



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES

“Características clínicas de mujeres con Síndrome de Asherman y resultados del tratamiento histeroscópico en el Instituto Nacional de Perinatología”

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA
EN BIOLOGÍA DE LA REPRODUCCIÓN HUMANA**

PRESENTA

DRA. ADRIANA RAMÍREZ RODILES

DR. FERNANDO GAVIÑO GAVIÑO
**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN BIOLOGÍA DE LA REPRODUCCIÓN HUMANA**

DRA MAGDALENA ENRÍQUEZ PÉREZ
DIRECTORA DE TESIS

DR. ENRIQUE REYES MUÑOZ
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS

MEXICO D.F. 2012





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.

AUTORIZACIÓN DE TESIS

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS PACIENTES CON SÍNDROME DE ASHERMAN Y RESULTADOS DEL TRATAMIENTO HISTEROSCÓPICO EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES

DRA. VIRIDIANA GORBEA CHÁVEZ

DIRECTORA DE ENSEÑANZA
INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES

DR. FERNANDO GAVIÑO GAVIÑO

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN BIOLOGÍA DE LA REPRODUCCIÓN HUMANA
INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES

DRA. MAGDALENA ENRÍQUEZ PÉREZ

DIRECTORA DE TESIS
MÉDICO ADSCRITO DEPARTAMENTO DE INFERTILIDAD
INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES

DR. ENRIQUE REYES MUÑOZ

ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS
MÉDICO ADSCRITO DEL DEPARTAMENTO DE ENDOCRINOLOGÍA
INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES

DEDICATORIA

A Dios por su guía y su luz.

A mi madre por su infinita ayuda y paciencia... sin ella no habría continuado hasta estos años de estudio, por ser una abuela ejemplar ... y una madre aún mejor.

A mi padre, a quien le debo no solo la vida sino las ganas de vivir y a quien debo su ejemplo.

A mi hermana por su ayuda constante .

A mis hijas Ana Karen y Bianca Alexandra a quienes amo y a quienes he sacrificado tiempo dedicado al estudio .

A las pacientes, por ser una fuente constante de conocimiento .

A Vladi por convertirse en un impulso más de vida y darme un motivo más para seguir adelante...

A todas mis amigas y amigos, especialmente a Alma Lagunas, Brenda Ramírez, Mayeli Fuentes, Berenice López, al Dr. Rafael Galvan, al Dr. Roberto Villagrana, sin ellos esto no sería lo mismo. Gracias por su apoyo constante...

AGRADECIMIENTOS

A todos y cada uno de los médicos de Biología de la Reproducción por su orientación en mi formación en Biología de la Reproducción Humana

A todos y cada uno de mis maestros en investigación clínica y básica, porque me han permitido ver la medicina desde otros puntos de vista.

Y en especial, a cada paciente, porque son y serán siempre una fuente infinita de conocimiento, y dedico a ellas todo el empeño puesto hasta el día de hoy en este largo camino de la medicina.

ÍNDICE

Dedicatoria	I
Agradecimiento	II
Capítulo 1	
Resumen	1
Abstract..	2
Introducción	3
Marco Teórico.....	4
Planteamiento del problema.....	13
Capítulo 2	
Objetivos.....	14
Pregunta de investigación.....	15
Justificación.....	16
Materiales y métodos.....	17
Capítulo 3	
Resultados	21
Capítulo 4	
Discusión.....	26
Conclusiones	28
Capitulo 5	
Referencias Bibliográficas	29
Capítulo 6	
Anexos.....	31
Capitulo 7	
Curriculum Vitae del Tesista	36

CAPÍTULO 1.

RESUMEN

ANTECEDENTES: El Síndrome de Asherman-Fritsch caracterizado por adherencias intrauterinas tiene un espectro amplio de enfermedad. El tratamiento quirúrgico histeroscópico va encaminado a restaurar no solo tamaño y forma de la cavidad uterina, sino a restablecer el patrón menstrual y lograr éxito reproductivo.

OBJETIVO: Descripción de las características clínicas y resultado del tratamiento de las mujeres con Síndrome de Asherman que recibieron tratamiento histeroscópico en el Instituto Nacional de Perinatología.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio transversal descriptivo donde se incluyeron mujeres con diagnóstico histeroscópico de Síndrome de Asherman que acudieron a los servicios de Infertilidad y/o Pérdida Gestacional Recurrente de Enero del 2007 a Junio del 2011, y se integraron 3 grupos en base a la severidad. Los datos fueron obtenidos de la revisión de los expedientes. Se describen las frecuencias en cuanto a los grados del Síndrome de Asherman según la clasificación de la ASMR vigente, la técnica histeroscópica empleada, la recurrencia del síndrome de Asherman y la proporción de recién nacido vivo en casa.

RESULTADOS: Se analizaron 55 mujeres con Síndrome de Asherman que correspondieron al grado leve 43 (78.2%), al grado moderado 5 (9.1%), al grado severo 7 (12.7%), se presentaron un total de 12 embarazos (21.81%), y 9 casos presentaron recurrencia (16.36%), de los cuales 3 (5.4%) correspondieron al grado severo.

CONCLUSIONES: El grado leve de severidad del Síndrome de Asherman es el más comúnmente encontrado en pacientes con pérdida gestacional recurrente y/o infertilidad el Instituto Nacional de Perinatología y corresponde también al de mejor pronóstico reproductivo.

PALABRAS CLAVE: Adherencias intrauterinas, Adhesiolisis histeroscópica, síndrome de Asherman, embarazo.

ABSTRACT.

BACKGROUND: Asherman's syndrome is characterized by intrauterine adhesions and englobes different stages of disease. Hysteroscopic treatment is required not only for restoration of the uterus's form and size and but also to restore the menstrual pattern and to incide in the patient's reproductive success.

OBJETIVE: To describe the clinical pattern, and results of hysteroscopic treatment in women with Asherman's syndrome in the Instituto Nacional de Perinatología.

MATERIAL AND METHOD: This is a cross-sectional study, we included women with the diagnosis of Asherman's syndrome attended for infertility and/or pregnancy loss from January 2007 to June 2011. We integrated 3 groups according to Asherman's stages. Data were obtained from the medical cards . We described frecuencies depending of the Asherman's stages, according to the actual ASMR classification, the histeroscopic technique used for treatment, recurrence of intrauterine adhesions and pregnancy rate with live born.

RESULTS: We analized 55 women with Asherman's syndrome who were distributed as mild disease 43 (78.2%), moderate disease 5 (9.1%) , severe disease 7 (12.7%), there were 12 pregnancies (21.81%), y 9 adhesions recurrence (16.36%), of which ones 3 (5.4%) were from the group of major severity.

CONCLUSIONS: The stage of severity more frequent found in our Institute was the mild disease of Asherman's syndrome which also is the grade with better reproductive prognosis.

KEY WORDS: Intrauterine adhesions, Hysteroscopic adhesiolysis, Asherman's syndrome, conception.

INTRODUCCIÓN.

En todos los campos de la medicina el seguimiento de las pacientes es una herramienta poderosa para predecir el éxito o fracaso de nuestras acciones.

En el ámbito reproductivo no hay forma de mejorar el resultado reproductivo, cuya meta oro es el “recién nacido vivo en casa” sin llevar parámetros de seguimiento adecuados.

Las publicaciones internacionales comentan con mayor frecuencia artículos sobre pronóstico, los cuales no son, sino resultado de un seguimiento completo y sobretodo de la vigilancia bibliográfica-analítica del mismo.

El estudio actual no pretende establecer asociaciones, dado que por su carácter transversal y retrospectivo no fue posible realizar estratificaciones adecuadas que permitieran demostrar dichas asociaciones entre los grupos. Pero si descriptivas, lo cual si bien no es de utilidad pronóstica nos da un panorama general de qué y cómo se están realizando el diagnóstico y tratamiento de las pacientes con Síndrome de Asherman, en las pacientes de las clínicas de infertilidad, y/o pérdida gestacional recurrente.

MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL.

En forma clásica se ha conceptualizado al síndrome de Asherman con el cuadro clínico de su forma más severa que consiste en adherencia permanente de la cavidad uterina, ya sea parcial o completa, con clínica correspondiente a amenorrea secundaria a sinequias uterinas. o bien infertilidad, y pérdida gestacional recurrente.(1).

Sin embargo actualmente la definición es mucho más amplia dado que este síndrome resulta del trauma al endometrio, produciendo obliteración completa o parcial de la cavidad uterina y/o canal cervical, resultado en condiciones tales como anomalías menstruales, infertilidad o pérdida gestacional recurrente (2,3)

HISTORIA.-El síndrome de Asherman tiene más de un siglo de haberse definido como entidad clínica (2). El primero en describir un caso de adhesión intrauterina postraumática fue Heinrich Fritsch en 1927, posteriormente en 1948 Joseph Asherman fue el primero en describir en una serie de papers la frecuencia, etiología, síntomas y hallazgos roentgenológicos de esta entidad. Por eso es conocido en muchas partes con los epónimos de Síndrome de Asherman-Fritsch para darle crédito a ambos autores.

INCIDENCIA.- La incidencia universal del síndrome de sinequias uterina se está incrementando.(4). Aún cuando la incidencia exacta no se conoce. Se sabe que la mayor parte de los casos ocurren durante el daño a un útero grávido (4).

Por lo tanto dado que la incidencia es desconocida en nuestro medio(5), debemos tener una alta sospecha durante el interrogatorio de casos donde en proximidad con un evento obstétrico se ameritó alguna maniobra de manipulación instrumentada dentro de la cavidad uterina.

ETIOLOGÍA.- Aún cuando los eventos obstétricos son el antecedente más frecuente, ya sea por dilatación y curetaje, por hemorragia obstétrica que ameritó legrado intrauterino obstétrico, o bien durante el periodo puerperal por infección intrauterina o endometritis, hay en la actualidad un creciente número de casos debidos a resección de tabiques uterinos, miomectomía abdominal, laparoscópica e histeroscópica y, aún algunos casos, aunque cada vez más raros en relación a tuberculosis genital (5).

FISIOPATOLOGIA.-Se he mencionado al estado hipoestrogénico dentro de los 4 meses posterior a un evento obstétrico como uno de los mecanismos causantes de la falta de regeneración del endometrio dañado (5).

El daño a la capa funcional o superficial del endometrio, que es la que se desprende cíclicamente durante el sangrado catamenial puede ser reparado, dada la capacidad de regeneración de este tejido. Sin embargo el daño a la capa elemental o basal del endometrio que es fundamental para la reparación de la anterior, es el causante en gran medida del síndrome de Asherman, y de su forma más severa que es la atresia endometrial.

Autor, et.al.	Año	Tipo de estudio	Característica de los casos	Número de casos	Casos con Asherman	Componentes
Westendorp	1998	Prospectivo	Procedimiento en puerperio	50	20	Histeroscopia 3 meses después
Tam	2002	Prospectivo, ECA	Evacuación quirúrgica	26	2	Histeroscopia 6 meses después
Nawroth	2003	Retrospectivo	Infertilidad	379	26	Minihisteroscopia diagnóstica
Preutthipan y Linsmita	2003	Prospectivo, comparativo	Infertilidad	336	74	HSG+Histeroscopia
Hinckley y Miki	2004	Consecutivos	Infertilidad para FIVTE	1000	30	Histeroscopia
Ventolini	2004	Prospectivo	Perdida gestacional recurrente sin hijos vivos	23	5	Histeroscopia
Yucebilgin	2004	Retrospectivo	Mujeres infértiles	115	2	Histeroscopia dx
Dalton	2006	Serie de casos	Después de AMEU para el tx de falla temprana	262	5	Histeroscopia

CUADRO CLÍNICO.-

Las alteraciones menstruales tienen un amplio espectro en este síndrome. Se presentan hasta en un 62% de los casos.(4).En otros casos puede presentarse la paciente con infertilidad, hasta en un 43%.

La exploración física debe realizarse en forma completa, aún cuando este síndrome generalmente aporta pocos datos (6). De aquí que se haya debatido ya en varias ocasiones de que se trate de un síndrome (conjunto de signos y síntomas) puesto que los signos clínicos están ausentes y a veces puede pasar asintomático.

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS.-

La histerosalpingografía con medio de contraste tiene una sensibilidad del 75 al 81%, con un valor predictivo positivo del 50% al compararla con la histeroscopia (6). La sonohisterografía o sonografía con infusión salina reporta una sensibilidad del 75% y un valor predictivo positivo del 43%.

Por su parte el ultrasonido transvaginal tiene una sensibilidad de apenas 52% y una especificidad del 11%. Mientras que el ultrasonido en 3 dimensiones aumenta la sensibilidad a 87% y la especificidad en 45% (6).

Hasta el momento la histeroscopia se mantiene como el gold estándar con aceptación universal, y el resto de los estudios, especialmente la histerosalpingografía y la sonohisterosalpingografía son complementarios.

CLASIFICACIÓN.

Hasta la fecha se han propuesto varias clasificaciones del síndrome, ninguna de las cuales se ha validado.

GRADO MODIFICADO	GRADO ESGE	EXTENSIÓN DE LAS ADHESIONES INTRAUTERINAS
LEVE	I	Adhesiones laxas I delgadas
	IIa	Adhesión simple densa
	IIb	Adhesiones que ocluyen solo el OCI
MODERADA	III	Lesiones múltiples densas
SEVERA	IV	Lesiones densas que ocluyen parcialmente la cavidad uterina
	Va	Cicatrices endometriales extensas en combinación con grado I ó II
	Vb	Cicatrices endometriales extensas y fibrosis

Extensión de la cavidad implicada	<1/3 1 punto	1/3-2/3 2 puntos	>2/3 4 puntos
Tipo de adhesiones	Laxas 1 punto	Laxas y densas 2 puntos	Densas 4 puntos
Patrón menstrual	Normal 0 puntos	Hipomenorrea 2 puntos	Amenorrea 4 puntos

ESTADIO I	LEVE	1-4 PUNTOS
ESTADIO II	MODERADA	5 - 8 PUNTOS
ESTADIO III	SEVERA	9 – 12 PUNTOS

PATOLOGÍA.-

Cuando se analizan histopatológicamente las sinequias se observa que son bandas de tejido conectivo fibroso, con o sin tejido glandular que puede ser laxo o denso (5).

TRATAMIENTO.-

En forma general el tratamiento lo podemos dividir en :

PRIMARIO.-Durante el cual se trata de reseca la mayor parte de las sinequias uterinas via histeroscópica.

SECUNDARIO.-Engloba el manejo posterior al tratamiento primario, de la paciente con hormonales, por lo general es aceptado el manejo hasta por 3 meses con valerianato de estradiol con progestinas de oposición.

Así como el control ya sea por histerosalpingografía, sonohisterografía o bien histeroscopia de consultorio del resultado de la cirugía primaria, por lo general dentro de los 3 a 6 meses posquirúrgicos. En caso de resultar positivo para reformación de sinequias se procede nuevamente a la resección de las mismas.

La resección quirúrgica por histeroscopia ya ha sido considerada como la cirugía de elección por Valle y Sciarra , e incluso otros autores, después del resultado menstrual y de fertilidad en 187 pacientes evaluadas y tratadas en un periodo de 10 años (7,11). Ellos sugieren realizar una histeroscopia de second look para verificar que la cavidad esté libre de adherencias. Sin embargo es nuestro medio esto es poco factible en un buen número de casos, debido a la nula disponibilidad de histeroscopia de consultorio.

PRONÓSTICO.-

El embarazo intrauterino se logra hasta e un 22 a 45%, con un 28 a 32% de estos casos con recién nacidos vivos.(5)

Dentro de los riesgos obstétricos para un síndrome de Asherman que logra embarazo posterior se han encontrado un incremento en placenta acreta y por lo tanto aumento en la frecuencia de hemorragia obstétrica, necesidad de transfusión e histerectomía obstétrica (5,6), así como un incremento en el riesgo de parto pretérmino (4,5,6).

En un análisis clínico retrospectivo (8), se ha encontrado que 12 de 89 pacientes reincidente con adherencias después de la histeroscopia monopolar, durante el second look histeroscópico realizado a los 2 meses del tratamiento primario.

En este mismo estudio se encontró una tasa de embarazo del 58% para Asherman leve, 30% y 33.3% para Asherman moderado y severo respectivamente.(8).

Dentro de las diversas formas de tratamiento del Síndrome de Asherman, actualmente la aceptada como estándar de referencia es la histeroscopia quirúrgica. El manejo subsecuente al tratamiento quirúrgico es diverso. Hay escuelas que manejan colocar una sonda Foley número 16 llenada con 5ml de solución salina en la cavidad uterina y dejarla por 5 días después (9), en conjunto con estradiol 17 beta vía vaginal 3 veces al día diario por 4 semanas con progesterona a partir de la cuarta semana de tratamiento con estradiol, donde se han reportado tasas de embarazo de 51.2% con tasas de recién nacido vivo de 32.6% para las pacientes con deseo de concebir.

Uno de los objetivos más importantes del tratamiento en el síndrome de Asherman debería de ser tratar de evitar la recurrencia (10). Y por ello se ha propuesto la instilación intrauterina de ácido hialurónico como una opción prometedora para el manejo de estas pacientes.

Actualmente seguimos considerando que hay pacientes que ameritarán histeroscopia de second-look debido a que hay adherencias severas que ameritarán múltiples intentos de adhesiolisis para alcanzar un resultado anatómico y funcional adecuado (11).

Un aspecto que ya ha sido considerado dentro del pronóstico de estas pacientes es el hecho del patrón menstrual posterior al evento quirúrgico, dado que las pacientes quienes permanecen amenorreicas después del tratamiento histeroscópico tienen una tasa de embarazo menor que aquellas que recuperan el patrón menstrual normal (18.2% vs 50%) (12,14,16).

La tasa de perforación uterina durante el procedimiento histeroscópico ha sido descrita en trabajos previos de 0.9% (12).

La tasa de recurrencia ha sido descrita del 13.4% en trabajos descriptivos retrolectivos previos de 89 pacientes, donde 12 se encuentra con recurrencia de adherencias intrauterinas durante la histeroscopia de consultorio 2 meses después del tratamiento quirúrgico (13,14).

Hay quienes incluso recomiendan el uso combinado de antibióticos y estrógenos+/- progestágenos para prevenir las recurrencias (15). Así como se ha propuesto el uso incluso de dispositivos anticonceptivos intrauterinos posterior a la sinequiólisis.(15).

Al momento la histeroscopia sigue siendo el estándar de referencia para diagnóstico y tratamiento, sin embargo se ha descrito también técnicas no histeroscópicas que aún no la han podido reemplazar para el tratamiento de casos severos de la enfermedad (16).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde su primera descripción en 1927, el síndrome de Asherman sigue siendo un reto para el médico que atiende a estas pacientes. Hoy 84 años después, sin embargo todavía no tenemos un tratamiento ideal de acuerdo al tipo de lesión uterina que se encuentre. “Anticipación y sospecha” son las palabras empleadas por un autor en relación al aspecto preventivo del síndrome de Asherman desde el manejo obstétrico de las pacientes (17,18,19). En los artículos de la literatura antigua se indicaba que el tratamiento era “enteramente quirúrgico” (20). Actualmente sabemos que el diagnóstico y tratamiento pueden ser por histeroscopia, como estándar de referencia, sin embargo, sabemos también que el manejo posterior incide directamente en los resultados ginecológicos y obstétricos de nuestras pacientes, y sin embargo aún no se dilucida con ensayos controlados y aleatorizados qué técnica quirúrgica puede ser la mejor y qué manejo subsecuente tiene mayor impacto en los diversos desenlaces que esperamos corregir con ello: recuperación del patrón menstrual, embarazo con recién nacido vivo en casa, lograr embarazo con recién nacido vivo en casa de pacientes con pérdida gestacional recurrente y evitar la recurrencia de las adherencias en la medida de lo posible, lo cual implica mayores gastos económicos y mayor tiempo de espera para el tratamiento de nuestras pacientes.

CAPÍTULO 2

OBJETIVOS

OBJETIVO PRIMARIO.

Describir las características clínicas de mujeres con síndrome de Asherman y resultados del tratamiento histeroscópico en el Instituto Nacional de Perinatología .

OBJETIVOS SECUNDARIOS.-

1.-Conocer las características clínicas en cuanto a edad, grado de severidad del Asherman, patrón menstrual previo al tratamiento histeroscópico de las pacientes con esta entidad.

2.-Describir las frecuencias en cuanto al tipo de resección histeroscópica utilizada como tratamiento del Síndrome de Asherman.

3.-Conocer la proporción de embarazos logrados después de la resección histeroscópica.

4.-Conocer la proporción de recurrencia de adherencias que se presenta después de la resección histeroscópica.

Pregunta de Investigación:

¿Cuáles son las características clínicas y el resultado del tratamiento histeroscópico en mujeres con síndrome de Asherman atendidas en el Instituto Nacional de Perinatología?

JUSTIFICACIÓN

Una de las prioridades durante el tratamiento quirúrgico del Síndrome de Asherman es evitar la recurrencia del mismo. Gran parte de la literatura existente hasta el día de hoy conlleva faltas metodológicas importantes dado que muchos estudios, al igual que este, se limitan a ser meramente descriptivos debido a falta de estandarización para el manejo de estas pacientes.

La descripción de las características de la población que atendemos en el Instituto con síndrome de Asherman nos servirá para tener un panorama global de las técnicas quirúrgicas que empleamos y que resultados se están obteniendo, además de ser un primer intento de poder protocolizar los casos según su gravedad, para incidir sobre una mejor respuesta clínica al manejo empleado actualmente.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Procedimiento y selección de participantes

Estudio transversal retrolectivo de mujeres con diagnóstico de síndrome de Asherman que acudieron al servicio de infertilidad y pérdida gestacional recurrente del Instituto Nacional de Perinatología de Enero de 2007 a Junio 2011. Se formaron 3 grupos de acuerdo a la clasificación del síndrome de Asherman: grupo 1 Asherman leve (n=43,78.2%), grupo 2 Asherman moderado (n=5, 9.1%) y grupo 3 Asherman severo (n=7,12.7%), Se incluyeron todas las mujeres con diagnóstico de síndrome de Asherman acuerdo a los hallazgos de la histeroscopia como estándar de referencia para el diagnóstico.

Protocolo de estudio

En todas las pacientes incluidas en este estudio se realizó ultrasonido ginecológico como parte del abordaje diagnóstico de infertilidad y/o pérdida gestacional recurrente, histerosalpingografía e histerosonografía. Todos estos estudios son parte de la evaluación del factor uterino, que se estudia tanto en mujeres con infertilidad como en las de pérdida gestacional recurrente de forma protocolaria.

DISEÑO DEL ESTUDIO.

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Estudio clínico transversal y retrolectivo.

CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO:

En relación al método de observación: Transversal.

En relación a la temporalidad: Retrolectivo.

Lugar y duración: Instituto Nacional de Perinatología, revisión en expedientes clínicos del año 2007 a junio 2011.

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: Infertilidad

ÁREA: Clínica.

UNIVERSO.

Mujeres con síndrome de Asherman quienes cuentan con una historia de infertilidad y/o pérdida gestacional recurrente sometidas a resección histeroscópica en el Instituto Nacional de Perinatología.

HIPÓTESIS DE TRABAJO.

Las mujeres con Síndrome de Asherman que reciben tratamiento histeroscópico tienen buen pronóstico reproductivo.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- 1.-Mujeres atendidas en la clínica de pérdida gestacional recurrente e infertilidad con diagnóstico histeroscópico de síndrome de Asherman .
- 2.-Mujeres con Síndrome de Asherman que hayan recibido tratamiento histeroscópico en el INPer.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- 1.-Mujeres quienes no hayan recibido el tratamiento histeroscópico en el INPer.
- 2.-Mujeres en quienes se haya descartado el síndrome de Asherman por histeroscopia aún cuando lo hubiese sugerido la histerosalpingografía o la sonohisterografía.

VARIABLES EN ESTUDIO:

Síndrome de Asherman, Embarazo, Recién nacido vivo en casa, Patrón menstrual, Recurrencia.

DEFINICIONES.

Síndrome de Asherman.

Conceptual. Condición caracterizada por la presencia de adhesiones y/o fibrosis dentro de la cavidad uterina y/o canal cervical , debido a cicatrices; en ocasiones amenorrea, dismenorrea o incluso cuadro asintomático.

Operacional. Evidencia de sinequias uterinas por medio de histeroscopia.

Tipo de variable: Nominal

Escala de medición: Dicotómica.

Embarazo.

Conceptual. Periodo comprendido entre la fecundación del óvulo y el parto, durante el cual tiene lugar el desarrollo embrionario y fetal.

Operacional. Demostración de embarazo por prueba inmunológica de embarazo y/o cuantificación de HCG fracción beta en sangre.

Tipo de variable: Nominal.

Escala de medición: Dicotómica.

Recién nacido vivo en casa.

Concepto. Parámetro que sirve para medir el éxito de intervenciones en fertilidad y que implica un recién nacido vivo como resultado de las mismas.

Operacional. Embarazo mayor a 35 semanas de gestación o bien recién nacido vivo posterior a la resolución obstétrica.

Tipo de variable: Nominal.

Escala de Medición: Dicotómica.

Patrón menstrual.

Conceptual. La menstruación o periodo es la pérdida de sangre por la vagina desde el útero y representa el inicio del ciclo sexual femenino o ciclo menstrual.

Operacional. Presencia de sangrado menstrual espontáneo 3 meses posterior al tratamiento quirúrgico.

Tipo de variable: Nominal.

Escala de medición: Ordinal.

Recurrencia.

Conceptual. La reincidencia de las adherencias intrauterinas evidenciada por histeroscopia de consultorio o “second look” o bien por histerosonografía.

Operacional. El hallazgo de síndrome adherencial intrauterino posterior a resección histeroscópica, demostrada por histeroscopia.

Tipo de variable: Nominal.

Escala de medición: Dicotómica.

RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se identificaron los expedientes que correspondían a síndrome de Asherman de la clínica de pérdida gestacional en una base pre-existente de la clínica con los registros de las pacientes desde el año 2007 hasta junio 2011. En infertilidad se basó sobre los datos reportados en los controles quirúrgicos de la clínica desde el 2007 a junio 2011.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Análisis estadístico Se utilizó el software de SPSS, versión 15.0 (SPSS, Chicago, IL, EE.UU.) Las variables continuas se expresan como media \pm desviación estándar y las variables categóricas con frecuencia y porcentaje. Se utilizaron tablas de contingencia para la descripción de las diferentes variables en estudio.

CAPÍTULO 3.

RESULTADOS:

En esta serie se describen un total de 55 mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión, se integraron en 3 grupos de acuerdo a la severidad del síndrome de Asherman. El grupo 1 con una n= 43 pacientes, fue el de Síndrome de Asherman leve (78.2%), el grupo 2 con una n= 5 pacientes, corresponde al Síndrome de Asherman moderado (9.1%) y el grupo 3 con una n= 7 pacientes, fue el de Síndrome de Asherman severo (12.7%).

Las características clínicas de los tres grupos se muestran en el cuadro 1. La edad promedio fue de 29.7+/- 5 años, no se observan diferencias en cuanto a edad, índice de masa corporal y patrón menstrual en los tres grupos. En cuanto al antecedente de legrado uterino instrumentado, encontramos que 13 mujeres (23.6%) tenían 1 legrado, 17 mujeres (30%) contaron con 2 legrados uterinos instrumentados, y 21 mujeres tenían más de 3 legrados (38.1%), dando en conjunto un 90.91% de mujeres con antecedente de al menos 1 legrado uterino instrumentado. 5 mujeres (9.1%) no tenían el antecedente de algún legrado uterino y por lo tanto se estudió tuberculosis genital. De las mujeres quienes no contaban con antecedentes quirúrgicos, 3 presentaban combe positivo, una de ellas con PPD y BAAR positivo.

En el cuadro 2 se muestran cada una de las técnicas quirúrgicas utilizadas según la severidad del Síndrome de Asherman. En 37 mujeres (67.2%) se utilizaron técnicas de corte frío, corte romo y legrado sin emplear energía; en 12 mujeres (21.8%) se utilizó algún tipo de energía, en 2 energía monopolar y en 10 energía bipolar.

En cuanto al número de procedimientos histeroscópicos realizados 9 mujeres (16.36%) ameritaron más de una endoscopia. De estas 2 mujeres (3.6%) fueron sometidas a 3 histeroscopias. Solo hubo una mujer (1.81%) que ameritó 4 histeroscopias que correspondió a un caso severo del síndrome de Asherman y logró embarazo.

10 pacientes ya tenían antecedente de eutocia, de las cuales quedaron embarazadas 3 después del tratamiento histeroscópico; 10 pacientes contaban con 1 cesárea previa de las cuales se embarazaron 5, 1 paciente tuvo el antecedente de 2 cesáreas aún sin lograr embarazo actual.

En el cuadro 3 se muestra la comorbilidad al Síndrome de Asherman. Dentro de las otras alteraciones encontradas tenemos un total de 8 (14,5%) pacientes que coexistían con endometriosis, 10 (18.18%) con malformaciones müllerianas, , 3 (5.5%) con incompetencia ístmico cervical, y 7 (12.7%) con miomatosis uterina, mixtas en 14 pacientes (25.45%). Se encontró también que en 18 mujeres (32.7%) el motivo principal de consulta fue el Síndrome de Asherman, sin otra patología agregada al mismo.

La proporción de recurrencia diagnosticada por histeroscopia fue de un 16.36%, presentándose 1 en 12 histeroscopias de “second look” realizadas en el grupo de síndrome de Asherman leve (8.33%), en 2 de 5 en el estadio moderado (40%) y en 6 casos de 7 en los casos de síndrome de Asherman severo (85.7%)

El manejo posterior a la resección histeroscópica se muestra en el cuadro 4. Dentro de los métodos de prevención de recurrencia del síndrome de Asherman se encontró que se colocó sonda Foley con balón inflado en 3 de 55 pacientes (5.5%), DIU en 5 pacientes (9.1%), ácido hialurónico en 3 pacientes (5.5%), 9 casos de valerianato de estradiol más progestágeno (16.36%) y anticonceptivos combinados con etinilestradiol en 38 casos (69.09%), es decir en el 100% de los casos se indicó algún método preventivo de recurrencia, incluso hubo casos con uso combinado de los mismos.

Se logró embarazo en un total de 12 pacientes en un periodo comprendido de 2 años (21.81%). De ellas 8 cuentan con recién nacido vivo en casa (14.54%) y 2 han progresado el embarazo a más de 35 semanas de gestación (3.6%), por lo tanto consideramos éxito reproductivo para fines de esta tesis en 10 pacientes lo cual es un 18.18% de las 55 mujeres estudiadas. 2 embarazos terminaron en aborto del primer trimestre (3.6%).

Se reportó 1 perforación uterina, la tasa de recurrencia de las adherencias evidenciada por histeroscopia en second look fue de 9/55 (16.4%), solo en 17 casos se realizó second look (17/55, 30.9%), y en 38 no se realizó histeroscopia de segunda mirada (69.1%).

La proporción global de embarazo fue de 12/55 (21.81%), terminando 2 embarazos en aborto del primer trimestre. Quedando solo con 10/55 (18.18%) con progresión del embarazo a más de 35 semanas de gestación. De los embarazos logrados 8 (14.54%) cuentan con recién nacido vivo en casa, de estos 4 contaron con peso normal al nacimiento, 1 fue macrosómico con 4580gr, 3 fueron de 870gr, 1620gr y 2150gr, éstos tres fueron prematuros y ameritaron unidad de cuidados intensivos neonatales. Por semanas de gestación y evaluación por Capurro 4 de ellos fueron de término, y 4 pretérmino. La resolución fue vía vaginal en 2 casos y 6 por vía cesárea. Los otros dos embarazos que faltan en esta lista aún no se resuelven.

De las complicaciones presentadas durante la gestación, tres pacientes cursaron con diabetes gestacional, una de ellas ya tenía diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, 2 con hipertensión gestacional, amenaza de parto pretérmino en 4, y 1 cursó con ruptura prematura de membranas. Un caso ameritó la colocación de cerclaje tipo McDonald.

CAPÍTULO 4.

DISCUSIÓN:

La mayor parte de las pacientes de este estudio se encuentran en una edad reproductiva, que si bien no es la ideal, es adecuada para lograr un buen resultado reproductivo. Sin embargo, son una población que dadas sus características de selección para el ingreso al Instituto Nacional de Perinatología son pacientes con comorbilidades que en conjunto dificultan el éxito reproductivo que no es dependiente únicamente de la resección histeroscópica de las adherencias intrauterinas.

Este estudio no pretende generar asociaciones estadísticas dado que por la metodología empleada de tipo transversal y retrospectivo no contamos con grupos estratificados y comparables que nos permitan establecer algún tipo de conclusión de este tipo.

Sin embargo como reportado en estudios previos se encuentra que el mejor éxito reproductivo se encontrará en los estadios leves, y que afortunadamente también en este estadio estarán la mayor parte de las pacientes con síndrome de Asherman.

Como se relata en publicaciones previas (21) se espera que mejore la fertilidad con el tratamiento histeroscópico, sin embargo puede ser controversial en los casos leves del Síndrome de Asherman donde el beneficio no parece tan claro. Aún cuando es justo el estadio donde vemos la mayor parte de los embarazos posterior a un evento histeroscópico.

Igual a otras citas (21,22), encontramos que la mayor parte de nuestra población (90.9% vs 98%) tienen como antecedente al menos un legrado uterino instrumentado, como evento obstétrico precedente al síndrome de Asherman.

Con respecto al manejo pos-histeroscópico para la prevención de recurrencia de adherencias, la literatura actual (23,24) sostiene que el ácido hialurónico parece prometedor para evitarlas, queda pendiente por lo tanto el seguimiento de las 3 pacientes que han sido tratadas con esta sustancia en el Instituto. Las tres han sido recientemente intervenidas (junio 2011) y por lo tanto aún no tenemos resultados en cuanto a embarazo ni recurrencia.

El tema de la recurrencia de las adherencias después del tratamiento histeroscópico es todavía en la actualidad un problema sin resolver. Se han publicado estudios piloto donde se utilizan injertos de amnios humano fresco y seco para el manejo pos-histeroscopia con la finalidad de evitar la recurrencia(25). Algo interesante de señalar es que en la mayor parte de los centros donde se realiza histeroscopia se ocupa con mucha frecuencia el “second look”, de hecho prácticamente lo consideran una norma de manejo en los casos severos de la enfermedad. La recurrencia reportada en otras publicaciones para casos severos es hasta de un 95.3% (25) y por lo tanto ocupan hasta 3 sesiones endoscópicas para lograr éxito en el tratamiento de las adherencias intrauterinas, lo cual es muy parecido al escenario encontrado en esta tesis donde en los grados severos se presenta una recurrencia hasta del 85.7% y donde la paciente que más procedimientos endoscópicos ameritó estuvo dentro de este grupo y fueron en total 4, 2 con 3 histeroscopias y la mayor parte ameritaron 2 sesiones.

CONCLUSIONES:

En este estudio descriptivo se concluye que la mayor parte de las pacientes con Síndrome de Asherman son pacientes en plena edad reproductiva, con antecedente de al menos un legrado uterino instrumentado como evento obstétrico precedente.

El estadio leve del Síndrome de Asherman es el más frecuente, y también es el que presenta mayor proporción de embarazos y menor proporción de recurrencia. Por su parte los estadios severos logran embarazo en una frecuencia menor, y la proporción de procedimientos histeroscópicos de segunda mirada se incrementa así como la recurrencia de adherencias.

CAPÍTULO 5.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-McComb P, Wagner B.Simplified therapy for Asherman´s syndrome.Fertil Steril 1997; 68:1047-50.
- 2.-Dan Yu M, Tin-Chiu L, Enlan X, et.al.Factor affecting reproductive outcome of hysteroscopic adhesiolysis for Ashermsn syndrome.Fertil Steril .2008;89:715-22.
- 3.- Dan Yu, Yat-May, Ying C, et.al.Asherman syndrome-one century later.Fertil Steril 2008;89:759-79.
- 4.-Schenker J.Etiology of and therapeutic approach to synechia uteri.Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol .1996;65:109-13.
- 5.-Berman J .Intrauterine adhesions.Semin Reprod Med 2008;26:349-55.
- 6.-AAGL Practice Report Guidelines for Management of Intrauterine Synechiae 2009.
- 7.-Robinson J, Swedarsky L, lisaacs K, et.al.Postoperative adhesiolysis therapy for intrauterine adhesions (Asherman´s syndrome).Fertil Steril 2008;90:409-14.
- 8.-Roy D, Baruah J, Sharma J, et.al.Reproductive outcome following hysteroscopic adhesiolysis in patients with infertility due to Asherman´s syndrome.Arch Gynecol Obstet 2010;2:355-61.
- 9.-Dawood AA, Al-Talib a, Tulandi T.Predisposing factors and treatment outcome of different stages of intrauterine adhesions.J Obstet Gynaecol Can. 2010;32:767-70.
- 10.-Deans R, Abbott J.Review of intrauterine adhesions.J Minim Invasive Gynecol 2010;5:555-69.
- 11.-Heinonen PK.Intrauterine adhesions-Asherman´s syndrome.Duodecim 2010; 126:2486-91.

- 12.-YuD, Li TC, Xia E. Huang X, Liu Y, Peng X.Factors affecting reproductive outcome of hysteroscopic adhesiolysis for Asherman´s syndrome.Fertil Steril 2008; 89:715-22.
- 13.-Roy KK, Baruah J, Sharma JB, Kumar S, Kachawa G, Singh N.Reproductive outcome following hysteroscopic adhesiolysis in patients with infertility due to Asherman´s syndrome.Arch Gynecol Obstet 2010;2:355-61.
- 14.-Kodaman PH, Arici A.Intra-uterine adhesions and fertility outcome:how to optimize success? .Curr Opin Obstet Gynecol .2007;3:207-14.
- 15.-Thomson AJ, Abbott JA, Deans R, Kingston A, Vancaille TG.The management of intrauterine synechiae.Curr Opin Obstet Gynecol 2009;21:335-41.
- 16.-Magos A.Histeroscopic treatment of Asherman´s syndrome.Reprod Biomed Online 2002;3:46-51.
- 17.-March CM.Intrauterine adhesions.Obstet Gynecol Clin North Am. 1995;3:491-505.
- 20.-Asimakopulos N.Intrauterina Adhesions.Canad Med Ass J.1965;93:298-302.
- 21.-Taylor E y Gomel V.The uterus and fertility. Fertil Steril 2008;89:1-16.
- 22.-Robinson J, Swedarsky L, Isaacson K.Postoperative adhesiolysis therapy for intrauterine adhesions (Asherman´s Syndrome). Fertil Steril .2008;90:409-14.
- 23.-Touboul C, Fernández H, Deffreux X, et.al.Uterine sinechiae after bipolar hysteroscopic resection of submucosal myomas in patients with infertility.Fertil Steril 2009;92:1690-3.
- 24.-Deans R. Review of intrauterine adhesions. J Minim Invasive Gynecol 2010;5: 555-69.
- 25.-Arner M, Abd El-Maeboud, Abdelfatah K, et.al. Human amnion as a temporary biologic barrier after hysteroscopic lysis of severe intrauterine adhesions: pilot study. J Minim Invasive Gynecol.2010;5:605-11.

CAPÍTULO 6.

Anexos

Cuadro 1. Características clínicas de mujeres con Síndrome de Asherman en los tres grupos de estudio.			
	ASHERMAN LEVE n=43 (78.2%)	ASHERMAN MODERADO n=5 (9.1%)	ASHERMAN SEVERO n= 7 (12.7%)
Edad (años)	29 ± 4.4	29 ± 4.9	29 ± 5.3
IMC (peso/talla²)	26 ± 3.01	25 ± 2.5	25 ± 1.8
Eumenorreica	40 (93.02%)	4 (80%)	1 (14.28%)
Amenorrea	0	0	3 (42.85%)
Hipomenorrea	1(2%)	1(20%)	3 (42.85%)
Antecedente de legrados			
Ninguno	5 (9.09%)	0	0
1	12 (21.81%)	1 (1.81%)	0
2	11 (20%)	3 (5.45%)	3 (5.45%)
3	8 (14.54%)	1 (1.81%)	3 (5.45%)
4	6 (10.90%)	0	1 (1.81%)
5	1 (1.81%)	0	1 (1.81%)
Motivo de la consulta			
Perdida gestacional recurrente	22 (40%)	4 (7.27%)	3 (5.45%)
Infertilidad	21 (38.18%)	1(1.81%)	4 (7.27%)

Cuadro 2. Técnica quirúrgica histeroscópica utilizada según severidad del Síndrome de Asherman.

	Total de embarazos por técnica	Asherman Leve		Asherman moderado		Asherman severo	
		Total	Embarazo	Total	Embarazo	Total	Embarazo
Técnicas sin energía eléctrica							
Corte frio	6	23	2	1	1	7	3*
Corte romo	2	4	2	0	0	0	0
Legrado	0	1	0	1	0	0	0
Sub-Totales:	8	28	4	2	1	7	3*
Técnicas con energía monopolar y bipolar							
Roller ball	0	1	0	0	0	0	0
Asa	0	1	0	0	0	0	0
Versapoint	1	7	0	2	1	1	1*
Sub-totales	1	9	0	2	1	1	1*
No se realizó procedimiento de resección histeroscópico							
No se realiza resección	1	3	1	0	0	0	0

*Una paciente que logró embarazo posterior fue tratada por medio de versapoint y corte frio en forma simultánea.

Cuadro 3. Comorbilidad anatómica uterina en conjunto con Síndrome de Asherman

	Asherman leve		Asherman moderado		Asherman severo	
	No embarazo	Embarazo	No embarazo	Embarazo	No embarazo	Embarazo
Miomectomía*						
Sin ingreso a cavidad	9*	1	0	1**	2**	0
Con ingreso a cavidad	0	0	1**	0	0	0
Miomas submucosos**	5	1	1	0	2	0
Pólipos endometriales	7	0	0	1	0	1
Endometriosis	5	1	0	0	1	0
Malformaciones müllerianas						
Útero arcuato	0	0	0	1	0	0
Útero tabicado	3	1	0	0	1	0
Bicorne	2	1	0	1	0	0

*Casos con antecedente de miomectomía intramural por laparotomía exploradora y laparoscopia más aquellos de miomectomía submucosa por histeroscopia..

**Corresponden a casos con miomectomía submucosa por histeroscopia y son un subgrupo del anterior.

Cuadro 4. Manejo pos-histeroscópico cotejado con severidad del Síndrome de Asherman

	Asherman leve		Asherman moderado		Asherman severo		Total
	Embarazo	No embarazo	Embarazo	No embarazo	Embarazo	No embarazo	
Anticonceptivos Orales Combinados	2	27	1	1	4*	3	38 (69.09%)
Valerianato de estradiol + Progesterona	0	8	0	1	0	0	9 (16.36%)
Dispositivo Intrauterino	3	1	0	0	1*	0	5 (9.09%)
Sonda Foley	0	1	1	0	1*	0	3 (5.45%)
Acido Hialurónico	0	1	0	1	0	1	3 (5.45%)

*En estos casos las pacientes tuvieron tanto un anticonceptivo oral combinado + DIU ó sonda Foley, sin embargo se trata solo de 3 embarazos en total.

Cuadro 5. Proporción de embarazos logrados según los grados de severidad del Síndrome de Asherman.

	Asherman leve	Asherman moderado	Asherman severo
Embarazo con recién nacido vivo en casa (18.18%)	5 (50%)	2 (20%)	3 (30%)
<6 meses	2	1	1
12-18 meses	1	0	2
>18 meses	2	1	0

CAPÍTULO 7

Curriculum Vitae del Tesista

Nombre: Adriana Ramírez Rodiles.

Edad: 32 años.

Nacionalidad: Mexicana.

E-Mail: addyscrivelly79@yahoo.com.mx

Médico-Cirujano General egresada de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo en el año 2003.

Año de Cirugía General en el Hospital General Gaudencio González Garza del Centro Médico Nacional La Raza año 2004.

Ginecóloga-Obstetra egresada del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes del año 2006-2010.

Estudiante del tercer semestre de Maestría en Ciencias Médicas de la UNAM.

Estudiante del 2do año de Biología de la Reproducción Humana en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.