



Futuro reproductivo en pacientes con síndrome de Asherman postratamiento

Oliver Paul Cruz Orozco,* Guillermo Castellanos Barroso,** Fernando Gaviño Gaviño,* Julio de la Jara Díaz,**
Jorge García Vargas,** Armando Miguel Roque Sánchez**

RESUMEN

Antecedentes: la histeroscopia quirúrgica es el método óptimo para el tratamiento de pacientes con síndrome de Asherman y deseos reproductivos, porque permite que el diagnóstico sea rápido y tratar las adherencias uterinas parciales o totales. Sin embargo, en la actualidad son pocos los estudios de pronóstico reproductivo en pacientes con síndrome de Asherman.

Objetivo: evaluar la repercusión de la adherenciólisis histeroscópica en el futuro reproductivo de mujeres con síndrome de Asherman.

Pacientes y método: estudio de cohorte retrospectivo efectuado en 39 pacientes con diagnóstico de síndrome de Asherman intervenidas mediante histeroscopia quirúrgica para adherenciólisis de las sinequias por medio de energía bipolar. Las pacientes se atendieron entre enero de 2006 y junio de 2011.

Resultados: se revisaron 39 expedientes de pacientes en quienes se restauró el ciclo menstrual en el transcurso de los primeros tres meses posthisteroscopia. El porcentaje de embarazo posterior al tratamiento histeroscópico fue de 71.7% (28/39), con hijo vivo en casa en 28.2% de los casos (11/39). No hubo diferencia estadística en cuanto al logro de embarazo a término completo con base en un punto de corte de 35 años. El antecedente de patrón menstrual previo a la histeroscopia se relacionó con el éxito perinatal. El 100% de los embarazos se logró de manera espontánea antes del primer año posterior al procedimiento.

Conclusiones: el embarazo espontáneo posterior a la adherenciólisis histeroscópica en pacientes con síndrome de Asherman es posible. Se corroboró la viabilidad del uso de energía bipolar para restaurar el tamaño y la forma de la cavidad uterina con el mínimo daño endometrial con fines reproductivos.

Palabras clave: síndrome de Asherman, histeroscopia, embarazo, futuro reproductivo postratamiento, medroxiprogesterona.

ABSTRACT

Background: Hysteroscopy is the best approach for the management of Asherman syndrome with reproductive purposes, since it allows a quick diagnosis and treatment of partial or total uterine adhesions. However, there are a few studies on the reproductive outcome in patients with Asherman's syndrome.

Objective: Evaluate the results of adherenciólisis hysteroscopy in women with Asherman's syndrome.

Patients and methods: We performed a cohort study of thirty-nine patients diagnosed with Asherman's syndrome and who underwent surgical hysteroscopic adherenciólisis by bipolar energy through the period from 2006 to June 2011.

Results: Thirty-nine cases were reviewed. All patients restored their menstrual cycle in the course of the first three months after surgery. The pregnancy rate after hysteroscopic treatment was 71.7% (28/39), with a son living at home in 28.2% of the cases (11/39). There was no statistical difference to achieve term pregnancy based on a cut-off point at 35 years of age. A history of menstrual pattern before hysteroscopy was associated with perinatal success. All pregnancies were achieved spontaneously within the first year after the procedure.

Conclusions: Spontaneous pregnancy is possible after hysteroscopic adherenciólisis in Asherman's Syndrome. It confirms the viability of using bipolar energy to restore the size and shape of the uterine cavity with minimal endometrial damage and with an exclusive reproductive purpose.

Key words: Asherman's Syndrome, hysteroscopy, pregnancy, post-treatment fertility, medroxyprogesterone.

RÉSUMÉ

Antécédents : l'hystérocopie opératoire est la méthode optimale pour le traitement de patients atteints du syndrome d'Asherman et désirs en matière de reproduction, car elle permet le diagnostic est plus rapide et beaucoup avec partielles ou totales des adhérences utérines. Cependant, il existe actuellement peu d'études sur les résultats de reproduction chez les patients atteints du syndrome d'Asherman.

Objectif : évaluer l'impact de l'avenir adherenciólisis hystérocopique génésique des femmes atteintes du syndrome d'Asherman.

Patients et méthodes : étude de cohorte menée dans 39 rétrolective patients diagnostiqués avec le syndrome de la chirurgie Asherman par hystérocopie opératoire pour adherenciólisis de synéchies par bipolaire de l'énergie. Les patients ont été traités entre Janvier 2006 et Juin 2011.

Résultats: Nous avons examiné 39 dossiers de patients chez lesquels le cycle menstruel a été restauré au cours des trois premiers posthystérocopie mois. Le taux de grossesse après traitement hystérocopique était de 71,7% (28/39) avec le fils vivant à la maison dans 28,2% des cas (11/39). Il n'y avait pas de différence statistique dans la réalisation de grossesse à terme basé sur une coupure de 35 ans. Une histoire de cycle menstruel avant hystérocopie a été associé à une issue périnatale. 100% des grossesses ont été obtenues spontanément au cours de la première année suivant la procédure.

Conclusions: La grossesse spontanée après la adhérenciolisis hystérocopique chez les patients atteints du syndrome d'Asherman est possible. Il a été confirmé la faisabilité de l'utilisation de l'énergie bipolaire pour restaurer la taille et la forme de la cavité utérine avec des dommages minimes endomètre à des fins reproductives.

Mots-clés: syndrome d'Asherman, hystérocopie, la grossesse.

RESUMO

Antecedentes: a histeroscopia cirúrgica é o método ideal para o tratamento de pacientes com síndrome de Asherman e desejos reprodutivos, pois permite o diagnóstico é mais rápido e lidar com parciais ou totais aderências uterinas. No entanto, atualmente existem poucos estudos de performance reprodutiva em pacientes com síndrome de Asherman.

Objetivo: Avaliar o impacto das futuras adhérenciolisis histeroscópica reprodutiva das mulheres com síndrome de Asherman.

Pacientes e métodos: estudo de coorte realizado em 39 retrolective pacientes diagnosticados com síndrome de Asherman cirurgia por histeroscopia operatória para adhérenciolisis de sinéquias por bipolar energia. Os pacientes foram tratados entre janeiro de 2006 e junho de 2011.

Resultados: Foram revisados 39 prontuários de pacientes nos quais o ciclo menstrual foi restaurado durante o primeiro posthystérocopia de três meses. A taxa de gravidez após o tratamento histeroscópico foi de 71,7% (28/39) com o filho de viver em casa, em 28,2% dos casos (11/39). Não houve diferença estatística na realização de termo gravidez baseado em um corte de 35. A história do padrão menstrual antes da histeroscopia foi associada com resultados perinatais. 100% das gravidezes foram alcançados espontaneamente durante o primeiro ano após o procedimento.

Conclusões: A gravidez espontânea depois do adhérenciolisis histeroscópica em pacientes com síndrome de Asherman é possível. Confirmou-se a viabilidade da utilização de energia bipolar para restaurar o tamanho ea forma da cavidade uterina com danos endometrial mínima para efeitos de reprodução.

Palavras-chave: Síndrome de Asherman, histeroscopia, a gravidez.

El síndrome de Asherman, según la definición original del mismo investigador,¹ es consecuencia de un traumatismo en el endometrio que oblitera parcial o total de la cavidad uterina, el canal cervical o ambos, y da lugar a trastornos menstruales, infertilidad y pérdida gestacional recurrente. Su prevalencia varía en las diferentes poblaciones estudiadas y según el método utilizado para su diagnóstico.

El diagnóstico de síndrome de Asherman debe hacerse sólo en mujeres con síntomas clínicos.² Hay casos en los que la formación de adherencias intrauterinas no está asociada con un síntoma. En estos casos debe evitarse el término *síndrome de Asherman* porque no integra el síndrome; debe utilizarse el término *adherencias intrauterinas asintomáticas*. El diagnóstico del síndrome de Asherman debe basarse en:³

- Una o más de las características clínicas: amenorrea, hipomenorrea, infertilidad, pérdida gestacional recurrente o antecedentes relacionados con la placenta previa o acretismo.
- Adherencias intrauterinas identificadas por histeroscopia o fibrosis intrauterina confirmada por un estudio histológico.

El sistema de clasificación de la Sociedad Americana de Fertilidad (ahora llamada Sociedad Americana de Medicina Reproductiva) señala tres etapas de la enfermedad con base en la extensión dentro de la cavidad, el tipo de adherencia vista al momento de la histeroscopia y el patrón menstrual de la paciente.³

La histeroscopia quirúrgica es el método óptimo para el diagnóstico rápido y tratamiento de las adherencias

* Subespecialista en Biología de la Reproducción Humana.

** Residente de quinto año de la Subespecialidad en Biología de la Reproducción Humana.

*** Subdirector de Medicina Reproductiva. Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de Los Reyes. México, DF.

Correspondencia: Dr. Guillermo Castellanos Barroso, Instituto Nacional de Perinatología.

Correo electrónico: guillermocbarroso@me.com

Recibido: 23 de agosto 2011. Aceptado: 10 de mayo 2012.

Este artículo debe citarse como: Cruz-Orozco OP, Castellanos-Barroso G, Gaviño-Gaviño F, De la Jara-Díaz J, García-Vargas J, Roque-Sánchez AM. Capacidad reproductiva en pacientes con síndrome de Asherman después de una adhérenciolisis histeroscópica. Ginecol Obstet Mex 2012;80(6):389-393.

uterinas parciales o totales. Sin embargo, existen pocos estudios acerca del pronóstico reproductivo en pacientes con síndrome de Asherman.⁴ El grupo de Fernandez-Hervé realizó un estudio de la eficacia de la histeroscopia y la fertilidad subsecuente; reportó un porcentaje de embarazo de 43.8%, con hijos vivos en 32.8% de los casos de síndrome de Asherman grado 3 y 4 utilizando energía monopolar o bipolar.⁵

PACIENTES Y MÉTODO

Estudio de cohorte retrolectivo consistente en la revisión de todos los expedientes de mujeres con sinequias uterinas a quienes se realizó histeroscopia quirúrgica en el Departamento de Infertilidad del Instituto Nacional de Perinatología entre enero de 2006 y junio de 2011. Se incluyeron todos los casos que cumplieron con los criterios de inclusión: sinequias uterinas, síndrome de Asherman, cirugía histeroscópica con energía bipolar y adecuado seguimiento de las mujeres en el periodo de estudio. Se estudiaron 39 casos. En los expedientes clínicos se revisaron las características sociodemográficas, los métodos diagnósticos, el registro quirúrgico y las tasas de fertilidad. Se excluyeron los expedientes sin datos completos para obtener las variables del estudio.

El análisis estadístico se realizó con el paquete PASW versión 18.0 (SPSS Inc, Chicago, Illinois, EUA). Las características sociodemográficas de la población se estudiaron con estadística descriptiva, proporciones para variables cualitativas y media con desviación estándar para variables cuantitativas. Se realizó un análisis interno entre variables para evaluar las diferencias estadísticas con prueba de χ^2 y prueba exacta de Fisher; la $p < 0.05$ se consideró significativa.

Esta investigación se ajusta a las normas éticas internacionales, a la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Seres Humanos y a la Declaración de Helsinki.

RESULTADOS

Las características de las pacientes se muestran en el Cuadro 1. Entre ellas, 38 pacientes (97%) tenían antecedentes de legrado uterino instrumental y una de miomectomía abierta con ingreso a cavidad (3%). Se analizó el patrón menstrual previo a la adherenciólisis

por histeroscopia y su relación con el embarazo (Cuadro 2), así como el patrón menstrual previo a la histeroscopia y su relación con los datos quirúrgicos con base en la clasificación de la Sociedad Americana de Fertilidad (Cuadro 3).⁶

Se analizaron los antecedentes obstétricos y el embarazo subsecuente e hijo vivo en casa posteriores a la adherenciólisis histeroscópica (Cuadro 4). Todas las pacientes que acudieron al Instituto con diagnóstico de pérdida gestacional recurrente y síndrome de Asherman y que fueron intervenidas por histeroscopia quirúrgica lograron un embarazo y 78.6% tuvieron un hijo vivo en casa.

En el estudio participaron 32 pacientes menores de 35 años (82%). Se logró el embarazo posterior al tratamiento histeroscópico del síndrome de Asherman en 17 de ellas (53%), 10 (59%) tuvieron un hijo vivo en casa. Entre las siete pacientes mayores de 35 años (18%), dos lograron un embarazo (29%) y una tiene un hijo vivo en casa (50%).

En todas las pacientes se realizó histeroscopia quirúrgica con anestesia general. El procedimiento de adherenciólisis se realizó con electrocirugía bipolar (Versapoint®) con solución fisiológica NaCl al 0.9% como medio de distensión.

Los resultados reproductivos fueron: tres pacientes (27.2%) lograron un embarazo en menos de un año después del tratamiento, cuatro (36.3%) después de un año, tres (36.3%) después de dos y una paciente (5.2%) después de cuatro años. La evolución de los 11 embarazos logrados (57.8%) se detalla en el Cuadro 5.

De las 11 mujeres con un hijo vivo en casa, nueve lograron que el embarazo llegara a término (78%); a dos de ellas (14%) se les hizo cerclaje cervical por incompetencia cervical. En las dos pacientes restantes, el embarazo pretérmino fue secundario a rotura prematura de membranas.

Cuadro 1. Características de las pacientes

	<i>n</i>	<i>DE</i>
Edad	39	30.9 ± 4.8
Escolaridad(años)	39	3.69 ± 0.9
Menarquia	39	12.23 ± 1.4
Inicio de vida sexual	39	20.7 ± 4.1
Número de parejas sexuales	39	1.5 ± 0.7

Cuadro 2. Patrón menstrual previo a la adherenciólisis por histeroscopia y su relación con el embarazo

<i>Patrón menstrual antes del tratamiento (n:39)</i>	<i>n</i>	<i>Embarazo</i>	<i>Parto</i>	<i>Aún embarazada</i>	<i>Cesárea</i>	<i>Aborto</i>	<i>Ectópico</i>
Amenorrea	3	0	0	0	0	0	0
Opsoamenorrea	2	1	0	0	1 (inmaduro)	0	0
Hipomenorrea	14	9	1	1	3 (2 inmaduro)	4	0
Eumenorrea	20	18	4	3	5	5	1

Cuadro 3. Patrón menstrual previo a la histeroscopia con un puntaje de acuerdo con los datos quirúrgicos según la clasificación de la AFS

<i>Patrón menstrual antes del tratamiento (n:39)</i>	<i>n</i>	<i>Leve 1-4 puntos</i>	<i>Moderado 5-8 puntos</i>	<i>Severo 5-8 puntos 9- 12 puntos</i>	<i>Embarazo</i>
Amenorrea	5	1	4	4	1
Hipomenorrea	14	9	4	1	9
Eumenorrea	20	16	4	0	18

Cuadro 4. Antecedentes obstétricos y resultados reproductivos posteriores a la adherenciólisis

<i>Antecedentes obstétricos y resultados reproductivos posteriores a la adherenciólisis*</i>	<i>Tasa de embarazo n (%)</i>	<i>Tasa de hijos en casa n (%)</i>
Infertilidad primaria	1/2 (50%)	1/2 (50%)
Pérdida gestacional recurrente	14 /14 (100%)	11/14 (78.6%)
Infertilidad secundaria	4/6 (66.7%)	2/6 (33.3%)
Embarazo espontáneo	19/19	8/19 (42%)
Embarazo asistido por FIV	0/4	--
Aborto espontáneo	4/19	--
Pérdida del segundo trimestre	2/19	--

* Algunas pacientes presentaron uno o más factores.

Cuadro 5. Resultados perinatales en pacientes con síndrome de Asherman posteriores a la adherenciólisis histeroscópica

	<i>N</i>	<i>DE</i>
Semanas de gestación	11	
Término (>37semanas)	9	38.4 ± 1.6
Inmaduro (<27 semanas)	2	26.1 ± 0.5
Nacidos vivos	11	
Peso (kg)		
Neonato a término		3207 g ± 567.5
Pretérmino		850 g ± 20
Talla (cm)		
Neonato a término		49.4 cm ± 2.7
Pretérmino		33 cm ± 1
APGAR a los 5 minutos (puntos)		
Neonato a término		7 ± 1
Pretérmino		8 ± 1

DISCUSIÓN

El diagnóstico y tratamiento del síndrome de Asherman han mejorado progresivamente con el advenimiento de la histeroscopia quirúrgica, que permite que se restaure el tamaño y forma de la cavidad uterina y sea posible que el embarazo llegue a término.^{9,10}

En otros dos estudios internacionales, el mayor porcentaje de embarazo con hijo vivo en casa reportado es de 32.8%.^{5,7,8} En nuestro estudio se obtuvo 28.2%. Sin embargo, esta cifra no es absoluta porque ahora hay tres pacientes embarazadas (dos pacientes en el tercer trimestre y una en el segundo trimestre). Si el desenlace perinatal es exitoso, el porcentaje será 35.9% y superará el de las mejores series.

Los artículos de revisión de este tema sugieren el uso de energía fría para la adherenciólisis vía histeroscópica para disminuir el riesgo de complicaciones térmicas y minimizar el daño endometrial.³ Sin embargo, en este estudio se demostró que con la capacitación adecuada, la técnica de Versapoint® puede ser una opción quirúrgica viable que logre obtener un endometrio funcional para lograr el embarazo.

El porcentaje de embarazos a término alcanzado en este estudio demuestra la dificultad de conseguir que el endometrio sea adecuado para la implantación, incluso después de la restitución adecuada de la forma y tamaño de la cavidad uterina. Esto concuerda con los resultados de estudios previos.^{5,7,8}

Los estudios publicados hasta el momento no presentan los resultados perinatales en relación con la clasificación quirúrgica de las adherencias intrauterinas previa a la histeroscopia. En nuestro estudio el síndrome de Asherman se trató en los tres estadios. Se encontró relación del grado de severidad de las adherencias previo a la histeroscopia quirúrgica con el desenlace perinatal (Cuadro 3).

La complicación obstétrica observada con más frecuencia en la bibliografía⁴ es el acretismo placentario, con incidencia de 8%. En nuestro estudio no se encontró alteración alguna de la inserción placentaria. Sólo se observó rotura prematura de membranas en dos pacientes que posteriormente tuvieron un embarazo pretérmino con hijo vivo en casa. En una de ellas se realizó histerectomía obstétrica por atonía uterina.

En 19 pacientes se logró el embarazo; 11 de ellas con hijo vivo en casa; tres más, aún embarazadas, en el segundo y tercer trimestres, y con embarazo normoevolutivo. Hay que recalcar que 80% de los embarazos se lograron antes del primer año posterior a la intervención quirúrgica. No hubo pérdidas fetales entre las 12 y 25 semanas de gestación, lo que contribuyó a los buenos resultados en esta serie. No se encontraron diferencias estadísticas en la edad de las pacientes que lograron el embarazo.

En este estudio se observó que el patrón menstrual es un factor pronóstico de embarazo a término. Como se describe en el Cuadro 2, 90% de las pacientes eumenorreicas lograron un embarazo; en contraste, ninguna de las que tuvieron amenorrea se embarazó. La alteración menstrual asociada con el síndrome de Asherman se explica por el bloqueo del flujo menstrual y la destrucción de la capa basal del endometrio.

Un factor importante a considerar es el antecedente en todas las pacientes de legrado uterino instrumentado, considerado un factor de riesgo de incompetencia cervical. Sin embargo, sólo a dos pacientes con hijo vivo en casa se les realizó cerclaje (14%). La técnica de energía bipolar evita la dilatación cervical y esto podría explicar la baja incidencia de incompetencia cervical.

CONCLUSIONES

El embarazo espontáneo posterior a la adherenciólisis histeroscópica en el síndrome de Asherman es posible. Es viable el uso de energía bipolar para restaurar el tamaño y la forma de la cavidad uterina con el mínimo daño endometrial con fines reproductivos. El antecedente del patrón menstrual de la paciente fue, en este estudio, un factor pronóstico de embarazo a término. Todas las pacientes que lograron un embarazo dentro del límite de viabilidad en semanas de gestación en esta unidad hospitalaria tienen un hijo en casa.

REFERENCIAS

1. Asherman JG. Traumatic intrauterine adhesions and their effects on fertility. *Int J Fertil* 1957;2:49-54.
2. Al-Inany H. Intrauterine adhesions. An update. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80:986.
3. Yu D, Wong Y, Cheong Y, Xia E. Asherman syndrome -one century later. *Fertil Steril* 2008;89:759-779.
4. Panayoditis C, Weyers S, Bosteels J, Van Herendael V. Intrauterine adhesions: has there been progress in understanding and treatment over the last 20 years? *Gynecol Surg* 2009;6:197-211.
5. Fernandez H, Al-Najjar F, Chauveaud-Lambling A. Fertility after treatment of Asherman's syndrome stage 3 and 4. *J Minim Invasive Gynecol* 2006;13:398-402.
6. The American Fertility Society classifications of adnexal adhesions, distal tubal occlusion, tubal occlusion secondary to tubal ligation, tubal pregnancies, mullerian anomalies and intrauterine adhesions. *Fertil Steril* 1988;49:944-955.
7. Capella S, Morsad F, Taylor S, Fernandez H. Hysteroscopic treatment of severe Asherman's syndrome and subsequent fertility. *Human Reprod* 1999;14:1230-1233.
8. Dawood A, Al Taib A, Tulandi T. Predisposing Factors and Treatment Outcome of Different Stages of Intrauterine Adhesions. *J Obstet Gynaecol Can* 2010;32(8):767-770.
9. Zikopoulos KA, Kolibianakis EM, Platteau P. Live delivery rates in subfertile women with Asherman's syndrome after hysteroscopic adhesiolysis using the resectoscope or the Versapoint system. *Reprod Biomed Online* 2004;8:720.
10. Yu D, Xia E, Huang X, Peng X. Factors affecting reproductive outcome of hysteroscopia adhesiolysis for Asherman's syndrome. *Fertil Steril* 2008;89:715-722.