



Ciencia Latina
Internacional

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), marzo-abril 2024,
Volumen 8, Número 2.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i2

SÍNDROME DE ASHERMAN. REPORTE DE CASO

ASHERMAN'S SYNDROME. CASE REPORT

Luis Fabricio Correa Auqui

Facultad de Ciencias Médicas UCE, Ecuador

Diana Alejandra Alvear Cruz

Ministerio de Salud Pública, Ecuador

Melissa Maritza Peña Sotomayor

Hospital Vicente Corral, Ecuador

Camila Nicoll Pavon Gambarrotti

Investigador Independiente, Ecuador

Ashley Valentina García Chavarría

Hospital Verdi Cevallos, Ecuador

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i2.10842

Síndrome de Asherman. Reporte de Caso

Md. Luis Fabricio Correa Auqui¹

fabri-correa@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-3783-2519>

Facultad de Ciencias Médicas UCE
Médico General, Docente, Quito, Ecuador

Obst. Diana Alejandra Alvear Cruz

alejaiviris@live.com

<https://orcid.org/0000-0002-2581-5383>

Obstetra, Ministerio de Salud Pública, Quito,
Ecuador

Md. Melissa Maritza Peña Sotomayor

melisps22@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0004-0415-1305>

Médico General, Hospital Vicente Corral
Moscoso, Ecuador

Md. Camila Nicoll Pavon Gambarotti

camilapavon10@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0002-0872-6669>

Investigador Independiente
Médico General, Riobamba
Ecuador.

Md. Ashley Valentina García Chavarría

ashley-garcia96@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0002-0872-6669>

Anestesióloga, Hospital Verdi Cevallos,
Manabí, Ecuador.

RESUMEN

Las adherencias intrauterinas con síntomas como hipomenorrea o infertilidad se conocen con el término síndrome de Asherman. Aunque el síndrome ha sido ampliamente estudiado, falta evidencia para su prevención y tratamiento ideal. Es necesario comprender la patogénesis de las adherencias uterinas para prevenir las cicatrices intrauterinas. La adherencia de la cavidad uterina puede ocurrir debido al daño a la capa basal del endometrio causado por el legrado del útero durante un embarazo joven. Este síndrome también puede ocurrir después de una cirugía histeroscópica, embolización de la arteria o tuberculosis uterinas. La histersonografía o histerosalpingografía con contraste, menos invasiva, es útil para el diagnóstico inicial. El diagnóstico final se realizó mediante histeroscopia. En caso de oclusión completa de la cavidad uterina, se requiere una resonancia magnética. Las adherencias en la cavidad uterina se clasifican mediante diferentes sistemas de clasificación según la gravedad y la ubicación de las adherencias diagnosticadas durante la histeroscopia. Se reporta una paciente femenina de 25 años la cual acude al servicio de emergencias por presentar dolor abdominal acompañado de sangrado vaginal abundante de varias horas de evolución.

Palabras claves: *síndrome de Asherman, hipomenorrea, legrado, adherencias intrauterinas*

¹ Autor principal

Correspondencia: fabri-correa@hotmail.com

Asherman's Syndrome. Case Report

ABSTRACT

Intrauterine adhesions with symptoms such as hypomenorrhea or infertility are known as Asherman syndrome. Although the syndrome has been widely studied, evidence for its prevention and ideal treatment is lacking. Understanding the pathogenesis of uterine adhesions is necessary to prevent intrauterine scarring. Adhesion of the uterine cavity can occur due to damage to the basal layer of the endometrium caused by curettage of the uterus during a young pregnancy. This syndrome may also occur after hysteroscopic surgery, uterine artery embolization, or tuberculosis. Less invasive contrast-enhanced hysterosonography or hysterosalpingography is useful for initial diagnosis. The final diagnosis was made by hysteroscopy. In case of complete occlusion of the uterine cavity, an MRI is required. Adhesions in the uterine cavity are classified using different classification systems depending on the severity and location of the adhesions diagnosed during hysteroscopy. A 25-year-old female patient is reported who went to the emergency service due to abdominal pain accompanied by abundant vaginal bleeding that had lasted for several hours.

Keywords: *Asherman syndrome, hypomenorrhea, curettage, intrauterine adhesions*

Artículo recibido 11 marzo 2024

Aceptado para publicación: 12 abril 2024



INTRODUCCIÓN

El síndrome de Asherman ocurre cuando se forma tejido cicatricial en el útero y/o el cuello uterino. Estas adherencias ocurren después de una cirugía uterina o de una dilatación y legrado, y la tuberculosis y la esquistosomiasis son causas menos comunes. Esta actividad ilustra la evaluación y el tratamiento del síndrome de Asherman y explica el papel del equipo interprofesional en la mejora de la atención a las personas con este trastorno.(1)

El síndrome Asherman puede pasar desapercibido en mujeres que no están intentando concebir porque es posible que no sean conscientes de los síntomas o no se preocupen por ellos. Estas mujeres pueden tener un flujo menstrual ligero.(2) Por lo tanto, el síndrome de Asherman puede estar infradiagnosticado, ya que a menudo no puede detectarse durante exámenes de rutina o procedimientos de diagnóstico como la ecografía. Puede ocurrir hasta en un 13% de las mujeres que tienen una interrupción temprana del embarazo y hasta en un 30% de las mujeres que se someten a un legrado después de un aborto espontáneo tardío.

Este síndrome ocurre principalmente después de dilatación y legrado realizados para interrupción planificada del embarazo, aborto incompleto o en investigación, o para tratar la retención placentaria después del parto. Esto puede ocurrir con o sin hemorragia posparto o interrupción voluntaria del embarazo. Con menos frecuencia, ocurre después de una dilatación y legrado debido a infertilidad debido a un sangrado excesivo durante la cirugía, muestreo de cáncer de endometrio o polípectomía endometrial. También puede ocurrir después de una cirugía para extirpar los fibromas.(3) Para pacientes con sangrado uterino excesivo y persistente, el objetivo del control del sangrado es realizar procedimientos especiales para crear estas adherencias en toda la cavidad uterina. Estas operaciones se realizan para eliminar el revestimiento del útero y crear cicatrices. En los países en desarrollo, esta afección también puede ser causada por una infección por esquistosomiasis o tuberculosis.(4)

Las personas con síndrome de Asherman pueden tener períodos leves o nulos (amenorrea). Aun así, algunas pacientes pueden tener períodos normales dependiendo de la superficie de la cavidad afectada. Algunas personas no tienen períodos, pero pueden experimentar cólicos menstruales severos alrededor del momento esperado de su período. El dolor puede indicar una acumulación



del revestimiento uterino durante el ciclo, pero el flujo menstrual está bloqueado debido a adherencias cerca o dentro del cuello uterino. Debido a defectos en el endometrio y su mala vascularización, estas adherencias pueden manifestarse como abortos recurrentes y/o infertilidad.(5,6)

La histeroscopia sigue siendo el estándar de oro para diagnosticar la extensión de la enfermedad y para el tratamiento simultáneo. Cuando la cavidad uterina está completamente bloqueada, se requiere una resonancia magnética. El síndrome de Asherman debe ser tratado por un cirujano con experiencia en histeroscopia, a veces utilizando ultrasonido o guía laparoscópica. Estos cirujanos suelen recomendar el uso de tijeras para eliminar las cicatrices, pero se pueden utilizar otros métodos, teniendo cuidado de no causar más enfermedades.(7) El tratamiento preoperatorio y posoperatorio con preparaciones de estrógenos orales, transdérmicos o intramusculares puede ayudar a reducir las cicatrices posoperatorias y promover la restauración de un endometrio normal.

CASO CLINICO

Paciente femenino de 25 años acude al servicio de emergencia por presentar dolor abdominal intenso localizado en hipogastrio se acompaña con sangrado abundante de varias horas de evolución, paciente no refiere antecedentes patológicos

Enfermedades médicas: No refiere

Antecedentes alérgicos: No refiere

Antecedentes quirúrgicos: No refiere

Antecedentes familiares: No refiere

Hábitos

- Alimentación: 3 veces al día
- Intolerancias alimenticias: ninguna
- Catarsis: 1 vez al día
- Diuresis: 4 veces al día
- Sueño: 7 horas diarias, no reparador



Paciente ingresa al servicio de Ginecología en donde realiza la exploración física pertinente, signos vitales: frecuencia cardiaca 80 latidos por minuto, saturación 97% con fio2 21%, tensión arterial 115/72 mmhg, frecuencia respiratoria de 19, temperatura de 36.5°C axilar.

Paciente pálida, algica, afebril, orientada en tiempo, espacio y persona con razonamiento lógico, comprensión y juicio normales. Glasgow 15/15.

Cabeza: normocéflica, no protrusiones, no depresiones. Ojos: pupilas fotorreactivas, isocóricas, escleras blancas, conjuntivas rosadas. Nariz: fosas nasales permeables. Boca: mucosa oral húmedas. Labios: simétricos, deshidratados. Encías: normales. Cuello: Simétrico, móvil, no ingurgitación yugular.

Tórax: simétrico, latido apexiano no visible, respiración torácica, no hay dolor a la palpación, expansibilidad normal, elasticidad pulmonar normal. Palpación no doloroso a la palpación, no presencia de masas. Corazón R1 y R2 rítmicos. Pulmones: murmullo vesicular conservado, no se auscultan ruidos sobreañadidos.

Abdomen: inspección: Simétrico, no cicatrices, auscultación ruidos hidroaéreos presentes. Palpación Suave, blando, doloroso a la palpación superficial o profunda en hipogastrio, Eva 10/10 Región lumbar: inspección: Simétrica, de aspecto normal, color de piel acorde con el resto del cuerpo. Palpación: puño percusión negativo.

Región genital: Presencia de sangrado

Extremidades: tono y fuerza muscular conservada, no edema, escala de Daniels 5/5.

Evolución

En interrogatorio paciente refiere dato importante hace 2 meses, presento aborto retenido por lo que le hicieron un legrado siendo una mujer primigesta.

La presencia de sangrado vaginal intermitente se manda a realizar ecografía abdominal la cual reporta presencia de restos deciduales intrauterinos de 13 mm de grosor, por lo que se decide tratamiento médico intrahospitalario.

Durante hospitalización no se observa mejoría por lo que se planifica nuevo legrado quirúrgico, paciente es dada de alta.



Después de 5 días paciente acude nuevamente por presentar dolor abdominal difuso el mismo mejora parcialmente con analgésicos. Le realizan una nueva ecografía abdominal la cual no mostró datos significativos de endometrio lineal, anexos no patológicos y falta de líquido libre en fondo de saco de Douglas, aunque sí se observó importante motilidad intestinal y gases.

Paciente con sospechas de síndrome de Asherman, se decide realizar una histeroscopia y legrado de la cavidad uterina para eliminar adherencias, seguido de la inserción de un dispositivo intrauterino (DIU). Sin embargo, durante la operación se reveló la gravedad de la patología con una gran cantidad de material fibrótico en todo el canal cervical, lo que impidió que el histeroscopio accediera a la cavidad endometrial; Se intentó eliminar estas adherencias con una cepa de Hegar.

Paciente mejora clínica significativamente.

DISCUSIÓN

La adhesión intrauterina (AIU), también conocida como síndrome de Asherman, se ha considerado durante mucho tiempo un fenómeno poco común. Sin embargo, a medida que aumenta la conciencia clínica y aumenta la disponibilidad de pruebas de diagnóstico, aumenta la tasa de diagnóstico. La disminución o ausencia del flujo menstrual, el dolor pélvico cíclico, los abortos espontáneos recurrentes y la subfertilidad son síntomas de AIU, y su presencia en asociación con instrumentación uterina previa debe despertar sospechas en el médico.(8)

El endometrio es una capa estable que no se desprende durante el ciclo menstrual y es la capa a través de la cual se regenera y forma el endometrio funcional. Las adherencias uterinas se forman debido al daño a la capa basal y pueden ocurrir con cualquier cirugía realizada en la cavidad uterina. La formación de tejido fibroso donde se pierde la matriz y la formación de fibrina crean puentes de tejido entre las paredes de la cavidad uterina, provocando adherencias.(9) En el período posparto temprano, se cree que el endometrio es más susceptible a la atrofia debido al efecto antagónico de la disminución de los niveles de estrógeno debido a la disminución de los estrógenos placentarios y al aumento de los niveles de prolactina debido a la lactancia. Asimismo, el uso de agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH α) antes de la miomectomía



aumenta el riesgo de formación de adherencias intrauterinas, posiblemente secundarias a la relativa falta de crecimiento y regeneración endometrial posteriores.(10)

El síndrome de Asherman generalmente ocurre en una paciente ovulatoria que desarrolla amenorrea secundaria en el útero embarazado después de una cirugía uterina y tiene antecedentes de hemorragia por privación inducida por progesterona fallida.(11) Casi dos tercios de los pacientes tendrán amenorrea, mientras que casi un tercio tendrá oligomenorrea. Sin embargo, la duración del ciclo menstrual y el grado de Adherencia intrauterina no siempre están relacionados linealmente. Del dos al tres por ciento de los pacientes gravemente enfermos pueden tener períodos regulares e indoloros de flujo y duración normales.(12)

En aproximadamente el 3,5% de los pacientes, el dolor menstrual periódico es el síntoma principal. Si hay una adherencia densa en el segmento uterino inferior o una adherencia en el cuello uterino que provoca un bloqueo de la sangre menstrual, un examen de ultrasonido puede revelar un hematoma uterino. Especialmente en pacientes con síndrome de Asherman grave, el aumento de la fibrosis y los cambios atróficos del tejido conectivo pueden contribuir a la ausencia de hematoma uterino a pesar de la obstrucción del flujo de salida.(13,14)

Aunque la historia clínica puede hacer sospechar de Adherencias intrauterinas, la histeroscopia es el estándar de oro para el diagnóstico y tratamiento.

CONCLUSIONES

El diagnóstico y tratamiento del síndrome de Asherman suele ser complejo y requiere un equipo multiprofesional, que incluye obstetras, ginecólogos y radiólogos. El síndrome de Asherman debe ser tratado por un cirujano con experiencia en histeroscopia, a veces utilizando ultrasonido o guía laparoscópica. Las enfermeras y los cuidadores primarios deben prestar especial atención a estas pacientes porque pueden desarrollar cáncer de endometrio antes o después de la menopausia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Gomes de Almeida TE, Simões da Silva RE, Gobira Reis Silva S, Carmo das Virgens G, Machado Ferreira JP, Santos Ribeiro LV, et al. SÍNDROME DE ASHERMAN: ATUALIZAÇÕES, AVANÇOS E DESAFIOS. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences. 2024 Feb 18;6(2):1671–81.



- Gómez Hernández, A. (2020). Cuidados paliativos y atención a pacientes con enfermedades terminales. *Revista Científica De Salud Y Desarrollo Humano*, 1(1), 32-46.
<https://doi.org/10.61368/r.s.d.h.v1i1.8>
- Khan Z, Goldberg JM. Hysteroscopic Management of Asherman's Syndrome. Vol. 25, *Journal of Minimally Invasive Gynecology*. Elsevier B.V.; 2018. p. 218–28.
- Ayasa LA, Abdallah JO, Saifi M, Wafi A. A Case Report of Asherman's Syndrome With Abnormal Placenta Implantation (Intrauterine Adhesion). *Cureus*. 2023 Jun 2;
- Andreou, A. Generative AI Could Help Solve the U.S. Mental Health Crisis. *Psychology Today*. Available online: <https://www.psychologytoday.com/au/blog/the-doctor-of-the-future/202303/generative-ai-could-help-solve-the-us-mental-health-crisis>
- Siferih M, Gebre T, Hunduma F, Abebe A, Gebremichael A, Sewunet H, et al. Review of Asherman syndrome and its hysteroscopic treatment outcomes: experience in a low-resource setting. *BMC Womens Health*. 2024 Dec 1;24(1).
- Dreisler E, Kjer JJ. Asherman's syndrome: Current perspectives on diagnosis and management. Vol. 11, *International Journal of Women's Health*. Dove Medical Press Ltd; 2019. p. 191–8.
- Quile E, Acosta R. Alternativas terapéuticas para el manejo del síndrome de Asherman. *Revista GICOS*. 2022;7(3):147–63.
- Bazoobandi S, Tanideh N, Rahmanifar F, Tamadon A, Keshtkar M, Mehrabani D, et al. Induction of Asherman's Syndrome in Rabbit. Vol. 17, *J Reprod Infertil*. 2016.
- Salazar CA, Isaacson K, Morris S. A comprehensive review of Asherman's syndrome: Causes, symptoms and treatment options. Vol. 29, *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*. Lippincott Williams and Wilkins; 2017. p. 249–56.
- Zupi E, Centini G, Lazzeri L. Asherman syndrome: An unsolved clinical definition and management. Vol. 104, *Fertility and Sterility*. Elsevier Inc.; 2015. p. 1380–1.
- Santamaria X, Isaacson K, Simón C. Asherman's Syndrome: It may not be all our fault. *Human Reproduction*. 2018 Aug 1;33(8):1374–80.



- Silva Herrera , G. A. (2023). La Influencia de las Redes Sociales en el Sistema Judicial. Estudios Y Perspectivas Revista Científica Y Académica , 2(1), 1-26. <https://doi.org/10.61384/r.c.a.v2i1.7>
- Azizi R, Aghebati-Maleki L, Nouri M, Marofi F, Negargar S, Yousefi M. Stem cell therapy in Asherman syndrome and thin endometrium: Stem cell- based therapy. Vol. 102, Biomedicine and Pharmacotherapy. Elsevier Masson SAS; 2018. p. 333–43.
- Adrada B. Síndrome de Asherman: Diagnóstico y manejo simplificado. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2000;51.
- Chikazawa K, Imai K, Liangcheng W, Sasaki S, Horiuchi I, Kuwata T, et al. Detection of Asherman's syndrome after conservative management of placenta accreta: A case report. J Med Case Rep. 2018 Nov 20;12(1).
- Chavarría Oviedo, F. A., & Avalos Charpentier, K. (2022). English for Specific Purposes Activities to Enhance Listening and Oral Production for Accounting . Sapiencia Revista Científica Y Académica , 2(1), 72–85. <https://doi.org/10.61598/s.r.c.a.v2i1.31>
- Fajardo-Sandoval M. Síndrome de Asherman: imagen en histerosalpingografía. Revista médica (Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala). 2022 Dec 11;161(4):461–3.

