Sinequias Uterinas¹

Por

Dr. Cecilio Aranda Meléndez *

Dr. Oscar Robert Aguilar**

DEFINICION

Las sinequias uterinas son adherencias de las paredes internas de la cavidad. Tales adherencias pueden ser extensas que lleguen a provocar la desaparición completa de dicha cavidad. Suelen presentarse a nivel del cérvix o a nivel del cuerpo uterino.

HISTORIA

En 1894, Frisch publicó el primer caso de atresia total de la cavidad uterina, después de un curetaje post parto. En 1895 Veit reportó otro caso de atresia del endometrio, con la *amenorrea* correspondiente, también después de un curetaje post-parto. Halban en 1917, publicó la primera observación de estenosis cicatricial del orificio interno del canal servical, de igual etiología, con hematometra y hematosalpinx. En 1927 Bass presenta una serie de 20 casos de atresia del os interno, después del aborto provocado y en 1946 Stamer presentó 24 casos similares.

Pero no fue sino hasta la publicación de Asherman, de Tel Aviv, en 1948, ampliada en 1950, en que las sinequias uterinas fueron ampliamente clasificadas y reconocidas como entidad patológica en Ginecología.

En Francia, Netter, Musset y Delsace son los que más han aportado en el estudio de las sinequias uterinas, dando nuevas pautas en la etiología, en la terapéutica y en la técnica quirúrgica.

* Director del Instituto Materno Infantil Carit. Profesor Adjunto de la Cátedra de Obstetricia, Facultad de Medicina, Universidad de Costa Rica.

** Médico Residente en Ginecología del Instituto Materno Infantil Carit.

¹ Trabajo presentado en el XXXII Congreso Médico Nacional. Noviembre de 1963.

ETIOLOGIA

Las sinequias del cuello uterino pueden ser debidas a cauterizaciones químicas o a electrocoagulaciones del cérvix, efectuadas en el tratamiento de una cervicitis.

También se pueden presentar después de curetajes endocervicales y aún ser espontáneas, en la menopausia, traduciendo un déficit estrogénico que provoca atrofia y puede causar adherencias y soldaduras del canal cervical. Las sinequias del cuerpo uterino y del istmo son debidas a las maniobras de evacuación intrauterinas, como curetaje post aborto o post parto, raspado digital o a las maniobras de taponamiento intrauterino y aún los curetajes biopsia.

Se ha observado que es mucho más frecuente, cuando estas maniobras son hechas en un útero que acaba de estar embarazado, pues el reblandecimiento de sus capas sería una causa predisponente de gran importancia.

Se pueden presentar también las sinequias espontáneas del cuerpo uterino en la tuberculosis útero-anexial y su mecanismo de producción se comprende fácilmente.

ANATOMIA PATOLOGICA

Las piezas de histerectomía muestran la existencia de adherencias, las cuales se presentan, preferentemente, en la parte inferior de la cavidad uterina o a nivel de los cuernos. Si las sinequias son recientes se trata de simples coalescencias. Si son antiguas son verdaderos cordones o puentes de miometrio normal y a veces fibroso. Las sinequias pueden ser totales o parciales.

Las primeras son raras, y es frecuente encontrar dos o tres cavidades o vestigios de cavidades con endometrio que reacciona al influjo de las hormonas ováricas, lo que explica el hematometra que a veces se presenta. En ocasiones este endometrio se atrofia y no cambia cíclicamente.

DIAGNOSTICO

El interrogatorio tiene una gran importancia. En primer lugar, lo que llama la atención es la hipomenorrea, es decir la disminución de la sangre de las reglas que puede llegar hasta la amenorrea. Estos fenómenos se han instalado inmediatamente después de un parto o de un aborto seguidos de curetaje.

Esta insuficiencia menstrual se acompaña de las manifestaciones cíclicas que generalmente se presentan con la regla: congestión mamaria, abdominal y a veces dismenorrea y dolores pélvicos.

A veces la consulta es por esterilidad o por aborto o repetición, sin que hayan problemas en el flujo menstrual. Al examen físico no se encuentra ninguna otra anomalía.

Se constata un aspecto ginecológico y una actividad hormonal normal. La implantación del vello pubiano es normal, los labios mayores son bien pigmentados, la vagina es suave y húmeda y no hay ninguna anomalía útero-anexial. Todo esto viene a demostrar que el problema no reside en el funcionamiento hormonal, sino en el endometrio. A veces se cuenta con otro dato sumamente importante y es el fracaso de los tratamientos hormonales y particularmente de los ciclos artificiales aunque estos hayan sido correctamente aplicados.

Los frotis vaginales, la curva de temperatura basal y las dosificaciones hormonales son normales, lo cual viene, aún más, a confirmar que el problema es únicamente de receptividad uterina.

Dos exámenes darán el diagnóstico definitivo: en primer lugar la histerometría y después la histerosalpingografía.

En la histerometría se encuentra a veces la dificultad para franquear el orificio cervical interno. Otras veces, cuando se ha logrado pasar dicho orificio, el histerómetro choca contra los obstáculos que forman las sinequias. Si se empuja un poco fuerte el histerómetro, se podrá vencer el obstáculo, maniobra no recomendable por el peligro de perforación uterina. A veces la histerometría nos puede dar un reporte falso y creer que no hay adherencias, cuando en realidad lo que ha sucedido es que el histerómetro ha pasado entre dos sinequias o ha roto las más nuevas, llegando con facilidad al fondo del útero.

La histerosalpingografía es determinante y nos dará, de acuerdo a la extensión de las lesiones: la ausencia completa de la cavidad uterina sumamente rara o las imágenes lacunares, únicas o múltiples, sin ninguna sistematización descriptiva, pero teniendo la característica de ser de bordes netos, en sacabocados, o en "rompecabezas" y que no desaparecen ni a la repición ni a la depleción uterina. Estas imágenes son constantes en todas las placas tomadas.

La biopsia de endometrio es a veces imposible de hacer. Cuando se puede obtener un fragmento, el estudio histopatológico es reportado de acuerdo a lo que ya se habló en Anatomía Patológica.

TRATAMIENTO

En realidad, depende de varios puntos: en primer lugar existen pacientes portadoras de sinequias uterinas que estarán de acuerdo con seguir con tales sinequias, cuando sepan que éstas les impedirán seguir teniendo hijos. Otras, considerando que el tratamiento quirúrgico da pocas posibilidades de un nuevo embarazo, prefieren no someterse al riesgo quirúrgico.

Otras, su principal problema será la preocupación del déficit en sus reglas, y harán cualquier cosa por recobrar su flujo menstrual normal.

Algunas con deseos de tener otro hijo, también no dudarán a someterse a un tratamiento quirúrgico.

Es necesario insistir que ningún tratamiento médico aislado, podrá curar este padecimiento. Se debe, por lo tanto, hacer un tratamiento quirúrgico que estará dirigido a romper las adherencias existentes. Cuando la sinequia es "nueva", es decir, de menos de un año la vía vaginal estará indicada. Las adherencias serán rotas por medio de los dilatadores de Hegar, usados lenta y progresivamente, con todas las precauciones del caso. Se dejará en la cavidad uterina un balón de goma inflable de 10 a 14 días. Si la sinequia es "vieja", de más de un año, el tratamiento es por las vías abdominal y vaginal, es decir mixto. Un equipo hace, por vía vaginal, la dilatación y otro equipo, por vía abdominal, hace la histerotomía y libera las adherencias que quedan, dejando un globo inflable dentro de la cavidad uterina. Después de la operación se darán antibióticos y estrógenos con progesterona, para provocar la regeneración rápida del endometrio.

Los resultados son buenos en relación a la función menstrual.

En cuanto al porvenir obstétrico, los resultados no son muy halagüeños, pues los embarazos logrados después de la liberación de adherencias, muy raramente llegan a término, siendo el porcentaje de prematuros muy elevado. Además, se han reportado varios casos de malformaciones congénitas del recién nacido.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—SYNECHIES UTERINES. Dr. Assus A. Bulletin de la Federation des Sociétés de Gynecologie et d'Obstetrique de langue francaise. Tomo 8, N° 3, junio-julio, 1956, pág. 326.
 - 2.—UN CAS DE DEFICIT MENSTRUAL PAR SYNECHIE UTERINE CICATRICIELLE. Dr. Lyonnet R. Bulletin de la Federation des Sociétés de Gynecologie et d'Obstetrique de langue francaise. Tomo 8, N° 3 Junio-Julio, 1956, pág. 357.
 - 3.—SYNECHIE UTERINE TOTALE: GROSSESSE APRES INTERVENTION Drs. Maire G. et Burnod A. Bulletin de la Federation des Sociétés de Gynecologie et d'Obstetrique de langue francaise. Tomo 14, N° 2, abril - mayo, 1962, pág. 140.
 - 4.—TRAUMATIC UTERINE SYNECHIAE: A COMMON CAUSE OF MENSTRUAL INSUFICIENCY, STERILITY, AND ABORTION. Drs. Netter P., Musset René y colaboradores American Journal of Obstetrics and Gynecology Vol. 71, N° 2, Feb. 1956, pág. 368.
 - 5.—SYNECHIAE OF THE UTERINE CAVITY AFTER CURETTAGE Dr. Siegler Alvin M. American Journal of Obstetrics and Gynecology Vol. 83, N° 12, Jun. 15, 1962, pág. 1595.
 - 6.—TRAUMATIC INTRAUTERINE SYNECHIAE. Dr. Topkins Paul T. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Vol. 83, N° 12. Jun. 15, 1962, Pág. 1599.
 - 7.—GINECOLOGIA RADIOLOGICA. Dalsace Jean. Luis Miracle Editor Barcelona 1958.
 - 8.—RADIOGRAPHIE EN GYNECOLOGIE. Nadal René. Les éditions varia 1956.
 - 9.—ATLAS D'HYSTEROGRAPHIE. Brocq P. Masson et Co.
-