

Profilaxis de sinequias uterinas poslegrado

Drs. Irma Carolina Perales Wills*, César Augusto Peralta González*, Yda Deyanira Morales Serrano, Mireya González Blanco, Manuel Meneses Guevara, Yasmina Ramos Quijada

Maternidad "Concepción Palacios". Caracas.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la incidencia de sinequias intrauterinas secundarias al uso de métodos complementarios poslegrado.

Método: Se realizó legrado uterino a 126 pacientes que ingresaron en la Maternidad entre el 20/01/00 hasta el 30/06/00 por aborto incompleto o huevo muerto retenido. Las pacientes fueron divididas en tres grupos según muestreo incidental: 1. legrado solamente (control), 2. legrado más colocación de dispositivo intrauterino, y 3. legrado más tratamiento hormonal. Se realizó evaluación histeroscópica 2 a 3 meses poslegrado, a fin de determinar la presencia o ausencia de adherencias intrauterinas.

Ambiente: Maternidad "Concepción Palacios", Caracas.

Resultados: La mayor incidencia de sinequias uterinas 12 casos (27,3 %), se observó en el grupo de las pacientes que no recibieron terapia, resultando estadísticamente significativo.

Conclusiones: Se recomienda el uso de métodos profilácticos para la disminución de esta patología.

Palabras clave: Sinequia uterina. Profilaxis. Dispositivo intrauterino. Terapia hormonal. Legrado uterino.

SUMMARY

Objective: To determine the incidence of intrauterine synequias with additional methods post-curettage.

Methods: Curettage was performed in 126 patients from 20/01/00 to 30/06/00 indicated in complete abortion or retained dead fetus. There were three groups: 1. Curettage; 2. Curettage and intrauterine device; 3. Curettage and hormonal treatment; Hysteroscopy was performed 2 and 3 month post-curettage to determine the presence or absence of intrauterine adhesions.

Setting: Maternidad "Concepción Palacios", Caracas, Venezuela.

Results: The highest incidence of uterine synequias (27,3 %) resulting in 12 cases, was seen in group 1, and it was statistically significant.

Conclusions: Prophylactic methods should be used to prevent this pathology.

Key word: Uterine synequia. Prophylaxy. Intrauterine devise. Hormonal therapy. Uterine curettage.

INTRODUCCIÓN

El traumatismo intrauterino que produce el legrado endometrial es un agente etiológico común en el desarrollo de adherencias intrauterinas o sinequias locales (1,2). Los síntomas varían de acuerdo con la extensión de la lesión, e incluyen alteraciones menstruales, dolor pélvico crónico, abortos recurrentes (3), alteraciones de la inserción placentaria e infertilidad (4,5); y en casos extremos

puede presentarse síndrome de Asherman (6-8).

El efecto traumático del legrado en un útero reblandecido por efectos del embarazo hace más difícil controlar la profundidad del procedimiento, que puede resultar en la denudación de la capa basal del endometrio y el consecuente impedimento del proceso normal de regeneración (9). De esta forma, puede producirse la adherencia de las caras opuestas del útero que permanecen yuxtapuestas (10,11). El estado hipostrogénico suprime el estímulo de crecimiento endometrial, lo que contribuiría además al desarrollo de estas sinequias (12), que podrían ser diagnosticadas a través de procedimientos histerosalpingográficos (13-15) o histeroscópicos (16-20). En la terapia de esta patología se ha utilizado la lisis transcervical de adherencias, seguida de la

*Trabajo especial de investigación presentado el 18 de enero de 2001, para optar al título de Especialista en Obstetricia y Ginecología en la Universidad Central de Venezuela.

Recibido: 06-03-02

Aceptado para publicación: 18-06-02

colocación de balones o dispositivos intrauterinos (DIU) hasta por dos semanas, con la administración de terapia estrogénica, a fin de mejorar la regeneración completa del endometrio (21-26).

En vista de las graves consecuencias que podría acarrear la aparición de sinequias intrauterinas, es de gran importancia la experimentación de técnicas profilácticas poslegrado destinadas a disminuir la morbilidad femenina. El efecto mecánico ejercido por la colocación de un dispositivo en la cavidad endometrial (27), de manera que logre separar las paredes uterinas en la mayor extensión posible durante la regeneración del endometrio, limita el crecimiento exuberante del estroma entre las paredes del útero; y con ello, la formación del tejido colágeno que da origen a las sinequias. La terapia cíclica con estrógenos conjugados y progesterona a dosis elevadas estimula activamente la proliferación endometrial y las superficies desnudas que inician su cicatrización son reepitelizadas rápidamente reduciendo la incidencia de sinequias intrauterinas.

Si logramos disminuir las adherencias con introducción de métodos complementarios al legrado uterino, no sólo mejoraríamos las expectativas de salud de las mujeres venezolanas, sino que enriqueceríamos ampliamente el conocimiento médico, con el establecimiento de pautas para el manejo de patologías como: aborto incompleto y huevo muerto retenido (HMR) (28).

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente trabajo comparativo está concebido como una investigación cuantitativa tipo experimento puro (29). De las pacientes que acudieron a la Maternidad "Concepción Palacios" entre 20/01/00 al 30/06/00, se ingresaron un total de 287 pacientes al estudio seleccionadas a través de muestreo incidental, se excluyeron 161 (56 %) a causa de: embarazo, imposibilidad de ubicación, inasistencia a la cita control, expulsión del DIU y suspensión de la terapia hormonal. De tal manera que la muestra definitiva estuvo constituida por 126 pacientes a quienes se les realizó legrado uterino por diagnóstico de aborto incompleto o HMR. Se consideraron criterios de inclusión: el consentimiento informado de la paciente a pertenecer al estudio, y la aceptación de ésta a pertenecer al grupo específico de estudio para el cual fue seleccionada: el grupo 1 sólo legrado uterino (control), el grupo 2 legrado más DIU, el grupo 3 legrado y terapia hormonal. Las pacientes fueron incluidas en una hoja de registro en el

momento del ingreso, y distribuidas en los tres grupos de estudio. Se excluyeron las pacientes que presentaron contraindicaciones para el uso del DIU y/o terapia hormonal.

Los legrados uterinos fueron realizados por el personal médico perteneciente al Servicio de Sala de Partos de la Maternidad "Concepción Palacios", y los DIU fueron colocados únicamente por los autores del trabajo, al igual que la indicación de la terapia hormonal.

El primer grupo o grupo 1 tomado como control lo conformaron 44 pacientes, sólo se le realizó legrado uterino con cureta cortante de Sims. Al segundo grupo integrado por 40 pacientes, se le colocó un DIU tipo asa de Lippes D inmediatamente después de realizado el legrado. Y el tercer grupo de 42 pacientes, recibió tratamiento hormonal con estrógenos conjugados a dosis de 1,25 mg/día durante 21 días, seguidos de 5 mg de acetato de medroprogesterona por 7 días. Posteriormente, se suspendió la ingesta hormonal por 5 días, y fue iniciado un nuevo ciclo. Todas estas pacientes recibieron un total de 2 ciclos de terapia hormonal.

Dos a tres meses posteriores al legrado uterino, se realizó histeroscopia a cada grupo a fin de determinar la presencia o ausencia de adherencias intrauterinas. Los estudios fueron realizados según la técnica habitual, por los adjuntos del Servicio de Ginecología de la Maternidad "Concepción Palacios" y del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital "Miguel Pérez Carreño", en conjunto con los investigadores. Las histeroscopias se realizaron en la fase proliferativa temprana del ciclo menstrual a fin de descartar la presencia de embarazo, y en el caso de irregularidades menstruales se indicó una prueba de hormona gonadotrofina coriónica fracción β sérica previo a la realización del estudio para descartar embarazo. El estudio se planteó como una relación entre variables tipo hipótesis causales multivariadas.

El procesamiento de los datos se realizó en forma manual, debido a que se trata de comparación de tres grupos de estudios, se utilizó la técnica de Chi cuadrado para una $P < 0,05$.

Características de la población

Las características generales de las pacientes que formaron parte de cada uno de los grupos fueron comparables y se presentan en el Cuadro 1. Las edades oscilaron entre 14-48 años, donde la media de edad correspondió a $29,17 \pm 8,33$ años. La mayoría de las pacientes tenían antecedentes de 1-2

SINEQUIAS UTERINAS

abortos: 87,5 % (35 casos) del grupo DIU, 92,9 % (39 casos) del grupo terapia hormonal y 77,3 % (34 casos) del grupo control.

El motivo de consulta de 114 pacientes fue aborto incompleto (90,5 %), sólo 12 pacientes (9,5 %) acudieron por presentar el diagnóstico de huevo muerto retenido.

Cuadro 1
Características generales

	DIU	Terapia hormonal	Control	Sig
Edad (años)	27,85 ± 8,75	28,14 ± 8,16	31,34 ± 7,84	0,098
Nº Gestas	3,28 ± 1,55	3,21 ± 2,05	3,95 ± 2,55	0,199
Nº Partos	1,85 ± 1,33	2,35 ± 2,03	2,96 ± 1,89	0,054
Nº Cesáreas	1,33 ± 0,52	2 ± 1,41	1,25 ± 0,5	0,434
Nº Abortos	1,48 ± 0,85	1,38 ± 0,62	2 ± 1,54	0,02

Sig= Significancia.

RESULTADOS

La incidencia de sinequias intrauterinas en el grupo control fue de 27,3 % (12 casos), en comparación con 12,5 % (5 casos) y 7,1 % (3 casos) para los grupos DIU y terapia hormonal, respectivamente (Figura 1). Al establecer la relación comparativa de esta variable entre los grupos en estudio encontramos que existe una dependencia estadísticamente significativa entre el grupo control y los grupos que recibieron tratamiento ($\chi^2 = 7,02$ con $P = 0,03 < \alpha = 0,05$); sin embargo, al relacionar la presencia de sinequias sólo en los grupos tratados, no se observa una relación estadísticamente significativa ($\chi^2 = 0,668$ con $P = 0,414 > \alpha = 0,05$).

La distribución topográfica predominante de las sinequias en el grupo control se observó a nivel del fondo y cuernos uterinos. En el grupo DIU correspondió a la pared anterior (Figura 2).

El sangrado poslegrado se presentó en 27,5% (11 casos) de las pacientes del grupo DIU y en 28,5 % (12 casos) del grupo terapia hormonal, lo cual no mostró diferencia estadísticamente significativa. Relaciones estadísticas semejantes se presentaron para el caso de dismenorrea y vulvovaginitis (Cuadro 2).

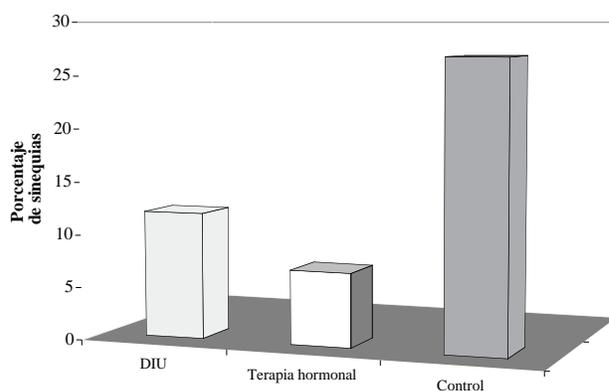


Figura 1. Distribución porcentual.

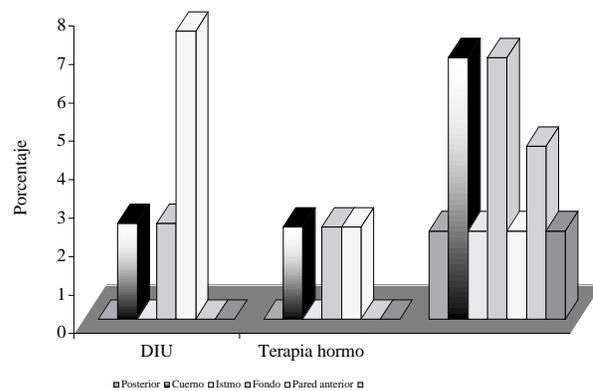


Figura 2. Localización de sinequias.

Cuadro 2
Efectos secundarios y complicaciones

Efectos secundarios y complicaciones	DIU	Terapia hormonal
Sangrado poslegrado	11 (27,5 %)	12 (28,5 %)
Dismenorrea poslegrado	5 (12,5 %)	7 (16,7 %)
Vulvovaginitis	9 (22,5 %)	3 (7,1 %)
Amenorrea	1 (2,5 %)	-
DIU traslocado	7 (17,5)	-
Enfermedad inflamatoria pélvica	1 (2,5 %)	-
Gastrointestinales	-	13 (30,9 %)

DISCUSIÓN

La sinequia uterina es una patología frecuente en pacientes sometidas a legrado uterino a consecuencia de abortos incompletos o HMR. Las incidencias presentadas por Siegler y Asherman fueron de 8 % y 68 % respectivamente, citados por González Garmendia y col. (28), cuando se utilizan métodos imagenológicos para el diagnóstico de esta entidad. En Venezuela, la incidencia de la patología oscila alrededor de 1,5 % (13) para muestras no seleccionadas y de 15,4% (23) para muestras seleccionadas.

Al considerar los antecedentes obstétricos de las pacientes que formaron parte del presente estudio, observamos la semejanza respecto al número de embarazos, partos y cesáreas. La relación de los antecedentes de aborto entre los grupos DIU y control resultan comparables, al igual que entre los grupos DIU y terapia hormonal. Por el contrario, la relación de esta variable entre los grupos control y terapia hormonal no resultó estadísticamente comparable, según los datos obtenidos en este trabajo. Sin embargo, se consideran los estudios de Golan y col. (19), y Bernaín Pinto (13) donde se concluye que no existe relación entre los antecedentes de aborto y la predisposición a formar sinequias.

La incidencia de sinequias uterinas del grupo control fue superior (27,3 %) a lo señalado en la mayor parte de las investigaciones publicadas en Venezuela, probablemente debido, a que el método diagnóstico utilizado tiene mayor sensibilidad y especificidad en la detección de patologías intrauterinas. Maneiro y col. (24) informan una incidencia de 1,7 % (1 sinequia) en 60 pacientes en las que se colocó un DIU poslegrado durante 2 meses, y donde el método diagnóstico fue la histerosalpingografía. Los datos de nuestra serie revelan una incidencia superior a la descrita por estos autores, lo cual podría justificarse al considerar la utilización del método histeroscópico como herramienta diagnóstica.

Los resultados de esta serie sugieren que la colocación de un DIU o la indicación de terapia estrogénica cíclica a altas dosis acompañada del uso de progestágenos después de la realización de un legrado uterino, protege contra el desarrollo de sinequias; cuando lo comparamos con las pacientes que no recibieron ningún tipo de terapia. Sin embargo, la diferencia en la aparición de sinequias entre los grupos que recibieron tratamiento no fue significativa.

No obstante, al considerar la aparición y severidad

de los efectos secundarios y complicaciones observados con diferentes terapias, probablemente podríamos sugerir la utilización de la terapia hormonal como método profiláctico de elección para sinequias uterinas poslegrado. La mayoría de las sinequias encontradas, se localizaron a nivel de los cuernos y el fondo del útero, lugares en los cuales el compromiso de la fertilidad juega un papel importante.

Se concluye que las sinequias intrauterinas disminuyen con la utilización de métodos complementarios al legrado uterino y, que el uso de cualquiera de los métodos (DIU o terapia hormonal) muestra mejores resultados en cuanto a la profilaxis de sinequias uterinas en comparación con aquellos casos en los que no se utiliza ningún tipo de terapia. Los datos obtenidos no permiten establecer la preferencia en forma absoluta para la utilización de uno u otro método profiláctico. La selección de uno u otro método dependerá de las condiciones individuales de cada paciente, y éste deberá escogerse tomando en consideración los antecedentes patológicos, tolerancia a la terapia, deseos de fertilidad, acceso económico y contraindicaciones para cada caso en particular.

REFERENCIAS

1. Asherman JG. Traumatic intrauterine adhesions. *J Obstet Gynecol (Br)* 1950;57:892-898.
2. Carmichael E. Views and reviews. Asherma's Syndrome. *Obstet Gynecol* 1970;36:922-928.
3. Romer T. Post-abortion-hysteroscopy-a method for early diagnosis of congenital and acquired intrauterine causes of abortion. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1994;57:171-173.
4. Hunt JE, Wallach EE. Uterine factors in infertility - an overview. *Clin Obstet Gynecol* 1974;17:44-64.
5. March CM. Intrauterine adhesions. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1995;22:491-505.
6. Asherman JG. Amenorrhoea traumatica (atretica). *J Obstet Gynecol (Br)* 1948;55:23-30.
7. Copelland LJ, Jarrell J, Mc Gregor J. *Ginecología*. Buenos Aires: Ed. Panamericana, 1994.
8. Molina R, Molina D. Sinequia endometrial total. Una rarísima complicación de la operación cesárea. *Invest Clin* 1974;15:19-22.
9. Benaín Pinto V, Yabur J. Incidencia de la sinequia uterina post-curetaje post-aborto. *Rev Obstet Gynecol Venez* 1966;26:535-539.
10. Schenker JG, Margalioth EJ. Intrauterine adhesion: An updated appraisal. *Fertil Steril* 1982;37:593-610.
11. Schenker JG. Etiology of and therapeutic approach to synechia uteri. *Eur Obstet Gynecol Reprod Biol* 1996;65:109-113.

SINEQUIAS UTERINAS

12. McComb PF. Simplified therapy for Asherman's syndrome. *Fertil Steril* 1997;68:1047-1050.
13. Benafín Pinto V. Sinequias uterinas. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1965;25:272-347.
14. Uzcátegui O, Zighelboim I, Maduro C, Pacheco R, Somogyi L, Marquez A, et al. Sinequia uterina postraumática. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1966;26:625-639.
15. Agüero O, Aure M, Zighelboim I. Histerografía pos-aspiración uterina. *Ginecol Obstet Méx* 1970;28:13-21.
16. Cisse CT, Andriamampandry SD, Diallo Y, Diab EH, Diadiou F. The role of hysteroscopy in the diagnosis and treatment of uterine adhesions. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1995;90:17-21.
17. Van Lith DAF, Deekhuizen W, Van Schie KJ, Van Der Pas H, Lidemann HJ. Carbon dioxide hysteroscopy immediately after second trimester abortion. *Int J Gynecol Obstet* 1983;21:125-131.
18. Sugimoto O. Diagnostic and therapeutic hysteroscopy for traumatic intrauterine adhesions. *Am J Obstet Gynecol* 1978;13:539-547.
19. Golan A, Schneider D, Avrech O, Raziel A, Bukovsky I, Caspi E. Hysteroscopic findings after missed abortion. *Fertil Steril* 1992;58:508-510.
20. López del Campo X, Fernández C. Estudio endoscópico de la cavidad uterina. II Histeroscopia en sinequias uterinas. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1992;57:415-419.
21. Bacsco G. Uterine surgery by operative hysteroscopy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1997;71:219-222.
22. March CM, Israel R, March A. Hysteroscopic management of intrauterine adhesions. *Am J Obstet Gynecol* 1978;130:653-657.
23. Moreno Romero J, Teppa P, Jiménez Villegas E, Azócar B. Incidencia de la sinequia uterina de origen traumático. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1971;31:271-279.
24. Maneiro P, Zambrano O, Moreno Romero J, Torrealba J. Profilaxis de la sinequia uterina mediante un dispositivo intrauterino pos-curetaje. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1973;33:325-334.
25. Moreno Romero J. Profilaxis de la sinequia uterina. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1982;42:223-224.
26. Fedele L. Intrauterine adhesions: Current diagnostic and therapeutic trends. *Acta Eur Fertil* 1986;17:31-37.
27. Kízer S, Merchan LD, Halfen A. Inserción de dispositivos intrauterinos post-aborto. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1974;34:135-144.
28. González Garmendia J, García Montero I, Maduro C, Pacheco R, Somogyi L, Márquez A, et al. Sinequia uterina post-traumática. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1978;38:37-41.
29. Hernández Sampieri B. Metodología de la investigación. Santa Fé de Bogotá: Mc Graw Hill ediciones, 1991.

Correspondencia a: Irma Carolina Perales Wills.
Av. Luis Roche Conjunto Residencial "La Floresta",
piso 6, apto. 11, Altamira Sur Caracas.