

PRESENTACIÓN DE CASO

SINDROME ASHERMAN

Dr. Pedro Hernández¹, Dr. Edwin Papadopolu², Dr. Rodolfo Andrino³, Dr. César Reyes⁴

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Asherman también llamado sinequias uterinas o adherencias uterinas es una condición que se caracteriza por la presencia de adherencias y/o fibrosis en la cavidad uterina debido a cicatrices. Se han utilizado otros términos para referirse esta entidad como adherencias intrauterinas traumáticas, atresia cervical/uterina, esclerosis endometrial, y otros. Se ha asociado a legrados post-parto en un 25% y 30.1% en legrados post-aborto. La incidencia también aumenta con el número de legrados realizados.¹

Caso

Paciente femenina de 26 años quien consulta por amenorrea de 1 año de evolución asociado a dolor pélvico intermitente. Ha tenido 3 gestas, dos partos, 1 aborto, 2 hijos vivos, y 1 hijo muerto. En abril del 2009 le realizan legrado intrauterino por un alumbramiento incompleto. Luego en el mes de junio del mismo año consulta por hemorragia vaginal donde realizan ultrasonido pélvico el cual revela un aborto incompleto por lo que posteriormente le realizan un aspirado manual endo-uterino (AMEU).

En un control ecográfico posterior por ausencia de menstruación de un año de evolución se le realiza un ultrasonido pélvico el cual evidencia áreas híper-ecogénicas en la

ABSTRACT

Asherman's syndrome is a condition characterized by the presence of uterine adhesions or sinechiae and/or fibrosis within the uterine cavity due to scars. Other terms have been used to describe this condition like traumatic uterine adhesions, endometrial sclerosis and others. The syndrome has been associated to post-partum dilation and curettage (D&C) in 25% of cases and 30.1% of D&C in post-abortion cases. This percentage also increases with the number of D&C performed on the same patient.

¹Jefe de Residentes de Ginecología y Obstetricia

²Jefe de Servicio Videolaparoscopia,

³Jefe de Sección Ginecología

⁴Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia

Cavidad uterina y abundante liquido. (Fig.1). También se observa ausencia de endometrio y áreas hiperecogénicas que se extienden desde la pared posterior a la cara anterior del útero que pueden corresponder a adherencias en la cavidad endometrial. (Fig. 2 y 3).

Al examen físico la paciente se encuentra hemodinamicamente estable, al examen ginecológico se encuentran genitales externos de aspecto normal, cervix de aspecto sano, al tacto vaginal se encuentra útero de aproximadamente 7 cms, móvil anexos libres, orificio cervical cerrado.



Figura 1. Fuente: Caso clínico Hospital General San Juan de Dios



Fuente: Caso clínico Hospital General San Juan de Dios
Figura 2. Se observa la cavidad uterina en planos X, Y y Z y la reconstrucción tridimensional de la cavidad.

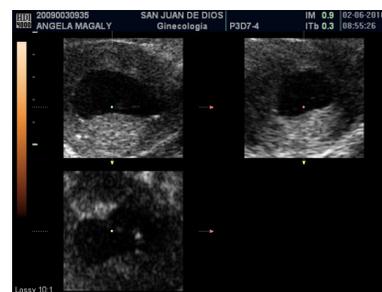


Figura 3: Fuente: Caso clínico Hospital General San Juan de Dios

Paciente es llevada a sala de operaciones donde se le realiza una histeroscopia la cual revela abundantes adherencias a nivel de cervix, la cual dificulta la entrada del histeroscopio. (Fig 4). También se encuentran adherencias en cara posterior, anterior y fondo de útero. Se encuentra hematometra en moderada cantidad (Fig. 5 y 6)

Durante el procedimiento se le intenta colocar dispositivo intra-uterino (DIU) sin embargo fue técnicamente imposible debido a las adherencias que presenta a nivel de cervix. Al tratar de introducir el DIU este se dobla y es imposible colocarlo en el fondo uterino.

Debido a que no se logra colocar el DIU se deja tratamiento con estrógenos durante 2 meses. Se le dio seguimiento a la paciente y en el siguiente mes presenta su menstruación y continua con ciclos regular en el mes posterior. Se cita

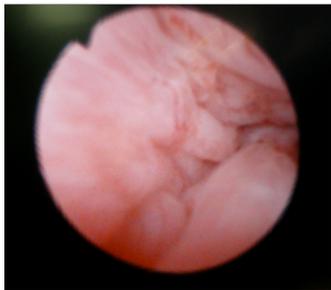


Figura 4 Se observan adherencias en cervix que dificultan la entrada del histeroscopio. Fuente: Caso clínico Hospital General San Juan de Dios

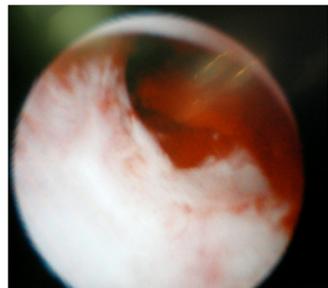


Figura 5 Cara posterior de útero Fuente: Caso clínico Hospital General San Juan de Dios

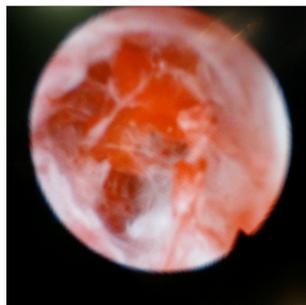


Figura 6 Fondo de útero Fuente: Caso clínico Hospital General San Juan de Dios

nuevamente para realizar una histeroscopia control y evaluar el estado de las adherencias. Paciente refiere mejoría notoria, no presenta dolor pélvico y continua con ciclos regulares.

Se le realiza la histeroscopia control y al ingresar a endocervix, no se encuentran las adherencias a nivel de cervix. Tampoco presenta hematometra y hay una notable disminución de las adherencias encontradas previamente. El endometrio se observa normal sin lesiones focales. (Fig. 7 y 8).

SINDROME DE ASHERMAN

El síndrome de Asherman también llamado sinequias uterinas o adherencias uterinas es una condición que se caracteriza por la presencia de adherencias y/o fibrosis en la cavidad uterina debido a cicatrices. ¹ La capa elemental del endometrio sufre trauma después de un legrado lo cual puede llevar a la aparición de cicatrices resultando en adhesiones que pueden borrar la cavidad a distintos grados. Debido a las lesiones causadas al endometrio este puede volverse resistente a la estimulación por estrógenos y no presenta los cambios cíclicos normales de proliferación y secreción. ³

El Síndrome de Asherman ha sido reportado como consecuencia de 25% de legrados realizados entre 1 y 4 semanas después del parto hasta 30,9% de legrados realizados en casos de pérdida del feto por aborto involuntario y 6,4% de dilataciones y legrados realizados en caso de

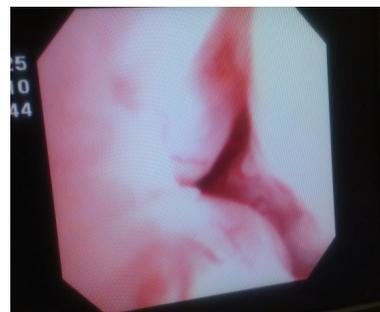


Figura 7 Endocervix Fuente: Caso clínico Hospital General San Juan de Dios

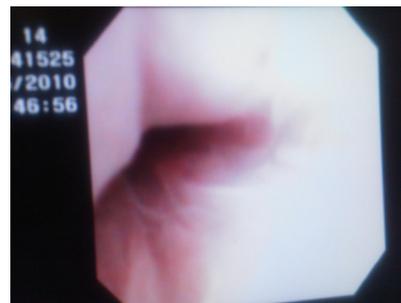


Figura 8 Fondo de útero. Fuente: Caso clínico Hospital General San Juan de Dios

abortos incompletos. En otro estudio, el 40% de los pacientes que sufrieron múltiples legrados por causa de retención de tejidos conservados en el útero después de un aborto involuntario o placenta retenida manifestaron el Síndrome de Asherman.³

Frecuentemente las pacientes sufren irregularidades menstruales, cambios en el flujo, y amenorrea. Muchas pacientes sufren de dolor pélvico intermitente en intensidad variable.² Anomalías menstruales son frecuentes pero no siempre correlacionadas con severidad: adhesiones restringidas solo a cuello del útero o la parte baja del útero podría bloquear la menstruación. Muchas pacientes consultan por infertilidad en las que puede estar relacionada esta patología.

La Histeroscopia es el estándar de oro para el diagnóstico. La proyección de sonohisterografía o histerosalpingografía podría revelar el grado de la formación de la cicatriz.⁵ El ultrasonido es una herramienta útil para diagnosticar el síndrome de Asherman.

La fertilidad se puede restaurar con el retiro de las adherencias. La histeroscopia se utiliza para la inspección minuciosa de la cavidad uterina y posterior adhenolisis. La ruptura de las adherencias puede ser técnicamente difícil y se debe realizar con cuidado para no crear nuevas cicatrices y empeorar el cuadro.

Las adherencias pueden recurrir luego de la lisis. Los métodos para prevenir la formación de adherencias incluyen el uso de barreras mecánicas como un dispositivo intrauterino (DIU), stents, catéter de foley y otros. La profilaxis de antibióticos es necesaria en presencia de barreras mecánicas para reducir el riesgo de posibles infecciones.⁴

Puede utilizarse terapia hormonal secuencial con el uso de estrógeno seguido por una progestina para estimular crecimiento endometrial y evitar la oposición de las paredes del útero.

La cirugía adicional puede ser necesaria para restaurar una cavidad uterina normal. Según un estudio reciente entre 61 pacientes, el índice total de repetición de la adherencia era 27,9% y en casos severos era de un 41,9%.⁴ Otro estudio encontró que la adhesión post-operatoria recurre casi un 50% síndrome de Asherman y en un 21.6% de casos moderados.⁴

La extensión de la formación de la adherencia es crítica. Las adherencias leves o moderadas pueden ser tratadas con éxito. Una extirpación extensa de la cavidad uterina o trompas de Falopio (ostium) al igual que los traumatismos del endometrio o miometrio puede necesitar varias cirugías y/o terapias hormonales y hasta pueden no tener solución.

Si la cavidad endometrial no tiene ninguna adherencia pero el ostium permanece obliterado, la fecundación in vitro (FIV) sigue siendo una opción

REFERENCIAS

1. Katz V, Gretchen M, Rogerio A, Gershenson D. **Comprehensive Gynecology**. 5th Edition. 2007. Mosby, a print of Elsevier. Pag. 850-864.
2. Berek Jonathan, *Et al.* **Ginecología de Novak**. Decimotercera edición. México. 2003. Pp. 1156.
3. Klein SM, Garcia C-R **Asherman's syndrome: a critique and current review**. *Fertility and Sterility* **24** (9): (1973). pp. 722–735.
4. Schenker JG, Margalioth EJ. **Intra-uterine adhesions: an updated appraisal**. *Fertility and Sterility* **37** (1982). (5): pp. 593–610.
5. Valle RF, and Sciarra JJ. **Intrauterine adhesions: Hystreoscopic diagnosis, classification, treatment and reproductive outcome**. (1988). *Am J Obstet* **158** (6Pt1): pp. 1459–1470.
6. Palter S. **High Rates of Endometriosis in Patients With Intrauterine Synechiae (Asherman's Syndrome)**. (2005). *Fertility and Sterility* pp. S471-S471.