

11217³³
1 ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA No. 3
CENTRO MEDICO LA RAZA

ADHERENCIAS INTRAUTERINAS
CON ALTERACIONES
REPRODUCTIVAS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :

DRA. MA. ISABEL HERRERA AVALOS

ASESOR: DR. JUAN CARLOS HINOJOSA CRUZ



MEXICO, D. F.

FEBRERO

1999

027987

CON
DE



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

CENTRO MEDICO LA RAZA

MEXICO, D.F. 1994.

ADHERENCIAS INTRAUTERINAS EN PACIENTES

CON ALTERACIONES REPRODUCTIVAS

CENTRO MEDICO LA RAZA

AUTOR:

Dra. Maria Isabel Herrera Avalos
Medico residente del tercer año
de Gineco-Obstetricia.

ASESOR:

Dr. Juan Carlos Hinojosa Cruz
Jefe del Departamento de Biología
de la Reproduccion.

COLABORADORES:

Dr. Elias S. Canales Perez
Dr. Sergio Tellez Velasco
Dr. Gerardo Velazquez Cornejo



A Dios

A mis padres:

**Por el esfuerzo que me brindaron para
que me realizara como profesional.**

A mis hermanos:

**Jose Luis, Juan y Ruben por el cariño
y apoyo que me brindaron.**

A mi tia:

Por su paciencia y cariño.

A mis maestros:

Que con su experiencia y saber han sembrado en mi la semilla de la inquietud y me han proporcionado los instrumentos necesarios para poder seguir cultivando el arte de la Medicina.

A mi asesor Dr. Juan Carlos Hinojosa Cruz:

Con especial agradecimiento por su valiosa colaboración.

A mis amigos:

ANTECEDENTES CIENTIFICOS:

Las adherencias intrauterinas (AIU) son un estado patológico complejo, *Fritsch fue el primero en describirlo en una paciente de 24 años en quien se realizó un curetaje, tres semanas después del parto presentando amenorrea.*

Cincuenta años después, en 1948, Asherman y sus colegas describieron a 29 mujeres que presentaron amenorrea traumática, conocido actualmente como Síndrome de Asherman.

Un gran número de sinónimos han sido usados para describir a este síndrome: Amenorrea traumática, Sinequias intrauterinas post-traumáticas, Atresia uterina, Endometriosis adhesiva, Esclerosis endometrial, etc. [3,5]

La frecuencia de este síndrome varía, siendo muy alta en áreas donde el curetaje postaborto y postparto es realizado con frecuencia. Asherman reunió datos de 100 pacientes con amenorrea traumática y más de 250 con adherencias corporales en menos de 10 años. Topkins observó 25 pacientes en 7 años, Musset y Salomon 13 en doce meses y Netter y otros autores 42 en dieciocho meses. [3]

Las adherencias intrauterinas se asocian con alteraciones menstruales, pérdida de la gestación así como esterilidad. [7, 10, 6, 14]

Las posibles etiologías incluyen: trauma, infección y cáncer. [3,4,5, 14]

a) Trauma: Esta directamente relacionado con la instrumentación de la cavidad y se considera la causa más frecuente de formación de sinequias

a este nivel, presentandose en un 67% a 97%. El legrado Uterino Instrumental asociado a algun tipo de aborto es la cirugia que produce sinequias uterinas con mayor frecuencia, aunque otras, como la cesarea, la metroplastia, la conizacion cervical y el portar un dispositivo intrauterino son capaces de producirla.

Se dice que el legrado postparto es mas peligroso para la formacion de sinequias uterinas si se efectua entre la segunda y cuarta semana despues del parto, que durante las dos primeras semanas.

Las adherencias se producen porque se suprime o destruye la decidua basal y parte del endometrio, debido a un raspado muy enrgico que forma un tejido de granulacion, posteriormente aparecen en las paredes Uterinas uniendose a nivel del endometrio desnudo.

b) Infeccion: En ocasiones se relaciona intimamente con el trauma endouterino, siendo este un factor predisponente del ascenso y manifestacion de diversos microorganismos en este sitio.

La endometritis tuberculosa, que ocurre hasta en el 50% de las mujeres con tuberculosis genital, es la infeccion que afecta con mayor severidad al endometrio aunque seguramente no es la mas frecuente.

c) Cancer: De origen endometrial, es capaz de producir sinequias densas y deformar por completo la cavidad uterina, pero por comprometer la vida, amerita un abordaje terapeutico que deja en segundo plano a la funcion menstrual y la reproductiva.

Dos entidades separadas son reconocidas por Asherman: 1) amenorrea traumática, resultante de la estenosis cervical, y 2) adherencias corporales, una condición asintomática. Otros investigadores encontraron estas dos condiciones similares tanto etiológica como sintómicamente, considerándolas como una unidad. (3.9)

La queja más frecuente es amenorrea o hipomenorrea de varios meses o años. Un estudio realizado por Netter reporta insuficiencia menstrual en 28 de 42 pacientes y de las 57 pacientes de Bergman 15 tuvieron amenorrea, 9 hipomenorrea y 15 dismenorrea. (3,14) En un porcentaje aproximado de 14% según March y Valle, se presenta el aborto habitual así como otras anomalías del embarazo que incluyen placenta acreta en un 33%, placenta previa en un 33% y parto prematuro en un 5%. (5)

La Sociedad Americana de fertilidad clasifica a las adherencias intrauterinas en tres parámetros:

- a) Extensión de la enfermedad: dividida en tercios o en cuartos.
- b) Localización : si son centrales, marginales o si ocluyen los ostios tubarios o el orificio cervical uterino.
- c) Características: dependiendo del tejido que predomina en ellos pueden ser considerados como laxos o densos.

Otros parámetros que se combinan al clasificar esta enfermedad son el método a través del cual se hizo el diagnóstico (Histerografía o Histeroscopia) y

la existencia de alteraciones menstruales asociadas (Amenorrea, Hipomenorrea, Normorreica).

Esta sociedad aplica un puntaje para cada uno de los parametros mencionados y de acuerdo a la suma se divide en : enfermedad leve 1-4 , Moderada 5-8 y Severa 9-12, segun el caso , permitiendo establecer un pronostico reproductivo (anexo 1). Se debe tener en cuenta que toda adherencia que se sospeche por histerosalpingografia son adherencias firmes .[7,22].

Actualmente existen recursos tecnologicos como la histerosalpingografia y la histeroscopia que permiten obtener un diagnostico seguro, practicamente en el 100% de los casos. Para la mayoria de los medicos, la histerosalpingografia continua siendo un estudio de diagnostico definitivo para confirmar la presencia de dichas sinequias intrauterinas. La mayoria acepta que la histerosalpingografia normal puede ser usada para excluir el sindrome de Asherman, y lo contrario no es verdadero. Vale la pena mencionar que por tratarse de un metodo indirecto no es posible valorar con exactitud la extension de las lesiones ni las caracteristicas de las sinequias, es por esta razon que todas ellas se consideran como densas hasta no visualizar directamente la cavidad endometrial. En presencia de un contorno uterino normal deben ser investigadas otras causas de infertilidad o amenorrea. Los defectos de llenado no necesariamente corresponden a sinequias.

Levin y Neuwirth mostraron que la histeroscopia es el metodo diagnostico mas exacto para estudiar esta entidad teniendo como ventajas el poder definir la localizacion, la extension y las caracteristicas de las sinequias con gran

precisión, además permite el tratamiento de estas durante el mismo procedimiento .{ 7.8.10.17.18}

El tratamiento de las adherencias intrauterinas ha sido objeto de controversias en múltiples ocasiones . {7,12,15} Las adherencias son eliminadas por ambas vías , vaginal y abdominal , con tijera o legra roma por vía vaginal y a través de una histerotomía por vía abdominal.

La histeroscopia además de ser una modalidad diagnóstica y terapéutica bajo visión directa permite tratar las lesiones de la misma manera, aunque su resolución no es posible en todos los casos, el resultado reproductivo también se ha visto incrementado con el uso de esta modalidad. Algunos autores sugieren que la inserción del DIU pueden reducir la incidencia de repetidas adherencias. Otros autores administraron estrógenos para promover el crecimiento endometrial y mejorar la restitución del endometrio. { 2,5,6,7,10,19,21}

OBJETIVOS

- **Determinar la frecuencia de las adherencias intrauterinas asociadas con esterilidad y perdida de la gestacion.**
- **Evaluar la metodologia diagnostica seguida en pacientes con adherencias intrauterinas.**
- **Analizar la modalidad terapeutica en funcion de los resultados reproductivos en mujeres con adherencias intrauterinas.**

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A pesar de que las adherencias intrauterinas son conocidas como una entidad nosologica causante de esterilidad y perdida de la gestacion, su relacion con estas alteraciones aun no esta bien definida.

Por otro lado, en la actualidad se sabe que para mejorar el resultado reproductivo en estas mujeres es importante erradicar la sinequia.

Por estas razones decidimos evaluar a las pacientes con sospecha de adherencias intrauterinas, determinando la frecuencia y analizando la secuencia diagnostica y el tratamiento realizado.

MATERIAL

Se incluirán en el estudio a pacientes que acudan por esterilidad o pérdida repetida de la gestación, en los cuales se sospecha adherencias intrauterinas.

Se valorará:

- a) Características de la esterilidad y de las pérdidas.**
- b) Alteraciones menstruales y sintomatología asociada.**
- c) Secuencia diagnóstica [antecedentes, clínica, exploración, histerosalpingografía e histeroscopia]**
- d) Modalidad terapéutica, y**
- e) Resultados [en base a su función menstrual y embarazo.**

METODOLOGIA

a) Se enlistaran, los nombres y numeros de afiliacion de las pacientes con diagnostico de adherencias intrauterinas, esterilidad y perdida repetida de la gestacion, obtenida de las hojas de la consulta del servicio de la biologia de la reproduccion del Hospital Centro Medico la Raza.

b) Se revisaran los expedientes de las pacientes del archivo del hospital de Gineco-Obstetricia Num. 3 I.M.S.S., previa autorizacion del Jefe de dicho servicio.

c) Se recopilara la informacion en la hoja de captacion de datos, una vez que se haya verificado que cumplen con los criterios de inclusion.

CRITERIOS DE INCLUSION

- 1. Pacientes de biología de la reproducción atendidas en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Centro Médico la Raza.**
- 2. Sospecha de adherencias intrauterinas.**
- 3. Sometidas a estudios básicos de esterilidad o pérdida repetida de la gestación.**
- 4. Con histerosalpingografía.**
- 5. Que hayan recibido alguna metodología terapéutica.**

CRITERIOS DE EXCLUSION

- 1. Otra causa de amenorrea secundaria**
- 2. Expediente clínico incompleto.**

CONSIDERACIONES ETICAS

La investigacion se apegara a la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos, en materia de investigacion para la salud y las normas establecidas por el Instituto Mexicano del Seguro Social.

No requiere del consentimiento por escrito de las pacientes o familiares, de cualquier manera el manejo de los datos obtenidos sera en forma confidencial.

RECURSOS Y FACTIBILIDAD

Todos los expedientes de pacientes con esterilidad o perdida repetida de la gestacion, diagnosticados y manejados en el Servicio de Biologia de la Reproduccion del Hospital de Gineco-Obstetricia Num. 3 , seran revisados en el archivo del hospital por el medico residente investigador y supervisados por el asesor de tesis .

Los gastos medicos seran solventados por el medico residente investigador

HOJA DE CAPTACION DE DATOS (SINEQUIAS UTERINAS).

Num. progresivo: _____

NOMBRE: _____ No. Afiliacion: _____

Edad: _____ Edad Conyuge: _____ Fecha Ingreso a BR: _____

Antecedentes de importancia: _____

Antecedentes Gineco-Obstetricos:

M: _____ R: _____ Dismenorrea: _____ IVS: _____

Dispareunia: _____ G: _____ P: _____ A: _____

C: _____ FUP: _____ FUA: _____ FUR: _____

Antecedentes Quirurgico Obstetricos:

Antecedentes Quirurgicos Ginecologicos:

Antecedentes de Patologia Genital (Procesos Infecciosos: Evol y Tratamiento):

Cuadro Clinico:

Exploracion Fisica:

Cirugias Previas:

Resultados de Estudios:

Basicos: _____

ECV: _____

Citologia Vaginal: _____

UESG: _____

Otros: _____

DIAGNOSTICO POR HSG E HISTEROSCOPIA:

Puntuacion de:

	Histerosalpingografia	Histeroscopia
Etapa I (Leve) 1 - 4	_____	_____
Etapa II (Mod.) 5 - 8	_____	_____
Etapa III (Grave) 9 - 12	_____	_____

HALLAZGOS DE HISTEROSALPINGOGRAFIA

HALLAZGOS DE HISTEROSCOPIA

EXTENSION AFECTADA DE LA CAVIDAD:	menos 1/3 1	1/3 - 2/3 2	mas 2/3 4
TIPOS DE ADHERENCIAS:	Laxa 1	Laxa/Densa 2	Densa 4
PATRON MENSTRUAL:	Normal 0	Hipomenorrea 2	Amenorrea 4

TRATAMIENTO:

SEGUIMIENTO:

OBSERVACIONES:

RESULTADOS

Se captaron un total de 12 pacientes con Adherencias intrauterinas de septiembre de 1992 a septiembre de 1993, en el departamento de Biología de la Reproducción, del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Centro Médico la Raza. Cumpliendo todas ellas con los criterios de inclusión.

La edad promedio del grupo de estudio fue 35 años con un rango de 21 a 45 años, teniendo como antecedentes: infertilidad secundaria, trastornos del patrón menstrual y pérdidas de la gestación. (fig. 1)

Las 12 pacientes tenían antecedente de 1 a 3 embarazos, que en total sumaban 28 embarazos, de los cuales fueron 13 nacidos vivos, 14 abortos y 1 obito.

En la figura 2, se muestra el número de curetaje realizado en cada mujer antes de que el diagnóstico de adherencias intrauterinas fuera hecho, 4 (33%) tenían como antecedente de dos a más legrados instrumentales y 8 (67%) un solo legrado.

Las causas por las cuales se realizó el curetaje fueron: en 7/12 pacientes (59%) por aborto espontáneo, en 2/12 (17%) por aborto inducido, en 1/12 (8%) por

Cesarea, 1/12 (8%) por retencion de restos placentarios y por ultimo 1/12 (8%) por proceso infeccioso . (fig. 3).

De nuestras pacientes estudiadas 8/12 (68%) presentaban amenorrea secundaria, 2/12 (16%) hipomenorrea y 2/12 (16%) tenian ciclos regulares (fig. 4).

En base a la clasificacion de la Sociedad Americana de Fertilidad de Adherencias Intrauterinas con la histerosalpingrofia se sospecho de adherencias intrauterinas leves en 3/12 pacientes (25%), moderada en 4/12 pacientes (33%) y severa 5/12 pacientes (42%). (Fig. 5).

Cabe mencionar que en 3/12 pacientes (25%) no se efectuo la histeroscopia, en una de ellas por falla en el equipo, y en las otras dos por considerarse fuera de tratamiento.

En 9 pacientes (75%) se confirmo el grado de extension de las adherencias intrauterinas por histeroscopia, encontrandose que en 2/9 (22%) fueron AIU leves, en 3/9 (33%) moderadas y en 4/9 (44%) severas. (Fig. 6)

En la figura 7 se puede observar que hubo poca correlacion entre los hallazgos por Histerosalpingografia y el grado de extension vista por Histeroscopia. En una paciente (11%) con AIU severas, en el momento de la histeroscopia se obtuvo una falsa via que culmino en perforacion uterina, sin complicaciones posteriores.

Podemos observar la relacion que existe entre los patrones menstruales y el grado de extension de adherencias intrauterinas (Tabla 1).

El manejo transhisteroscópico se realizó mediante lisis de adherencias o resección de las mismas, bajo visión directa en 8/9 pacientes (89%), con extracción inmediata de tejido adherencial lisado, mediante legrado.

Otros coadyuvantes fueron :

1. Aplicación de dispositivo a 6/9 pacientes (67%), con posterior retiro a los 3 meses.
2. Aplicación de la sonda Foley en la cavidad uterina a 1/9 (11%) con retiro a los cinco días.
3. En 8 (89%) se administraron estrógenos conjugados a dosis de 0.625 mg. por dos ciclos y .
4. En 6 (67%) se manejó un triple esquema de antibióticos durante una semana.

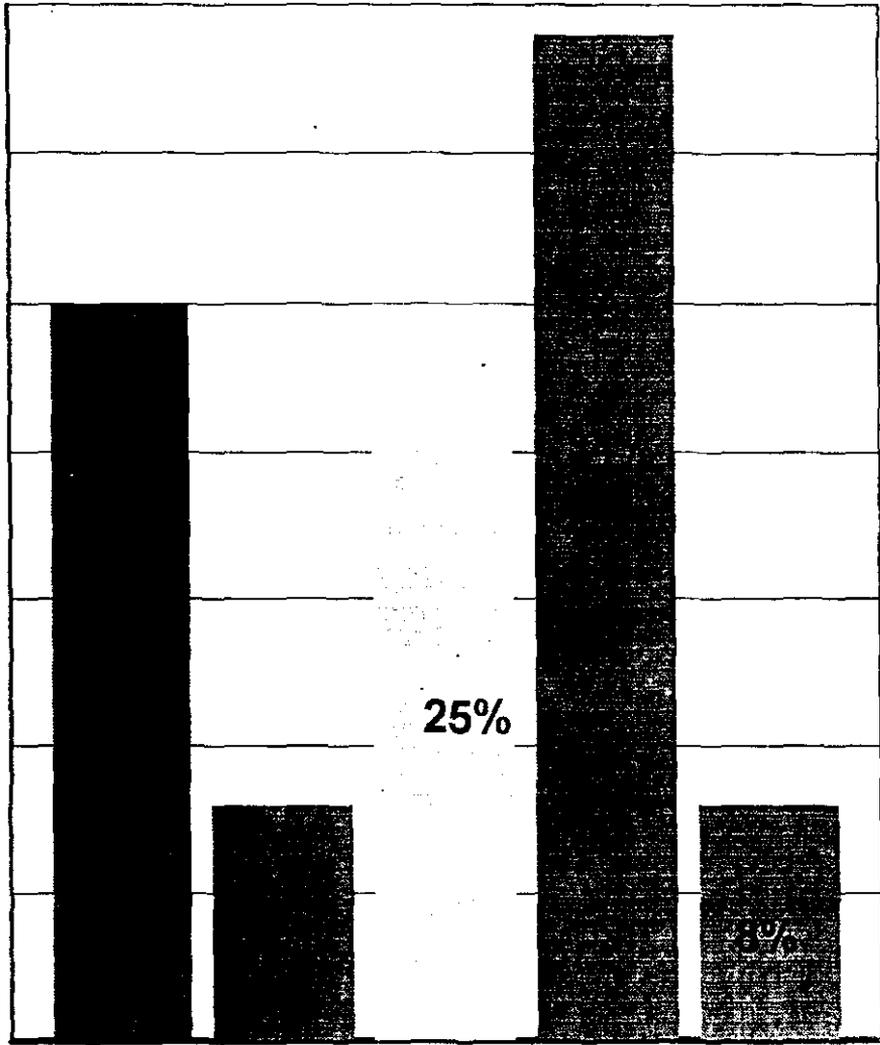
En una paciente como anteriormente se había mencionado no se realizó histeroscopia., fue tratada mediante legrado intrauterino para lisis de adherencias y triple esquema de antibiótico profiláctico.

Tres pacientes (33%) recuperaron sus ciclos menstruales espontáneos de flujo normal , quienes originalmente presentaron amenorrea secundaria. Dos de 9 pacientes (22%) llegaron a estar embarazadas, en una (11%) su embarazo llegó a término obteniendo un producto viable, en la otra paciente la gestación culminó en aborto durante el primer trimestre.

Dos pacientes (22%) presentaron neoformación de adherencias intrauterinas.

Al término de nuestro estudio 4 pacientes aun estaban bajo tratamiento para intento de embarazo.

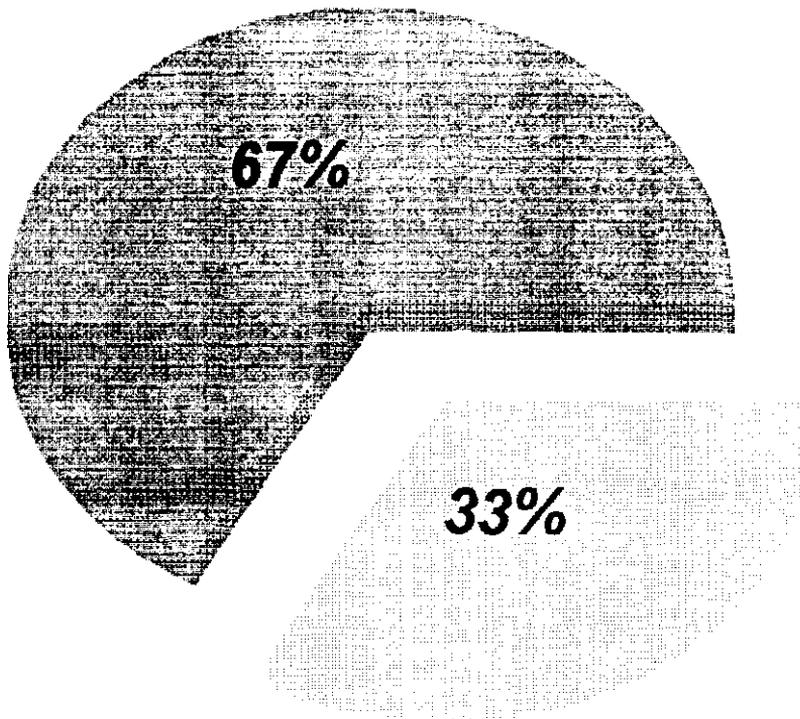
**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**



AÑOS

20 26 31 36 41
 - - - - -
 25 30 35 40 45

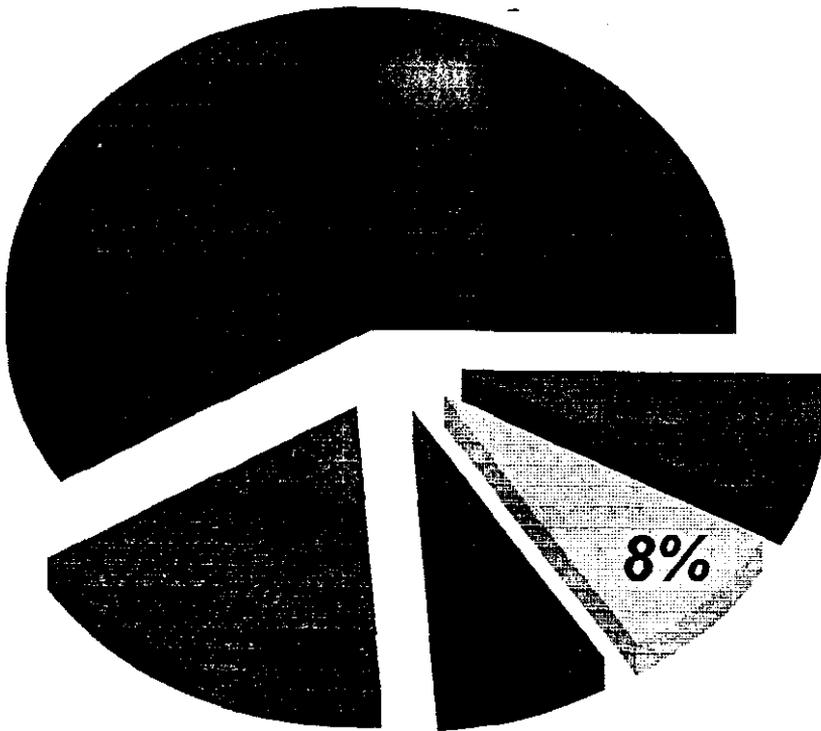
Fig. 1 RELACION DE PACIENTES PORTADORES DE ADHERENCIAS INTRAUTERINAS POR GRUPOS DE EDADES



■

UN LEGRADO
MAS DE UN LEGRADO

**Fig. 2 NUMERO DE CURETAJES REALIZADOS
EN CADA O-D ANTES DEL DIAGNOSTICO**



- ABORTO ESPONTANEO 59%
- ABORTO INDUCIDO 17%
- RETENCION DE RESTOS PLACENTARIOS 8%
- CESAREA 8%
- PROCESO INFECCIOSO 8%

**Fig. 3 ANTECEDENTES OBSTETRICOS EN
PACIENTES PORTADORAS DE ADHERENCIAS
INTRAUTERINAS**

MENORREA

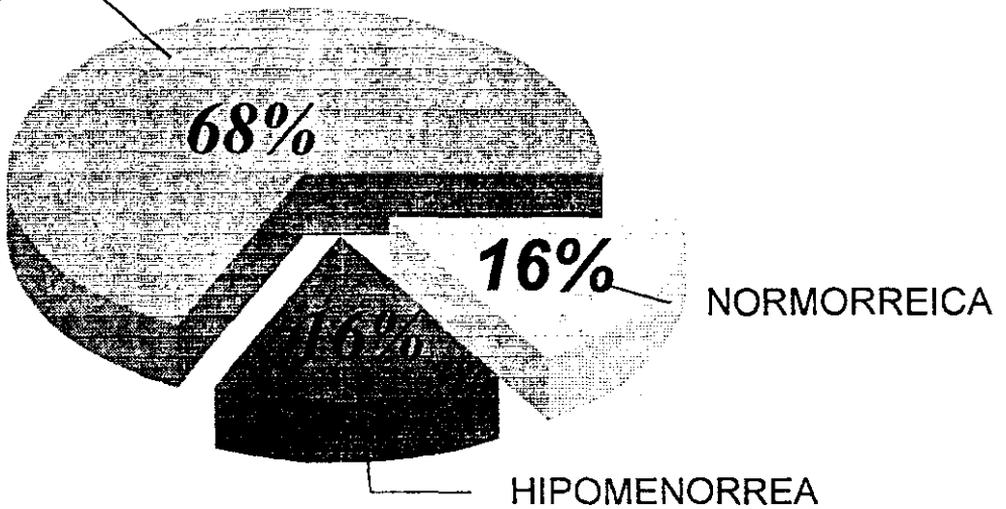
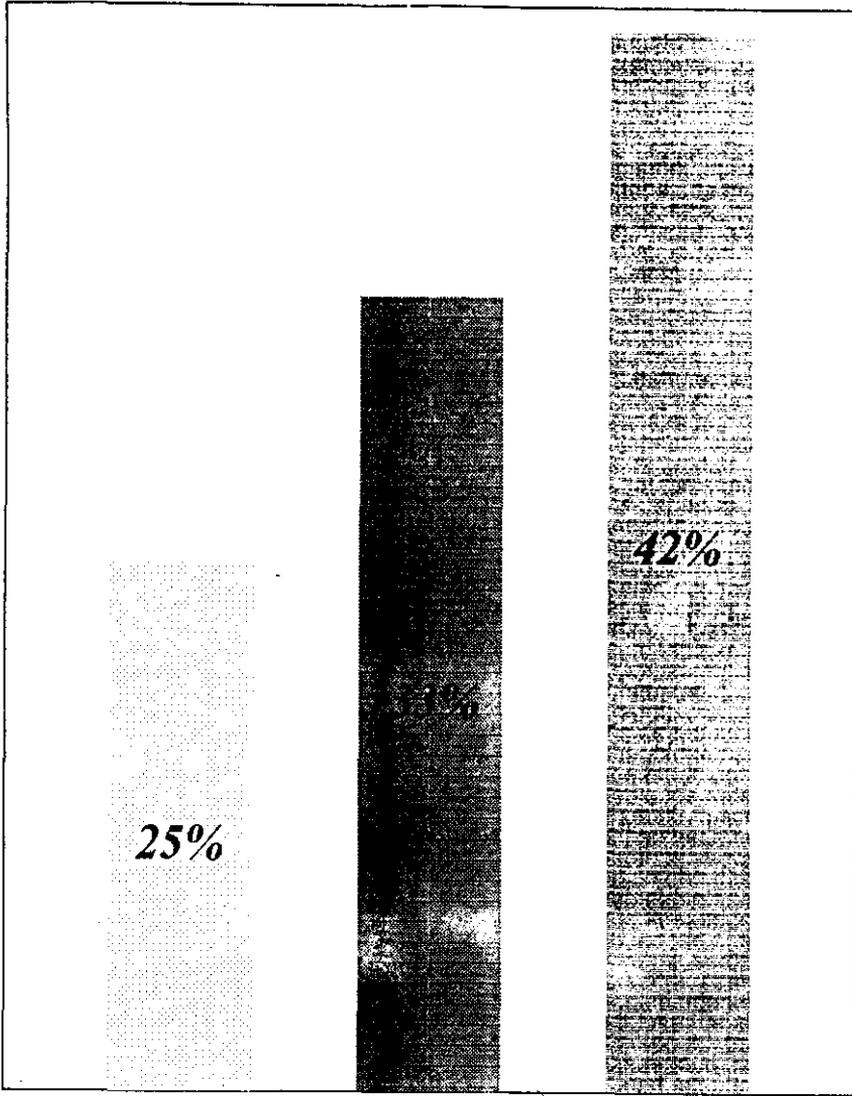


Fig. 4 PORCENTAJE DE PACIENTES CON TRASTORNO MENSTRUAL



LEVE

MODERADA

SEVERA

Fig. 5 GRADO DE EXTENSION DE LAS ADHERENCIAS INTRAUTERINAS EFECTO REVELADO POR LA HISTEROSALPINGOGRAFIA (HSG) EN 12 PACIENTES

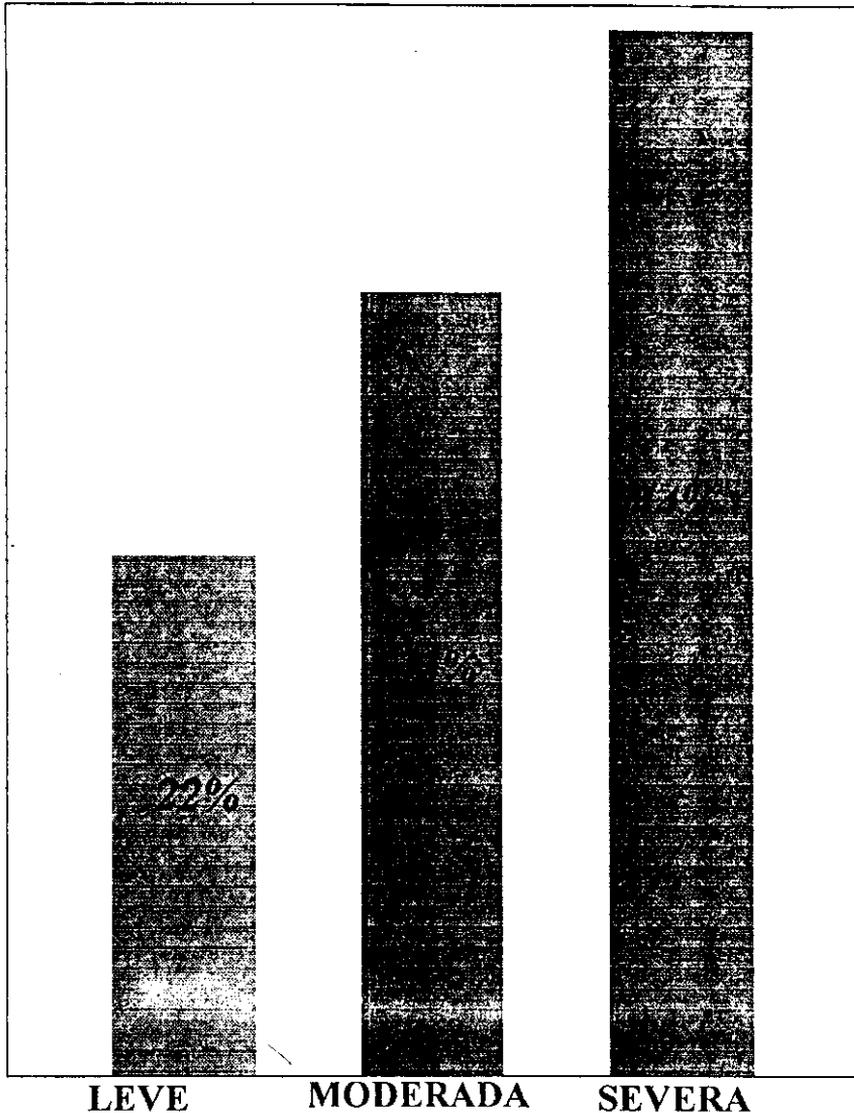


Fig. 6 GRADO DE EXTENSION AFECTADA DE LA CAVIDAD POR AIU BAJO VISION DIRECTA POR MEDIO DE LA HISTEROSCOPIA EN 9 PACIENTES

□ HSG

▨ HISTEROSCOPIA

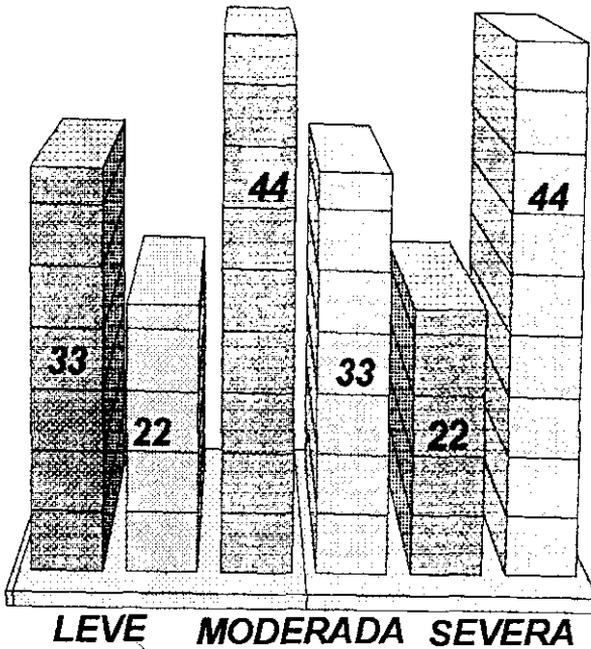


Fig . 7 CORRELACION ENTRE LOS HALLAZGOS POR HSG Y EL GRADO DE EXTENSION DE AIU VISTA POR HISTEROSCOPIA EN 9 PACIENTES

TABLA 1

CORRELACION ENTRE PATRON MENSTRUAL Y EXTENSION DE AIU VISTA POR HISTEROSCOPIA EN 9 PACIENTES

EXTENSION DE ADHERENCIAS INTRAUTERINAS

PATRON MENSTRUAL	EXTENSION DE ADHERENCIAS INTRAUTERINAS		
	SEVERA	MODERADA	LEVE
AMENORREA (5)	3	1	1
HIPOMENORREA (2)	0	1	1
NORMORREA (2)	1	1	0

TABLA 2

CORRELACION ENTRE HSG Y LA EXTENSION DE ADHERENCIAS VISTA POR HISTEROSCOPIA EN 9 PACIENTES

HISTEROSCOPIA

HSG	HISTEROSCOPIA		
	SEVERA	MODERADA	LEVE
SEVERA (5)	3	2	0
MODERADA (2)	0	1	1
LEVE (2)	1	1	0

CLASIFICACION DE ADHERENCIAS INTRAUTERINAS

Nombre _____ Afiliación _____ Fecha _____

Edad _____ G _____ P _____ A _____ C _____ E _____

Antecedentes importantes _____

HSG _____ US _____ Laparoscopia _____ Histeroscopia _____

EXTENSION DE CAVIDAD AFECTADA	$< 1/3$	$1/3 - 2/3$	$> 2/3$
	1	2	4
TIPO DE ADHERENCIAS	Laxas	Laxas & Densas	Densas
	1	2	4
PATRON MENSTRUAL	Normal	Hipomenorrea	Amenorrea
	0	2	4

CLASIFICACION PRONOSTICA

HSG*

HISTEROSCOPIA

Estadio I (Leve) 1-4 _____

Estadio II (Moderado) 5-8 _____

Estadio III (Severo) 9-12 _____

*Todas las adherencias deben de considerarse firmes.

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS
(TRATAMIENTO)

PRONOSTICO PARA EMBARAZO Y PRODUCTO VIABLE*

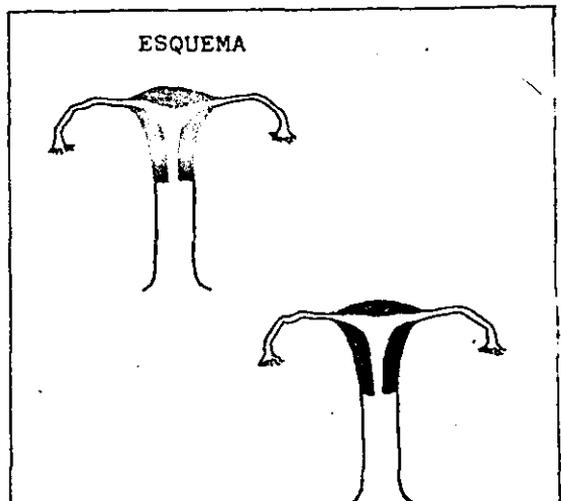
Excelente (>75%) _____

Bueno (50-75%) _____

Regular (25-50%) _____

Pobre (<25%) _____

*Criterio basado en permeabilidad tubaria.



CONCLUSION:

- 1. La incidencia de las AIU es difícil de determinar , sin embargo en nuestro estudio se observo que se presenta en 1% anual.**
- 2. Las Adherencias intrauterinas (Síndrome de Asherman) es una entidad clínica conocida, que resulta como secuela de trauma uterino, el cual generalmente se relaciona con el embarazo.**
- 3. Se encontro que un legrado vigoroso puede guiar o conducir al desarrollo de adherencias intrauterinas.**
- 4. Una de las quejas mas frecuentes por la que acude la paciente a consulta es por trastornos en el patron menstrual e infertilidad en un 43% (18).**
- 5. En este estudio se pudo observar la correlacion existente entre los patrones menstruales y el grado de cicatrizacion. (Tabla 1).**

es decir las pacientes amenorreicas presentaron adherencias severas en un 56%.

6. La atención cuidadosa de los rasgos clínicos y los resultados obtenidos por la histerosalpingografía e histeroscopia, permiten la definición suficiente para elegir el tratamiento y determinar el pronóstico.
7. En estas pacientes el éxito de la restauración de los ciclos fue de 33%.
8. La discrepancia entre los hallazgos Histerosalpingraficos e histeroscopicos demuestra la insuficiencia de la HSG en la evaluación exacta del estado de la cavidad endometrial (Fig. 7).
9. La histeroscopia tiene un alto grado de éxito y ventajas significativas:
 - a) Permite con mayor exactitud la etapificación de las adherencias.

b) Su eliminacion en forma dirigida.

c) Respeta el tejido sano.

d) Valora una terapia adicional.

- 10. En cuanto a embarazo, aun no es posible definirlo en este grupo de pacientes ya que la mayoría de ellas aun estan en seguimiento, solo dos habian conseguido el embarazo y una de ellas la viabilidad.**
- 11. El seguimiento de estas pacientes y la adición de nuevos casos nos permitira concluir los aspectos del potencial fertil y de la disminucion del riesgo de perdida gestacional.**

BIBLIOGRAFIA

1. Oeslner, G.; David A.; Insler, V. y Serr, D.: Outcome of pregnancy after treatment of intrauterine adhesions. *Obstetric and Gynecology*. Vol 44, No. 3 September 1974.
2. Schenker, J.; Margalioth, E.: Intrauterine Adhesions: An up dated appraisal. *Fertility and Sterility*. Vol 34, No. 5 May 1982.
3. Dmowski, P. y Greenblatt, R.: Asherman's syndrome and risk of placenta accreta. *Obstetrics and Gynecology*. Vol. 34, No. 2 August 1969.
4. Newton, J.; Mackenzie, W.; Emens, M. y Jordan, J.: Division of uterine adhesions (Asherman's Syndrome) with the NdYAG laser. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*. Vol. 96, January 1989.
5. Klein, S. y Ramon -Garcia, C.: Asherman's Syndrome: a critique and current review. *Fertility and Sterility*. Vol. 24, No. 9 September 1973.
6. Ismajovich, D.; Lidor, A.; Confino, E. y David, M.: Treatment of minimal and moderate intruterine adhesions (Asherman's Syndrome). *The Journal of Reproductive Medicine*, Vol. 30, No. 10 October 1985.
7. Hinojosa, J.C.: Tratamiento de diferentes tipos de sinequias uterinas. *Asociacion Mexicana de Ginecologia y Obstetricia, A.C.* Mayo 1993.

8. March, Ch. e Israel, R.: Intrauterine Adhesions secondary to elective abortion. *Obstetrics and Gynecology*, Vol. 48, No. 4 October 1976.
9. Toaff, R. y Ballas, S.: Traumatic hypomenorrhea-amenorrhea (Asherman's Syndrome). *Fertility and Sterility* Vol. 30 No. 4 October 1978.
10. Doody, K. y Carr, B.: Amenorrea. *Clinicas de Ginecología y Obstetricia. Temas actuales*. Vol.2 1990.
11. Danfoth, N.D.: Tratado de Obstetricia y Ginecología. Interamericana 4a. Edición 1987. pag 890, 918, 375.
12. Zarate, A.; MacGregor, C.: Manejo de la Pareja esteril. Trillas 2a. Ed. 1990., pag. 67-68.
13. Perez, E.: Infertilidad. Esterilidad y Endocrinología de la Reproducción. Edit. Salvat., 1981. pag. 11.
14. Zarate, A.; Canales.: Esterilidad e Infertilidad. La Prensa Medica Mexicana Ed. 1986. pag. 119-120.
15. Pernoll, M.; Benson.: Diagnostico y Tratamiento Gineco-Obstetricia. Manual Moderno 6a. Edición, 1989.
16. Khalaf, J.R.: Obstetric Complications after treatment of intrauterine synechiae (Asherman's Syndrome). *Fertil Steril* 30: 379. 1978.
17. March C.M., Israel, R.: The Hysteroscopic management of intrauterine adhesions, *Am. J. Obstet Gynecol* 130:653. 1978.

18. Richard, R.M.; Newer.: Methods of diagnosing and Treating Asherman's Syndrome. Contemp Obst Gynecol 14:117. 1979.

19. Sugimoto, O.: Dx and therapeutic Hysteroscopic for Traumatic intrauterine adhesions. Am J Obstet Gynecol 131:533. 1973.

20. Verduzco, G. : Infertilidad. Ed. Limusa. 1990.

21. Decherey, P.: Decision Making in Infertility. Tratamiento y Diagnostico. 1988.

22. The American Fertility Society .: The American Fertility Society classifications of adnexal adhesions, distal tubal occlusion, tubal occlusion secondary to tubal ligation, tubal pregnancies, Mullerian anomalies and intrauterine adhesions. Fertility and Sterility. Vol. 49, No. 6. Junio 1988.