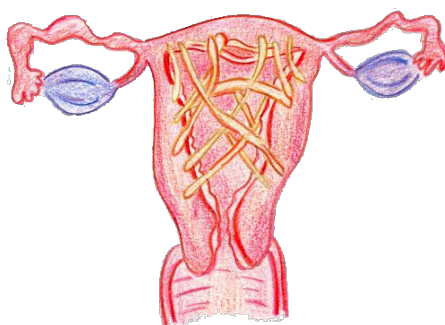




SÍNDROME DE ASHERMAN

El síndrome de Asherman es un cuadro clínico secundario a la formación de adherencias o sinequias dentro de la cavidad uterina. La afectación anatómica y clínica es muy variable. Algunas pacientes presentan amenorrea e infertilidad, mientras que otras mantienen menstruaciones normales y las adherencias se descubren durante el estudio de una pérdida gestacional recurrente, un fallo de implantación o incluso de forma incidental.



CAUSAS

Existen determinadas situaciones capaces de lesionar la capa basal del endometrio y favorecer la formación de tractos fibrosos dentro del útero. La causa más frecuente continúa siendo la instrumentación de una cavidad uterina relacionada con un aborto o una retención placentaria posparto.

El legrado uterino es un procedimiento ampliamente utilizado y, en la mayoría de los casos, no ocasiona adherencias clínicamente relevantes. No obstante, el riesgo parece aumentar cuando la intervención se realiza sobre un útero recientemente gestante, cuando existen restos firmemente adheridos, cuando se precisa una instrumentación extensa o cuando se repiten varios procedimientos sobre la misma cavidad.

La capa basal del endometrio parece ser especialmente vulnerable durante las primeras semanas posteriores a un parto o a una pérdida gestacional. Por este motivo, los procedimientos efectuados durante este periodo pueden presentar un riesgo mayor.

Si resulta necesaria una intervención, la aspiración cuidadosa o la resección histeroscópica dirigida de los restos pueden ocasionar menos daño endometrial que un legrado cortante extenso, aunque la elección depende de la urgencia, los recursos disponibles y la experiencia del centro.

El síndrome de Asherman también puede aparecer después de otros procedimientos uterinos, entre ellos:



- Miomectomía histeroscópica, especialmente cuando se resecan varios miomas o lesiones situadas en paredes uterinas opuestas.
- Resección de tabiques uterinos.
- Ablación o resección endometrial.
- Miomectomía con apertura de la cavidad.
- Cesárea.
- Embolización de las arterias uterinas.
- Suturas uterinas compresivas utilizadas para controlar una hemorragia posparto.
- Extracción manual o instrumental de restos placentarios.

En intervenciones consideradas de alto riesgo se están estudiado geles de ácido hialurónico y otras barreras antiadherentes.

Las infecciones también se han relacionado con el desarrollo de sinequias. La endometritis crónica se identifica con relativa frecuencia en pacientes con adherencias intrauterinas, aunque no siempre resulta posible determinar si constituye la causa de la fibrosis o una consecuencia de la alteración de la cavidad. La tuberculosis genital constituye una causa reconocida en las regiones donde es endémica y puede producir una fibrosis intensa, con obliteración extensa de la cavidad.

Otras enfermedades granulomatosas, como la esquistosomiasis genital, pueden producir adherencias, pero son causas poco frecuentes.

SÍNTOMAS

Las manifestaciones fundamentales del síndrome de Asherman son alteraciones menstruales y problemas reproductivos. Las alteraciones menstruales pueden incluir:

- Disminución del volumen, frecuencia o duración menstrual.
- Amenorrea secundaria.
- Dismenorrea o dolor pélvico cíclico.

La hipermenorrea no constituye una presentación característica, aunque pueden aparecer patrones de sangrado variables.

Algunas pacientes no presentan alteraciones menstruales. Las adherencias pueden estar situadas en zonas que no interfieren significativamente con la descamación del endometrio, pero sí alterar la implantación embrionaria o la anatomía de la cavidad.

Las manifestaciones reproductivas incluyen infertilidad o subfertilidad. Las adherencias pueden impedir el ascenso de los espermatozoides, obstruir los ostium tubáricos o reducir la superficie disponible para la implantación.

También pueden aparecer pérdidas gestacionales recurrentes. La implantación puede producirse sobre una zona con endometrio escaso, fibrótico o mal vascularizado, dificultando el desarrollo posterior de la gestación. No obstante, las pérdidas gestacionales tienen múltiples causas y



la identificación de adherencias no implica necesariamente que estas sean el único mecanismo responsable.

En ocasiones, las sinequias se descubren durante el estudio de infertilidad, antes de una técnica de reproducción asistida o en una histeroscopia realizada por otro motivo. La existencia de adherencias asintomáticas no equivale necesariamente a síndrome de Asherman y no todas las pacientes requieren tratamiento. La indicación terapéutica depende principalmente de los síntomas, el deseo gestacional y la repercusión sobre la cavidad.

DIAGNÓSTICO

Para diagnosticar un síndrome de Asherman resulta fundamental integrar las manifestaciones clínicas con los antecedentes de la paciente. La exploración ginecológica suele ser normal.

La ecografía transvaginal convencional puede mostrar un endometrio muy fino, irregularidades en la línea endometrial, áreas hiperecogénicas o pequeñas colecciones intracavitarias. Sin embargo, su sensibilidad es limitada y una ecografía normal no excluye la presencia de sinequias. La histerosonografía con infusión de suero permite distender la cavidad y puede mostrar bandas que unen sus paredes, defectos de distensión o zonas que no se llenan correctamente. La resonancia magnética tiene un papel limitado. Puede considerarse si hay dudas en el diagnóstico diferencial.

La histeroscopia constituye la técnica diagnóstica de referencia. Permite visualizar directamente la localización, la extensión y las características de las adherencias, valorar la cantidad de endometrio aparentemente viable e identificar los ostium tubáricos. Además, posibilita realizar el diagnóstico y el tratamiento durante el mismo procedimiento.

TRATAMIENTO

No todas las adherencias intrauterinas requieren tratamiento. En una paciente asintomática, sin deseo gestacional y con un hallazgo incidental, puede considerarse una conducta expectante. El tratamiento suele plantearse cuando existen alteraciones menstruales, dolor, infertilidad o pérdidas gestacionales.

La adhesiolisis bajo visión histeroscópica directa constituye el tratamiento habitual. Su objetivo es restablecer el tamaño y la forma de la cavidad, liberar los ostium tubáricos cuando están afectados y preservar la mayor cantidad posible de endometrio sano.

La dilatación y el legrado a ciegas no se consideran un tratamiento apropiado. Estas técnicas no permiten identificar con precisión las adherencias, pueden dejar zonas sin tratar y presentan el riesgo de lesionar todavía más el endometrio o perforar el útero.

En las formas leves, las adherencias pueden separarse mediante la punta del histeroscopio o con maniobras romas. La adhesiolisis puede realizarse con tijeras histeroscópicas, comenzando preferentemente por zonas donde se conserve alguna referencia anatómica. La disección con tijera fría evita la



lesión térmica sobre el endometrio residual. La energía bipolar también puede utilizarse en determinados casos, aunque sería recomendable limitar su aplicación al tejido cicatricial y evitando dañar el miometrio.

La guía ecográfica transabdominal o transrectal puede ayudar a orientar la disección, identificar el fondo uterino y reducir el riesgo de crear una falsa vía o perforar el útero. La laparoscopia simultánea se reserva habitualmente para situaciones muy complejas o cuando existe sospecha de perforación con posible lesión intraabdominal.

Uno de los principales problemas es la recurrencia. Tras la cirugía, las superficies endometriales recién liberadas pueden volver a adherirse durante la cicatrización. Se han propuesto diferentes estrategias posoperatorias:

- Catéter intrauterino con balón o sonda de Foley pediátrica 7-10 días
- Balones diseñados específicamente para la cavidad uterina.
- Geles de ácido hialurónico
- Tratamiento estrogénico
- No existe una combinación que haya demostrado ser superior en todas las pacientes.

Los DIUs también se han utilizado como barrera mecánica. Sin embargo, los dispositivos con levonorgestrel no parecen apropiados por su efecto supresor endometrial, y los dispositivos de cobre pueden provocar una reacción inflamatoria. Los dispositivos inertes empleados históricamente no están disponibles en muchos países.

El tratamiento con estrógenos se utiliza con frecuencia para estimular la regeneración del endometrio denudado. Puede administrarse estradiol durante varias semanas y añadir un gestágeno al final del ciclo para inducir un sangrado por privación. Sin embargo, no se ha establecido una dosis, vía o duración óptimas, y los ensayos disponibles no han demostrado de forma uniforme que los estrógenos reduzcan la recurrencia o mejoren los resultados reproductivos. Su utilización puede individualizarse, especialmente en pacientes sin contraindicaciones y con escasa proliferación endometrial.

La administración sistemática de antibióticos no cuenta con una evidencia sólida, así que dependerá de la experiencia de cada centro.

La histeroscopia de control permite comprobar el resultado anatómico y tratar las adherencias recurrentes cuando todavía son finas. Puede realizarse dentro de los primeros tres meses después del procedimiento. En ocasiones serán necesarios varios procedimientos para recuperar una cavidad funcional.

Las terapias regenerativas, como el plasma rico en plaquetas, los factores de crecimiento o los tratamientos celulares, han mostrado resultados preliminares prometedores sobre el grosor endometrial y la recurrencia. Sin embargo, los estudios presentan protocolos heterogéneos y todavía no permiten considerarlas tratamientos convencionales.



El pronóstico depende de la gravedad inicial, la edad, la cantidad de endometrio conservado, el número de procedimientos necesarios y la presencia de otros factores de infertilidad. La recuperación de la menstruación es frecuente, aunque no garantiza por sí sola la restauración completa de la fertilidad.

Incluso después de restaurar la cavidad, las gestaciones presentan un mayor riesgo de complicaciones placentarias y obstétricas. Se ha descrito un aumento de incidencia de placenta previa, acretismo placentario, hemorragia posparto y parto prematuro.

BIBLIOGRAFÍA

1. AAGL Elevating Gynecologic Surgery. AAGL practice report: practice guidelines on intrauterine adhesions developed in collaboration with the European Society of Gynaecological Endoscopy. *J Minim Invasive Gynecol.* 2017;24(5):695-705.
2. Munro MG, Salazar CA, Bhagavath B, Emanuel MH, Huddleston HG, Sobti D, et al. The epidemiology, clinical burden, and prevention of intrauterine adhesions related to surgically induced endometrial trauma: a systematic literature review and selective meta-analyses. *Hum Reprod Update.* 2025;31(6):588-625.
3. Hooker AB, Lemmers M, Thurkow AL, Heijmans MW, Opmeer BC, Brölmann HAM, et al. Systematic review and meta-analysis of intrauterine adhesions after miscarriage: prevalence, risk factors and long-term reproductive outcome. *Hum Reprod Update.* 2014;20(2):262-78.
4. Deans R, Abbott J. Review of intrauterine adhesions. *J Minim Invasive Gynecol.* 2010;17(5):555-69.
5. Khan Z, Goldberg JM. Hysteroscopic management of Asherman's syndrome. *J Minim Invasive Gynecol.* 2018;25(2):218-28.
6. Tang R, Zhang W, Xiao X, Wang X. Intrauterine interventions options for preventing recurrence after hysteroscopic adhesiolysis: a systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *Arch Gynecol Obstet.* 2024;309(5):1847-61.
7. Deans R, Vancaillie T, Ledger W, Liu J, Abbott JA. Live birth rate and obstetric complications following the hysteroscopic management of intrauterine adhesions including Asherman syndrome. *Hum Reprod.* 2018;33(10):1847-53.
8. Wang G, Zhu Y, Duan N, Guo C, Liu N, Huang H. Does platelet-rich plasma improve adhesion recurrence and pregnancy outcomes in women with intrauterine adhesions? A systematic review and meta-analysis. *J Minim Invasive Gynecol.* 2025;32(2):133-142.e7.
9. Baradwan S, Alharbi D, Bashir MS, Saleh A, Al-Jaroudi D. Short- and long-term reproductive outcomes after hysteroscopic adhesiolysis for infertile women. *JBRA Assist Reprod.* 2023;27(2):191-6.