



Defecto en el cierre de la histerorrafia

Isaac Melo-Cerda

Encargado de la Unidad de Colposcopia, Centro Oncológico del Estado de Sonora.

RESUMEN

Antecedentes: la cesárea tiene complicaciones inmediatas y tardías tradicionales, bien conocidas, pero de igual o mayor importancia son los riesgos para el siguiente embarazo, pues existe la posibilidad de ruptura uterina, acretismo placentario, placenta previa, embarazo cervical o en cicatriz de histerorrafia, y otras complicaciones no bien difundidas o conocidas asociadas con defectos en la cicatriz de la histerorrafia (dehiscencia de histerorrafia).

Objetivo: mostrar la frecuencia y características de los defectos del cierre de la histerorrafia.

Material y método: estudio retrospectivo, observacional, en el que se revisaron videos de pacientes con valoración del canal endocervical y de la cavidad uterina por histeroscopia durante un periodo de cinco años; pacientes con antecedente de cesárea previa con valoración de la integridad de la cicatriz. Los defectos se clasificaron en tres categorías según su profundidad.

Resultados: de las pacientes con cesárea previa, 62.5% tuvo algún defecto en el cierre de la histerorrafia. Se encontró dehiscencia total de la capa muscular (Grupo 3) en las pacientes con 1, 2, 3 o más cesáreas, y sólo en tres casos (12%), los defectos se encontraron en la zona del istmo uterino.

Conclusiones: los defectos en la cicatriz de la histerorrafia son frecuentes y favorecen el inicio de enfermedad obstétrica y ginecológica, con aumento del número de pacientes que terminan el embarazo por cesárea. Esto es un problema de salud que debe conocerse y difundirse su relación con el sangrado uterino anormal y con la esterilidad secundaria.

Palabras clave: defecto del cierre de la cicatriz de cesárea, dehiscencia de histerorrafia, istmocele, cicatriz de cesárea, morbilidad de la cesárea.

Cesarean scar defect

ABSTRACT

Background: Caesarean section has immediate complications and traditional, well known later, but of equal or greater importance are the risks for the next pregnancy, due to the possibility of uterine rupture, placenta accreta, placenta previa, pregnancy or cervical scar hysterorraphy, and other complications not well disseminated or known defects associated with scar hysterorraphy (dehiscence).

Recibido: febrero 2014

Aceptado: mayo 2014

Correspondencia: Jazmín de la Montaña 2
83010, Hermosillo, Sonora, México
lmeloc1@live.com

Este artículo debe citarse como
Melo CI. Defecto en el cierre de la histerorrafia
Ginecol Obstet Mex 2014;82:530-534.



Objective: Show off frequency and characteristics of the cesarean scar defects.

Material and method: Retrospective and observational study, by reviewing videos of patients subjected to exploration of the endocervical canal and uterine cavity with hysteroscope in a 5 year period, in patients with a history of previous cesarean section, evaluating the integrity of the scar. The defects were classified into three categories according to the depth of the defect.

Results: patients with previous c-section, 62.5% had a defect of the closure of the scar. The total dehiscence of the muscular layer was found in patients with 1, 2 and 3 or more c-section, and only 3 cases (12%) of the defects were found at the level of the isthmus.

Conclusion: Cesarean scar defects are more frequent than we assumed. Since they favour obstetric and gynecological pathology, with the increase in the number of patients who undergo caesarean section, this has become a health problem, and we must know and promote its relationship with abnormal uterine bleeding and secondary sterility.

Key words: Cesarean scar defect, hysterorrhaphy dehiscence, isthmocele, cesarean scar, cesarean morbidity.

ANTECEDENTES

Con el desarrollo y perfeccionamiento de las técnicas quirúrgicas y del tratamiento con antibióticos en las últimas décadas, la práctica de la cesárea se ha convertido en una de las intervenciones más frecuentes y rutinarias en todo el mundo. En México se refiere un incremento en el último decenio de 33%, en el sector público (de 30.6 a 40.9%), y de 60.4% en el sector privado (de 43.4 a 69.7%).¹ En nuestro medio se sabe que a nivel público es alrededor de 60% y a nivel privado es superior a 80%; en tanto, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), su frecuencia no debe exceder 15%.²

La cesárea tiene complicaciones inmediatas y tardías tradicionales, bien conocidas,³ pero de igual o mayor importancia son los riesgos para el siguiente embarazo, pues existe la posibili-

dad de rotura uterina, acretismo placentario, placenta previa, embarazo cervical o en cicatriz de histerorrafia, y otras complicaciones no bien difundidas o conocidas que están asociadas con defectos en la cicatriz de la histerorrafia⁴ (dehiscencia de histerorrafia).

Desde hace cinco años, en la Unidad de Colposcopia del Centro Estatal de Oncología en Hermosillo, Sonora, a todo caso de colposcopia no satisfactoria se le realiza exploración con histeroscopia del canal endocervical, con aplicación de ácido acético para hacer evidente cualquier lesión que se pudiera encontrar en ese sitio; a este método de exploración lo llamamos endocervicocolposcopia. En una revisión de los 100 primeros casos explorados con este método, que fue presentada en el XIV Congreso Internacional de la Asociación Mexicana de Colposcopia y Patología Cervical en 2010,⁵ en 62 casos también se efectuó exploración de la

cavidad uterina; en ellos se encontraron tres defectos del cierre de la histerorrafia (dehiscencias); al tomar en cuenta que sólo 13 pacientes tenían antecedente de cesárea previa, 23% de ellas tuvieron dehiscencia de histerorrafia. Este dato fue aparentemente elevado y poco conocido, por lo que decidimos investigar la frecuencia con la que se reporta algún defecto en el cierre de la cicatriz de histerorrafia y sus características.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo, observacional, efectuado en la Unidad de Colposcopia del Centro Estatal de Oncología, que incluyó a todas las pacientes a las que se les practicó endocervicocolposcopia con evaluación de la cavidad uterina, y que tuvieran el antecedente de una o más cesáreas, durante un periodo de cinco años, comprendidos del 1 de octubre de 2007 al 31 de octubre de 2012. Las pacientes fueron valoradas en el canal endocervical, para buscar la integridad de la cicatriz de la cesárea y el sitio del defecto, con lo que los defectos se clasificaron en tres grupos, de acuerdo con el grado de dehiscencia de la histerorrafia:

Grupo 1: dehiscencia parcial leve. Defecto de cicatriz leve, con pared miometrial (tipo cúpula).

Grupo 2: dehiscencia parcial severa. Defecto de cicatriz severo, con pared miometrial (defecto profundo, tipo divertículo).

Grupo 3: dehiscencia total de histerorrafia, sin miometrio en forma parcial o total, y sólo con peritoneo visceral (Figura 1). Se efectuó el análisis estadístico de los hallazgos y la descripción de las características.

RESULTADOS

En el periodo de cinco años se reportaron 84 pacientes a las que se les efectuó endocercocolpos-

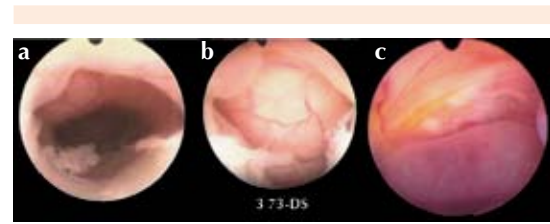


Figura 1. Imagen tipo cúpula con vascularidad anormal (a). Defecto tipo divertículo con vascularidad anormal (b). Dehiscencia total de la histerorrafia con capa muscular visible (c).

copia por colposcopia no satisfactoria y que tenían antecedente de una o más cesáreas; de ellas, 40 tenían revisión de la cavidad uterina y cumplían con los criterios de inclusión. De las 40 pacientes, 25 (62.5%) tuvieron un defecto en el cierre de la cicatriz de histerorrafia y 15 (37.5%) tuvieron cicatriz normal (Figura 2). De los 25 cierres defectuosos, 14 (53%) integraron el Grupo 1 (con dehiscencias parciales tipo cúpula), 8 (32%) integraron el Grupo 2 (con dehiscencia parcial severa tipo divertículo) y 3 (12%) integraron el Grupo 3 (dehiscencia total de la histerorrafia) (Figura 3).

Se encontraron tres casos de dehiscencia total de histerorrafia (Grupo 3, defecto severo), con antecedente de 1, 2, 3 o más cesáreas (Cuadro 1); 12% del total de los casos perteneció a este grupo.

De los defectos del cierre de histerorrafia, 16 casos (64%) se encontraron en el canal endocervical, 6 (24%) en la zona del orificio interno y sólo 3 (12%) en la cavidad uterina.

DISCUSIÓN

El defecto en el cierre de la cicatriz de histerorrafia es más frecuente de lo que se imagina y en esta revisión se encontró en 62% de las pacientes con antecedente de cesárea. Sin embargo, este hallazgo no debe sorprender, ya que existen estudios previos que muestran un porcentaje semejante. Roberge, en una revisión

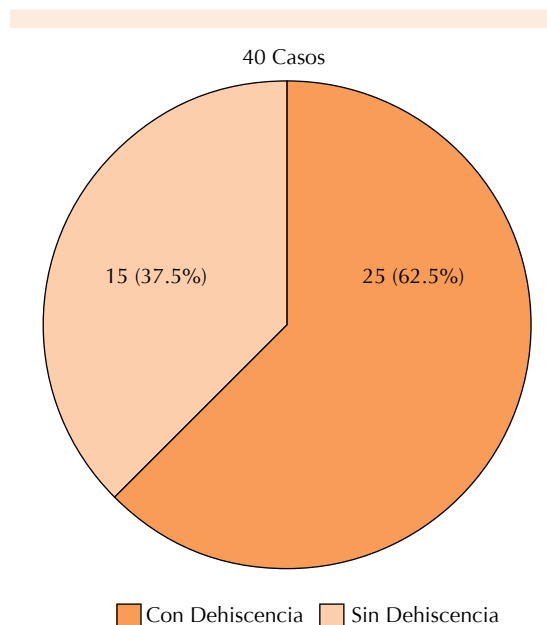


Figura 2. Pacientes con defecto en el cierre y cicatriz normal.

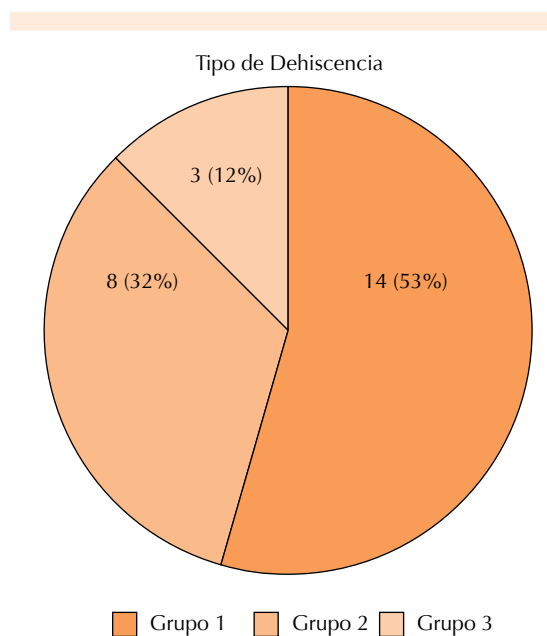


Figura 3. Casos de dehiscencia total de la histerorrafia.

de la bibliografía, lo reportó entre 20 y 86%, con promedio de 56%.⁶

El grado de dehiscencia se menciona como parámetro para permitir el parto en pacientes con cesárea previa, ya que existen estudios que refieren que un defecto de cicatriz con miometrio residual menor de 2.3 mm tiene 9.1% de riesgo de resultar en rotura uterina durante el trabajo de parto.⁷ También es evidente su importancia al favorecer los defectos de placentación,⁴ lo que incrementa el riesgo de placenta previa, embarazo cervical, embarazo en cicatriz de cesárea previa y acretismo placentario, observándose su incremento en el número de cesáreas.⁸

No sólo es un problema obstétrico, sino que está asociado con enfermedad ginecológica, como lo refiere Wang,⁹ que encontró que en mujeres con dehiscencia de histerorrafia, 63.8% tiene sangrado uterino anormal, 53.1% dismenorrea, 39.6% dolor pélvico crónico y 18.3% dispareunia. Gubbini mostró su relación con esterilidad secundaria.¹⁰

En esta revisión se encontró que la dehiscencia total de histerorrafia se reporta en 12% de las pacientes sometidas a cesárea y aparece en los casos de 1, 2, 3 o más cesáreas; la mayor parte de los defectos se localizan en el canal endocervical, lo que confirma lo reportado por otros autores, que refieren que los defectos son mayores y más frecuentes cuando se realiza la cesárea después del inicio del trabajo de parto y con modificaciones cervicales importantes.⁴

CONCLUSIÓN

Los defectos del cierre de histerorrafia son muy frecuentes, pues aparecen en más de 50% de las pacientes a quienes se realiza cesárea. Si bien los riesgos trasoperatorios y posoperatorios de una cesárea son mínimos y los riesgos de ruptura uterina y de placentación en el siguiente embarazo son estadísticamente bajos, con el incremento

Cuadro 1. Características de la dehiscencia de histerorrafia

Hallazgos Grupos	Cicatriz defectuosa 25			
	Grupo 1 14 casos (53%)	Grupo 2 8 casos (32%)	Grupo 3 3 casos (12%)	Total 25 casos (100%)
Cesáreas previas	1 ces.=9 (64%)	1 ces.=5 (62.5%)	1 ces.=1 (33.3%)	1 ces.=15 (60%)
	2 ces.=4 (28.5%)	2 ces.=2 (25%)	2 ces.=1 (33.3%)	2 ces.=7 (28%)
	3 o más=1 (7%)	3 o más= 1 (12.5%)	3 o más= 1 (33.3%)	3 o más=3 (12%)
Sitio del defecto de histerorrafia	CE=8 (57%)	CE=5 (62.5%)	Canal endocervical	CE=16 (64%)
	OI =4 (28.5%)	OI =2 (25%)	3=100%	OI =6 (24%)
	CU=2 (14%)	CU=2 (14%)		CU=3 (12%)

CE=canal endocervical OI=orificio cervical Interno CU=cavidad uterina.

desbordante en el número de cesáreas que ocurre en nuestro país y en América Latina se genera un problema de salud pública, con aumento en la morbilidad y mortalidad obstétricas. Las complicaciones obstétricas que anteriormente eran excepcionales ahora son cada vez más reportadas. El problema no es sólo obstétrico, pues no es raro que una paciente sea sometida a histerectomía por tener sangrado uterino anormal sin causa anatómica o funcional aparente y hasta la fecha no se nos ha enseñado que la dehiscencia de histerorrafia puede ser causa de sangrado uterino anormal, pues seguramente muchas de esas histerectomías tienen a esta afección como origen de los síntomas.

La dehiscencia o defecto de la cicatriz de histerorrafia debe estudiarse más profundamente y debemos darnos cuenta que las cesáreas innecesarias dejan secuelas y favorecen la morbilidad obstétrica y ginecológica. Si bien en la actualidad el término más utilizado para referirse a esta enfermedad es istmocele, consideramos que el nombre más adecuado es defecto del cierre de la histerorrafia, ya que éste, en la mayor parte de los casos, no se localiza en el istmo uterino, por lo que el término istmocele

enmascara la importancia que tiene la cesárea previa en su génesis.

REFERENCIAS

1. Suárez L, y col. Evidencias para la política pública en salud. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Instituto Nacional de Salud Pública. Disponible en <http://ensanut.insp.mx>.
2. WHO. Appropate technology for birth. *Lancet* 1985;2:487-488.
3. Aller J, y col. Cesárea, histerectomía obstétrica e histerorrafia. *Obstetricia Moderna* Capítulo 45, 3ª ed. Mc Graw Hill.
4. Osser VO, et al. Risk factors for incomplet healing of the uterine incisión after caesarean section. *BJOG* 2010;117:1119-1126.
5. Melo I. Endocolposcopia histeroscópica. *Revista de enfermedades del tracto genital inferior* 2010;4:27-28.
6. Roberge S, Boutin A. Systematic review of cesarean scar assessment in the nonpregnant state: imaging techniques and uterin scar defect. *Am J Perinatol* 2012;29:465-471.
7. Bujold E, et al. Prediction of complete uterine rupture by sonographic evaluation of the lower uterine segment. *Am j Obstet Gynecol* 2009;201:320.
8. Morlando M, Sarno L, et al. Placenta accreta: incidence and risk factors in an area with a particularly high rate of cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2013;92:457-460.
9. Wang CB, Chiu WW. Cesarean scar defect: correlation between cesarean section number, defect size, clinical sintoms and uterine position. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2009;34:85-89.
10. Gubbini G, Cantini G, et al. Surgical hysteroscopic tretament of cesarean-induced isthmocele in restoring fertility: Prospective study. *J of Minimally Invasive Gynecology* 2011;18.