

Achados histeroscópicos em pacientes com sangramento pós-menstrual tipo escape com cesárea anterior

Hysteroscopic findings in patients with post-menstrual spotting with prior cesarean section

Valdely Helena Talamonte¹, Umberto Gazi Lippi², Reginaldo Guedes Coelho Lopes², Sueli Aparecida Batista Stabile³

RESUMO

Objetivo: Identificar os achados histeroscópicos uterino em grupo de pacientes com operação cesariana anterior e sangramento pós-menstrual tipo escape. **Métodos:** Foi realizado um estudo descritivo e prospectivo, com mulheres que compareceram em consultório em Ji-Paraná (RO), Brasil, entre junho de 2008 e dezembro de 2009, com queixa de sangramento genital prolongado tipo escape após período menstrual. Destas, foram selecionadas 20 mulheres que apresentavam, simultaneamente, as seguintes características: ao menos uma cesárea prévia; idade entre 18 e 45 anos; sem uso de método anticoncepcional hormonal; e ausência de qualquer outra cirurgia uterina capaz de alterar a anatomia da cavidade. As pacientes selecionadas foram submetidas a exame histeroscópico. **Resultados:** À histeroscopia, em 90% das pacientes, observou-se no terço final do colo, a presença da cicatriz de cesárea. Essa cicatriz causa, no interior da cavidade uterina, uma anomalia em sua anatomia, caracterizada pela visualização, na parede anterior, de uma dilatação seguida de retração, que proporciona a presença de pseudocavidade com profundidade e oclusão da luz em graus variáveis. Já em duas pacientes, não foi detectada a pseudocavidade. **Conclusão:** A pseudocavidade na cicatriz da cesariana é o achado mais frequente à observação histeroscópica em pacientes com cesárea prévia e sangramento uterino anormal pós-menstrual tipo escape.

Descritores: Hemorragia uterina; Cesárea; Cicatriz; Histeroscopia

ABSTRACT

Objective: To identify uterine hysteroscopic findings among patients with prior cesarean section and whom had post-menstrual bleeding spotting type. **Methods:** We conducted a descriptive and prospective study between June 2008 and December 2009 involving women admitted to our clinic in Ji-Paraná (RO), Brazil, and who complained of prolonged genital bleeding after menstrual period. A total of 20 women with the simultaneous following characteristics

were selected: at least one prior cesarean section, aged between 18 and 45 years, no use of hormonal contraceptives, and no history of uterine surgery that could change the cavity anatomy. All participants underwent a hysteroscopic examination. **Results:** During hysteroscopy, in 90% of the patients, the presence of a cesarean section scar was observed in the last third of the cervix. This scarring causes an anomaly in the uterine cavity anatomy, characterized by the viewing of an enlargement followed by a retraction of the anterior wall, which affords the presence of a pseudocavity with depth and lumen narrowing in variable degrees. Two patients did not present the pseudocavity. **Conclusion:** Pseudocavities in cesarean section scar are usually found in hysteroscopic examination of patients with prior cesarean section and abnormal uterine spotting.

Keywords: Uterine hemorrhage; Cesarean section; Cicatrix; Hysteroscopy

INTRODUÇÃO

A partir de meados do século XX, houve uma elevação mundial nas taxas de cesáreas. No Brasil, essas taxas são maiores nas regiões Sul e Sudeste (40,3 e 42,1%, respectivamente) do que nas regiões Centro-Oeste (35,9%), Norte (27%) e Nordeste (25,9%)⁽¹⁾.

Esse crescimento pode ser atribuído a vários motivos. Inicialmente, as intervenções eram feitas sobretudo por distocia mecânica, desproporção cefalopélvica e apresentações anômalas. Com o aumento da segurança do procedimento e também sob a alegação de minimizar a mobilidade e mortalidade perinatais, as indicações ampliaram-se. Outras tornaram-se frequentes, tais como cesárea anterior, feto não reativo à cardiocografia de repouso, apresentação pélvica, gestante portadora do HIV e realização de laqueadura tubária,

Trabalho realizado no Consultório e Hospital Cândido Rondon – Ji-Paraná (RO), Brasil.

¹Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual – IAMSPE, São Paulo (SP), Brasil.

²Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Hospital do Servidor Público Estadual “Francisco Morato de Oliveira” – FMO, São Paulo (SP), Brasil.

³Hospital Cândido Rondon – Ji-Paraná, Rondônia (RO), Brasil.

Autor correspondente: Valdely Helena Talamonte – Rua Mato Grosso, 1.642 – Casa Preta – CEP: 76907-562 – Ji-Paraná (RO), Brasil – Tel.: (69) 3416-9380 – E-mail: ricardovaldely@hotmail.com

Data de submissão: 26/4/2011 – Data de aceite: 13/12/2012

Conflitos de interesse: Não há

especialmente antes da legislação que regulamentou o assunto. Com o aumento do número de cesárias primárias em pacientes jovens, as operações repetidas também tiveram crescimento elevado, contribuindo, hoje, com 15 a 45% de todos os nascimentos⁽²⁾.

O sangramento uterino anormal (SUA) é queixa comum em consultórios de ginecologia. Freitas et al.⁽³⁾ indicam que, das pacientes com essa queixa, 50% estejam ao redor dos 45 anos de idade e 20% sejam adolescentes. Esses mesmos autores definem sangramento uterino disfuncional como a perda sanguínea oriunda da cavidade uterina e de origem endometrial, na ausência de alterações anatômicas, atribuído às alterações nos mecanismos neuroendócrinos que controlam a menstruação. É, desse modo, um diagnóstico de exclusão, podendo ser feito somente quando todas aquelas causas forem afastadas. Habitualmente, está associado à função ovariana anormal e anovulação, podendo, porém, ocorrer em ciclos ovulatórios. Coagulopatias, atrofia endometrial e ameaça de abortamento devem ser lembradas no diagnóstico diferencial.

Há alguns relatos de pacientes com cesárea prévia, com SUA, especialmente pós-menstrual tipo escape, que pode ser subsequente a defeitos da cicatriz deixada no útero por aquela cirurgia, formando um divertículo, anomalia esta chamada, por alguns, de “istmocele”. Morris⁽⁴⁾ sugere a denominação “síndrome da cicatriz de cesárea” a essa anomalia.

Contudo, trabalhos abordando esse tema são escassos. Fabres et al.⁽⁵⁾, relatam que o sangramento pós-menstrual pode ser explicado tanto pela obstrução mecânica causada pelo espessamento da margem superior da cicatriz da cesárea, como pelo acúmulo de sangue no divertículo. Já Thurmond et al.⁽⁶⁾, sugerem que ocorre uma retração da cicatriz que origina uma dilatação da “luz” ou uma “pseudocavidade” no segmento inferior, delimitada superiormente pelo abaulamento do endométrio e do miométrio, obstruindo em graus variados essa região. Segundo os autores, não se conhecem as causas dessa alteração, mas ela pode ser devida a diferenças no processo cicatricial de cada lado da incisão.

Morris⁽⁴⁾ realizou estudo avaliando 51 úteros retirados de mulheres submetidas a histerectomia e que tinham sangramento pós-menstrual, dor pélvica e história de ao menos uma cesárea prévia, refratárias a qualquer tratamento. Encontrou várias anormalidades em relação à cicatriz, como: distorção e alargamento do segmento inferior, congestão do endométrio acima da cicatriz cirúrgica, infiltrado linfocitário e dilatação capilar. Essas condições podem levar à dificuldade de escoamento do fluxo menstrual, justificando sua liberação de maneira intermitente, podendo comprometer a

fertilidade. Isso pode perdurar até a ovulação, quando ocorre o pico do estrogênio, que leva ao relaxamento do orifício interno do colo⁽⁷⁾.

Borges et al.⁽⁸⁾ estudaram 43 mulheres com ao menos uma cesárea prévia e concluíram, por meio de histeroscopia (HSC), que 38 (88,17%) delas tinham istmocele.

Segundo Lasmar et al.⁽⁹⁾, o diagnóstico das alterações na cicatriz da cesariana pode ser feito por meio da ultrassonografia, da histerossalpingografia, da histerosonografia e da HSC. Atualmente, a HSC é considerada o método de escolha no diagnóstico da cicatriz de cesariana e possibilita também o tratamento cirúrgico. As alterações histeroscópicas parecem estar relacionadas ao aspecto histopatológico.

OBJETIVO

Identificar os achados histeroscópicos em um grupo de pacientes com operação cesárea anterior e sangramento pós-menstrual tipo escape.

MÉTODOS

Trata-se de estudo prospectivo, descritivo, com mulheres que compareceram para consulta em consultório privado da cidade de Ji-Paraná (RO), no período de junho de 2008 a dezembro de 2009, com queixa de sangramento genital prolongado tipo escape (SPTE) após término do período menstrual.

Das pacientes com queixa de SPTE, foram selecionadas 20 mulheres que apresentavam simultaneamente as seguintes características: ao menos uma cesárea prévia; idade entre 18 e 45 anos; sem uso de método anticoncepcional hormonal e ausência de qualquer outra cirurgia uterina capaz de alterar a anatomia da cavidade.

As pacientes selecionadas foram submetidas a exame histeroscópico no Hospital Candido Rondon, pelo mesmo médico, utilizando histeroscópio de 2,9 mm (HOPKINS II Forward-Oblique Telescope 30º; Karl Storz, Tuttlingen, Germany), sem anestesia ou analgesia. A solução salina foi utilizada como meio de distensão sob pressão de 50 a 80 mmHg. Todos os exames foram realizados no período proliferativo do ciclo menstrual. As pacientes assinaram um termo de consentimento informado.

Este trabalho foi aprovado no Comitê de Ética do Conselho Técnico-Científico do Hospital Cândido Rondon, bem como no Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE), sendo aprovado conforme registro número 062/09.

RESULTADOS

A média do intervalo de aparecimento do SUA foi de 6 meses após a cesárea. O tempo de duração do sangramento variou de 4 dias após o término da menstruação até durante todo o intervalo menstrual, com média de 8 dias. A idade das pacientes variou de 18 a 43 anos, com média de 36. A paridade variou de uma a quatro cesáreas, com média de 2,3. A dificuldade de engravidar pela segunda vez foi relatada por duas pacientes. O volume uterino variou de 48,6 a 365 cm³ (média de 206).

À HSC, em 18 pacientes, 90% do total, observou-se, no terço final do colo, a presença da cicatriz de cesárea. Essa cicatriz causa, no interior da cavidade uterina, uma anomalia em sua anatomia, caracterizada pela visualização na parede anterior de uma dilatação seguida de retração, que proporciona a presença de pseudocavidade com profundidade e oclusão da luz em graus variáveis (Figura 1). Já em duas pacientes, não foi detectada a presença de pseudocavidade.

Das 18 mulheres que apresentavam a cicatriz de cesárea, em 4 notou-se a saída de sangue tipo “marrom escuro” do interior da pseudocavidade no momento do exame; em outras 4, notou-se, além da saída de sangue como descrito, a presença de afecção endometrial do tipo pólipos. Em três pacientes, notou-se a presença da pseudocavidade e de mioma submucoso; em duas, notou-se a presença de granuloma no interior da pseudocavidade e, nas cinco restantes, notou-se somente a presença da pseudocavidade, sem sangramento no momento do exame ou qualquer afecção endometrial.



Figura 1. Imagem histeroscópica de pseudodivertículo em cicatriz de cesárea

DISCUSSÃO

Após descartar afecções orgânicas sistêmicas ou desajustes hormonais como causa do SUA tipo escape pós-

-menstrual, torna-se obrigatório pesquisar imperfeições na cicatriz de histerotomia, caso a mulher tenha se submetido a uma ou mais cesáreas. Morris⁽⁴⁾ sugere, para essa anomalia, a denominação “*caesarean scar syndrome*” ou síndrome da cicatriz de cesariana. Nesta pesquisa, também identificamos a presença dessa anomalia, pois foi verificado que 90% das pacientes analisadas possuíam retração da cicatriz da cesárea.

Vários outros autores citam os defeitos da cicatriz pós-operatória como causa do sangramento pós-menstrual tipo escape. Van Horenbeek et al.⁽¹⁰⁾ relatam que, ao examinar uma paciente com infertilidade secundária, puderam observar divertículo na cicatriz à ultrassonografia e à HSC. Após a correção, cessou o sangramento anormal, bem como ocorreu gravidez espontânea, embora, tenha terminado em abortamento. Também Erickson e Vooris⁽¹¹⁾, ao estudarem três pacientes com queixa de SUA, verificaram, por meio de ultrassonografia, que as pacientes possuíam um divertículo formado pela cicatriz de cesariana e que, nessa bolsa, existia material heterogêneo parecido com sangue. Armstrong et al.⁽¹²⁾ também detectaram, por meio de ultrassonografia transvaginal, a presença de fluido dentro de cicatrizes defeituosas de cesariana em 56% das pacientes examinadas.

A formação do divertículo ou bolsa como defeito na cicatriz de cesariana, segundo Thurmond et al.⁽⁶⁾, pode ser devida à falta de contrações musculares coordenadas no tecido uterino próximo à cicatriz, sendo que, nesse local, ocorre acúmulo de sangue menstrual que é eliminado lentamente e por alguns dias após o fluxo menstrual regular.

Fabres et al.⁽⁵⁾ realizaram estudo com 92 mulheres já submetidas à cesariana e que tinham histórico de SUA. Todas as pacientes foram submetidas à ultrassonografia transvaginal e HSC, e ambos os exames identificaram a presença de uma bolsa no segmento uterino anterior, na cicatriz de cesariana. Encontraram alta correlação entre o SUA e esse defeito anatômico, além de verificarem que quanto maior o tamanho dessa bolsa, maior a intensidade e a duração do sangramento.

Outra complicação que pode ser atribuída à bolsa formada pela cicatriz de cesárea é a gravidez ectópica nesse local^(13,14).

Algumas questões ainda restam para serem respondidas: toda cicatriz de cesárea leva ao divertículo? Por que razão algumas pacientes desenvolvem o divertículo com SUA e outras não? O tipo de sutura e o tipo de fio interferem na gênese do divertículo? De qualquer forma, mesmo que a título de especulação, é possível supor que cicatrizes resultantes de suturas contínuas com pontos ancorados tenham maior probabilidade de

prejudicar a circulação do tecido suturado, levando à necrose e à formação de divertículos, do que aquelas que resultam de pontos simples, separados. Essa é, sem dúvida, uma linha de pesquisa promissora, porque, se essa hipótese for confirmada, haverá uma verdadeira mudança no modo de suturar o miométrio, sendo universalizada a sutura com pontos separados e abolida a outra.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a pseudocavidade na cicatriz da cesariana é o achado mais frequente à observação histeroscópica em pacientes com cesárea prévia e SUA pós-menstrual tipo escape.

REFERÊNCIAS

1. Taxas de parto normal e cesárea no Brasil; situação atual 1995-2003. J FEBRASGO. 2004;11(3):4-6.
2. Costa SH, Ramos JG, Reis R. Operação cesariana. In: Freitas F, Martins Costa SH, Ramos JG, Magalhães JA. Rotinas em obstetrícia. 5a ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 181-98.
3. Freitas F, Cunha-Filho SL, Glitz CL, Valiati B, Wender MC. Sangramento uterino anormal. In: Freitas F, Menke CH, Rivoire W, Passos EP, organizadores. Rotinas em ginecologia. 5a ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p.102-12.
4. Morris H. Surgical pathology of the lower segment cesarean section scar: is the scar a source of clinical symptoms? Int J Gynecol Pathol. 1995; 14(1):16-20.
5. Fabres C, Aviles G, De La Jara C, Escalona J, Muñoz JF, Mackenna A, et al. The cesarean delivery scar pouch: clinical implications and diagnostic correlation between transvaginal sonography and hysteroscopy. J Ultrasound Med. 2003;22(7):695-700.
6. Thurmond AS, Harvey WJ, Smith AS. Cesarean section scar as a cause of abnormal vaginal bleeding: diagnosis by sonohysterography. J Ultrasound Med. 1999;18(1):13-6.
7. Scapinelli A, Lugó C, Depes DB, Yatabe S, Gomes AM, Baracat F, et al. Cicatriz da cesariana: implicações ginecológicas e aspectos atuais. Femina. 2009;37(7):395-8.
8. Borges M, Scapinelli A, Depes PB, Lippi UG, Lopes RG. Findings in patients with postmenstrual spotting with prior cesarean section. J Minim Inv Gynecol. 2010;17(3):361-4.
9. Lasmar RB, Rosa DB, Parente RC, Lunardi CS, Silveira LP, Fabricio MI. Aspectos histeroscópicos da cicatriz de cesariana. In: Crispi C, Malche F, Damoian JC, Oliveira MA. Tratado de videoendoscopia e cirurgia minimamente invasiva em ginecologia. Rio de Janeiro: Revinter; 2007. p. 960-7.
10. Van Horenbeek A, Temmerman M, Dhont M. Cesarean scar dehiscence and irregular uterine bleeding. Obstet Gynecol. 2003;102(5 Pt 2):1137-9.
11. Erickson SS, Van Voorhis BJ. Intermenstrual bleeding secondary to cesarean scar diverticuli: report of three cases. Obstet Gynecol. 1999;93(5 Pt 2):802-4.
12. Armstrong V, Hansen WF, Van Voorhis BJ, Syrop H. Detection of cesarean scars by transvaginal ultrasound. Obstet Gynecol. 2003;101(1):61-5.
13. Shufaro Y, Nadjari M. Implantation of a gestational sac in a cesarean section scar. Fertil Steril. 2001;75(6):1217.
14. Rojas-Cardenas JC, Duarte PC. Embarazo ectópico em cicatriz de cesárea: reporte de caso. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2007;58(1):65-9.