



# HOJA INFORMATIVA PARA PACIENTES

de [www.ReproductiveFacts.org](http://www.ReproductiveFacts.org)



**El Sitio Web de Educación del Paciente de  
la American Society for Reproductive Medicine**

## Adherencias intrauterinas

### **¿Qué son las adherencias intrauterinas?**

El interior del útero es como un bolsillo con las paredes delantera y trasera planas, una contra la otra. El bolsillo está recubierto de un tejido denominado endometrio. Durante la menstruación, la capa superficial del endometrio se desprende. Cuando una mujer queda embarazada, el embrión se implanta en el endometrio. Una lesión y/o infección en el endometrio pueden dañar el revestimiento y provocar la formación de adherencias (tejido cicatricial) entre las paredes internas del útero. El síndrome de Asherman es el término utilizado para describir las adherencias dentro del útero. Las cicatrices pueden ser leves, con bandas elásticas delgadas de tejido cicatricial, o más graves, con la formación de bandas gruesas. En los casos más graves, se puede producir la destrucción parcial o total de la parte interior del útero.

### **¿Cuáles son las posibles causas del síndrome de Asherman?**

La causa más común de las adherencias intrauterinas es la lesión luego de que se realiza un procedimiento quirúrgico relacionado con la cavidad uterina. La dilatación y el legrado (D y L) es un procedimiento quirúrgico ambulatorio común en el cual se abre el cuello uterino (cuello del útero) y se vacía el contenido de tejido del útero. Las adherencias intrauterinas se pueden formar después de que se realice el procedimiento de D y L por complicaciones del embarazo, como sangrado uterino después del parto o aborto espontáneo, o, con menor frecuencia, por problemas ginecológicos que afectan al útero. Otras posibles causas de la formación de adherencias son las infecciones del revestimiento uterino (endometritis), la extracción de los fibromas en la cavidad uterina y la ablación endometrial (un procedimiento quirúrgico que se utiliza para dañar intencionalmente el endometrio a fin de eliminar los períodos menstruales o hacer que sean más leves).

### **¿Qué síntomas se asocian con el síndrome de Asherman?**

Una mujer con adherencias intrauterinas puede no tener problemas evidentes. Sin embargo, muchas mujeres pueden presentar alteraciones menstruales, tales como ausencia de períodos o períodos leves o poco frecuentes. Otras mujeres pueden ser incapaces de lograr un embarazo o pueden experimentar abortos espontáneos recurrentes. También pueden presentar complicaciones en el momento del parto debido a la implantación anormal de la placenta. Con menos frecuencia, si el tejido cicatricial bloquea el flujo de sangre menstrual, el síndrome de Asherman puede causar dolor pélvico o períodos menstruales dolorosos.

### **¿Cómo se realiza un diagnóstico del síndrome de Asherman?**

El síndrome de Asherman se puede diagnosticar mediante histeroscopia, histerosalpingografía (HSG) o sonohisterografía (SHG). La histeroscopia es el método más preciso para evaluar las adherencias intrauterinas y es un procedimiento en el cual se introduce un instrumento delgado, similar a un telescopio, a través del cuello uterino para permitir que el médico observe directamente el interior del útero. Este procedimiento se puede realizar en el consultorio o en el quirófano. La HSG y la SHG son pruebas útiles de detección de adherencias. La HSG es un

procedimiento de rayos X durante el cual se coloca un tinte, que se puede ver en la radiografía, en la cavidad uterina para poder observar la forma del interior del útero. Durante un ultrasonido con solución salina (SHG), se infunde una solución salina, similar al fluido normal del cuerpo, en el útero por medio del cuello uterino y se utiliza un dispositivo de ecografía para observar la cavidad uterina. Tanto en la HSG como en la SHG, las adherencias se ven como “defectos de repleción”, es decir, espacios donde el líquido no fluye libremente. Estos procedimientos no requieren anestesia; sin embargo, se pueden utilizar medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) para disminuir los calambres que se producen durante el procedimiento.

### **¿Cómo se trata el síndrome de Asherman?**

Se recomienda la extirpación quirúrgica de las adherencias intrauterinas con la ayuda de un histeroscopio. Se utiliza un histeroscopio operatorio especial para extirpar el tejido cicatricial. Esto se suele hacer bajo anestesia. Después de la extirpación de las adherencias, muchos cirujanos recomiendan colocar temporalmente un dispositivo, como un catéter de plástico, en el interior del útero para mantener las paredes del útero separadas y para evitar que se vuelvan a formar adherencias. Con frecuencia, después de la cirugía se prescriben un tratamiento hormonal con estrógeno y medicamentos AINE para reducir la posibilidad de que se vuelvan a formar adherencias. En los casos graves, puede ser necesario realizar más de un intento para extirpar quirúrgicamente las adherencias.

### **¿Existen problemas a largo plazo por los cuales deba preocuparme?**

Aun después del tratamiento, muchas pacientes siguen teniendo dificultades con períodos ausentes o infrecuentes. En los embarazos que se producen después del tratamiento hay más probabilidades de sufrir complicaciones a causa de un aborto espontáneo, un parto prematuro, una hemorragia en el tercer trimestre y/o una fijación anormal de la placenta a la pared uterina (placenta adherida). La posibilidad de que se produzca un embarazo exitoso después del tratamiento guarda correlación con el tipo y la extensión de las adherencias. Después del tratamiento, las pacientes con adherencias leves a moderadas suelen presentar una recuperación de la función menstrual normal y tienen tasas de embarazos exitosos a término del 70 % al 80 % aproximadamente. Por otra parte, las pacientes con adherencias graves o destrucción extensa del endometrio pueden tener tasas de embarazos a término solo del 20 % al 40 % después del tratamiento. Las mujeres con daños importantes en el endometrio, los cuales no mejoran después del tratamiento, pueden considerar otras opciones como la adopción o la fertilización in vitro (FIV) usando una “portadora gestacional”, donde otra mujer porta el embarazo por la madre.

*Revisado en 2012*

**Para obtener más información sobre este tema u otros temas sobre salud reproductiva, visite [www.ReproductiveFacts.org](http://www.ReproductiveFacts.org)**