



ISTMOCELE. REVISIÓN DE LAS OPCIONES DE TRATAMIENTO

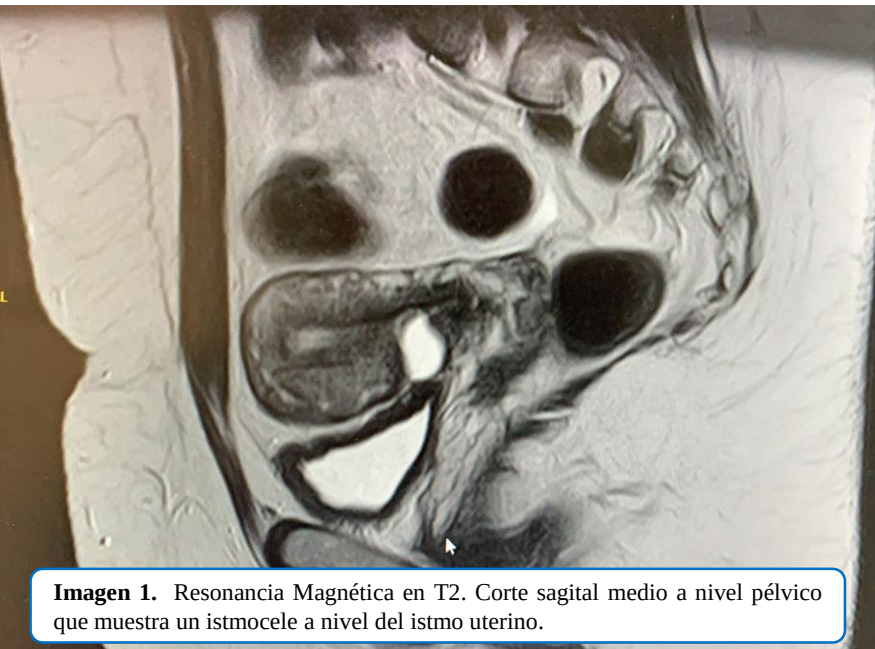
GarvÍ Morcillo J.; Talens Orts P.; Beltrán Sánchez A.; Sánchez-Tembleque Sánchez P; Manzano Roldan A.; Martínez Cendán JP.

INTRODUCCIÓN

El istmocele es un defecto en el miometrio por fallo en la cicatrización de la zona de la incisión de la cesárea que conlleva la creación de un reservorio a este nivel. Su frecuencia actual varía del 0.6% al 3.8%, pero se encuentra en aumento de forma paralela al aumento del número de cesáreas. Su clínica más habitual es un sangrado intermenstrual junto a dismenorrea o dispareunia. También se asocia a posibles complicaciones en gestaciones futuras como placenta previa, ruptura uterina, dehiscencia de la herida, gestación ectópica a nivel del istmocele o infertilidad secundaria. Debido a las graves complicaciones que puede ocasionar es muy importante decidir el mejor manejo para las pacientes.

OBJETIVO DE ESTUDIO

El objetivo de este trabajo es revisar la bibliografía publicada para identificar las opciones de tratamiento actuales.



MATERIAL Y MÉTODOS

En febrero de 2022 se realizó una búsqueda electrónica en las siguientes bases de datos: PubMed y Google Scholar. Para dicha búsqueda se utilizaron los siguientes términos: isthmocele and isthmocele treatment.

RESULTADOS

Para la corrección de este defecto se han propuesto diferentes métodos: tratamiento conservador con terapia hormonal combinada, la reparación quirúrgica por vía histeroscópica, laparoscópica o transvaginal o histerectomía (5). La indicación, técnica, resultados, beneficios y limitaciones están resumidos en la Tabla 1.

Tratamiento	Indicación	Técnica	Resultados	Beneficios	Limitaciones
Terapia Hormonal Combinada	Istomecole asintomático, con un defecto pequeño (grosor miometrial >3mm) y deseo de mantener la fertilidad.	Administración de terapia hormonal combinada (estrógenos y gestágenos)	Mejoría de los síntomas 40 - 100% de los casos.	No procedimiento invasivo.	Poca evidencia publicada.
Resección vía histeroscópica	Istomecole sintomático, con un defecto pequeño (grosor miometrial >3mm) y deseo de mantener la fertilidad.	Resección del tejido fibrótico distal creando una continuidad con el canal cervical.	Mejoría de los síntomas 85,5% de los casos.	Enfoque mínimamente invasivo. Escaso tiempo quirúrgico. Visualización de la reparación del defecto.	Alta experiencia histeroscópica. Riesgo de perforación uterina y lesión vesical.
Resección vía laparoscópica	Istomecole sintomático, con un defecto grande (grosor miometrial <3mm) y deseo de mantener la fertilidad.	Resección de los bordes del istmocele para eliminar el tejido cicatricial y cerrar el defecto con una sutura de dos capas.	Mejoría de los síntomas 83-93% de los casos. Entre las mujeres con infertilidad, 44% presentaron embarazo.	Enfoque mínimamente invasivo	Alta experiencia laparoscópica.
Resección vía vaginal	Istomecole sintomático, con un defecto grande (grosor miometrial <3mm) y deseo de mantener la fertilidad.	Vía vaginal: disección de vejiga, apertura del espacio vesicovaginal, disección de vejiga y resección y reparación del defecto.	Mejoría de los síntomas 85- 92,9% de los casos.	Menor tiempo quirúrgico que la vía laparoscópica.	Alta experiencia en cirugía vaginal. Poca evidencia publicada.
Histerectomía	Istomecole sintomático, con un defecto grande (grosor miometrial <3mm) y no deseo de mantener la fertilidad.	Exéresis de útero, cérvix y trompas +/- ovarios.	-	-	Enfoque no mínimamente invasivo

Discusión

La elección del tratamiento variará en función de la clínica ocasionada, el tamaño del defecto y el deseo de gestación. La terapia hormonal combinada puede ser una opción en casos en casos asintomáticos y con defectos pequeños, pero existe escasa bibliografía publicada con resultados dispares. Ante un istmocele sintomático el tratamiento de primera elección es la resección del defecto priorizando el método mínimamente invasivo. Los resultados entre la resección vía laparoscópica, histeroscópica o vaginal son similares y la elección de uno u otra dependerá del tamaño del defecto y de la experiencia quirúrgica en cada uno de estos métodos. La histerectomía es una técnica utilizada como última opción debido a ser una cirugía mayor.

Conclusiones

En casos de pacientes sintomáticas está indicado la resección del istmocele mediante una técnica mínimamente invasiva. La elección entre las diferentes vías dependerá de las características de cada centro.

Tabla 1. Resumen de la evidencia publicada sobre las diferentes opciones de tratamiento del istmocele.

Bibliografía

- Morris H. Surgical pathology of the lower uterine segment caesarean section scar: is the scar a source of clinical symptoms? Int J Gynecol Pathol Off J Int Soc Gynecol Pathol. enero de 1995;14(1):16-20.
- Di Spiezio Sardo A, Saccone G, McCurdy R, Bujold E, Bifulco G, Berghella V. Risk of Cesarean scar defect following single- vs double-layer uterine closure: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol. noviembre de 2017;50(5):578-83.
- Bij de Vaate AJM, Brölmann H a. M, van der Voet LF, van der Slikke JW, Veersema S, Huirne J a. F. Ultrasound evaluation of the Cesarean scar: relation between a niche and postmenstrual spotting. Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol. enero de 2011;37(1):93-9.
- Ofili-Yebovi D, Ben-Nagi J, Sawyer E, Yazbek J, Lee C, Gonzalez J, et al. Deficient lower-segment Cesarean section scars: prevalence and risk factors. Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol. enero de 2008;31(1):72-7.
- Kremer TG, Ghiorzi IB, Dibi RP. Isthmocele: an overview of diagnosis and treatment. Rev Assoc Medica Bras 1992. 3 de junio de 2019;65(5):714-21.