluciones hipertónicas con efecto citotóxico. El cloruro de potasio se utiliza diluyendo 1 ml en 10 cc de suero fisiológico y posterior inyección intrasacular de 1 ml de dicha dilución. (Según recomendación de expertos).

El manejo histeroscópico surge como una alternativa a los tratamientos clásicamente descritos con ventajas como el menor tiempo operatorio ($36,7 \pm 20,8$ minutos), menor pérdida sanguínea ($50 \pm 0,0$ ml), menor tiempo de internación ($1,1 \pm 0,9$ días), rápida negativización de la BHCG (< 4 semanas) así como preservación de la fertilidad.¹²

Para los embarazos en la cicatriz de la cesárea endógenos se recomienda el manejo histeroscópico mientras que en los exógenos se prefiere la escisión laparoscópica.⁸

DISCUSIÓN

El embarazo ectópico de la cicatriz de cesárea previa es la forma más rara de embarazo fuera de la cavidad uterina. Su importancia radica en el aumento en la frecuencia de presentación debido al aumento del número de cesáreas, disminución de partos vaginales posteriores a una cesárea, aumento de la sensibilidad diagnóstica dado el avance de métodos de imagen, y las comorbilidades que asocia.

Su detección precoz permite realizar tratamientos conservadores en aras de preservar la fertilidad.

Los avances en la sensibilidad diagnóstica de la ecografía transvaginal permiten realizar un diagnóstico precoz de esta patología así como descartar diagnósticos diferenciales como embarazo ectópico cervical.

CONCLUSIONES

Pese a que se trata de una patología poco frecuente su incidencia se encuentra en aumento dado el número creciente de embarazos finalizados por operación cesárea.

Dada la alta morbilidad y mortalidad que presentan, su sospecha y diagnóstico precoz son vitales con el fin de preservar la fertilidad de la paciente. Destacamos el rol preponderante de la ecografía en el primer trimestre en manos de personal entrenado.

Destacamos también la importancia de realizar tratamientos conservadores para evitar tratamientos quirúrgicos mutilantes que aumentan el riesgo vital para la paciente y abolen su futuro reproductivo.

La histeroscopia y la laparoscopia permiten conservar la fertilidad futura de la paciente y evitar procedimientos invasivos disminuyendo el potencial riesgo de esta patología. La instilación de metotrexate o solu-

ción de cloruro de potasio intrasacular bajo visión directa mediante histeroscopia con set de Bettocchi® parece ser un tratamiento viable, efectivo, mínimamente invasivo y seguro en manos entrenadas.

A su vez, destacamos la importancia de comunicar estos casos para mejorar el conocimiento y manejo de esta patología y lograr la estandarización de su tratamiento.

Bibliografía

1. 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(1): 16-20.
2. Gubbini G, Casadio P, Marra E. Resectoscopic Correction of the "Isthmocele" in Women with Postmenstrual Abnormal Uterine Bleeding and Secondary Infertility. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 2008, 15(2), 172-175. doi:10.1016/j.jmig.2007.10.004
3. Borges LM, Scapinelli A, et al. Findings in patients with postmenstrual spotting with prior cesarean section. *J Minim Invasive Gynecol.* 2010; 17(3):361-4.
4. Uppal T, Lanzarone V, Mongelli M. Sonographically detected caesarean section scar defects and menstrual irregularity. *J Obstet Gynaecol.* 2011; 31(5): 413-6.
5. Melo-Cerda I. Caesarean scar defect. *Ginecol Obstet Mex.* 2014; 82(8):530-4.
6. Seow KM, Huang LW, Lin YH. Caesarean scar pregnancy: issues in management. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2004 Mar; 23(3): 247-53.
7. Parker VL, Srinivas M. Non-tubal ectopic pregnancy. *Arch Gynecol Obstet* 2016 Jul; 294 (1): 19-27. Doi:10.1007/s00404-016-4069-y. Epub 2016 Apr7.
8. Ercan M. Caesarean scar pregnancies and their management. University of Health Sciences, Gulhane Medical Faculty, Ankara.
9. AJOG
10. Vial Y, Petignat P, Hohlfield P. Pregnancy in a cesarean scar. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2000; 16: 592-593.
11. Cali G, Timor-Tritsch E, Palacios- Jaraquemada A. Outcome of cesarean scar pregnancy managed expectantly: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2018; 51: 169-175.
12. Wang CJ, Chao A-S, Yuen L-T. Endoscopic management of cesarean scar pregnancy. *Fertil Steril* 2006; 85:494-7.

ANTICONCEPTIVOS CON CALIDAD GADOR

damssel®

Drospirenona 3 mg • Etinilestradiol 0.03 mg

La presentación
que justifica el cambio



damsella®

Drospirenona 3 mg • Etinilestradiol 0.02 mg

A su medida:
Natural y Personal

Gador 
Al Cuidado de la Vida

POSTINOR® 1

Levonorgestrel 1.5 mg

Jolian®

Drospirenona 3 mg
+Etinilestradiol 0,02 mg

Rosina®

Drospirenona 3 mg
+Etinilestradiol 0,03 mg

Rosina CD®

Drospirenona 3 mg + Etinilestradiol 0,03 mg

sibilla®

Dienogest 2 mg
+Etinilestradiol 0,03 mg

Alta confiabilidad

**Calidad europea
al alcance de sus manos**



GEDEON RICHTER

Ofreciendo calidad para
la salud femenina desde 1901



LABORATORIO
TRESUL

Calidad europea al
alcance de sus manos

florence[®] 28

DIENOGEST 2 mg ETINILESTRADIOL 0,03 mg

Mejora la piel, el cabello y
contribuye a controlar el acné



Si tu elección es Dienogest,
tu mejor opción es **Urufarma**