
ARTICULOS ORIGINALES

SINDROME DE ASHERMAN. FACTORES ASOCIADOS. DIAGNOSTICO Y MANEJO, PROFAMILIA MEDELLIN. 1983-1989

O.A. Medina T. *

PALABRAS CLAVES: *Síndrome de Asherman, Histeroscopia, Adherencias, Diagnóstico, Tratamiento*

RESUMEN

El síndrome de Adherencias Intrauterinas (Síndrome de Asherman) es una entidad que no ha sido estudiada en nuestro medio y por lo tanto no existen protocolos para diagnóstico y manejo ante un paciente con factores de riesgo para desarrollar la enfermedad.

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo para evaluar incidencia, factores de riesgo, hallazgos histeroscópicos, tratamientos y resultados en pacientes con síndrome de Asherman en PROFAMILIA Medellín desde enero de 1983 hasta abril de 1989. Se presentaron 68 casos, pero sólo fue posible recolectar datos en 55 pacientes.

Los dos principales motivos de consulta o de remisión fueron amenorrea e infertilidad, presentándose en el 92% de las pacientes.

El principal factor de riesgo encontrado fue el traumatismo intrauterino, de origen obstétrico o ginecológico encontrándose en el 81.8% de los casos.

Todas las pacientes fueron evaluadas mediante histeroscopia, encontrándose en la mayoría de ellas (67.27) adherencias corporales, siguiendo en importancia adherencias combinadas, atrepsia total y adherencias ístmicas.

Para el tratamiento se utilizaron procedimientos histeroscópicos, inserción de dispositivo intrauterino y terapia hormonal en la gran mayoría de las pacientes. En el 64.8% de las pacientes se documentó reaparición de la menstruación y en el 43% de las pacientes que deseaban embarazo se logró este objetivo. Al comparar la respuesta al tratamiento se vio que hubo una respuesta más favorable cuando se realizó ruptura con instrumento romo de las adherencias e inserción del dispositivo intrauterino, siendo esta diferencia estadísticamente significativa. Once pacientes lograron 16 embarazos de los cuales 7 fueron a término, 5 presentaron ruptura prematura de membranas y parto prematuro y 4 abortos del primer trimestre.

Los factores de riesgo encontrados, los resultados y dificultades en el tratamiento, nos obligan a replantear tanto la indicación como la técnica para realizar curetajes ya sean ginecológicos u obstétricos.

* Dr. Oscar Alfredo Medina T.
Residente de Ginecoobstetricia
Facultad de Medicina
Instituto de Ciencias de la Salud CES
Medellín - Colombia

SUMMARY

KEY WORDS

Asherman's syndrome, Hysteroscopy, Adhesions, Diagnosis, Treatment.

The intrauterine Adhesions Syndrome (Asherman's Syndrome) has not been studied in our medium. Therefore, we have no local protocols for its diagnosis and management in high risk patients.

A descriptive and retrospective study was carried out in PROFAMILIA MEDELLIN, between January 1983 and April 1989, in order to evaluate the incidence, risk factors, hysteroscopic findings, treatment and their outcome in patients with Asherman's syndrome. There were a total of 68 cases, but only 55 were included in the study.

Amenorrhea and infertility were the two most common causes for consultation or remission in 92% of the patients.

Intrauterine traumatism, due to obstetric or gynecologic causes, was found to be the greatest risk seen in 81.8% of all cases.

Hysteroscopy was performed in all patients. Corporal adhesions were found in most patients (67.27%). Other findings, in order of importance, were: combined adhesions, total atresia and istmic adhesions.

The treatment done in most patients included hysteroscopic manipulation, IUD insertion and hormonal therapy. Sixty-four% of the patients reassumed menstrual cycles, and among the group wishing to become pregnant, forty-three% did so.

There were a total of 16 pregnancies among 11 patients. Of these, 7 were carried to term, 5 were complicated by premature rupture of membranes and premature labor, and there were four first trimester abortions.

We should seriously reconsider both the obstetric and gynecologic indications for intrauterine curettage in view of its association with Asherman's syndrome and the difficulties encountered in achieving a successful treatment.

INTRODUCCION

Se define el Síndrome de Asherman (adherencias intrauterinas) como la obliteración parcial a completa de la cavidad uterina por adherencia de sus paredes,

llevando trastornos menstruales, usualmente amenorrea o hipomenorrea, infertilidad y aborto habitual.

Descrito por primera vez por Heinrich Fritsch en 1894 (1), en una paciente a quien se le realizó un curetaje 24 días postparto. Se le dio importancia en 1948 cuando Asherman publicó su primer trabajo (2) describiendo su sintomatología y cuadro radiológico. Posteriormente Netter en 1955 describió un cuadro similar secundario a tuberculosis endometrial al cual no respondió al tratamiento (3).

Su incidencia es difícil de determinar. El rango entre un autor y otro es muy amplio, cuando se relacionan curetaje postparto y adherencias intrauterinas (AIU) (4-5). Sirbu (6) concluye que el 4% de las mujeres infértiles tienen AIU y Jones (7) que se presenta en el 1.7% de las pacientes con amenorrea secundaria.

Los países Suramericanos reportan incidencias importantes de Síndrome de Asherman, aunque el mayor número de los casos se encuentra en Israel, Grecia, Francia y Dinamarca (8,9,10,11,12,13).

En Colombia no existe ningún trabajo publicado sobre la entidad, ni se han establecido protocolos claros de manejo, de ahí que los casos diagnosticados son manejados en forma diferente, dificultándose la evaluación de las respuestas y por ende la elaboración de un protocolo unificado.

Entre nosotros tampoco existen cifras confiables acerca de la incidencia de esta patología, a pesar de la alta frecuencia del aborto séptico que se asocia positivamente al problema, por lo cual, se hace necesario conocer inicialmente la incidencia del síndrome en diagnósticos con histeroscopia, en una institución que es el único centro de referencia para este procedimiento endoscópico en la ciudad de Medellín, como una manera de acercarnos a la verdadera frecuencia del problema en nuestro medio.

Lo anterior, asociado al estudio de los factores concomitantes, al tratamiento y la respuesta al mismo darán elementos para iniciar la elaboración de un protocolo unificado de manejo.

METODOLOGIA

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en Profamilia Medellín, entre el 10. de enero de 1983 y el 10. de abril de 1989.

Se revisaron un total de 547 historias de pacientes a quienes se les realizó histeroscopia en dicho período de tiempo, de las cuales, 68 presentaron Adherencias intrauterinas (Síndrome de Asherman) como diagnós-

tico de trabajo. Todos fueron evaluados con un Histeroscopia STORZ 26156 HAMOU I.

La información se recogió en un formulario de recolección de datos para cada historia y se procesó por el programa MICROSTAT de análisis estadísticos en un computador IBM.

En 55 pacientes se logró obtener información suficiente para ser evaluadas, de acuerdo con los objetivos trazados en el protocolo inicial. Fueron excluidas 13 pacientes.

RESULTADOS Y DISCUSION

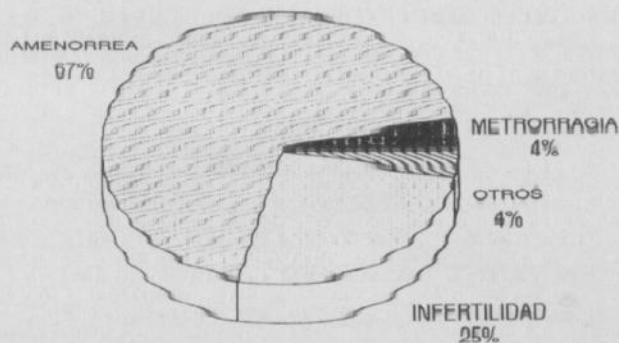
Desde Enero de 1983 hasta Abril de 1989 se evaluaron en Profamilia Medellín 547 pacientes por Histeroscopia, de las cuales 68 tenían Adherencias Intrauterinas para un 12.43% de proporción de prevalencia de Síndrome de Asherman en el total de histeroscopia. Se logró obtener información suficiente para ser evaluadas en 55 pacientes (80%) que se constituyeron en la población de estudio.

Se realizaron 163 histeroscopias para un promedio de 1,5 histeroscopias por paciente. La edad promedio fue de 29.03 años con una desviación standar (D.S) de 6,24. La gravidez promedio fue 2,34 hijos con una D.S. de 2.22. La paridad promedio fue de 1.38 con una D.S. de 1.38.

Al evaluar el motivo por el cual se realizó la histeroscopia, encontramos lo siguiente: (Gráfica 1)

GRAFICA 1

MOTIVO HISTEROSCOPIA - SINDROME ASHERMAN PROFAMILIA 1983-1989



- Por amenorrea consultó el 67.27% (37 pacientes)
- Por infertilidad consultó el 25.45% (14 pacientes)
- Por metrorragia consultó el 3.64% (2 pacientes)
- Otras dos pacientes por dispositivo intrauterino perdido y un hallazgo histerosalpingográfico que se había ordenado previa recanalización.

El promedio en semanas de amenorrea fue de 68.9 con un valor máximo de 500 y un valor mínimo de 12 semanas. Para este promedio se excluyó una paciente con amenorrea primaria.

Al analizar los antecedentes traumáticos a la cavidad uterina, se encontró que, al 49.09% (27 pacientes) se le había realizado curetaje postaborto, de los cuales 5 fueron abortos provocados, 5 abortos espontáneos, 4 enfermedades trofoblástica (mola) y 3 por aborto frustrado.

Al 20% se le había realizado curetaje postparto (11 pacientes), de las cuales 6 cursaron sin infección y 5 con endometritis puerperal.

2 pacientes (3.64%) tenían como antecedente traumático una cesárea previa.

A 3 pacientes (5.45%) se le había realizado curetaje previo por cuadro de Hemorragia uterina anormal y otra paciente (1.8%) un curetaje biopsia por infertilidad.

Una paciente (1.8%) tenía como único antecedente la inserción de un dispositivo intrauterino.

Como dato curioso no descrito en las revisiones consultadas se encontró, que 10 pacientes (18.18%), no tenían evidencia de trauma previo a la cavidad uterina, teniendo como único antecedente, amenorrea postpíldora, intento fallido de biopsia endometrial, diagnóstico laparoscópico de enfermedad inflamatoria pélvica, cromatoscopia fallida, amenorrea primaria, hallazgo histerosalpingográfico pre-recanalización tubárica, o ningún antecedente. De estas 10 pacientes, a 4 se les realizó estudios buscando una enfermedad granulomatosa tipo Tuberculosis, pero en ninguna se demostró. (Tabla 1).

TABLA 1

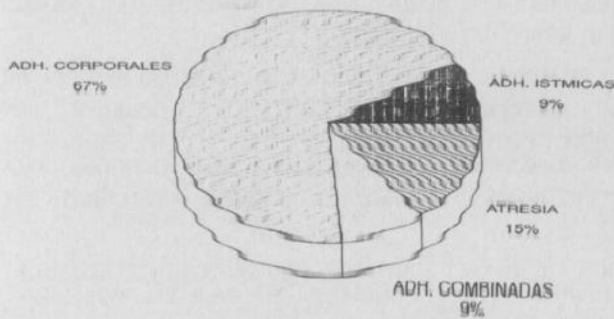
FACTORES DE RIESGO SINDROME DE ASHERMAN PROFAMILIA 1983 - 1989

FACTOR DE RIESGO	TOTAL	PORCENTAJE (%)
Curetaje Postaborto	27	49.09
Curetaje Postparto	11	20.00
Cesárea	2	3.64
Otros	5	7.81
Sin trauma uterino	10	18.18
TOTAL	55	100.00

El principal hallazgo histeroscópico en las pacientes fue la adherencia corporal (67.27%) (Ver Gráfica 2).

GRAFICA 2

**HALLAZGOS HISTEROSCÓPICOS - SIND. ASHERMAN
PROFAMILIA 1983 - 1989**



Estos hallazgos corresponden a lo reportado en la literatura, (14).

La histeroscopia fue utilizada como método diagnóstico en todas las pacientes y como método terapéutico en la mayoría de ellas.

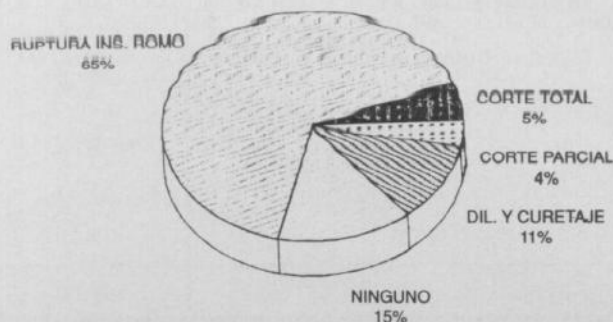
Los procedimientos realizados fueron los siguientes:

- Ruptura con instrumento romo: 65.45%
- Corte total o parcial: 9.09%
- Dilatación y curetaje: 14.55%
- Ningún tratamiento operatorio: 10.09%

Solamente en una paciente se realizó histerotomía para liberar las adherencias. (Gráfica 3).

GRAFICA 3

**PROCEDIMIENTO TERAPEUTICO - SIND. ASHERMAN
PROFAMILIA 1983 - 1989**



Durante el procedimiento se presentaron 6 perforaciones, manejadas en forma conservadora.

El procedimiento histeroscópico se completó con inserción de un dispositivo intrauterino en el 58.18% (32 pacientes).

La mayoría de las pacientes, además de los procedimientos descritos, recibieron diferentes esquemas de hormonoterapia así:

- Ayerogen 1,25mg. por 20 días, más Acetato de Medroxiprogesterona 10 mg. día el 16.36% (9 pacientes).
- Ayerogen 2.5mg. día por 20 días, más Acetato de Medroxiprogesterona 10mg. día por 10 días, 1.27% (4 pacientes).
- Otro esquema diferente de estrógenos y Progestágenos el 34.55% (19 pacientes).
- Ninguna terapéutica hormonal, 41.81% (23 pacientes).

Para evaluar los resultados de los diferentes tratamientos realizados, se debe hacer un control histeroscópico 6-8 semanas después. En nuestras pacientes se logró hacer un nuevo procedimiento en el 41.82% de las mismas, de éstas el 34.7% mostraron normalidad, otro 34.7% continuaban igual, y las restantes presentaban mejoría.

Durante el tiempo de estudio se documentó reaparición de la menstruación en el 64.8% (24 pacientes) y de éstas, al 41% continuaron con hipomenorrea. El promedio en semanas para recuperar la menstruación, luego de realizado el tratamiento, fue de 8.4 semanas.

Uno de los objetivos del tratamiento, además de recuperar la menstruación, fue lograr, o recuperar la fertilidad. De nuestras pacientes, el 47.27% (26 pacientes) deseaban embarazo. Hasta el momento del estudio, 57% continuaban infértiles (15 pacientes) y el 43% (14 pacientes) lograron 16 embarazos. Los embarazos terminaron así:

- A término 43% (7 pacientes)
- Ruptura prematura de membranas y parto prematuro: 31.2% Todos entre las 22 y 26 semanas de las cuales sólo sobrevivió uno de los niños, quedando con secuelas neurológicas y visuales.
- Abortos: 25% todos del primer trimestre.

Recuperada la fertilidad en pacientes con Síndrome de Asherman, se han asociado, en un porcentaje impor-

tante, algunas complicaciones durante el parto (15). En nuestro estudio se presentaron 2 casos de acretismo placentario, manejados en forma conservadora, y un caso de placenta previa parcial.

El Síndrome de Adherencias intrauterinas continúa siendo una entidad no muy frecuente, pero debe tenerse en mente en pacientes con amenorrea y/o infertilidad, que han sido sometidas a algún traumatismo a la cavidad uterina (6-7-14) y aún en pacientes sin este antecedente. En nuestro estudio, el 92% consultaban por amenorrea y/o infertilidad, y el 81.8% había sido sometido a algún procedimiento intrauterino, de los cuales, el 88% era de origen obstétrico.

Como dato curioso, 10 pacientes (18.18%), no tenía evidencia de trauma previo, habiéndose realizado estudios para T.B.C. en 4 de ellos, sin llegar a un diagnóstico etiológico claro. (Tabla 1). Queda el interrogante de la posible etiología en este importante número de pacientes.

Los hallazgos en la histeroscopia coinciden con lo encontrado en la literatura mundial (14). El 67.27% tenían adherencias corporales. De éstas, más del 50% estaban en amenorrea, y las restantes continuaban menstruando. El por qué de esta diferencia en dos grupos comparables, con compromiso parcial del endometrio, no se sabe, aunque se cree que hay un mecanismo neurovisceral (2) que media en este proceso.

Al revisar la literatura en cuanto a las modalidades terapéuticas, los procedimientos histeroscópicos continúan siendo de elección en el tratamiento del síndrome de Asherman, mostrando los mejores resultados (16,17). En nuestro estudio, de 24 pacientes en quienes se documentó reaparición de la menstruación, a 19 se les realizó ruptura con instrumento romo y a 2, corte total de las adherencias. Además el 35% del primer grupo mostró normalidad en la histeroscopia control.

El dispositivo intrauterino ha alcanzado un lugar importante en la prevención de nuevas adherencias post-tratamiento y se ha correlacionado con resultados favorables en cuanto a recuperación de menstruación y fertilidad (18,19). Se encontró una diferencia estadísticamente significativa al comparar las pacientes con y sin dispositivo intrauterino, alcanzándose mayor número de embarazos (72%), ($X^2=3.8$ y $P=0.2$) y mayor reaparición de la menstruación (75%) ($X^2=6.5$ y $P=0.08$) en el primer grupo (Tablas 4,5). Sin embargo el control histeroscópico no muestra beneficios con el uso de dispositivo, comparadas con el segundo grupo.

TABLA 2

**DISPOSITIVO INTRAUTERINO Y FERTILIDAD
SÍNDROME DE ASHERMAN - PROFAMILIA 1983-1989**

FERTILIDAD			
DIU	INFERTILIDAD	EMBARAZO	TOTAL
SI	6	8	14
NO	9	3	12
TOTAL	15	11	26

TABLA 3

**DISPOSITIVO INTRAUTERINO Y REAPARICION DE LA
MENSTRUACION - SINDROME DE ASHERMAN
PROFAMILIA 1983 - 1989**

MENSTRUACION			
DIU	SI	NO	TOTAL
SI	18	7	25
NO	6	6	12
TOTAL	24	13	37

El tratamiento hormonal ha sido ampliamente utilizado (14,18) con el objeto de proliferar el endometrio luego de liberar las adherencias. Se han utilizado diferentes esquemas con estrógenos solos y en combinación con progestágenos. En el estudio, utilizando estrógenos y progestágenos en diferentes dosis, se logró mayor recuperación de la menstruación, pero al comparar los diferentes esquemas, y a la vez el grupo en el cual no se dio terapia hormonal, no hubo ninguna diferencia. Por los anteriores hallazgos se puede deducir que influyeron más los dos tipos de tratamiento realizados (procedimiento histeroscópico y dispositivo intrauterino), que la misma terapia hormonal.

Según una amplia revisión que incluye más de cuarenta trabajos (14), la fertilidad se ha recuperado en el 50% de las pacientes tratadas con diferentes esquemas terapéuticos. Nosotros encontramos que el 43% de las pacientes (11 pacientes) lograron 16 embarazos. De éstas, 7 fueron embarazos a término (43.7%), porcentaje un poco por debajo a los reportados en la literatura (4,14). El 31.2% presentó ruptura prematura de membranas y parto prematuro (5 pacientes), porcentaje que es alto comparado con los reportes (9%) (18). El 25% fueron abortos espontáneos, dato muy similar a lo reportado por otros autores. (18).

Como complicaciones durante el parto se presentaron dos acretismos placentarios (16%), un poco por encima de lo reportado en la literatura. (15).

CONCLUSIONES

El Síndrome de Asherman es una entidad importante para tener en cuenta en la consulta ginecológica ya que su presencia no es tan rara en nuestro medio.

La histeroscopia continúa siendo el método de elección para el diagnóstico y manejo de las adherencias intrauterinas. Esto, complementado con la utilización del dispositivo intrauterino, constituyen la terapéutica de elección para recuperar la menstruación y aumentar el porcentaje de fertilidad.

Los factores de riesgo encontrados, la tasa de embarazos y los resultados de éstos, nos obligan a replantear tanto las indicaciones como la técnica para realizar curetajes ya sean ginecológicos u obstétricos.

AGRADECIMIENTOS

Al: Dr. Carlos Enrique Naranjo
Gineco-Obstetra - C.E.S.

Dr. José María Maya
Jefe de Investigaciones - C.E.S.

Dr. Julián Osorio
Asesor en Investigaciones - C.E.S.

Dr. Germán Ochoa M.
Gineco-Obstetra
Jefe del Postgrado de Gineco-Obstetricia - C.E.S.

Personal de archivo de Profamilia Medellín.

Ellos con su valiosa colaboración hicieron posible la culminación de esta investigación.

BIBLIOGRAFIA

1. Fritsch, H. Ein Fall Von Volligem Schwund der Gebärmutterhöhle nach Austragung. *Zentralbl Gynaekol* 19: 1997, 1994.
2. Asherman, JG. Amenorrhoea Traumatica (Atretica). *J. Obstet Gynaecol Br. Emp.* 55: 29, 1049.
3. Netter, A.; Musset R; Lambert A.: Les Symphyses Endouterines Tuberculeuses. *Gynecol Obstet* 94 19, 1955.
4. Bergman, P. Traumatic Intrauterine Lesions. *Acta Obstet Gynecol Scand (Suppl 4)* 40: 4, 1961.
5. Erikson, J.; Kasatal, C.: The Incidence of Uterine Atresia After Post Partum Curettage: a Follow up Examination of 141 Patients *Dan Med. Bull* 7:59, 1960.
6. Sirbu, P; Coman, AI; Vexler, G. Considerations Cliniques Sur 20 Cas de Synéchies Uterines. *Gynaecol Obst.* 56: 521, 1957.
7. Jones, W.E. Traumatic Intrauterine Adhesion: Report of 8 Cases With Emphasis on Therapy. *Am Obstet Gynecol.* 89: 304, 1964.
8. Boustany, FN: Les Synéchies Uterines. *Rev France Gynecol Obstet* 56: 314: 1981.
9. Rabaw E., David A. Intrauterine Adhesions: Etiology, Prevention and Treatment. *Obstetric Gynecologic* 22: 626, 1963.
10. Peña G., Wood J: Sinequias Uterinas Traumáticas. *Rev. Ghild Obstet Ginecol* 26: 95, 1961.
11. Bruno RÖ: Adherencias Intrauterinas Posraspados. *La Semana Médica* 120: 1995,1992.
12. Pinto B., Jabur JAT: Incidencia de la Sinequia Uterina Poscuretaje Postparto. *Rev. Obstet Ginecol (Venezuela)* 26: 595, 1988.
13. Rothlot, LA.; Perez EAC; Carvajal, FC; Villamar, BS: Las Sinequias Uterinas de Origen Traumático. *Ginecol Obstet (México)* 21: 243, 1966.
14. Shehnaq, Joseph G. Intrauterine Adhesions: an Update Appraisal Fertility and Sterility 37: 563, 1982.
15. Friedman, A.; Defasio J.; Decheney, A. Severe Obstetric Complications After Agresive Treatment of Asherman Syndrome. *Obstetria Gynaecol* 1986, Jun. 67(6) 864-7.
16. Cronj E. H.S.: The Histeroscopic Treatment Sindromé S. Afr. *Med.* 1989 Apr 2; 73 (7): 424-5.
17. Yelle, RF: Therapeutic Hysteroscopy In Fertility. *Int J. Fertil* 1984; 20 (3): 149-8.
18. San Filippo, SJ; Fitzgerald, MA; Badawy, SZ; Nusebaum, MI; Yussman, MA; Ashermans Syndrome: A Comparison of the Therapeutic Methods. *J. Reprod. Med.* 1982 Jun; 26(6): 328-30.
19. Iamajaviah, B.; Lidar, A; Confino, E; David, MP: Treatment of Minimal and Moderate Intrauterine Adhesions. *J. Reprod. Med.* 1985 Oct; 30 (10): 769-72