

11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

h

SINDROME DE ASHERMAN
REVISION DE 4 AÑOS
ESTUDIO REALIZADO EN EL
C. H. "20 DE NOVIEMBRE"
ISSSTE

T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A

DR. MARIO JAVIER MARTINEZ ROSIQUE

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D.F.

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

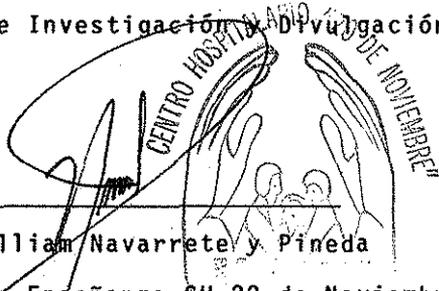
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dr. Augusto Sangines Martínez
Director de Tesis.

Dr. Mario Javier Martínez Rosique
Autor de Tesis.

Dr. Ramiro Beltrán Suárez
Jefe del Curso de Postgrado.

Dra. Florencia Vargas V.
Jefe de Investigación y Divulgación.



Dr. William Navarrete y Pineda
Jefe de Enseñanza CH 20 de Noviembre.

JEFATURA
DE ENSEÑANZA

Dra. MARGARITA FERRERA C.
SUBJEFE DE INVESTIGACION

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A MIS PADRES:

POR QUE ME DIERON LA VIDA.
ASI COMO EL APOYO Y FELICIDAD
QUE ME HAN PERMITIDO LOGRAR
MIS FINES

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A MI ESPOSA:

POR EL AMOR, AYUDA Y COMPRENSION
QUE SIEMPRE ME HA BRINDADO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A MARIO JAVIER Y ALEXANDRA:

CON TODO MI CARINO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A MIS MAESTROS:

CON RESPETO Y ADMIRACION

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

I N D I C E

1.- ANTECEDENTES.....	1
2.- OBJETIVOS.....	28
3.- MATERIAL Y METODOS.....	29
4.- RESULTADOS.....	31
5.- DISCUSION Y COMENTARIOS.....	44
6.- CONCLUSIONES.....	48
7.- BIBLIOGRAFIA.....	50

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A N T E C E D E N T E S

C O N C E P T O:

El Síndrome de Asherman es la destrucción de la mucosa uterina en extensión variable permitiendo esto -- la adhesión de las paredes uterinas anterior y posterior causado esto por agentes físicos o biológicos ocasionando disminución del flujo menstrual o ausencia de éste.
(1,20,22)

Han sido usados varios sinónimos para describir este síndrome (22):

- 1- Amenorrea traumática
- 2- Síndrome de Fritsch-Asherman
- 3- Sinequias o adhesión intrauterina traumática
- 4- Esclerosis endometrial
- 5- Estenosis ístmica
- 6- Sinequia intrauterina
- 7- Atresia uterina

D A T O S H I S T O R I C O S

Desde finales del siglo XIX, se reconocieron casos de adherencias intrauterinas, pero, realmente, el -- proceso se ha estudiado en la primera mitad del presente siglo, esto es debido en parte al reconocimiento más amplio de la entidad como también al uso extenso de la his- terosalpingografía como medio de diagnóatico y a la gran atención dirigida a resolver los problemas de pérdida fe- tal e infertilidad (9).

Fritsch descubrió en 1894 el primer caso de atre- sia de la cavidad uterina después de un legrado postpar- to (9,14,16,20,36) Al año siguiente, Veit señala el -- primer caso secundario a un legrado por aborto (20) En 1917 Halban describe una atresia parcial de la cavidad u- terina después de un legrado postaborto (20). Poste--- riormente, Bass en 1927 publicó una serie de 20 casos de estenosis ístmica entre 1500 mujeres rusas después de a- bortes terapéuticos (9,20). En 1946 Stamer añade 24 - casos más a la literatura, de los 38 que ya existían en- la casuística (9,34). A partir de aquí la casuística - mundial se multiplica. Hald de Copenhagen en 1949 es el- primero que recurre a la histerografía para descubrir la afección y evaluar su programa terapéutico (9,19,20) y- casi simultaneamente, en 1950 J.Asherman publica su pri- mer trabajo sobre sinequias, creando el término de ameno- rrea traumática que él atribuye a una estenosis sine--- quial del orificio cervical interno, para más tarde en - un trabajo excepcional, basado en 8 casos, precisar so- bre las condiciones etiopatogénicas, manifestaciones clí- nicas y radiológicas, así como indicaciones terapéuti- cas de las adherencias intrauterinas (14).

Después de la publicación de J. Asherman, son numerosos los trabajos sobre los transtornos funcionales y la anatomía patológica, así como referentes al perfeccionamiento de los procedimientos terapéuticos hasta este momento difíciles.

Posteriormente, el autor insistió en el tema con nuevas aportaciones, así en 1957 señalaba los efectos de las sinequias intrauterinas sobre la fertilidad, en 1960 estudiaba la posibilidad de los trasplantes de trompa y endometrio en ciertos casos (2).

En 1958, Loures y cols. fueron los primeros en señalar la utilidad del asa de Lippes o de Margulies en el tratamiento de dicho síndrome (23).

Hasta aquí la patogenia de la sinequia es atribuida únicamente a un factor traumático, siendo Netter-- (1954), en unión con Musset el primero en estudiar radiológicamente ciertos casos de amenorrea primaria, demostrando la posibilidad de que en el útero aparezcan -- adherencias de modo espontáneo en enfermas sin antecedentes de maniobras traumáticas (27).

De Oliveira, que publicó en 1956 la primera observación sobre sinequias uterinas después de miomectomía (12), o de Dalsace, Musset y Netter, quienes en -- 1957 presentaron al XVII congreso de la Federación de Sociedades de Ginecología y Obstetricia en Marsella una ponencia sobre sinequia uterina (11).

Asherman es el primero en describir la importancia de las adherencias uterinas en relación con la esterilidad y de manera especial con la infertilidad (aborto habitual). Sobre el primer punto todos los autores están de acuerdo, aunque no sobre su frecuencia como causa de infertilidad, que oscila dentro de límites variables: -- desde 27.3% para Halbretch (1953), (18), a menos del 1% para Botella (1967), (7).

Peña y Wood en 1961 recogieron 178 casos de sine quias uterinas, Benhaim, en 1965, 108 casos y Pous Puig-macia y Pous-Ivern en 1972, 30 casos (33), Musset y col efectuaron en 1972 una recopilación de 184 casos (28).

ANATOMIA Y FISIOLÓGICA DEL ENDOMETRIO

El endometrio es la capa mucosa que se encuentra por dentro de la cavidad uterina.

El endometrio está compuesto de dos capas: una basal y otra superficial.

La capa basal como su nombre lo indica, es la que se encuentra en contacto con el miometrio y está compuesta de estroma, arterias, glándulas, esta capa nunca descama y a expensas de ésta, crece la capa superficial o funcional, la cual tiene los mismos elementos que la capa no funcional de acuerdo a los cambios hormonales -- (31).

A consecuencia de las fases del ciclo ovárico, son cuatro los principales estadios del ciclo endometrial, que comprenden: 1) fase de reorganización postmenstrual y de proliferación en respuesta a la estimulación por estrógenos. 2) fase de secreción glandular abundante, resultante de la acción combinada de progesterona y de estrógenos. 3) fase de isquemia premenstrual y de involución y 4) menstruación con colapso y descamación de las capas superficiales del endometrio, resultantes de la supresión de las hormonas ováricas.

1) Fase proliferativa precoz. El endometrio es delgado, en general de menos de 2mm de profundidad. Las glándulas son estructuras tubulares estrechas, que siguen una línea casi directa desde la superficie hasta la capa basal. El epitelio glandular es columnar plano y sus luces son estrechas. Presenta núcleos redondeados y basales. En la parte más profunda del endometrio el estroma es más bien denso, los núcleos son pequeños y se tienen intensamente. En la capa superficial de reorganización el estroma es más largo y los núcleos, más redondos más vesiculares y más grandes que en las capas más pro--

fundas; abundan las figuras mitóticas, sobre todo en las glándulas. Aunque los vasos sanguíneos son numerosos y bien evidentes, no hay en este estudio, sangre extravasada o infiltración linfocítica.

a) Fase Proliferativa tardía. El endometrio se ha engrosado, a consecuencia tanto de la hiperplasia como del aumento de la sustancia estromal de la base. El estroma laxo destaca más en la superficie, donde amplios espacios separan las glándulas, en contraste con las de la zona más profunda que están amontonadas y son tortuosas. Basalmente el estroma es más denso. Esta zonificación se acentúa más en la fase secretora. El epitelio glandular se hace progresivamente más grande y pseudoestratificado conforme se acerca el momento de la ovulación. Después de ésta, hay a menudo un aumento variable de la densidad del estroma.

2) Fase secretora. Esta se divide en precoz y tardía. a) en la fase secretora precoz, el grosor total del endometrio experimenta a veces una ligera disminución a causa de la pérdida de líquido. Durante este estadio quedan 3 zonas muy bien definidas: la capa basal adyacente al miometrio; la capa compacta, inmediatamente por debajo de la superficie endometrial y la capa esponjosa entre las capas compacta y basal. La capa basal desarrolla unas modificaciones histológicas escasas o nulas durante el ciclo menstrual, pero en las glándulas se encuentra mitosis. La capa media esponjosa comprende un sinuoso laberinto con poco estroma entre las tortuosas y apretadas glándulas, el cual constituye la característica más notable de la fase luteínica. En la capa superficial compacta las glándulas son más rectas y más estrechas, pero sus luces muchas veces están llenas de secreciones. El edema del abundante estroma es un factor importante en

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

el engrosamiento del endometrio, pero también hay un aumento importante en su peso seco. El endometrio secretor alcanza a veces un grosor de 4 o 5mm.

b) En la fase secretora tardía, representa la culminación de las modificaciones histológicas del ciclo endometrial. El endometrio vascular, jugoso, rico en glucógeno y por tanto, ideal para la implantación y crecimiento del huevo. En el momento del ciclo correspondiente a la implantación o aproximadamente una semana después de la ovulación, el endometrio tiene un grosor de 5 o 6mm y las modificaciones secretoras a la anidación del huevo son máximas.

Las células del estroma, sobre todo las que hay alrededor de los vasos sanguíneos, experimentan alteraciones similares a las de la decidua verdadera del embarazo, pero menos extensas.

Otra característica es el notable desarrollo de las arterias espirales, que se hacen más tortuosas. Se ramifican en la capa compacta, mientras que las arteriolas en esta zona terminan en vasos capilares. Durante las primeras semanas del ciclo menstrual las arterias se extienden hasta la mitad del endometrio. Ya que las arteriolas crecen con más rapidez que el grosor del endometrio, sus terminaciones distales se acercan de manera progresiva a la superficie del endometrio, en sus paredes son frecuentes las mitosis.

3) Fase Premenstrual. Esta fase ocupa los 2 o 3 días precedentes a la menstruación y corresponde a la regresión del cuerpo lúteo. La principal característica histológica es la infiltración del estroma por leucocitos polimorfonucleares o mononucleares, dando lugar a una apariencia pseudoinflamatoria. Al mismo tiempo, el armazón reticular del estroma se desintegra en la zona su-

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

perforial. Como resultado de la pérdida de líquido histico y de la secreción, el grosor del endometrio disminuye muchas veces de forma importante durante esta fase. En el proceso de reducción se colapsan las glándulas y las arterias

En un estudio Markee encontró que debido a la -- compresión del endometrio, el enrollamiento de las arteriolas aumentaba rápidamente. Aunque las espirales son muy regulares al comienzo del ciclo, inmediatamente antes de la menstruación se hacen muy irregulares.

Markee demostró dos fenómenos vasculares. A partir de 1 a 5 días antes de iniciarse la menstruación hay un período de circulación lenta o de estasis relativo, durante el cual puede ocurrir la vasodilatación. Luego sigue un período de vasoconstricción que empieza de 4 a 24 horas antes de la salida de sangre vascular. El período de estasis oscila de menos de 24 horas hasta 4 días. Markee opina que debido a la lentitud de circulación que -- lleva a la estasis se debe al aumento de la resistencia al flujo ofrecido por las arterias espirales, conforme se añaden más espirales el flujo se hace cada vez más -- lento (37).

La vasoconstricción de las arterias en espiral precede al comienzo de la hemorragia menstrual en 4 a 24 horas, correspondiendo a la fase isquémica premenstrual. La mitad o los dos tercios superficiales del endometrio reciben una irrigación inadecuada de sangre, posteriormente viene la relajación de la arteria en espiral y la hemorragia.

4) Fase menstrual. Es el resultado de la relajación de una arteria espiral con la consiguiente formación de un hematoma, a veces teniendo lugar por derrame a lo largo del vaso.

E T I O L O G I A

Todo agente capaz de destruir la mucosa uterina-basal, dejando al descubierto al miometrio, es capaz de ocasionar una adherencia parcial o total. Se constituye la adherencia por el adosamiento de ambas paredes del -- miometrio que han quedado denudadas del endometrio.

Como factores predisponentes actuarían el útero-puerperal y más si lacta por la inactividad del endometrio, las infecciones del endometrio y ciertos factores-constitucionales con tendencia a cicatrizaciones queloides.

Como factores desencadenantes, todos aquellos -- procedimientos traumáticos de evacuación uterina que pueden ser: obstétricos o ginecológicos, traumáticas o infecciosas.

El postaborto fue el factor etiológico en 22 de 29 pacientes de Asherman (9,14,22,36) en 41 de 42 reportados por Netter (29), en 51 de 57 pacientes de Bergman (6,22) y en 92.7% de 107 en las series de Foix -- (14,15) Otra causa desencadenante, el alumbramiento artificial, taponamiento uterino, operaciones sobre útero- (cesáreas, miomectomías) (22) y por último las producidas por agentes físicos, químicos, anticonceptivos y abortivos (14,22) Y como causa no traumática, la Tb. en dometrial evolutiva, caseosa ulcerada, que por lo tanto no permite la regeneración del tejido endometrial, puede determinar la aparición de adherencias intrauterinas (14 22,36)

C L A S I F I C A C I O N

Han sido muchas las clasificaciones propuestas-- por los diferentes autores, según diferentes criterios - en términos generales, se basan en causas: anatómicas, - grado de daño y Rx.

- 1) Según la causa productora existen:
 - a) Adherencias post-legrados
 - b) Adherencias tras operaciones sobre útero.
 - c) Adherencias por agentes físicos y quími--cos.
 - d) Adherencias espontáneas (postendometritis-específicas o inespecíficas)
- 2) Según la extensión de la adherencia, Toaff y Krochik distinguen 4 grados que van desde la pequeña adherencia, hasta la obliteración completa de la cavidad uterina. Estos mismos factores hacen la siguiente clasificación anato-mopatológica (35):
 - a) Sinequias mucosas: interesa solo el endometrio, siendo susceptible de desaparecer espontáneamente.
 - b) Sinequia fibrosa: la soldadura se hace con tejido conjuntivo fibroso.
- 3) Según criterio topográfico se distinguen se--gún Foix y Oscar Bruno (15):
 - a) Sinequias cervicales: pueden ser parciales o totales.
 - b) Sinequias cervicoístmicas: alcanza la le--sión al cuello e ístmo simultáneamente.
 - c) Sinequia ístmica: la lesión se encuentra--exclusivamente en ístmo (obliterante o no)

- d) Sinequias istmicocavitarias: localizadas - en el ístmo y cavidad uterina.
 - e) Sinequias corporales: pueden ser parciales o totales.
 - f) Sinequias múltiples: están localizadas en varios sitios a la vez.
- 4) Dentro de las clasificaciones no se puede omitir la de Louros. Danezis y G. Ponrifix tomando como base de diagnóstico la histerografía- los hallazgos durante el legrado y la histología del endometrio (23).
- Distinguen 3 tipos de adherencias:
- a) Sinequias verdaderas
 - b) Paredes adherentes
 - c) Constituidas por tejido muscular
- 5) Con parecido criterio R. Musset, A. Netter -- R. Solal y Ph. Poitout, diferencian las sinequias en 4 categorías (28):
- a) Sinequias totales: son las más raras (alrededor del 5%) La forma exterior del útero es normal, pero la cavidad del mismo ha desaparecido, transformándose en un órgano - lleno, persistiendo únicamente la cavidad-cervical.
 - b) Sinequias ístmicas: en un 20% de los casos pueden ser aisladas, localizadas simplemente en el ístmo o lo más frecuente es que se extienda al cuerpo uterino.
 - c) Sinequias corporales: alrededor del 75% -- Se caracterizan por el adosamiento de las paredes del útero en una extensión más o menos amplia y más o menos irregular. El ístmo y cavidad cervical se encuentran indemnes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

d) Sinequias del orificio externo del cuello, son excepcionales. Las adherencias suelen ser lineales, limitadas al orificio externo de consistencia lábil y que si obtura el orificio puede dar lugar a retenciones de sangre menstrual.

6) Según formas clínicas encontramos:

a) Sinequias postparto, la blandura de los tejidos hace que las lesiones producidas por la legra, sean más profundas y de control más difícil, refiriendo Jones (21) que el legrado al remover la capa basal del endometrio hace posible que las áreas opuestas del miometrio se aglutinen.

b) Sinequias por miomectomías, Oliveira Campos (12) en 1956, nos ofrece la primera documentación de sinequias a consecuencia de miomectomía, a causa de la eventual abertura de la cavidad uterina con resección de parte del endometrio.

c) Sinequias postcesáreas, Madruzzato y col. (25) lo demuestran en 6 casos complicados con algún proceso infeccioso. R. Muset y col. (27) en 1962 publican 3 casos de sinequias uterinas después de cesáreas bajas transperitoneales.

d) Sinequias postmenopáusicas, debidas a insuficiencia ovárica, según Pozzi y Curtis -- confirmado por Novak (32), quien estimaría debidas a la atrofia de la mucosa -- por insuficiencia de los estrógenos.

e) Sinequias por cirugía cervical, Coventry cree que serían debidas a malas técnicas quirúrgicas sobre todo cuando se emplea la de Sturmdorf.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

C L I N I C A

Los principales síntomas son:

- 1) Irregularidades en la menstruación (amenorrea secundaria, dismenorrea, hipomenorrea)
- 2) Esterilidad
- 3) Complicaciones en el embarazo:
 - Abortos espontáneos (primer trimestre)
 - Muertes fetales intrauterinas (tercer trimestre)
 - Partos prematuros
 - Embarazo ectópico
 - Complicaciones obstétricas: placenta acreta o previa (22).

Forsam en 1965 confirmó en estudios lo antes mencionado (22).

De todos los síntomas relacionados con el Síndrome de Asherman el más común es el de esterilidad. Varias teorías han sido propuestas. Las adherencias pueden impedir la migración del esperma como crear un ambiente impropio endometrial para el blastocito y obstruir mecánicamente la implantación, ocasionando abortos ocultos o muerte fetal intrauterina.

Es frecuente la esterilidad secundaria, siendo ésta más aparente que real ya que suele responder a procesos de nidación con abortos tempranos consecutivos a anomalías morfológicas, vasculares, nerviosas y tróficas del endometrio.

En los casos que el útero ve disminuída su cavidad, la distensión de la pared comienza muy temprano, ----

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

cuando la influencia hormonal es poco importante. Esta -
disminución se acompaña de una alteración de la recepti-
vidad del miometrio a las hormonas. En estos casos la i-
rrigación del huevo por la sangre materna se ve poco a -
poco comprometida, pudiendo entrañar la isquemia del hue-
vo (22).

La amenorrea secundaria, Klein y García, sostu-
vieron que ocurre cuando el segmento uterino bajo es o--
bliterado o cuando la cavidad endometrial es severamente
esclerosada, por lo que la asocian a una atresia total y
estenosis cervical o ístmica (9,22,35).

La hipomenorrea ocurre más a menudo en las adhe-
rencias corporales cicatrizantes (9,22,35) las cuales-
no responden a terapia endócrina.

Otros síntomas incluyen menorragia, metrorragias
dolor pélvico y dismenorrea y dependerá su presencia con
el grado de atresia. Si la obstrucción ístmica es sufi-
ciente, puede resultar hematometra y hematosalpinx (22,
35)

Haremos mención especial de las sinequias de ori-
gen tuberculoso, que pueden presentarse bajo la forma a-
natomoclínica de una amenorrea primaria o secundaria post
puberal, o bien en aquellas formas descubiertas por ra-
diología en pacientes estériles portadoras de una endome-
tritis tuberculosa.

En aquéllos casos de amenorrea primaria, las si-
nequias pudieran formarse antes de iniciarse las prime-
ras menstruaciones en cualquier zona del útero, pero con
la característica de ser muy extensas.

Clínicamente son amenorreas normohormonales y re-
beldes a todo tratamiento, acompañándose de esterilidad-
primaria absoluta. Los síntomas frecuentes son dolores -
cíclicos o bien intermitentes abdominopelvianos o lumbo-

sacos provocados por las lesiones anexiales, sinequias-peritoneales o retroversiones uterinas fijas.

En cuanto a la amenorrea secundaria, sabemos que la impregnación tuberculosa se ha hecho después de un período más o menos largo de normalidad postpuberal con -- menstruaciones regulares. La formación de sinequias en -- éstos casos es más difícil y sobre todo más lenta, ya -- que el endometrio al descamarse menstrualmente lo impedi -- ría o al menos lo enlentecería, a no ser que las lesio-- nes del endometrio fueran lo suficientemente profundas -- para destruir la mucosa. Las sinequias así formadas sue -- len ser muy amplias ocupando parcialmente el útero, fá-- cilmente localizadas en la cavidad del útero o en los -- bordes, haciendo muy irregular la forma de éste.

A N A T O M I A P A T O L O G I C A

Al principio de su formación, las sinequias son simples coalescencias mucosas y blandas, más tarde se vuelven fibrosas y unas capas de tejido escleroso enlazan pronto entre sí las capas del miometrio. Al cabo de un año, sobretodo en las sinequias postparto, tienen lugar una verdadera fusión de las 2 capas del útero, haciéndose más sólidas. La consistencia de las sinequias traumáticas, dependerá por lo tanto, no solo de su antigüedad sino de la importancia del traumatismo (legrados-repetidos, miomectomía).

Se distinguen histológicamente 3 tipos de sinequias:

- 1) Constituidas por tejido endometrial
- 2) Constituidas por tejido conjuntivo
- 3) Constituidas por tejido muscular

Las formas constituidas por tejido endometrial pueden presentar el mismo aspecto morfológico y funcional del resto de la mucosa o pueden corresponder a la estructura basal, lo mismo ocurre con las sinequias fibromusculares. El endometrio puede seguir siendo normal y funcional, aunque falta la disgregación menstrual. Esto no ocurre con las sinequias de gran extensión que sufren modificaciones profundas, así mientras unas muestran en un 25% observadas por Carmichael en 1970 con dilataciones quísticas (22), las más, sufren un aplanamiento del mismo no haciéndolo funcional. El corión de ésta zona también es esclerosado y atrófico.

Las formas constituidas por tejido conjuntivo pueden estar representadas por algunos haces de colágena formando bandas fibrosas densas y de espesor variable.



En los casos en que hay tejido muscular, éste se encuentra en la parte central de los puentes de sinequias y en proporción variable con respecto al conjuntivo. El músculo de la sinequia tiene las mismas características histológicas del miometrio normal. El componente vascular suele ser abundante y está formado por capilares de paredes muy delgadas.

Las sinequias de tipo Tb. se caracterizan y difieren de las traumáticas porque las primeras son más fibrosas, menos musculares y con atrofia acentuada del endometrio y miometrio, histológicamente se puede demostrar, examinando la muestra del tejido extraído de la cavidad uterina, siempre que no hubiera tratamiento con antibiótico previo. La presencia en el espesor del tejido conjuntivo de granulomas tuberculosos confirmarían el diagnóstico.

Dentro de las teorías fisiopatológicas de las sinequias encontramos que: si la sinequia es total, al desaparecer la cavidad uterina traería como consecuencia la amenorrea. Si la sinequia radica en el orificio interno del cuello uterino, describe Novak en 1948 que es producida después del uso inapropiado del cauterio, conización, operación o radioterapia (32), dando lugar a seudoamenorreas o criptomenorreas, produciéndose hematómetras; pero si la sinequia no es completa de tal manera que dejará algún drenaje por el orificio interno del cuello uterino, la amenorrea podría ser debido a un mecanismo inhibitorio de tipo central que, cumpliéndose en el endometrio las fases de proliferación y de secreción por persistencia de la función ovárica, aquí no se disgregaría.

Asherman defendía la teoría de la amenorrea de origen nervioso y la explicaba así: por irritación de las



terminaciones nerviosas uterinas con el legrado, se provoca un reflejo inhibitorio con centro hipotalámico queda lugar a una contracción tetánica del miometrio con estrechamiento del orificio cervical interno. Una simple histerometría puede hacer que las reglas vuelvan a aparecer (22).

Sobre éste aspecto neurológico de la amenorrea post-traumática participaron activamente Zondek y Rozinque en 1964, demostraron la existencia de imágenes radiológicas adherentes que no correspondían a procesos orgánicos, sino a condiciones neuromusculares, las cuales desaparecían con un simple bloqueo anestésico (38) .

Reynolds en 1965 indica que la región del orificio interno es un área privilegiada. La gran distribución uterina de microganglios y macroganglios está en ésta región y altos corpúsculos sensoriales especializados fueron encontrados solo en la musculatura del segmento uterino bajo y en el endocérvix a nivel del orificio interno , así un estímulo originado de la deformación del tejido cicatrizado en la región del orificio interno --- puede comenzar un reflejo espinal y producir cambios tróficos en un área más cercana, incluyendo endometrio (35) el mismo efecto puede resultar de un mecanismo diferente no complicando el sistema nervioso central, análogo al reflejo del axón descrito por Coon y Rothman en receptores de nervios sensoriales o terminaciones simpáticas y sugerida por Jacobowitz (1977) ser un mecanismo posible para un control local de las funciones autónomas (35).

Para Stamer y otros la teoría ideal sería la mecanica, es decir que los trastornos menstruales estarían en relación directa con el grado de adosamiento de las paredes, lo cual tiende a anular el elemento efector, --- trayendo consigo la oligomenorrea, hipomenorrea y amenorrea, pudiendo originar hematómetra si está solo afectado el orificio cervical interno (34).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Para Netter la formación de adherencias sería favorecida por el bloqueo de la función ovárica y la ausencia de actividad del endometrio en los casos de legrados postaborto o postparto (28).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de las sinequias uterinas se basa fundamentalmente en la anamnesis, histerometría, histerografía e histeroscopia.

- a) Historia clínica detallada: puede sospecharse este proceso de una historia clínica orientadora, con un buen interrogatorio, que revele antecedentes de legrado o de lesión endometrial, síntomas de amenorrea, hipomenorrea, dismenorrea, menometrorragias, esterilidad secundaria, partos prematuros, prácticas de electrocoagulación y en fin todas las causas ya mencionadas como factores etiopatogénicos.
- b) Histerometría: la incapacidad de realizarla - debe hacernos sospechar cuando menos, la existencia de sinequias bajas, deberá procederse a otro medio diagnóstico de más confiabilidad
- c) Histeroscopia: prueba de visión directa de la cavidad endouterina, provee un número de ventanas significativas en el Síndrome de Asherman (20,24,26)
 - establece un diagnóstico exacto
 - puede determinar el grado de sinequia:
 - mínima: involucra menos de 1/4 parte de la cavidad uterina.
 - moderada: involucra menos de 1/4 o 3/4 partes de la cavidad uterina.
 - severa: involucra más de las 3/4 partes de la cavidad uterina, pudiendo valorar una terapia adicional con hormonales o DIU.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

d) Histerografía: junto con la histeroscopia, la histerografía permite establecer un diagnóstico de seguridad frente a las sinequias intra-uterinas, Radiográficamente aparece un defecto de repleción nítido, es decir de contornos bien definidos, con morfología, topografía y extensión variable pero que no se modifica con los aumentos de presión de la inyección de -- contraste ni con los cambios de posición de la enferma, no con la práctica de radiografías diferentes. La cavidad uterina puede mostrarse deformada por aglutinamiento de sus paredes con la consecuente reducción de sus dimensiones. Mediante radiografías se debe establecer el diagnóstico diferencial ante una serie de procesos o circunstancias que pueden inducir a error, como lo refieren (Steven M. Klein, W. Paul Dmowski y Zondek B. Rozin) ocurre con (14,38,22):

- a) Burbujas de aire, son redondas y se localizan principalmente en zonas normales, aunque es fundamentalmente recordarlo, esa localización puede variar en las distintas placas radiográficas realizadas.
- b) Pólipos, suelen desaparecer al aumentar la cantidad de líquido de contraste, cosa que no ocurriría con las imágenes de efecto de repleción y adherencias.
- c) Miomas submucosos, también desaparecerán si la cantidad de contraste es suficiente.
- d) Malformaciones congénitas o defectos de posición, como las anteversiones y retroflexiones acentuadas, que pueden originar defectos de repleción en algunas ocasiones si bien desaparecen mediante las maniobras adecuadas de tracción y posicionales.

TESIS CON
FECHA DE ORIGEN

e) Espasmos uterinos, pueden ocurrir lo mismo -- que con los defectos de posición (24,26)

En caso de Tb. generalmente por histerografía -- pueden descubrirse imágenes en forma de dedo de guante o bien si el útero es permeable dar imágenes muy irregulares de la cavidad uterina. Frecuentemente asientan las sinequias en el fondo uterino y en los bordes, dando imágenes radiológicas que pueden recordar las malformaciones con separación de los dos cuernos uterinos.

El diagnóstico de Tb. como Netter y col. nos advierten aparte de los signos de presunción, se realiza -- por el estudio histológico y bacteriológico de los tejidos y secreciones cervicales, aparte de las dificultades para obtener suficiente cantidad de material, solo da un porcentaje muy escaso de reacciones positivas. Se alcanzan mejores resultados cuando se puede obtener sangre -- menstrual y parte de endometrio (28).

Radiológicamente se acompaña la Tb. casi siempre de obstrucción tubárica bilateral y a veces con calcificaciones intrapélvicas, signos seguros de Tb. (24)

Debe tenerse en cuenta que una misma paciente -- puede mostrar distintas imágenes radiográficas y ésto -- suele ser debido a la existencia o no de adherencias edematosas y a la presencia de moco en su superficie.

Por ello la histeroscopia es lo que puede dar una imagen más precisa de su constitución, localización y tamaño real (24).

T R A T A M I E N T O

El tratamiento del Síndrome de Asherman es variable y depende de la localización, extensión y evolución de las adherencias en cada caso. Lo ideal es restablecer y recobrar las funciones menstruales y la fertilidad (Musset, Netter, Solal, Ph. Poitout) (28).

Adherencias ístmicocervicales, Asherman propuso-- que bajo anestesia general se efectuara el desbridamiento y divulsión de las adherencias por medio de dilatadores- (bujías metálicas) con suficiente dilatación del orificio cervical interno, pero sin sobrepasar de 6mm por el peligro de crear una incontinencia de dicho anillo. Esta maniobra deberá hacerse con firmeza pero con extrema suavidad, imprimiendo movimiento lateral desde un cuerno uterino al otro.

Para Klein y García incluyen aparte de la dilatación del cuello y la divulsión con tallos de Hegar hasta el N.6, el legrado uterino en los casos de encontrarse - con adherencias antiguas fibromusculares. El mismo procedimiento lo utilizan con buenos resultados Louros, Danezis y Pontifix (22).

La sección de adherencias por vía vaginal preconizada por Toaff y Frochik, tienen el inconveniente de - trabajar a ciegas, con posibilidades de lesionar zonas uterinas. Por ésta vía Palmer emplea las pinzas cortantes de Douay con notable éxito (35).

Adherencias corporales, se puede seguir distin-tos procedimientos, los cuales deben ser seleccionados - para cada caso concreto:

- 1) Cuando las adherencias tienen menos de un año de evolución y especialmente si hace poco --- tiempo del último aborto o parto prematuro, - debe intentarse el desbridamiento digital o-- instrumental de las adherencias por vía vaginal siendo preciso en algunos casos la dilata

ción cervical previa.

Debe mantenerse la permeabilidad uterina, lo que puede conseguirse con los siguientes procedimientos:

- a) colocación de una sonda o balón intrauterino.
- b) introducción de un DIU, tipo Lippes.
- c) tratamiento posterior con estrógenos o una asociación estrógeno-progesterona, a fin de -- crear una pseudociesis. Botella y col. en 1967 aconsejan: 19mg de valerianato de estradiol - el quinto día y 10mg el décimo día del ciclo - y 250mg de caproato de progesterona el décimo cuarto día del ciclo, estableciendo así un ciclo artificial (7).

Otros autores aplican terapéutica con esteroides sexuales si los estudios citológicos hormonales ponen de manifiesto un déficit de los mismos.

Es de destacar que Asherman ya mencionaba que la histeroscopia permitiría una mejor sección de las adherencias intrauterinas, debido al control visual directo que dicha técnica hace posible además de presentar numerosas ventajas como lo describen March C.M., Israel R. (24), - siendo:

- a) la disección de las sinequias es más fácil y más completa que un legrado a ciegas.
- b) el endometrio normal no es traumatizado.
- c) la histeroscopia se puede efectuar bajo anestesia local en pacientes externos reduciendo riesgos y gastos.
- d) si la disección es usualmente difícil, el procedimiento se repite bajo anestesia general - con laparoscopia simultáneamente para seguridad adicional.
- e) la reanudación de períodos menstruales normales puede ser esperada.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- f) además la continuación es necesaria o control antes de una concepción subsecuente (24).

Ultimamente ésta técnica está muy introducida y se cree que es de gran porvenir, no solo para la patología mencionada sino en oncología ginecológica.

En la histeroscopia, tras la inyección de CO₂,-- es recomendable el lavado con dextrán (Moshe Lancet MD y col.) para facilitar la localización de las sinequias,- (24,26)

- 2) En pacientes estériles, por tanto con adherencias de mucho tiempo de evolución, quizá sea preferible la práctica de una histerotomía,-- (8),procediendo al desbridamiento digital y corregir cualquier otra patología pelviana--- que pueda existir. En éstos casos es aconsejable introducir previamente una sonda uterina que nos guiará en la localización de la cavidad endometrial. La sutura debe ser muy cuidadosa y es muy útil colocar un DIU tipo asa de Lippes para mantener separadas entre sí las paredes uterinas. El dispositivo deberá mantenerse un tiempo que oscila entre 3 y 5 meses.

Dexeus y Carrera en 1975 señalaron efectos de -- los DIU mencionando que mantienen el drenaje y las paredes uterinas separadas permitiendo la regeneración de la mucosa endometrial y favoreciendo la irrigación por la propia distensión de las paredes uterinas. Asherman apunta que las sinequias intrauterinas son una causa más de agravamiento de la tendencia al aborto que generalmente ya existía antes por lo que debe buscarse otra patología asociada.

No obstante la mejor operación plástica no siem-

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

pre proporciona buenos resultados y ésto se debe a que - con ésta terapéutica se destruyen las sinequias pero no se restaura el funcionalismo fisiológico del útero. Ello ha impulsado a algunos autores (Serdjukoff 1929) a realizar trasplantes de endometrio y (Strassman 1930) a la implantación de trompas. (13)

De todas las observaciones se deduce que tanto - el trasplante de endometrio como la implantación de --- trompa, tendrán poco sitio ante los resultados proporcionados por la tríada terapéutica constituida por desbridamiento más colocación de DIU más hormonoterapia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TRATAMIENTO PROFILACTICO

Ya que la inmensa mayoría de las sinequias intrauterinas son consecuencia de traumatismos intrauterinos, resulta fácil comprender que el mejor tratamiento consistirá en su profilaxis.

Es muy importante realizar legrados no abrasivos con una buena dilatación del canal cervical, administrando esteroides regeneradores del endometrio.

Ante la posibilidad de amenorrea postlegrado debe recurrirse lo antes posible a la práctica de una histerografía o una histeroscopia para establecer un diagnóstico lo más precozmente posible.

La revisión uterina sistemática en los partos -- que realizan en el Instituto Dexeus de Barcelona desde -- hace ya muchos años se cree que es una buena conducta -- profiláctica. Las posibles hemorragias postparto requerirán tratamiento médico (hemostático, uterotónico) pero -- no habrá necesidad de legar por miedo a la existencia -- de un cotiledón placentario retenido, puesto que la revisión uterina en el parto ya lo habrá descartado (13)

El legrado por aspiración, mucho menos cruento -- que el instrumental, puede contribuir a la menor incidencia de formación de sinequias intrauterinas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

O B J E T I V O S

- 1) Conocer la frecuencia del síndrome de Asherman en nuestro medio.
- 2) Comparar la frecuencia del síndrome de Asherman en -- nuestro medio con otras partes del mundo.
- 3) Conocer los factores etiológicos más frecuentes.
- 4) Hacer una correlación clínica del grado de deterioro de la función menstrual con la extensión y localización de la lesión traumática.
- 5) Determinar las características clínicas de la enfermedad antes y después del tratamiento.
- 6) Conocer los métodos diagnósticos.
- 7) Analizar estadísticamente los manejos y sus resultados positivos.
- 8) Conocer cuales son los criterios terapéuticos actuales.
- 9) Conocer cual es la frecuencia de embarazo posterior al tratamiento.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

M A T E R I A L Y M E T O D O S

Se obtuvieron los expedientes de las pacientes - con diagnóstico de Síndrome de Asherman que se estudiaron en el período comprendido entre enero de 1981 y octubre de 1984, en la clínica de esterilidad de la división de Gineco-Obstetricia en el Centro Hospitalario "20 de - Noviembre" del ISSSTE.

Se ha efectuado la apertura de un total de 751 - expedientes hasta la fecha en el archivo de dicha clínica de especialidad.

Se procedió a la revisión de cada uno de ellos - encontrando que a 11 pacientes se les había realizado el diagnóstico de Síndrome de Asherman. Así mismo se obtuvo del archivo de bioestadística, el número total de consultas otorgadas en la clínica de esterilidad.

El presente estudio es retrospectivo, prospectivo y longitudinal.

Por medio de la revisión de expedientes se obtuvieron los siguientes datos: edad, menarca, ritmo antes y posterior al inicio de la enfermedad, el número de embarazos, partos, abortos, etc. con sus respectivas fechas así como detalles de cada evento. Se estableció la fecha de diagnóstico del Síndrome de Asherman así como - el tiempo entre el inicio y el diagnóstico. Se establecieron datos clínicos que fueron motivo de que la paciente acudiera a la consulta.

También se reafirmaron las causas etiológicas, - las cuales se dedujeron por ser previas a la aparición - de la sintomatología presentada por la paciente.

Se analizó la evolución menstrual estableciendo que porcentaje de pacientes presentaban cada síntoma.

Posterior a la ejecución de la historia clínica - el diagnóstico de adherencias intrauterinas fue apoyado-

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

en cada caso por los siguientes criterios de diagnóstico:

Histerometría

Histerografía

Biopsia de Endometrio

Se compararon diversos manejos terapéuticos: hormonales, quirúrgicos, mecánicos, combinados.

Los hormonales consistieron en : estrógenos conjugados, 1,25mg, 1 x 2 x 20 y clormadinona 2mg, 1 x 2 -- del décimo cuarto al vigésimo quinto día del ciclo, para estimular un ciclo cada 28 días, siendo repetido por lo menos un ciclo más, desde el 5 día del ciclo dependiendo de la respuesta menstrual.

La colocación del dispositivo intrauterino fué - del tipo asa de Lippes, durante 6 meses.

El método quirúrgico por vía vaginal consistió - en desbridamiento ya sea con histerómetro o bajo anestesia con dilatación y legrado suaves, con colocación inmediata de sonda de foley intrauterina número 16, globo 5, durante 7 días, manejada con terbutalina solamente.

Finalmente hubo pacientes a las que se les realizó una combinación de todos éstos manejos terapéuticos.

Con lo anterior se apreció el número de casos a los que se efectuó dicho tratamiento, así como la positividad de dicho manejo, teniendo como variable la aparición de la menstruación, el número de embarazos y recidivas y también la presentación de complicaciones fueron contempladas.

Se estableció un porcentaje de mejoría posterior al tratamiento, comparando las histerometrias realizadas antes del mismo y posterior a él.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS

La incidencia del síndrome de Asherman es de --- 1.45%, teniendo en cuenta la apertura de 751 expedientes en el archivo de la clínica de esterilidad entre enero-- de 1981 y octubre de 1984, ya que solamente se encontraron 11 pacientes con ésta enfermedad.

Las variables se esquematizan en los cuadros que a continuación se presentan.

Como se puede apreciar en el cuadro número 1 don de se analiza la edad de las pacientes, se encontró que fluctuaron entre los 24 y 34 años de edad, con un promedio de 29.3 años.

C U A D R O # 1 F R E C U E N C I A D E E D A D E S

EDAD	PACIENTES	%
20 - 24	1	9.0
25 - 29	5	45.5.
30 - 34	5	45.5
TOTAL	11	100.0

Archivo Clínico de Esterilidad

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En lo que respecta a la MENARCA, se encontró que solamente una paciente presentó amenorrea primaria y que el resto de las pacientes la presentaron entre los 11 y-16 años de edad. Ver cuadro 2

C U A D R O # 2

MENARCA

EDAD	# DE CASOS
11	1
12	2
13	6
16	1
Nunca	1
TOTAL	
	11

Archivo Clínico de Esterilidad

Se interrogó el ritmo menstrual ya que una de las manifestaciones clínicas, es alteraciones menstruales y se encontró que todas las pacientes a excepción de la -- que presentó amenorrea primaria tenían ritmo normal previo al padecimiento.

Las manifestaciones clínicas como causa fundamental de la consulta se describen en el cuadro número 3, - donde se puede apreciar que la amenorrea, fue lo más frecuente a la que correspondió el 72.7% de los casos.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

C U A D R O # 3

CAUSA FUNDAMENTAL DE LA CONSULTA

	# DE CASOS	%
AMENORREA	8	72.7
ESTERILIDAD	2	18.2
HIPOMENORREA	1	9.1
TOTAL	11	100.0

Archivo Clínico de Esterilidad

Dado que el síntoma más frecuente fue la amenorrea, es de interés estudiar la duración de la misma, explicándolo en el cuadro número 4.

C U A D R O # 4

DURACION DE LA AMENORREA
EN 8 PACIENTES

AÑOS	#	%
(-) 1	3	37.5
I- 2	2	25.0
(+) 2	3	37.5
TOTAL	8	100.0

Archivo Clínico de Esterilidad

Los resultados de la historia obstétrica se pueden ver en el cuadro 6, observando que solamente 2 pacientes eran nulíparas, correspondiendo al 18.18%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Las múltiples causas de producción de las sinequias intrauterinas encontradas en esta serie de pacientes se pueden apreciar en el cuadro número 5 y la gráfica número 1.

C U A D R O # 5

CAUSA DE SINEQUIAS

	# DE CASOS	%
LEGRADO POST ABORTO	5	45.4
PUERPERAL	2	18.2
POST ABORTO PROVOCADO	1	9.1
POST EMBARAZO MOLAR	1	9.1
TUBERCULOSIS GENITAL	2	18.2
<hr/>		
TOTAL	11	100.0

Archivo Clínico de Esterilidad

- 1) LEGRADO POST ABORTO: Se tomaron todas aquéllas pacientes que presentaron aborto espontáneo y a las que se les practicó legrado uterino no presentando complicaciones.
- 2) LEGRADO PUERPERAL: se encontraron 2 pacientes. Ambas cursaron con un puerperio patológico, con retención de restos placentarios y endometritis, terminando con la realización de legrado uterino.
- 3) En orden de frecuencia corresponde a la TUBERCULOSIS-GENITAL, los diagnósticos se realizaron por medio de biopsia de endometrio.
- 4) LEGRADO POR ABORTO PROVOCADO: por ésta causa existió una paciente a la cual se le realizó éste, teniendo el antecedente de 3 abortos provocados.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5) Finalmente existió un EMBARAZO MOLAR, en la cual se efectuaron dos legrados para el mismo padecimiento.

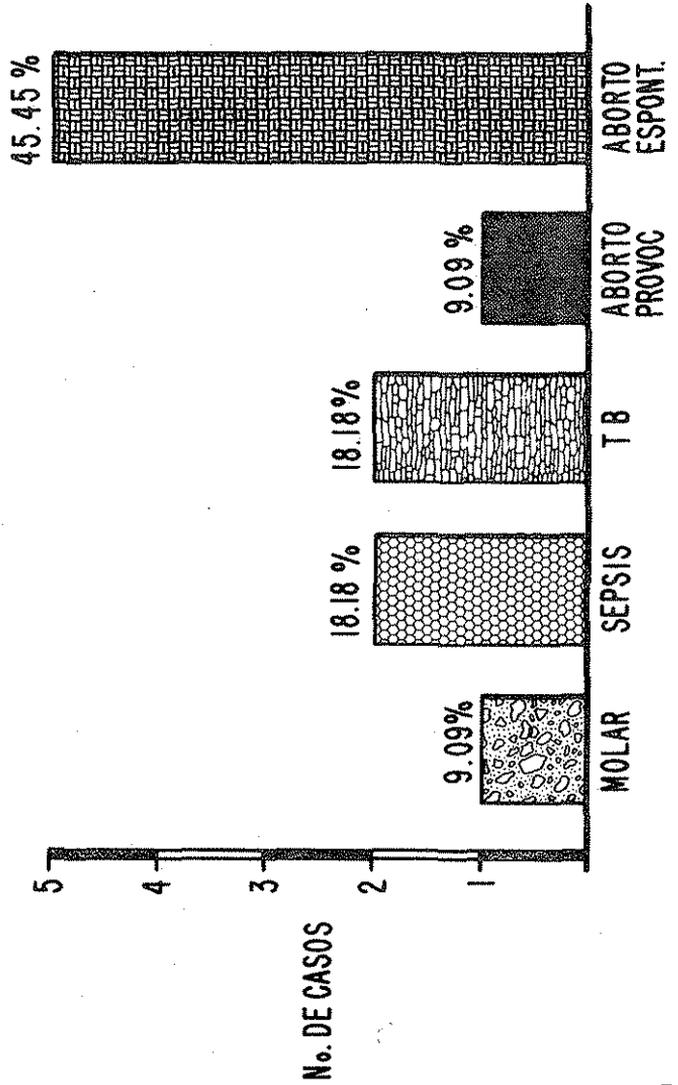
En el cuadro número 6 se explican las características de las pacientes enumerándolas del 1 al 11 para poder hacer una correlación clínica con el diagnóstico y tratamiento.

El legrado post aborto que correspondió a la causa más frecuente del síndrome de Asherman, se presentó en las pacientes 2, 5, 6, 7, 11. Se puede observar que la mayor incidencia de edad se presentó en el grupo comprendido entre los 30 y 34 años. Todas las pacientes habían tenido más de un embarazo y su último evento obstétrico resultó un aborto espontáneo para después desarrollar el síntoma principal de la consulta que en tres de las cinco pacientes fue amenorrea. En una de éstas pacientes antes del último legrado por aborto espontáneo se había realizado un aborto provocado y en la otra había presentado con anterioridad dos abortos espontáneos previos, sin embargo, en éstas 2 pacientes la sintomatología se inició posterior al último evento obstétrico. De las dos pacientes restantes, una presentó hipomenorrea y la otra esterilidad, en ésta última se descartaron otras causas o factores productores de la misma; así mismo en ésta existió el antecedente de un parto eutócico cursando con fiebre puerperal pero sin habersele realizado legrado uterino.

Las pacientes a las que se les realizó legrado puerperal fueron la uno y la cuatro, sus edades estuvieron en el grupo de los 25 a 29 años. En ambas se refirió presentaron endometritis, retención de restos y legrado uterino complementario. Las dos pacientes presentaron como motivo de la consulta amenorrea.

GRAFICA 1

CAUSAS DE PRODUCCION DE LAS SINEQUIAS INTRAUTERINAS



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

C U A D R O # 6

CARACTERISTICAS DE LAS PACIENTES

CASO	EDAD	MENARCA	RITMO	# DE EMBARAZOS	CAUSA DEL ASHERMAN	MOTIVO CONSULTA
1	29	16	30 x 3	G I P I	RETENCION DE RESTOS Y LUI PUERPERAL	AMENORREA OLIGOMENORREA HIPOMENORREA AMENORREA
2	27	12	30 x 3	G III P II A I	PARTOS NORMALES, AB ESPONTANEO--LUI	AMENORREA
3	26	NUNCA	-----	-----	TB ENDOMETRIAL	AMENORREA
4	28	13	30 x 3	G IV P III A I	RETENCION DE RESTOS Y LUI PUERPERAL	AMENORREA
5	34	12	28 x 4	G II A II	AB PROVOCADO--LUI	AMENORREA
6	33	13	28 x 3	G IV P III A III	AB ESPONTANEO--LUI	AMENORREA
7	30	13	15a60x3	G II P I A I	ULTIMOS DOS ABORTOS ESPONTANEOS	AMENORREA
8	24	13	30 x 3	G II A II	ABORTO ESPONTANEO--LUI	AMENORREA
9	26	13	28 x 3	G III A III	ABORTO MOLAR--LUI	AMENORREA
10	32	13	30 x 5	-----	ABORTO ESPONTANEO--LUI	AMENORREA
11	34	11	28a30x6	G II P I A I	LUI	AMENORREA
					ABORTOS PROVOCADOS--LUI	AMENORREA
					TB ENDOMETRIAL	ESTERILIDAD
					P I EUTOCIA FIEBRE	
					PUERPERAL. AB I ESPONTANEO--LUI	ESTERILIDAD

G - GESTA
P - PARA
AB - ABORTO
LUI - LEGRADO UTERINO INSTRUMENTAL
TB - TUBERCULOSIS

Archivo Clínico de Esterilidad

TESS CON
FALLA DE ORIGEN

Con respecto a la Tuberculosis genital, las pacientes 3 y 10 con éste diagnóstico, presentaron amenorrea primaria y esterilidad respectivamente, a la primera se le diagnosticó por medio de una biopsia endometrial y en la segunda se refirieron BAAR en sangre menstrual--dándose tratamiento por un año.

Los legrados provocados como causa primaria solo se encontraron en una paciente siendo la número 9, los cuales fueron realizados en tres ocasiones en diferentes eventos obstétricos, su motivo de consulta fue amenorrea y la edad de 26 años.

Finalmente existió una paciente con antecedentes de embarazo molar, siendo la número 8, su edad fue de 24 años, habiendo presentado con anterioridad un aborto incompleto espontáneo y legrado uterino, el motivo de la consulta fue amenorrea.

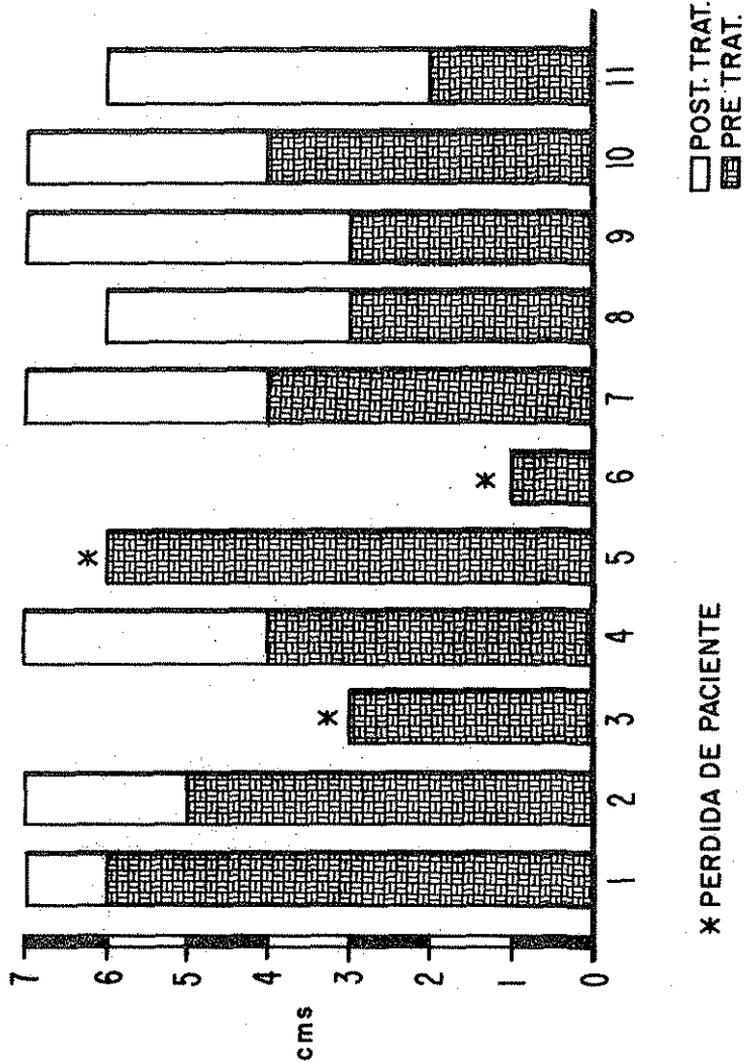
Se han mencionado los factores etiopatogénicos - por los que puede sospecharse este proceso y básicamente es por medio de una historia clínica detallada, orientadora con un buen interrogatorio, que revele antecedentes de legrado o de lesión endometrial, (anteriormente descritos) con sus respectivos síntomas motivo de la consulta. Por anamnesis en 9 pacientes que correspondían al -- 81.8% se sospechó el diagnóstico.

Con respecto a la histerometría que se realizó - en todas las pacientes al momento de su primer examen -- clínico y posterior al tratamiento, como se muestra en - la gráfica número 2, se pudo constatar francamente disminuída en todas las pacientes apreciando en la misma gráfica ganancia.

La histerografía que sirvió como método diagnóstico y a la vez se utilizó para clasificar la enfermedad se realizó a 10 de las 11 pacientes del presente estudio.

GRAFICA 2

HISTEROMETRIA INICIAL Y POSTERIOR AL TRATAMIENTO



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

El método que se utilizó en esta serie fué el establecido por Netter (28), quien dividió las sinequias en totales, ístmicas, corporales y las del orificio externo del cuello, como se puede apreciar en el cuadro número 7, donde se encontró sinequias corporales en 7 de las pacientes, correspondiendo al 63.6%

C U A D R O # 7

HISTEROGRAFIA
(clasificación según Netter)

	# DE CASOS	%
SINEQUIAS TOTALES	1	9.1
SINEQUIAS ISTMICAS	2	18.2
SINEQUIAS CORPORALES	7	63.6
SINEQUIAS DEL ORIFICIO EXT. DEL CUELLO	0	0.0
NO REALIZADA	1	9.1
TOTAL	11	100.0

Archivo Clínico de Esterilidad

No se realizó la histerografía en una paciente - por abandono de servicio, como se expone en el cuadro número 8.

La biopsia de endometrio, es otro método utilizado para el diagnóstico que solamente se realizó en 7 pacientes encontrando que en tres de ellas se reportó material insuficiente, siendo el 27.3%



C U A D R O # 8

BIOPSIA DE ENDOMETRIO
(7 pacientes)

	# DE CASOS	%
MATERIAL INSUFICIENTE	3	27.3
MUCOSA ENDOCERVICAL	1	9.1
TB ENDOMETRIAL	1	9.1
ENDOMETRIO SECRETOR	2	18.2
NO SE REALIZO	4	36.3
TOTAL	11	100.0

Archivo Clínico de Esterilidad

Se puede apreciar que de las 7 pacientes, 5 tenían ausencia de endometrio, esto hablaría de un 45.0%

Por medio de la histerometría, la cual se realizó antes y posterior al tratamiento, utilizándola como índice de mejoría de la enfermedad, como se explica en el cuadro número 9 y la gráfica número 2.

C U A D R O # 9

PORCENTAJE DE MEJORIA
POR MEDIO DE HISTERO-
METRIA.

CASO 1	14.3%
CASO 2	28.6%
CASO 3	pérdida de paciente
CASO 4	42.8%
CASO 5	pérdida de paciente
CASO 6	pérdida de paciente
CASO 7	42.8%
CASO 8	50.0%
CASO 9	57.2%
CASO 10	42.8%
CASO 11	66.7%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El máximo de mejoría fue de un 66.7% y el mínimo de un 14.3%, observando que el promedio de mejoría fue de 42.8%

El tratamiento que nosotros realizamos podemos resumirlo en los siguientes renglones como se explica en el cuadro número 10.

- 1) HORMONOTERAPIA: se practicó en el 27.2% de los casos- (3 pacientes), presentando menstruación solamente una paciente y dos con recidiva.
- 2) DESBRIDAMIENTO MAS HORMONOTERAPIA: se practicó en el 18.2% de los casos (2 pacientes), presentando ambas - menstruación, referida como hipomenorrea.
- 3) DESBRIDAMIENTO MAS HORMONOTERAPIA MAS DISPOSITIVO INTRAUTERINO: en el 18.2% de los casos (2 pacientes), - presentando ambas menstruación, referida como hipomenorrea.
- 4) DESBRIDAMIENTO MAS COLOCACION DE FOLEY MAS HORMONOTERAPIA MAS DISPOSITIVO INTRAUTERINO: en un 18.2% (2 - pacientes), con la aparición de la menstruación en - los dos casos. De estos dos, una paciente presentó-- embarazo, así como perforación uterina durante el -- tratamiento, catalogada como complicación.

De las 11 pacientes, solo se presentó un embarazo esto corresponde al 9% de la incidencia de éste, en el síndrome de Asherman.

En dos pacientes existió abandono del servicio.

C U A D R O # 10

TRATAMIENTO DEL SINDROME DE ASHERMAN

CASOS APARICION EMBARAZOS COMPLICACIONES RECIDIVAS
DE REGLAS

	#	%	#	#	#	#
HORMONOTERAPIA	3	27.2	1	-	-	2
DESBRIDAMIENTO +						
HORMONOTERAPIA +						
DIU	2	18.2	2	-	-	-
DESBRIDAMIENTO +						
HORMONOTERAPIA	2	18.2	2	-	-	-
DESBRIDAMIENTO +						
COLOCACION DE FOLEY 16(5)+						
HORMONOTERAPIA +						
DIU	2	18.2	2	1	1	-
FALTA DE DATOS	2	18.2	-	-	-	-
TOTAL	11	100.0				

DIU - DISPOSITIVO INTRAUTERINO Archivo Clínico de Esterilidad

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISCUSION Y COMENTARIO

La incidencia significativa de amenorrea secundaria entre pacientes que desarrollan síndrome de Asherman después de dilatación y legrado por aborto electivo del primer trimestre, comparados con aquellos que tuvieron un legrado para terminación de un aborto espontáneo no es difícil de interpretar cuando se compara con la literatura que se ofrece de otros países con leyes y costumbres diferentes a las nuestras. Cerca de un millón de abortos electivos son ahora realizados anualmente en los Estados Unidos por lo que el desarrollo de adherencias puede ocurrir más frecuentemente de lo previsto (24).

En el presente estudio, se analizaron las causas encontrándose que lo más frecuente fue el legrado posterior a aborto espontáneo.

En aquellas ciudades con una incidencia aumentada de tuberculosis genital, tienen un extraordinario alto grado de sinequias intrauterinas (22).

Al revisar los factores causales se pudo apreciar que además de trauma e infección un tercer componente etiológico crítico era la duración y el grado de extensión de la lesión (22)

De las múltiples causas de producción de las sinequias en la casuística general, se encuentran también los casos donde existe evacuación uterina posterior a un parto y si ésto, está relacionado con infección, dada la blandura del endometrio, las sinequias suelen ser aquí más fácil de producirse y sobre todo mucho más amplias (22).

Asherman dice que las contracciones uterinas que se producen tras el legrado, afrontan las paredes entre sí por lo que faltando la mucosa endometrial favorecerán

la unión de las paredes reavivadas por el legrado, produciéndose tejido fibroso cicatrizal y en definitiva la si nequia (2,3,6,8,9,22)

Con el presente estudio entre los resultados obtenidos, se pudo constatar al igual que otros autores - lo han hecho que el legrado post aborto espontáneo, es - lo más frecuente (22,24), le siguen el legrado puerperal, y la Tuberculosis genital y finalmente el aborto -- provocado por medio del legrado, así como posterior a em barazo molar.

De las 11 pacientes el promedio de edad encontrado fue de 29.3 años, lo cual es similar a la encontrada en la literatura.

Diversas manifestaciones clínicas pueden ser des encadenadas por las adherencias intrauterinas, Asherman- en su primer trabajo ideó el término de amenorrea traumática, así mismo fue el primero en describir la importancia de las adherencias uterinas en relación con la esterilidad (22).

En el grupo de pacientes integradas a este estudio, lo más frecuente fue la amenorrea, en segundo lugar la esterilidad y por último la hipomenorrea no encuentran otros datos de los reportados en la literatura.

Dado que la amenorrea fue el síntoma más frecuente, es interesante analizar la duración de la misma antes del tratamiento siendo más frecuente en menos de 1 año y más de 2 años.

Esto es un dato muy importante porque se ha reportado que mientras mayor sea el tiempo de evolución de la enfermedad más difícil es la recuperación y a menor tiempo, reanudan más fácilmente la menstruación (22,24) datos que se confirman en este trabajo que inclusive --- siendo una paciente con tres legrados provocados, amenorrea, corta evolución de la enfermedad, aplicándose tratamiento en forma intensiva, fue la única que logró embara

zo el cual se estudia en el momento actual sin obtener-- aún su resolución.

Para el diagnóstico fue usada una historia clínica con antecedentes y síntomas específicamente buscados, con la histerometría, encontrando poca luz endouterina o dificultad para su realización y la histerografía que en todos los casos reveló adherencias y cavidades uterinas-pequeñas. Gracias a este estudio se pudo clasificar el grado de lesión y al igual que Netter lo clasificó, las sinequias corporales fueron las más frecuentes, 63.6% de todos los casos. Hay que tener en cuenta además de este porcentaje, el resultado promedio de histerometría de -- 4cm que es significativo y el resultado de ausencia endometrial por medio de biopsia de 45.0%

Con respecto a la mejoría encontrada que se pudo constatar por medio de la histerometría, en este trabajo fue concluyente porque se encontró promedio de mejoría - del 42.8%, coincidiendo con la recuperación de la fun-- ción menstrual.

Actualmente reportes de histeroscopías proveen - un número de ventajas significativas, entre ellas se puede establecer un exacto diagnóstico y se puede determinar el grado de adherencias intrauterinas.

Es importante comentar el tratamiento que en la literatura reciente de Charle M. March y Moshe Lancet, - quienes piensan que la disección de las adherencias bajo la visión directa es más fácil, segura y completa que un legrado a ciegas, ya que el tejido solo es cortado sin ser traumatizado el escaso endometrio normal que quede y los resultados son mejores si se combina con dispositivos intrauterinos y hormonoterapia (34,39)

Es esta serie estudiada en la que se usaron varias técnicas de tratamiento separadas así como en combinación, los mejores resultados obtenidos fueron con la -

combinación de varios métodos, desafortunadamente no contamos con histeroscopia en nuestro medio, pudiendo estar éste en el área de laparoscopia y dado que la frecuencia de esta enfermedad es mayor de lo esperado para nuestro medio, sería conveniente su obtención.

C O N C L U S I O N E S

- 1) La frecuencia del Síndrome de Asherman es baja, siendo de 1.45% de las pacientes que ingresan a la Clínica de esterilidad de éste Centro Hospitalario.
- 2) En nuestro medio la frecuencia es menor que en otros países.
- 3) Entre los factores etiológicos más frecuentes se encuentran las causas traumáticas, legrado por aborto espontáneo, en el puerperio (infección), provocado y por mola hidatiforme. Siendo menos frecuentes las causas no traumáticas como la Tuberculosis genital.
- 4) Los trastornos menstruales son el dato más importante para conocer la sintomatología en todas las pacientes, con esta enfermedad. El grado de deterioro de la función menstrual considerado como dato clínico se correlaciona con la histerometría, la cual nos informó alteración en el tamaño de la cavidad uterina y la histerografía nos da una imagen directa del grado de extensión.
- 5) Las características clínicas de la enfermedad fueron: Amenorrea, esterilidad e hipomenorrea. Posterior al tratamiento se pudo apreciar una disminución en la frecuencia de amenorrea y esterilidad aumentando la hipomenorrea.
- 6) Los métodos diagnósticos son la historia clínica, la histerometría, la histerografía y la biopsia de endometrio.
- 7) En cuanto a la menstruación, todos los tratamientos nos dan el 63% de mejoría y analizando cada uno de ellos la hormonoterapia sola no sirve, dado que tiene recidivas y lo que mejor resultado da es el desbridamiento, más colocación de foley, más hormonoterapia, más dispositivo intrauterino.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 8) Se obtuvo embarazo en el 9% de los casos.
- 9) La multiparidad y los legrados repetidos, son factores de riesgo importantes.
- 10) La existencia de tuberculosis genital se asocia a amenorrea primaria.
- 11) La histeroscopia en el momento actual, se describe como muy valiosa porque pone de manifiesto la existencia de adherencias y permitirá localizarlas para su posterior terapéutica dirigida.
- 12) Se puede argumentar que la realización de esfuerzos preventivos encaminados a evitar la necesidad de un legrado intenso post aborto y sepsis post parto evitando también el traumatismo.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

B I B L I O G R A F I A

- 1) Asherman J. Les adherences intrauterines
Bull Fed. Soc. Gyn. et Obst.
4: 807, 1952
- 2) Asherman J. Synechias uterines d'origine
traumatique.
Bull Fed. Soc. Gyn. et Obst.
France
9: 496, 1957
- 3) Asherman J. Traumatic intrauterine adhe-
sions, their effects on ferti-
lity
Proc. Second W. Long. Fert.
Ster.
11: 258, 1958
- 4) Bass B. Über die verwach sungen in-
der cervix nach curettagen
Zentralbl Gynaekil
51: -23, 1927
- 5) Bergman P. Traumatic intrauterine les-
sions
Acta Obstétrica Gyneco.Scand
40: 1, 1961
- 6) Bergman P. Amenorrhea of uterine etio-
logy
Obstetr. Gynecol.
2: 454, 1953
- 7) Botella J. Caballero J.
Clavero J. Esterilidad e Infertilidad
Humanas. Barcelona Ed. Cien-
tífico Médico.
1967
- 3) Bret AJ. Legros R. Synechia and intracavity
fibrous polyp.
Sem Hosp. Paris
14 Jan 67: 43 (3): 203-5
- 9) Carmichael D. Asherman's syndrome
Obstetr. Gynecol.
Dec. 70: 36 (6): 922-8
- 10) Comninos AC. Zourlas PA Treatment of uterine adhes-
sions (Asherman's Syndrome)
Amer. J. Obstr. Gynecol.
15 nov. 69: 105 (6)
- 11) Dalsace J. Musset R. Les synechies des symphysis
uterines.
Bull Fed. Soc. Gyn. Obst. Fran
163, 1957
- 12) De Oliveira J. Synechie endouterine post
mymectomie.
Bol. Clin Hosp. Civ. Lisboa
20: 245, 1959

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

- 13) Dexeus J.M. y Carrera J.M. Amenorreas de origen mecánico Conferencia en la residencia sanitaria de la seg. social de Castellon 15 marzo 1975
- 14) Dmowsky WP. Greenblatt RB Asherman's syndrome a risk of placenta accreta. Obst y Gyn Aug. 69: 34 (2): 288-99
- 15) Foix A y Bruno RD. Amenorrea de causa uterina Buenos Aires. Panamericana 1967
- 16) Fritsh H. Ein fall con völlingem Schwund der Gebärmcher hohle nach-austrat long, zentralbl Gynaekol 27: 1337, 1894
- 17) Halban J. Atresia uterin nach cuere-ttagen Zentralbl J. Ginak 41: 131, 1917
- 18) Halbrecht The role of congenital uterine malformations and of aquired deformities of the uterine cavity in the patho-genesis of female infertili-ty. Proc. Fistr W. Long Fert. Ster 2: 550, 1953
- 19) Hald H. On uterine atresia consequent to curettage. Acta Obst. et Gyne Scand. 28: 169, 1949
- 20) Jensen PA. Stromme WB Amenorrhoea secondary to puer-peral currettage (Asherman's Syndrome) Am. J. Obstetr. Gynec. 15 may 72: 113 (2): 150-7
- 21) Jones WE Traumatic intrauterine adhesions Amer J. Obstetr. Gynec. 89: 304, 1964
- 22) Klein y García Asherman's Syndrome: a criti-que and current review Fert Steril Sep 73: 24 (9): 722-35
- 23) Louros NC, Danezis JM Pontifix G. Use of intrauterine devices in the treatment of intrau-terine adhesions. Fertl Steril 19: 509, 1968.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 24) March CM. Israel R. Intrauterine adhesions secondary to elective abortion. Hysteroscopic diagnosis and management. Obst y Gynec. Oct. 76, 48 (4): 422-4
- 25) Madruzzato GP Il problema delle sinfisis endouterine nel campo della sterilita. Clin Obst Gyn 66: 160, 1964
- 26) Moshe Lancet MD Concomitant Hysteroscopy and Histerography in Asherman's Syndrome Int J. Fert. 26: 267-272, 1981
- 27) Musset R. y Netter col. Retentissement des synechies uterines traumatiques sur la fonction de reproduction Etude a propos de 123 cases Press Med 73: 2137, 1965
- 28) Musset R. y Netter, Solal Postout Ph. Synechies uterines Encyclop Medico-Chirurgicale Pris. 140: a/10, 5, 1972
- 29) Netter AP Traumatic uterine synechiae A common cause of menstrual insufficiency Sterility and abortion Amer. J. Obst Gynec 71: 368, 1956
- 30) Netter AP Les Symphysis spontaneos Bull Fed. Gyn et Obst. Fran 1 bis 236, 1957
- 31) Netter FH The CIBA collection of medical illustrations Reproductive System Vol 2, 1974
- 32) Novak E. Ginecología y Obstetricia Ed. Alambra, Madrid
- 33) Pous L. y Pous Ivern LC Adherencias Intrauterinas Gine-Dips 3: 117, 1972
- 34) Stamer S. Partial and total atresia of the uterus after excochleations Acta. Obs. Gynec. Obst. Scan 26: 263, 1946
- 35) Toaff RM. Ballas S. Traumatic Hypomenorrhoea, amenorrhoea (Asherman's Syndrome) Fertility and Steril Vol 30, no. 4 Oct. 379-87 1978

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

