

## CONSIDERACIONES DIAGNOSTICAS, TERAPEUTICAS Y PRONOSTICAS EN LAS AMENORREAS TRAUMATICAS

DR. ALBERTO E. BETTINOTTI

**A** propósito de las conocidas comunicaciones de Asherman en 1948 y 1950 (1) referentes a las amenorreas traumáticas y sobre las adherencias traumáticas intrauterinas, en nuestros ambientes ginecológicos se vió con marcado interés esa entidad nosológica aparentemente novedosa y entraron a considerarse sus indicaciones operatorios fijándose, entre otras, como conducta la abertura a cielo abierto de la cavidad uterina, es decir, la histerotomía y la escisión cruenta de las adherencias.

Si bien la ginatresia uterina adquirida era de todos conocida y desde Halban en 1917 se recordaban las oclusiones del orificio cervical con hematometría y a veces hematosalpinx, Asherman reunió inicialmente 44 casos de amenorreas consecutivas a raspados que denominó entonces amenorreas traumáticas y atribuyó exclusivamente a la atresia del orificio interno del cuello. Pero dos años mas tarde amplió su casuística con lesiones cicatrizales de otra topografía: las adherencias intrauterinas, es decir, sinequias interparietales dentro de la cavidad del útero y estableció las posibilidades de su tratamiento operatorio.

Posteriormente surgieron, con la contribución inestimable del diagnóstico radiológico, frecuentes observaciones de sinequias intrauterinas y las mas documentadas, con comprobaciones quirúrgicas. En nuestro medio fueron presentadas a la Sociedad Argentina para el estudio de la Esterilidad dos casos ilustrados con histerografías: el de N. Contreras Ortiz y el James MacLean.

La finalidad de esta comunicación es, precisamente, el llamar la atención acerca del hallazgo de estas sinequias intracavitarias para formular algunas consideraciones diagnósticas y en especial, expresar nuestro concepto sobre el tratamiento y el pronóstico de este proceso ginecológico de tanta repercusión sobre el ciclo menstrual, la gestación y la esterilidad.

En efecto, en 1946, o sea antes de los mencionados trabajos, Stamer, de Copenhague, había publicado una serie de 24 casos con 5 atresias totales y amenorrea, 3 de canal cervical y 16 atresias parciales entre las que 12 mejoraron con un simple tratamiento de bujías o laminarias.

La pequeña serie que hoy sometemos a consideración comprende exclusivamente casos de amenorrea por sinequias intrauterinas post-raspado y con ella puede comprobarse que no es necesariamente ineludible la atresia total o del orificio cervical interno para que se establezca la amenorrea consecutiva. Las adherencias pueden, por lo contrario, ser solamente parciales, únicas o múltiples y de ubicación variable dentro de la cavidad del útero y determinar, no obstante, la falta de menstruación.

## MATERIAL

Esta limitada casuística se compone de 6 enfermas que consultaron por presentar una amenorrea de duración variable entre dos meses y un año; dos eran estériles, las restantes tenían hijos; si exceptuamos la última, todas habían sido perfectamente regladas hasta la fecha del raspado; su edad oscilaba entre 34 y 40 años; el raspado uterino lo habían realizado por aborto salvo la 6a. paciente, con embarazos que fluctuaban entre un mes y medio a dos de gestación. Las interesadas no recordaban ninguna complicación infecciosa imputable al "curetaje".

En las 5 primeras enfermas se presentaban, paralelamente a la amenorrea

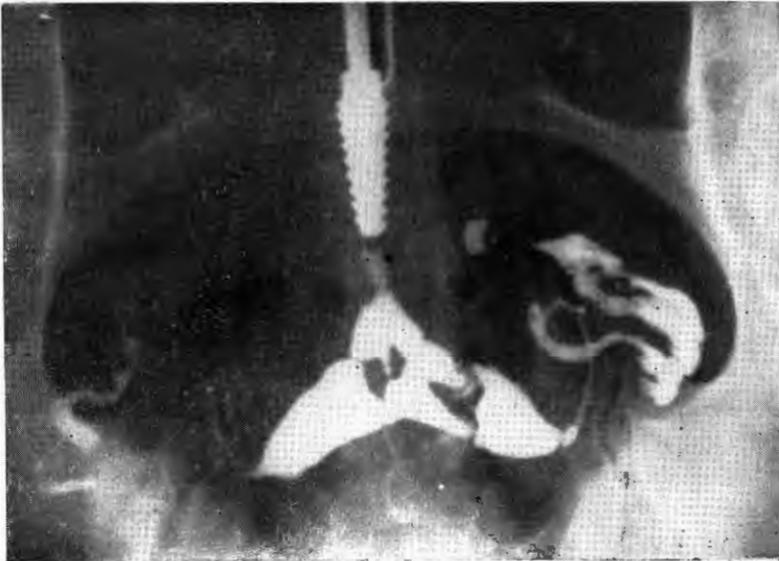


Fig. 1

manifestaciones subjetivas típicas caracterizadas por cólicos uterinos mas o menos intensos, molestias hipogástricas y sensación de tensión pelviana de dos o tres días de duración y de aparición netamente cíclicas, correspondiendo a las fechas en que debían menstruar.

La casi totalidad concurrió a la consulta habiéndose practicado anteriormente y sin éxito, tratamientos diversos: hormonas sexuales inyectadas juntas, separadas o sucesivamente, gonadotrofinas, ondas cortas y medicación sintomática.

Es digno de destacar que en el examen del estado ginecológico no se encontraron mayores particularidades, con excepción de una discreta sensibilidad a la presión del cuerpo uterino y en dos casos, la palpación de una o ambas

trompas engrosadas y tensas por posible hematosalpinx. De las 6 observaciones, en 3 de ellas pudo practicarse la histerografía demostrándose fehacientemente con ella la presencia de sinequias endometriales intrauterinas altas o ístmicas; en la 6a., por carecer de manifestaciones subjetivas y por tratarse de una esteril anovulatoria con una amenorrea de un año, el hallazgo de sinequias por la radiografía nos resultó una comprobación inesperada.

#### PROCEDIMIENTO

Asignándole un verdadero valor patognomónico a la periodicidad de las manifestaciones subjetivas cíclicas de las enfermas procedimos calculando y



Fig. 2

esperando para actuar, la fecha correspondiente a las molestias del molimen. Tres días antes efectuamos una preparación con inyecciones de prostigmina cada 12 horas. El día establecido se practica una exploración cauta y prolija con el histerómetro que, en todos los casos demostró la existencia de obstáculos o estenosis cavitarias por encima del orificio interno del cuello. En algunas pacientes, como en la observación N° 2, luego de trasponer la adherencia endometrial se exteriorizaron unas gotas de sangre negruzca y en la N° 1 pudo apreciarse una escasa retención sanguínea residual bilocular.

A continuación se pasan dos o tres bujías de Hegar convenientemente lubricadas con aceite gomenolado (lubricación cuyo efecto puede no ser despreciable) sin sobrepasar nunca de la bujía N° 5. Después de este suave des-

## CUADRO 1. AMENORREAS POST-RASPADO UTERINO (Diagnóstico)

Las seis pacientes estaban casadas Sus edades oscilando entre 34 y 40 años; perfectamente regladas excepto la obs. N° 6. Dos eran estériles primitivas; las 4 restantes tenían hijos.

<i>Observación</i>	<i>Duración de la amenorrea</i>	<i>Manifestaciones subjetivas</i>	<i>Tratamientos ineficaces</i>	<i>Estado ginecológico</i>	<i>Histerografía</i>	<i>Diagnóstico clínico</i>
N° 1 B. S. de R.	3 meses. Raspado por aborto de 1 mes y medio.	Cólicos algomereicos en las fechas menstruales.	Progesterona: 50 mg. Sinergón: 2 amp.	Utero globuloso duro y sensible. No se palpan los anexos.	—	Sinequia endometrial ístmica.
N° 2 M. S. de N.	2 meses. Raspado por aborto de 1 mes y medio.	Dolores hipogástricos intensos en las fechas menstruales.	Estrógenos y Ondas Cortas.	Utero normal; sensible. Ambas trompas palpables (cordones)	—	Sinequia endometrial ístmica.
N° 3 B. D. de K.	5 meses. Raspado por aborto de 2 meses.	Sintomatología catamenial sin sangre.	Estrógenos y Progesterona.	Utero normal. Trompa izquierda gruesa como meñique.	Sólo inyectóse conducto cervic. con pequeña cúpide ístmica.	Sinequia endometrial baja.
N° 4 A. S. de L.	5 meses. Raspado luego de 1 mes de metrorragia post-aborto.	Cólicos uterinos intensos en las fechas menstruales.	Estrógenos. Progesterona. Progluton.	Utero normal. No se palpan los anexos.	—	Sinequia endometrial alta.
N° 5 M. A. de A.	3 meses. Raspado post-aborto molar.	Malestares pelvianos imprecisos sin cólicos cíclicos.	—	Utero en A.V.F. algo aumentado de tamaño. No se palp. anexos	Varias imágenes lacunarias cavitarias.	Sinequias endometriales cavitarias.
N° 6 A. A. de R.	1 año. Oligomenorreica tipo 5/60-5/90.	Ninguna	Gonadotropinas Esteroides sexuales.	Hipoplasia genital de primer grado. Dextroflexión uterina.	Imágenes lacunares típicas.	Anovulatoria. Amenorrea con sinequias intrauterinas.

bridamiento instrumental se administra un miligramo de benzoato de estradiol parenteral día por medio, hasta tres en total.

En los dos últimos casos de esta serie, (el 5º por haber sido un aborto molar y el 6º por ser estéril oligomenorreica) agregamos a la anticoalescencia instrumental, la recolección cuidadosa de material intracavitario para su estudio histológico.

En lo que se refiere a la evolución y resultados de estos casos, resulta alentador confirmar que en los 5 primeros las menstruaciones aparecieron desde el mes subsiguiente con los caracteres habituales anteriores; en la 6ª., que era anovulatoria esto se logró al cabo de dos meses, después de someterla a la roentgenoterapia estimulante hipófiso-ovárica.

En cuanto a la fertilidad consecutiva, de las 6 observaciones se registraron embarazos en 4, destacándose que de ellas, 3 eran fértiles antes de entrar en amenorrea traumática; la restante, un caso de esterilidad anovulatoria embarazó después de un año de amenorrea y representa, además, una excepción por cuanto es el único de sinequia post-raspado biopsico y no por aborto como los 5 anteriores. (Cuadros 1 y 2)

CUADRO 2. AMENORREAS POST-RASPADO UTERINO. (Tratamiento)

<i>Observaciones</i>	<i>Tratamiento preparatorio</i>	<i>Tratamiento activo</i>	<i>Evolución y resultados</i>
Nº 1 E. S. de R.	Prostigmin	Dilatación con bujías. Luego estrógenos.	Tres menstruaciones normales subsiguientes.
Nº 2 M. S. de N.	Prostigmin	Dilatación con el histerómetro.	Dos reglas subsiguientes espontáneas.
Nº 3 B. D. de K.	Tras la H.S.G. inicia eliminación de sangre oscura	Se confirman caracteres menstruales post-histerosalpingografía.	Seis menstruaciones cíclicas y luego una gestación.
Nº 4 A. S. de L.	Prostigmin	Dilatación con bujías de Hégar. Estrógenos.	Dos menstruaciones normales, indoloras. Luego gestación.
Nº 5 M. A. de A.	---	Separación de adherencias laxas. Raspado superficial biopsico.	Dos menstruaciones cíclicas normales. Gestación.
Nº 6 A. A. de R.	---	Dilatación c/bujías Rasp. sup. biopsico. Luego estrógenos y progesterona.	Radioterapia hipofiso-ovárica. Reglas ovulatorias. Gestación.

Creemos que esta serie, aunque muy limitada, enseña algunas sugerencias que pueden ser aprovechadas en esta etapa evolutiva de lo que se conoce de sinequias intrauterinas. Merecen pues, destacarse algunas consideraciones

en el diagnóstico, la terapéutica y el pronóstico, que pueden contribuir a justipreciar el significado y la conducta a seguir frente a ellas.

En el orden *diagnóstico* se establece, como ya dijimos, que la amenorrea puede observarse también en las adherencias parciales de la cavidad sin que necesariamente se haya producido la atresia del orificio cervical interno. En la génesis de la amenorrea traumática existe, sin lugar a duda, un factor etiopatogénico de primer orden al margen de los groseros defectos de técnica: es la puerperalidad; el mayor número de amenorreas se registran en los raspados por hemorragias del alumbramiento de término y le siguen los realizados a continuación de los abortos, siendo excepcionales en los raspados que se practican con fines biopsicos. Como sostiene Yves Lezan (7) en su minuciosa y bien estudiada revisión, debe admitirse que la acción traumática estaría acompañada de una inhibición del mecanismo neurovascular uterino. Se aotan y puntualizan *manifestaciones clínicas subjetivas* a las que asignamos valor diagnóstico y aprovechamos desde el punto de vista terapéutico para la elección del momento oportuno. La *histerografía* nos ofrece comúnmente el diagnóstico de certeza, presentando las imágenes lacunares por defecto de relleno que suelen ser típicas; si bien Halbrecht (5) sostiene que su interpretación es, a menudo, difícil, las imágenes, como muy bien destacan Dalsace y García Calderón (3), tienen la característica de su inmutabilidad sobre los diferentes clisés del llenado uterino y no desaparecen por el empleo de sustancias de contraste muy opacas como el lipiodol, o cuando se distiende la cavidad uterina por una mayor presión del líquido. Agregamos que el diagnóstico radiológico diferencial deberá hacerse con los pólipos intracavitarios, las hiperplasias endometriales, las burbujas en el medio opaco y particularmente en el istmo con los defectos de relleno por el ángulo de flexión uterina, hecho que se aclara generalmente con las tomas de perfil y en las frontales con la maniobra de la deflexión uterina de Bruno. Cuando la sinequia es ístmica baja la inyección del medio opaco se hace difícil despertando dolor y sus imágenes sólo muestran el conducto cervical a hiperpresión y una pequeña cúspide superior irregular (Observación 3).

En el orden *terapéutico*, después de tomar en cuenta los procedimientos quirúrgicos: la histerotomía, como admitiera Asherman en un principio y luego limitara prudentemente en 1956 (2); el injerto intrauterino que describe E. Strassman (8) con los riesgos que ello supone, los fracasos y las reacciones cicatrizales postoperatorias siempre posibles, consideramos razonable inclinarnos decididamente por los medios médicos no cruentos.

Conceptuamos que nuestra corta experiencia tan favorable con el plan que proponemos obedece a los siguientes principios:

1. Fecha de elección coincidente con las manifestaciones subjetivas por que ello significa aprovechar la actividad del eje hipófiso-gonadal con las ventajas de orden fisiológico hormonal previsibles.

2. Tratamiento preparatorio con prostigmina, en un trabajo del año 1946 que realizamos con Gori y Bayona (4) recordábamos la comprobación hecha por Reynolds: a) acción colinérgica de la inyección de estrógenos y

b) hiperemia inicial de la menstruación que coincide con un aumento de la acetilcolina. Ahora bien, en clínica humana esta hiperemia se consigue sin los efectos secundarios de la acetilcolina con el empleo de una sustancia de acción fisiológica similar: la prostigmina, como lo demostraron Hetcher, Lev y Soskin (6) y lo ratificara mas tarde Winkelstein (9). Persiguiendo ese propósito hiperemiante hemos utilizado la prostigmina como tratamiento preparatorio.

3. La separación efectiva de las adherencias debe realizarse, como es lógico, con suma precaución, evitando abrir falsas vías y sin llegar a dislacerar o romper fibras del orificio cervical interno; si debe sangrar será siempre preferible que se trate de sangre oscura y retenida nunca viva o reciente.

4. La estimulación estrogénica se realiza a continuación de la liberación de sinequias, es decir en condiciones fisiológicas de un ciclo que juzgamos habrá de iniciarse.

No queremos dejar de consignar que la simple acción hidráulica del aceite iodado al practicarse la histerografía puede ejercerse una acción terapéutica; así ocurrió en la observación N° 3 de esta serie y en algún otro caso no registrado aquí, donde ha bastado la sola exploración radiológica para que se inicien las menstruaciones con posterioridad.

En el orden *pronóstico*, ateniéndonos a las 5 pacientes normalmente regidas antes del raspado hemos anotado un cien por ciento de éxito obtenido subsiguientemente las menstruaciones normales.

De la normalidad funcional ulterior al tratamiento hablan elocuentemente las gestaciones logradas durante los seis primeros meses: 4 embarazos sobre 6 enfermas (66.6%).

Esta serie, si bien corta, ofrece resultados lo suficientemente claros como para justificar nuestra preferencia por el tratamiento médico de las amenorreas traumáticas con métodos no cruentos e invita a una muy meditada y exigente indicación antes de resolverse por los procedimientos operatorios.

#### REFERENCIAS

1. Asherman, J. G.: "Traumatic intrauterine adhesions". Jour. of Obst. and Gyn. of British Empire, 54:892, 1950.
2. Asherman, J. G.: "Traumatic intrauterine adhesions and their effects on fertility". 2º World Congr. Fert., Naples, 1956.
3. Dalsace, J. et García Calderón, J.: "Gynecologie Radiologique", Delachaux et Niestlé. Neuchatel. Suiza. 1954.
4. Gori, R., Bettinotti, A. E. y Bayona, E.: Anales Inst. Mat. "Prof. U. Fernández", 8:19, 1946.
5. Halbrecht, J.: "Infertility (Habitual Abortion) and Pseudosterility" Fert. and Ster., 4:272, 1953.
6. Hetcher, O., Lev, M., and Soskin, S.: Endocrinology 26:73 1940.
7. Lezan, Yves: "Cicatrices de endometrio com ou sem sinequias" Bol. Centro Est. Hosp. Serv. do Estado, 7:607, 1956.
8. Strassman, E. G.: "Reconstruction of a functioning uterine cavity in 5 patients with total atresia" 2º World Cong. Fert. Naples, 1955.
9. Winkelstein, L.: "Prostigmine y menstruación retardada". Amer. Clínica, 4:114, 1942.