

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

SINDROME DE ASHERMAN  
(Estudio de seis casos)

TESIS

Presentada a la Junta Directiva de la Facultad de  
Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos  
de Guatemala

POR

JORGE EDUARDO CASASOLA VANEGAS

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Mayo de 1978

## INDICE

- I.      Introducción
- II.     Antecedentes
- III.    Justificaciones
- IV.     Objetivos
- V.      Hipótesis
- VI.     Materiales y Métodos
- VII.    Procedimientos
- VIII.   Conclusiones
- IX.     Recomendaciones
- X.      Anexos
- XI.     Bibliografía

## INTRODUCCION

La situación actual del tema que nos ocupa, es sumamente pobre desde el punto de vista bibliográfico, en nuestro medio; ya que después de una búsqueda exhaustiva de textos y otras referencias, únicamente se encontraron los que se señalan en las correspondientes citaciones y listas bibliográficas final; lo cual a todas luces confirma la mencionada escasez de literatura. Se entrevistaron así mismo, a profesionales especialistas en el tema; habiéndose concluido con lo mismo que, la AMENORREA TRAUMÁTICA, es un síndrome poco frecuente, en las clínicas de fertilidad en los hospitales públicos y en las clínicas particulares.

Al trabajo se le dá el desarrollo que exige el método científico que se sigue en la facultad de Medicina actualmente; sin embargo, anticipándonos al valor que en un futuro debe de tener el presente trabajo, por la escasez de bibliografía, en nuestro medio, se dá énfasis a los antecedentes del mismo y a los procedimientos; concluyendo, al igual que la mayoría de autores, que el método de diagnóstico es la Histerografía, así mismo, que el tratamiento a seguir es la liberación de adherencias (legrado y si fuera posible usar historoscópio), colocación de dispositivo intreuterino y administra-

ción de estrógenos.

Se tiene como factor común que origina este síndrome, el legrado de la 3a. o 4ta. semana post-parto o en el post-aborto, considerando también la miomectomía extensa y raras veces la cesarea. Se señala dentro del trabajo el factor iatrogénico como causa predominante en el síndrome.

Las recomendaciones que hay que seguir; consisten en tener una vigilancia estricta (espectativa) sobre la paciente, en las épocas antes mencionadas; así como, un control más estrecho del tratamiento a seguir, hasta la finalización del mismo.

Es merecido mencionar que de la literatura nacional encontrada hay un trabajo inédito de estudiantes de Medicina Electiva a quienes se les da la mención en esta tesis.

## II. ANTECEDENTES

La amenorrea secundaria, es una de las causas por la cual la mujer consulta frecuentemente al médico, de las cuales al grueso de las pacientes se les diagnostica un embarazo. En un pequeño porcentaje con una historia adecuada encontramos que la causa es iatrogénica especialmente, post-legrado.

Fritch en 1894 describió por primera vez la ATRESIA total de la cavidad uterina. Esto ocurrió en una mujer de 24 años quien fue legrada por hemorragia en post-parto. (1).

Durante los siguientes treinta años, notables ginecólogos como Viet, Holban y otros agregaron reportes de casos de adherencia intrauterinas a la literatura. La primera serie de casos fue publicada en 1927 por Base, quien describió veinte casos de estenosis ístmica encontrada en un total de 1500 mujeres rusas en quienes fue inducido el aborto. (1).

Starmer de Copenhagen, revisó 24 casos de atresia parcial o total del útero, llamándole la atención la etiología de legrado puerperal como denominador común. El, defendía el tratamiento por simple rompimiento de las adherencias por prueba y por inserción de dilatadores. (1).

Al mismo tiempo, aparecieron dos significantes reportes sobre adherencias intrauterinas. Hal de Copenhagen, reportó veintidos casos y describió las características de las adherencias vistas por histerograma.

Fué Asherman de Israel, quien llama la atención a este síndrome, él describió veintinueve casos de amenorrea seguidos de legrado, post-parto o post-aborto, y le propuso el nombre de AMENORREA TRAUMÁTICA. (1).

Por interés de Asherman y sus publicaciones repetidas sobre este tema, hallegado a asociarse el nombre de SÍNDROME DE ASHERMAN con esta condición. Otros términos los cuales han sido aplicados para describir este título incluyen: ESCLEROSIS, ATROFIA UTERINA TRAUMÁTICA, ATRESIA UTERINA, SINEQUIAS UTERINAS, ADHERENCIAS UTERINAS, ENDOMETRIOSIS ADHESIVAS. (1).

La primera técnica operatoria para este síndrome la dió Strassman. (10).

**GENERALIDADES:** Manipulaciones intrauterinas de cualquier forma, invariablemente conlleva la posibilidad de lastimar las paredes intrauterinas, y manifestar el SÍNDROME DE ASHERMAN; parece ser que los denominados comunes son el traumatismo intrauterino (legrado), un endometrio vulnerable y cierto

grado de inflamación endometrial. Rara vez se ha indicado como causa de adherencia intrauterinas al raspado diagnóstico, la tuberculosis endometrial, la miomectomía extensa o una operación cesarea. Por otra parte el raspado en el intervalo puerperal o post-aborto, se señala frecuentemente como causa de SINEQUIAS INTRAUTERINAS. (2,3,4,5,6,7,9,10).

Otras observaciones sugieren que el útero grávido o el endometrio en involución después del embarazo, son particularmente susceptibles al traumatismo por raspado, dicho método hecho en presencia de infección puede originar adherencias intrauterinas. Desde el punto de vista más contemporáneo la impresión clínica obtenida es que los abortos del segundo trimestre hecho con solución salina hipertónica seguidos por raspado predisponen a la formación de adherencias intrauterinas, (5,9).

Las adherencias de las paredes uterinas no necesariamente ocurren al nivel de la separación placentaria. El temor de dejar residuos lleva al cirujano a penetrar a las paredes musculares. Esto sucede especialmente en un aborto frustrado con sus tejidos placentarios ya vueltos a formar y de repetidos raspados de un útero deficientemente limpiado. Más propenso a daños sin embargo, son las paredes hipertónicas de un útero puerperal. Cuando el útero se contrae al final del raspado las paredes

oponetes llegan a ponerse en contacto y las partes desnudas o lastimadas están propensas a adherirse. (2).

Clinicamente la mujer que tiene síndrome de Asherman puede presentarse con menstruaciones anormales, tales como, amenorrea hipomenorrea o hipermenorrea, infertilidad y abortos habituales. El antecedente de raspado post-parto o post-aborto que acompañan a cualquiera de los síntomas comentados, deben alertar al clínico hacia la posibilidad de sinequias intrauterinas en casos graves con amenorrea secundaria, los registros de temperatura basal pueden concordar con ovulación a pesar de que la mujer no menstrue o experimente sangrado por supresión después de la administración de Progesterona. ( 5, 9 ).

Las Adherencias traumáticas son extremadamente raras en el orificio externo. Ocurren más frecuentemente en el canal cervical, ( 2,3) con bastante frecuencia en la cavidad uterina y algunas veces simultáneamente en el cérvix o semejantemente en el cuerpo. (2, 3, 5).

El cuadro clínico se determina por la localización de las adherencias. ADHERENCIAS CERVICALES llevan a amenorrea, mientras que ADHERENCIAS CORPORALES se quedan como regla asintomática e insospecha

da. (2).

### ADHERENCIAS CERVICALES ( Amenorrea Traumática)

Las Adherencias cervicales resultan en un bloqueo del canal, diferenciándose desde una pequeña prominencia a una oclusión completa. La manifestación clínica, sin embargo, no depende de la extensión o grado del bloqueo. (2).

DIAGNOSTICO: La manifestación primaria es la ausencia de menstruación, sin embargo, pueden ocurrir pequeñas manchas cada mes. Puede haber un ligero dolor en la parte baja de la espalda. La función hormonal es normal, la temperatura basal del cuerpo es bifásica y el metabolismo son imperturbables. (2, 6). Un examen bimanual es normal. No existe disminución o engrandecimiento del tamaño del útero. La histerometría nos revela un bloqueo anormal al nivel del orificio interno. (2).

La palpación de la sinequia, con una sonda uterina, histerosalpingograma, histeroscopia y la ausencia del tejido endometrial en la biopsia endometrial confirma el diagnóstico. (7) Las sinequias uterinas son mejor aprobadas por histerografía. (7).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Muchas mujeres se autodiagnostican embarazo, pero

sin embargo, el test para embarazo resulta negativo, como también las pruebas hormonales. (2,3,5). Es importante diferenciar entre el tipo traumático de amenorrea y otros tipos comunes de amenorrea, para así evitar medidas terapéuticas innecesarias. Aun una historia pasada de una enfermedad, nos guiará en la dirección directa y el diagnóstico será confirmado por la temperatura corporal y definitivamente establecido por diagnóstico de ultrasonido. (2). Un histerosalpingograma puede mostrar defectos de llenado característicos en el endometrio, pero estas alteraciones debenser diferenciadas de artefactos. El sonido uterino puede a veces localizar adherencias; al efectuarse el legrado, sinequias podrán ser notadas en las paredes endometriales. (5). Aunque muchas veces se pregoniza para facilitar el diagnóstico, el histerograma en estos casos no suele resultar satisfactorio. (9, 10). Para un diagnóstico diferencial es importante conocer la evaluación de amenorrea secundaria através del Test de Supresión de Progesterona. ( ver anexo No. 1 ) (7).

**PATOGENESIS:** El bloqueo cervical no inhibe el ciclo hormonal, a pesar de estar destruido el endometrio, (2, 4, 5, 6, 8) tales condiciones fueron descritas por Asherman en 1948 cuando él reportó veintinueve cuadros de mujeres con amenorrea traumática. (5). Así mismo, no habrá acumulación de sangre mens

trual atrás de la estructura o cualquier bolsa de sangre (2, 3). A lo sumo se encontrarán un par de gotas de una sangre negra color alquitrán. Esto es porque el enmetrio se queda ya sea en completo descanso o reacciona en forma extraña, ambas cuantitativa y cualitativamente. Cuantitativamente después de haber efectuado el legrado se extrae una pequeñísima cantidad de tejido, o en muchos casos no se extrae nada. Cualitativamente, el patrón histológico de estas pequeñas adherencias del tejido dan la impresión que el tejido proviene de varios úteros y han sido puestos juntos como si fuera un fotomontaje. A lo largo de áreas de un bien desarrollado fenómeno cíclico, hay porciones de una secreción inadecuada y hay otras con cambios de tejido cicatrizante y glándulas inactivas (2). En contraste a la ATRESIA TRAUMÁTICA del cervix, con la no traumática, atresia congénita, nunca interfieren con la respuesta normal al estímulo de la hormona y la sangre menstrual invariablemente se acumulará atrás de la atresia. (2).

Parece ser que, el factor traumático y no el mecánico, es el responsable referente a la amenorrea. Esto también explicaría la amenorrea asociada con una fístula vesicovaginal. Y habría una sola interpretación de la etiología asumiendo que la lesión del cervix o de la vagina afecta el delicado mecanismo neuroendócrino haciendo anormal la respuesta del útero a los

estímulos hormonales. Este reflejo vicero cortical es reversible, de este modo acumulando el tratamiento adecuado para una respuesta debida, esto quiere decir, limpiando el canal cervical o reparando la fístula vesico-vaginal respectivamente. (2).

**PRONOSTICO:** El pronóstico de amenorrea-traumática es mejor y el tratamiento promete más que cualquier otro tipo de amenorrea. La menstruación se reestablece ya sea en la misma intensidad y duración o ligeramente inferior que antes. La fertilidad es restablecida. (2, 3).

**TERAPIA:** El tratamiento es por legrado, una dilatación adecuada del canal cervical después del examen bimanual y acertando el tamaño y posición del útero. Se toma el cervix y se procura una sonda uterina hacia la cavidad. Si se encuentra resistencia el intento es renovado con una sonda introducida como una sonda uterina. (2, 7). Una cierta cantidad de fuerza es a veces inevitable. Cuando alguna de las sondas atraviezan el obstáculo hacia el pasaje cervical este es gradualmente dilatado hasta llegar a un número 7-8, esto concluye la intervención. (2). Según Daughaday y Frawley el tratamiento es el siguiente: Incluye raspado, con empleo liberal de dilatadores de Hegar No. 6 dentro de la cavidad intrauterina, después de la operación

se administra en dosis elevadas, por ejemplo 25-50 mg. de estilbestrol diariamente durante 20 días, con Progesterona en aceite, 100 mg. por vía intramuscular al día vigésimo, para estimular los restos endometriales con el fin de que proliferen. (8). Según otros autores el SINDROME DE ASHERMAN se trata con una dilatación y legrado con rompimiento de las sinéquias y si fuera necesario usar una tabla de histeroograma que asegura una cavidad uterina libre. Investigaciones del tratamiento clínico indican que la histeroscopia con lisis y visualización directa, es preferible a la dilatación y legrado que es efectuado a ciegas. En el legrado se coloca un dispositivo intrauterino, la paciente se trata con dosis altas de estrógenos conjugados, dejando una semana de por medio, este tratamiento hormonal se continúa por seis meses. (ejemplo: Premarin 10 mg. diarios por 3 semanas). El dispositivo intrauterino es usualmente removido después de tres sangrados. (6).

Rara vez encontramos pacientes donde la obstrucción es tan sólida o masiva que la abertura de los dilatadores es imposible, en estos casos una intervención quirúrgica de la zona en vuelta resuelve el problema, o poner sonda desde arriba será necesario. (2). El resultado es sorprendente, hasta la extensión de predicción de la fecha exacta de la próxima menstruación de la paciente; ocurrirá cuatro semanas

después de los dolores parecidos a los de la menstruación o al final de la fase secretoria de la temperatura basal. Una biopsia endometrial nos indica inmediatamente regeneración del endometrio atrofiado. (2).

Procedimientos quirúrgicos complicados, basados en suposiciones erróneas que el endometrio ha sido destruido por medio de un legrado vigoroso y que puede ser reemplazado por trasplante de tejido tubárico o endometrial ha sido probado. La evaluación clínica nos indica que es la recanalización del cervix y no tanto el trasplante el que invariablemente nos lleva a los efectos terapéuticos, en este caso el trasplante no tiene ningún valor. (2).

#### ADHERENCIAS CORPORALES

Obstrucción regional de la cavidad uterina de una conglutinación parcial de las paredes uterinas opuestas es una condición frecuente. (2).

DIAGNOSTICO: Este puede hacerse por histeroscopia, por ultrasonido, por radiografía cuando los síntomas clínicos son ausentes. Un grado de hipomenorrea se relata por la extensión del área obstruida o una tendencia a aborto, pero estos son síntomas inconclusos. Las radiografías muestran partes con defecto de llenado (simple o múltiple), (pequeñas ex-

tensas) de varias capas como ventanas, o como árboles, en diferentes figuras ya sea redondo o alargado. (2, 4).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Las adherencias se distinguen fácilmente de formaciones que se proyectan hasta la cavidad uterina, tales como polípos, leiomiomas submucosos o incluso burbujas de aire dentro de la cavidad. Las burbujas de aire pueden aparecer como defectos de llenado en la radiografía, pero después de una inyección adicional del medio de contraste, cambia el tamaño de las burbujas y finalmente desaparecen. Los defectos de llenado debido a las adherencias por otro lado permanecen incambiables, hasta aun cuando la presión de llenado del medio de contraste es intensificado, o la cantidad del medio de contraste es incrementado. (2).

Finalmente la inactividad endometrial temporal puede provocarse en forma inadvertida por uso de progestacionales, en particular del tipo de DEPROMEDROXIPROGESTERONA (Progesterona de depósito). (4).

ANATOMIA PATOLOGICA: Hay veces que las adherencias son delicadas consistiendo solamente en tejido endometrial, pero como regla ellas son sólidas, musculares o fibromusculares, y son cubiertas con una capa delgada de endometrio. (2). Durante el embarazo estas ad

herencias reaccionan como cicatrices post-cesáricas y toman parte del crecimiento muscular. No impiden la recesión de las paredes conclutinadas o su crecimiento. Son transfigurados o sea que se ven como cordones, bandas o puentes carnales de un tejido hipertrófico fibromuscular, enseñando la superficie una reacción decidual. (2).

**TERAPIA:** La separación digital de las adherencias a través de una histerotomía abdominal da resultados satisfactorios mediante la restauración de la cavidad a su tamaño normal. El mismo efecto se produce mediante un procedimiento más fácil y menos ofensivo, necesitando tan solo una corta hospitalización y una separación con intervención quirúrgica de las adherencias a través del canal cervical dilatado, como está escrito en párrafos anteriores. (2, 3,) y la terapéutica intensiva con estrógenos, son los coadyuvantes importantes. (4). Los estrógenos administrados en dosis crecientes mensualmente (etinilestradiol 0.1 mg/día por 21 días) con la condición periódica de progesterona (acetato de medroxiprogesterona 10mg/día durante los últimos siete días) hasta que la supresión del sangrado sea producida. (7).

Comninos y Zourlas han descrito el empleo de una sonda de Foley colocada en la cavidad uterina induflada gradualmente con 20 ml.

de solución salina, los éxitos obtenidos con cualquiera de estos métodos probablemente debe atribuirse al poder de regeneración del endometrio cuando el cuello es permeable. (6, 10).

Klein y García aportaron a la terapia un tratamiento que consiste en una dilatación completa y legrado seguido por inserción vaginal entre la cavidad uterina de una sonda de Foley pediátrico llenando el balón con 3 cc. (5, 10). Esto es dejado en el útero por 5-7 días con prescripción de antibióticos de amplio espectro, que son usados antes de la operación y por 7-10 días después de la misma. Los estrógenos conjuntos son dados oralmente en dosis de 5-7.5mg/día en dosis divididas en 21 días seguidos por Medroxiprogesterona por cinco días. (5, 9). Este programa de administración es continuado por varios ciclos. Estos incluyen dexametasona y la prometazina durante el preoperatorio inmediato y la fase post-operatorio. El uso de un teflón inerte o de un cateter o sonda de Foley puede mejorar los resultados por disminución de la inflamación respecto a un cuerpo extraño intrauterino. Usando estos sistemas de tratamiento Klein y García reportaron que de once pacientes una regresó al flujo normal, seis se les estableció embarazo y cuatro llegaron al término. (5, 9).

**PRONOSTICO:** No hay seguridad que las adherencias no formen parte en impedir la con

cepción de la paciente; personalmente pensamos que depende del grado o la seriedad de las adherencias; removerlas puede que no sea necesario. Por otro lado cuando la correlación entre aborto y las adherencias han sido establecidas y una intervención quirúrgica puede dar esperanzas, a que desaparezca la tendencia de aborto antes que el útero fuera dañado. Por remodelamiento del útero se corrige las adherencias, el intento no es corregir al útero en su totalidad. (2).

**PROPHILAXIS:** La incidencia creciente de adherencias traumáticas llaman por medidas prophylacticas: Legrado post-parto deben ser evitados hasta donde sea posible puesto que ellos constituyen el factor principal en el desarrollo de severas e intensas conglutinaciones. La placenta por consiguiente debe ser investigada o inspeccionada con mucho cuidado y si existen dudas en cuanto a su integridad una exploración manual del útero y remover lo que quedó de la placenta es lo más indicado. Debe entonces, ser esencial enfatizar para prevenir el cuidadoso manejo del tercer estadio del parto, incluye palpación intrauterina, el obstetra asegura que el parto es completo y que la cavidad uterina está vacía. La hemorragia durante el crítico período de 2 a 3 semanas después del parto debe ser manejado con descanso y oxitócicos. (1). Sangrado debido a atrofia, infección, una dispareja regeneración del endometrio, responde a un tratamiento conservador sin necesidad de recurrir al legrado. El aborto requiere un tratamiento activo tan pronto se haya diagnosticado sin estar esperando por semanas o meses por una evacuación espontánea a ocurrir. (2).

Si un útero post-parto o post-aborto debe ser tratado con legrado la inserción de una gaza entre la cavidad hasta el fondo por 24 horas puede prevenir adherencias en cualquier parte del útero. (2). Personalmente considero que el riesgo de infección se aumenta dada la baja incidencia de esta patología, no lo considero indicado. Consideramos que en vista de que el aborto ya se ha autorizado en algunos países desarrollados, el problema irá en aumento, por lo que estas medidas profilácticas deben tomarse muy en cuenta.

Otros estudios de la amenorrea secundaria concluyen que no tiene relación el síndrome de Asherman con la Hiperprolactinemia ni con los tumores en pituitaria. ( Ver anexo No. 2) (11).

También concluyen que una de las causas ocasionales de la amenorrea es la endometritis tuberculosa. Facilitará a este diagnóstico la biopsia endometrial con cultivo del producto del raspado, igual que las radiografías y las cutireacciones. (5,6,8). El tratamiento es la medicación antituberculosa (Isonia

zida, Estreptomicina y ácida Paraaminosalicilico) para los casos leves. En presencia de masas tubáricas palpables, la salpingovariectomía bilateral con histerectomía total ha de seguir al tratamiento médico. (8).

### III. JUSTIFICACIONES:

El presente estudio se hace necesario dada la poca literatura que existe sobre el SINDROME DE ASHERMAN, esperando así proporcionar un conocimiento más amplio al personal médico, que permita un mejor diagnóstico y tratamiento de la AMENORREA TRAUMÁTICA.

La Precaución al efectuar un legrado postparto o post-aborto, así como un tratamiento efectivo del SINDROME DE ASHERMAN, evitará mayor incidencia del problema que afecta a algunas parejas en nuestro medio.

#### IV. OBJETIVOS

1. Adquirir conciencia del problema que produce el legrado, en pacientes post-parto o post-aborto; al ser efectuado drásticamente.
2. Tener siempre presente la posibilidad de este Síndrome al efectuar un legrado, da da las repercusiones sobre la fertilidad - futura de la pareja.
3. Que en fechas futuras el Síndrome sea to mado en cuenta en el diagnóstico diferencial de la Amenorrea Secundaria.
4. Establecer una secuencia lógica del proce dimiento diagnóstico y terapéutico para el mejor manejo de las pacientes que pre sentan SÍNDROME DE ASHERMAN.
5. Preconizar el test de Supresión de Pro - gesterona como método diagnóstico en las Amenorreas Secundarias.

#### V. HIPOTESIS

El legrado es el común denominador para que se desarrolle el:

SÍNDROME DE ASHERMAN

## VI. MATERIAL Y METODOS

1. Pacientes consultantes a la clínica de fertilidad del Hospital General San Juan de Dios, en quienes se sospecha el Síndrome Del 15 de Febrero de 1977 al 31 de Abril de 1978, tiempo en que se tomó la clínica de infertilidad personalmente por el Dr. López V.
2. Revisión de Historias Clínicas de las pacientes que presentaron la enfermedad.
3. Revisión de Radiografías e informes radiológicos de pacientes que presentaron este síndrome.
4. Seguimiento de las pacientes, después de tratamiento.

## VII. PROCEDIMIENTOS

Este estudio se realizó en 150 pacientes - que consultaron a la clínica de fertilidad del Hospital San Juan de Dios, del 15 de febrero de 1977 al 30 de abril de 1978. Encontrándose únicamente seis casos con el diagnóstico de SINDROME DE ASHERMAN.

Para la presentación de los datos recopilados se hizo por medio de porcentajes; tomando en cuenta que solo fueron encontrados seis casos.

### a. Antecedentes obstétricos:

En los antecedentes obstétricos encontramos que el 66.66% fueron primigestas y el 33.33% multíparas; de estas seis pacientes el 33.33% presentaron aborto y solo el 16.66% de estas pacientes presentaron cesaria.

b. Antecedentes:

<u>Clase de Manipulación</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
Legrado post-parto	2	33.33%
Legrado post-aborto	1*	16.66%
Cesarea	1	16.66%
Infección	1	16.66%
Apuñalamiento	1	16.66%

En la tabla anterior es notorio que el legrado post-parto tiene la mayor incidencia como antecedente del SINDROME DE ASHERMAN. El 50% tiene antecedente de legrado, de estos legrados uno de ellos se efectuó para vaciar una mola. El resto, 33% post-parto.

Llama la atención que una paciente tiene el antecedente de la paratomía exploradora - por heridas penetrantes en abdomen quedando amenorréica desde esa fecha, sin embargo, - los hallazgos clínicos, radiológicos y por tratamiento sugieren un SINDROME DE ASHERMAN.

\* Legrado post-mola hidatiforme

De aquí podemos decir que el legrado es la causa predominante en el SINDROME DE ASHERMAN. Las demás causas como cesarea, infección y apuñalamiento tiene el 16.66%, cada una del total de los casos encontrados.

Son importantes los síntomas y signos que se describen a continuación, los cuales ayudan al diagnóstico.

c. Manifestaciones Diagnósticas:

<u>Manifestaciones</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
Dismenorrea	4	66.66%
Hipomenorrea *	1	16.66%
Amenorrea	6	100.00%
Infertilidad	6	100.00%

\* Una de las pacientes presentó hipomenorrea, previo a quedar amenorréica definitivamente.

Aquí encontramos que el 66.66% de las pacientes presentaron dismenorrea; el 16.66% que corresponde a una paciente la cual presentó hipomenorrea después del legrado. A la vez notamos que el 100% refiere amenorrea secundaria e infertilidad secundaria; ninguna de las pacientes refirió hipermenorrea, ni aborto habitual.

d. Métodos diagnósticos

Los métodos diagnósticos que se usan en la clínica de fertilidad son: No respuesta al test de supresión de la progesterona, historosalpingograma y la biopsia endometrial, como se presenta a continuación.

Respuesta al test de Supresión	No.	%
De la Progesterona	0	0% Respuesta
Histerosalpingograma	6	100% diagnóstico tico.
Biopsia endometrial	4	66.66% Efectuó

El test de Supresión de la Progesterona se efectúa así: A la paciente que consulta por amenorrea se le administra; Acetato de Medroxiprogesterona, (Provera o Farlutal) 10mg. por vía oral durante cinco días o 50mg. de Acetato de Medroxiprogesterona intramuscular,

esperando 10 días para poder tener ya conclusiones con el resultado. (ver anexo No. 1). Se puede notar que ningún paciente respondió a este test. En cuanto las histerosalpingografías, todas demostraron defecto de llenado, ya que el medio de contraste quedó únicamente en la cavidad uterina, reportando el estudio como insatisfactorio.

Solo el 66.66% se le encontró biopsia de endometrio, las razones fueron porque no se encontraron en las papeletas o se habían extraviado. Dichos reportes refirieron no haber glándulas endometriales.

De las pacientes que se les efectuó biopsia endometrial, se encuentra la paciente que presentó Mola, teniendo el reporte como mola hidatiforme con coriocarcinoma, la paciente fue sometida a tratamiento con Methatrexate y sus últimos exámenes reportaron: Gonadotrofina en orina de 24 horas, normales, Rayos X de Torax normal y centellograma hepático, normal.

e. El tratamiento:

El tratamiento aplicado a estas pacientes para el diagnóstico de amenorrea traumática, fue el mismo para todas, cambiando únicamente en los estrógenos.

Se efectuó legrado, se colocó el dispositi-

... método intrauterino.

Al 66.66% se administró:

NORETILNODREL ... 2.5mg.  
X 20 días  
MESTRANOL ... 2.mcg.

Al 33.33% con:

VALERIANATO DE ESTRADIOL 2.mg.X 20 días

#### RESULTADOS DEL TRATAMIENTO:

	Total	%
Menstruaron	4	66.66%
No menstruaron	2	33.33%
Total	6	100.00%

Complicaciones: Durante la dilatación de una de las pacientes se perforó la pared posterior del útero. Actualmente es una de las dos pendientes de tratamiento.

#### VIII. CONCLUSIONES

1. El presente trabajo nos demuestra que el mejor método diagnóstico fué el Histerosalpingograma.
2. La amenorrea traumática es un Síndrome poco frecuente en las Clínicas Privadas, como en las de los Hospitales Generales, pero consideramos que en países desarrollados el problema irá en aumento por la legalización del aborto.
3. La amenorrea secundaria es un síntoma predominante en el SINDROME DE ASHERMAN.
4. La infertilidad es un síntoma también predominante en el SINDROME DE ASHERMAN.
5. El histerosalpingograma nos permitió confirmar el SINDROME DE ASHERMAN en el 100% de los casos.
6. El Test de Supresión de la Progesterona debe ser usado más frecuentemente al evaluar a la paciente con amenorrea secundaria, ya que es un método diagnóstico sencillo y económico para el Hospital y la paciente.

7. El legrado es frecuente como antecedente en el SINDROME DE ASHERMAN.
8. La incidencia del SINDROME DE ASHERMAN en la población infértil que asiste al Hospital San Juan de Dios es bajo, no habiendo encontrado reportado en la literatura incidencia en ninguna población específica.

## IX. RECOMENDACIONES

1. Descartar otras posibilidades antes de concluir en el diagnóstico de SINDROME DE ASHERMAN.
2. El tratamiento de las infecciones y hemorragia post-parto deberán ser tratados con Oxitócicos y antibióticos adecuados, evitando hasta donde sea posible el legrado vaginal.
3. El manejo del tercer período del parto debe ser cuidadoso, revisando detenidamente la placenta ya que es preferible efectuar la extracción digital inmediata si hubiese retención; a un legrado 3 u 8 días post-parto.
4. Se recomienda para el tratamiento del SINDROME DE ASHERMAN al igual que otros autores, el uso de dilatación, legrado (liberación gentil de adherencias), colocación de un dispositivo intrauterino y la administración de estrógenos.
5. Si la paciente posteriormente se embaraza, es recomendable llevar un cuidadoso control prenatal, por las consecuencias que puedan presentarse.

ESQUEMA DE EVALUACION DE LA AMENORREA SECUNDARIA



(7)

ANEXO No. 2

Relación existente entre la asociación clínica y el diagnóstico final en pacientes con Amenorrea sin Galactorrea.

El cuadro sugiere que el Síndrome de Asherman no tiene relación con la Galactorrea ni con tumores hipofisarios.

Asociación Clínica	No. Pa- cientes	No. con Hi- per prolac- tinemia	No. con tumor
Contraceptivos Orales	27	1	0
Post-Parto	*5	2	0
Pérdida de Peso	7	0	0
Amenorrea des- pués de Oligome- norrea prolongada	9	0	0
Sin asociación clí- nica aparente.	12	3	2
Total:	60	5	2

\* Tres pacientes con Síndrome de Asherman. (11).

XI. BIBLIOGRAFIA

1. JENSEN P.A. & STROMME W. B.: Amenorrhea Secondary to Puerperal Curettage (Asherman's Syndrome) American Journal of Obstetrics and Gynecology, 113: 150-152.
2. ASHERMAN., JOSEPH G.: Obstetrics, 13a. ed., W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1966, pp 972-976.
3. WILSON, J.R., C.T. BEECHAM & CARRINGTON.: Obstetricia y Ginecología, 4a. Ed. trad. Dr. José María Carrera - Macia. Salvat, Barcelona, 1974, p. 74.
4. BEENSON, PAUL B. & W. McDERMOTT Tratado de Medicina Interna de Cecil-Loeb, 13a. ed. Trad. Alberto Folch y Pi.: Interamericana, México, 1972 p. 1907.
5. HUNT, J.E. & E.E. WALLACH.: Uterine Factors Infertility an Overview, Clinical Obstetrics American Gynecology. Vol. 17 No. 4. Dec 1974 pp. 47-49.

6. SPEROFF, L.P.R.H. GLASE & N.G. KASE.: Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility. The Williams & Wilkins Co., Baltimore 1975 p. 78.
7. FABER, MARTIN., Evaluation of Secondary Amenorrhea, Clinical Obstetrics and Gynecology Comulative Index. Vol. 20 No. 4 cember 1970 pp 8-6-808.
8. DAUGHADAY, W. & T.F. FRAWLEY.: Clínicas Médicas de Norteamérica Trad. Alberto Folch y Pi. Interamericana, México, 1968, pp 347-348, 351-353.
9. MATUTE R. MANUEL: Manejo de problemas uterinos causantes de Esterilidad. El manejo de pareja Esteril, IMSS. México 1975 pp. 111-123.
10. NOVAK., E., G. SEEGAR JONES, & H. JONES Jr.: Tratado de Ginecología. 8a. ed. Trad. Alberto Folch y Pi., Interamericana, México, 1971. pp. 689-690.
11. SHERMAN R.P., et. al.: Impact of new diagnostic methods and differential diagnosis and treatment of secondary Amenorrhea. Lancet 1 (8023): 1195-7, 4 Jun. 77.

Br. Jorge Eduardo Casasola Vanegas

Dr. Aroldo López Villagrán  
Asesor

Dr. Enrique Duarte  
Revisor

Dr. Julio De León  
Director de Fase III

Dr. Raúl A. Castillo R.  
Secretario General

Vo. Bo.

Dr. Rolando Castillo Montalvo  
Decano