

# ISTMOCELE ASOCIADO A ENDOMETRIOSIS: REPORTE DE UN CASO

## *ENDOMETRIOSIS AND ISTHMOCELE: A CASE REPORT*

Fabián Álvarez Ferrero<sup>1</sup>, Fernando Carrasco Sánchez<sup>1</sup>, Diego Abarza Marchant<sup>1</sup>, Javier Castillo Venegas<sup>1</sup>, Francisca Escudero Barros<sup>1</sup>, Catalina Guerrero Martín<sup>1</sup>, Francisca Palacios Díaz<sup>1</sup>, Diego Contreras Briceño<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Interno de medicina, Universidad de Chile

---

### RESUMEN

---

**Introducción:** El Istmocele es un defecto en la cicatrización de una cesárea previa cuya frecuencia está en aumento, sin embargo no se describe asociación a endometriosis.

**Caso Clínico:** Paciente de 37 años, multipara de 2. Consulta en reiteradas ocasiones por metrorragia severa asociada a compromiso hemodinámico, con beta-HCG negativa y varias evaluaciones ecográficas, siendo tratada con legrados uterinos y transfusiones sanguíneas. En la tercera consulta se objetiva una masa sólida muy vascularizada de 28 x 16 x 15 mm en relación a un istmocele. La laparotomía exploradora constata lesión nodular fibrosa en zona de cicatriz de histerorrafia, realizándose resección de este nódulo. La paciente evoluciona en favorables condiciones sin nuevo sangrado. La anatomía patológica indica fragmento de tejido adiposo con endometriosis y adenomiosis.

**Discusión:** Se trata por lo tanto de un caso de un endometrioma ubicado en istmocele y que sangra hacia la vagina a través del istmocele. Una entidad infrecuente como causa de metrorragia y de difícil diagnóstico, constituyendo un desafío para el médico tratante.

**PALABRAS CLAVE:** Endometriosis, Endometrioma, Istmocele, Metrorragia.

---

### ABSTRACT

---

**Introduction:** Isthmocele is a defect in the healing of a previous cesarean whose frequency is increasing, nevertheless no association with endometriosis is described.

**Clinical Case:** 37 year-old patient, multiparous, two pregnancies. She consults repeatedly because of severe uterine bleeding associated with hemodynamic compromise, negative beta-HCG and had several sonographic evaluations, being treated with uterine curettage and blood transfusions. In the third medical consultation a solid vascularized mass of 28 x 16 x 15mm in relation to an isthmocele was found. Exploratory laparotomy finds a fibrous nodular lesion in relation to a hysterorrhaphy scar area. Resection of the nodule was performed. The patient evolved in favorable conditions without further bleeding. Histopathology indicated adipose tissue fragment with endometriosis and adenomyosis.

**Discussion:** It is therefore a case of endometrioma located in isthmocele which bleeds into the vagina through the isthmocele.

**KEYWORDS:** Endometriosis, Endometrioma, Isthmocele, Metrorrhagia.

---

## INTRODUCCIÓN

El Istmocele se define como un divertículo de la pared anterior del istmo uterino o del canal cervical (Fig 1), en relación a la cicatriz de una cesárea previa y que se produce por cicatrización defectuosa de la misma <sup>(1)</sup>, es una patología

de aparición muy reciente, descrita por Morris por primera vez en 1995 quien analizó histerectomías en mujeres con historia previa de cesárea <sup>(2)</sup>. Las manifestaciones clínicas de este defecto incluyen: menstruaciones abundantes y/o prolongadas (hipermenorrea o menorragia), dolor abdominal, dispareunia, dismenorrea <sup>(3,4)</sup>, es muy

característico el hallazgo de goteo (spotting) postmenstrual de flujo café hemático. Estudios recientes han demostrado también una asociación entre istmocele e infertilidad secundaria se postula que el sangrado menstrual a nivel cervical puede alterar la calidad del moco cervical, la calidad espermática o interferir con la implantación embrionaria<sup>(5,6)</sup>.

Durante los últimos años, la incidencia de partos por cesárea ha aumentado dramáticamente y con ello la aparición de complicaciones derivadas de ésta como placenta acreta e istmocele. Mediante evaluación por ecografía transvaginal, se describe una incidencia de istmocele de hasta 60% en mujeres con cesárea previa y esta cifra aumenta con mayor número de partos por cesárea<sup>(7)</sup>.

Se ha descrito que los defectos de cicatrización son más comunes en útero en retroflexión que en anteflexión (con una relación 2:1). El istmocele, como defecto de la cicatrización de cesárea anterior, suele tener diversas localizaciones. Un estudio reciente de 41 pacientes que son sometidos a resolución quirúrgica mediante histeroscopia para restauración de fertilidad, identificó que la localización más frecuente es el tercio superior del canal cervical (48,8%), seguido de tercio medio (29,3%) e inferior (21,9%), siendo relevante mencionar que todas las pacientes con istmocele en tercio superior tenían parto anterior por cesárea electiva, mientras que las demás pacientes con defectos en tercio medio y bajo tenían cesárea realizada durante el trabajo de parto<sup>(5)</sup>. En estos casos sería posible la invasión de tejido endometrial en el útero y cavidad peritoneal, con la aparición de eventual endometriosis

El diagnóstico de istmocele se puede realizar de forma invasiva y no invasiva. Actualmente se basa en la ultrasonografía, siendo la ecografía transvaginal el examen de elección (por bajo costo e invasividad) dado que posee un 100% de correlación con histeroscopia en el diagnóstico de istmocele y puede descartar otras causas; el mejor momento para realizar el diagnóstico ecográfico es durante el episodio de sangrado uterino, generalmente días después de la menstruación<sup>(8)</sup>.

El tratamiento final del istmocele es quirúrgico, siendo la laparoscopia el gold standard, objetivándose mejoría sintomatológica y restauración de la fertilidad.

## CASO CLÍNICO

Paciente de 37 años, menstruaciones desde los 11 años,

ritmo III/28, multípara de 2 partos por cesárea, con antecedente de cono Leep en 2011 por NIE II y tuberculosis tratada, usuaria de anticonceptivos orales hasta hace 1 mes, ingresa desde urgencia al Servicio de Ginecología el 17/02/2016 con una historia de genitorragia severa, al examen se constata metrorragia activa, severa con compromiso hemodinámico, hipotensión y compromiso de conciencia. Se realizan medidas de estabilización hemodinámica y se solicitan exámenes: gonadotropina corionica que resulta negativa y Ecotomografía transvaginal que no demuestra hallazgos patológicos, se decide realizar legrado uterino y durante el procedimiento por persistencia del sangrado se colocan puntos paracervicales con lo cual se logra cese parcial de la metrorragia. Se indica transfusión de 2 unidades de glóbulos rojos, la evolución es favorable y es dada de alta a las 48hr con tratamiento hormonal.

Al quinto día consulta nuevamente al servicio de urgencia por dolor hipogástrico tipo cólico y genitorragia, se corrobora metrorragia de leve cuantía y una segunda Ecotomografía transvaginal no demuestra hallazgos patológicos, luego de 24 horas de observación la metrorragia cede espontáneamente, las pruebas de coagulación eran normales, hematocrito de 28% y hemoglobina de 9.4 mg/dl. Se rescata informe Anátomo Patológico del legrado uterino el cual describe epitelio escamoso normotípico, fibrina, exudado leucocitario y endometrio ístmico con estroma denso y foco de vasos hipertróficos, no se observan elementos de gestación en lo examinado. Por lo señalado, se da de alta y se mantiene tratamiento hormonal con medroxiprogesterona.

Al séptimo día el 01/03/2016 la paciente acude por tercera vez al servicio de urgencia con dolor a la palpación en hipogastrio, genitorragia severa y compromiso del estado general; se le solicitan exámenes y se estabiliza hemodinámicamente. La Hemoglobina era de 5.7 mg/dl por lo que se indica transfusión de 3 unidades de globulos rojos y se realiza nuevamente legrado uterino. Posterior al procedimiento una tercera Ecotomografía demuestra una masa sólida muy vascularizada en región izquierda del pliegue vesicouterino que mide 28 por 16 por 15 mm con un volumen de 3,5 cc que abomba la pared posterior vesical, al parecer sin compromiso de mucosa vesical, esta masa está en relación a un Istmocele. La Hipótesis Ecotomográfica fue: Istmocele, Tumor Mixto prevesical, probable endometrioma o tumor trofoblastico (Fig 1) y se postula que la hemorragia de este endometrioma se descarga a través del istmocele y vagina; se decide laparotomía exploradora, en la cirugía se encuentra útero

de tamaño normal, vejiga ascendida hasta el fondo uterino se observa una lesión nodular de consistencia fibrosa en zona de cicatriz de histerorrafia firmemente adherida a vejiga; se realiza escisión del nódulo durante la cual se accede a cavidad vesical, se explora el resto de la cavidad endometrial y no se encuentran otras lesiones, se realiza cistorrafia y sonda Foley por 5 días; evoluciona en forma favorable, sin nuevos episodios de metrorragia. El Informe Anátomo Patológico muestra en la macroscopía: Fragmento tisular, irregular, pardo amarillento de 2 x 1.3 x 1.5 cm y la microscopía: fragmento de tejido fibroadiposo con endometriosis (Fig 2) y tejido muscular liso y endometrio compatible con adenomiosis.

Actualmente la paciente se encuentra en seguimiento en controles post-operatorios, los últimos 4 meses sin nuevos episodios de sangrado uterino anormal y asintomática.

## DISCUSIÓN

El sangrado uterino anormal (SUA) con metrorragia severa es la principal manifestación de este caso, las etiologías habituales de SUA están clasificadas por el Grupo de Trastornos Menstruales de la FIGO en la conocida nemotecnia PALM-COEIN<sup>(9)</sup>, sin embargo, este caso, no se ajustaba a ninguno de estos diagnósticos.

Era una paciente en edad fértil, sin antecedente de SUA, con suspensión reciente de los anticonceptivos orales combinados, lo cual indujo a pensar que el cuadro era de origen funcional y no estructural, sin embargo, llamaba la atención la recurrencia, severidad y falta de respuesta a tratamiento médico.

Solo se logró detectar la masa sugerente de endometriosis en una tercera Ecotomografía, creemos que esta lesión producía un sangrado que se fistulizaba a través del istmocele hacia el canal cervical y vagina, esto explicaba que los repetidos raspados endometriales, ni el tratamiento hormonal lograran controlar el sangrado; la cirugía demostró una endometriosis que comprometía las paredes vesical y uterina. El hecho que luego de la excisión de la masa la paciente no volvió a sangrar es una evidencia que este era el mecanismo fisiopatológico.

En cuanto al origen de la endometriosis podemos plantear dos hipótesis: una, en el momento de la cesárea tejido endometrial se implantó en la histerorrafia y luego se desarrollaron al mismo tiempo el istmocele y la endometriosis o, hipótesis dos, la paciente tenía una endometriosis pélvica y un istmocele como entidades independientes y en algún momento se produjo una fistula hacia el istmocele que desencadenó el sangrado vaginal; parece imposible saber cuál de estas dos alternativas sea la correcta.

En relación al tratamiento definitivo, tanto para istmocele como para endometrioma, es de elección la corrección quirúrgica, que beneficia al paciente con una mejoría sintomática y de la infertilidad secundaria<sup>(10)</sup>. Si bien algunos autores proponen un abordaje histeroscópico en el istmocele, en este caso se decidió por un abordaje mediante laparotomía por la presencia de un endometrioma en istmocele y asociado a una historia de metrorragia refractaria a tratamiento

La ocurrencia simultánea de endometrioma e istmocele, al parecer, es rara. En la literatura, no encontramos un caso clínico en el cual se describiera esta combinación de diagnósticos y tampoco que provocara sangrado uterino abundante. Este sería el primer caso publicado, lo que es muy importante, ya que en un ambiente demográfico en que la tasa de cesárea aumenta progresivamente, debe tenerse en consideración esta entidad como etiología de SUA.

En conclusión, el istmocele asociado a endometriosis es una entidad rara, más aún asociado a endometrioma y como causa de metrorragia severa. No existen publicaciones al respecto en la literatura médica actual. El diagnóstico es difícil, siendo un reto para el médico ginecólogo, la sospecha diagnóstica debe realizarse por medio de la historia clínica detallada, examen físico completo y una buena evaluación ecográfica, incluyendo una revisión exhaustiva de la cicatriz de cesárea. El tratamiento de elección es la resolución quirúrgica con resección del istmocele y endometrioma, procedimiento que permite una mejoría clínica.

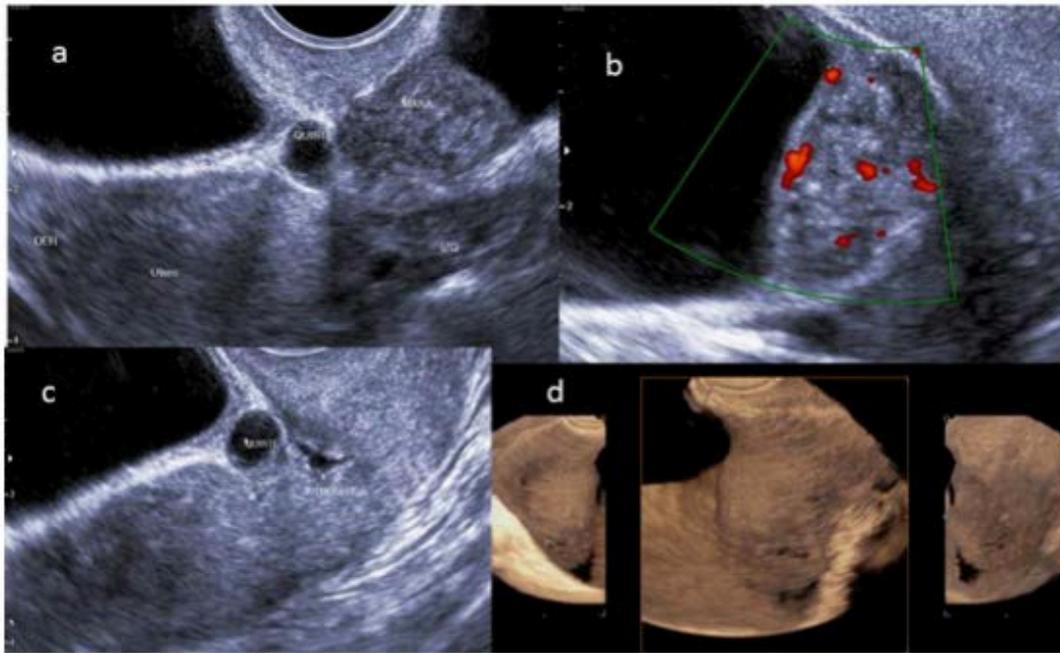


Figura 1. Ultrasonografía de endometrioma en istmocele: a) Corte transversal, se observa útero y vejiga, por sobre el ovario (izq) se observa masa ecogénica con una porción quística (quiste); b) Doppler muestra masa vascularizada; c) Porción quística de la masa en íntima relación a istmocele; d) Reconstrucción 3D con visión desde la vejiga que muestra abombamiento de mucosa vesical.

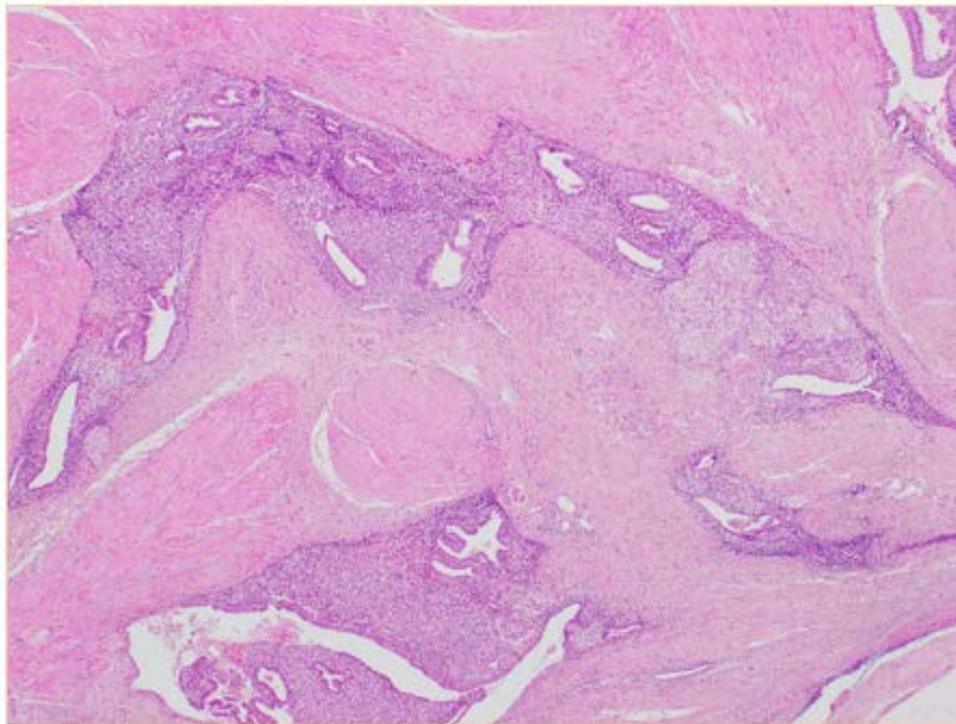


Figura 2. Muestra constituida por epitelio escamoso normotípico, fibrina, exudado leucocitario y endometrio ístmico con estroma denso y foco de vasos hipertróficos. No se observan elementos de gestación en lo examinado.

---

### *Correspondencia*

---

Fabián Álvarez Ferrero; fabian.alvarez.f@gmail.com.

---

### *Financiamiento*

---

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para la realización de este trabajo.

---

### *Conflictos de intereses*

---

Los autores declaran no tener conflictos de intereses en relación a este trabajo.

---

### *Información sobre el artículo*

---

Recibido el 17 de noviembre de 2016.

Aceptado el 20 de diciembre de 2016.

Publicado el 15 de diciembre de 2017.

Agradecimientos al personal de oficina y administrativo del Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital San Juan de Dios.

---

### *Referencias*

---

1. Florio P, Filippeschi M, Moncini I, Marra E, Franchini M, Gubbini G: Hysteroscopic treatment of the cesarean-induced isthmocele in restoring infertility. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2012;24:180–186.
2. Morris H. Surgical pathology of the lower uterine segment caesarean section scar: is the scar a source of clinical symptoms? *Int J GynecolPathol* 1995; 14:16 – 20.
3. Thurmond AS, Harvey WJ, Smith SA: Cesarean section scar as a cause of abnormal vaginal bleeding: diagnosis by sonohysterography. *J Ultrasound Med Jan* 1999;18:13–16, quiz 17– 18.
4. 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.
5. Gubbini G, Centini G, Nascetti D, et cols. Surgical Histeroscopic treatment of cesarean induced isthmocele in restoring fertility. *The Journal of Minimally Invasive Gynecology* 2011. 18 (2): 234–237.
6. Tulandi T, Cohen A. Emerging Manifestations of Cesarean Scar Defect in Reproductive-aged Women. *J Minim Invasive Gynecol*. 2016 Sep-Oct;23(6):893-902
7. Osser OV, Jokubkiene L, Valentin L: High prevalence of defects in Cesarean section scars at transvaginal ultrasound examination. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2009;34:90–97.
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. *Journal Ultrasound Med* 2003; 22:695–700.
9. Malcolm G Munro, Hilary OD Critchley, Ian S Fraser. La clasificación FIGO de causas de sangrado uterino anormal en los años reproductivos. *Revista del Climaterio* 2011;15(85):9-17.
10. Urman B, Arslan T, Aksu S, Taskiran C. Laparoscopic Repair of Cesarean Scar Defect “Isthmocele”. *J Minim Invasive Gynecol*. 2016 Sep-Oct;23(6):857-8.