

SINEQUIA ENDOMETRIAL TOTAL.
UNA RARISIMA COMPLICACION DE LA OPERACION CESAREA

Rafael A. Molina* y Daniel Molina R.**

RESUMEN

La cesárea como causa de adherencia intrauterina es sumamente rara. En esta comunicación se presenta un caso de amenorrea y esterilidad secundarias causadas por una sinequia endometrial total, la que se originó después de operación cesárea complicada por sepsis; y se comenta sobre la bibliografía relativa al tema.

Las sinequias endometriales constituyen una causa reconocida de hipomenorrea, amenorrea y esterilidad. Para explicar su etiología se han invocado tres tipos de factores(3): congénitos, traumáticos e infecciosos. Pero no se conoce ningún caso demostrado de origen congénito, y entre las infecciones, la única definitivamente probada como causa es la tuberculosa(4), siendo la mayoría de casos agrupados como de origen traumático, tipo síndrome de Asherman(3). Entre estos últimos, casi todos tienen antecedentes, de curetaje uterino postaborto o postparto. El antecedente de cesárea como causa probable de sínfisis intrauterina y amenorrea secundaria es excepcional, por eso hemos considerado de interés reportar esta observación.

CASO CLINICO

La paciente MLL, de 27 años de edad, consultó por amenorrea secundaria de tres años de duración, que comenzó desde el nacimiento de su último hijo por operación cesárea. Anteriormente, sus menstruaciones eran normales y había tenido otros dos hijos por partos eutócicos. No refería lactancia ni galactorrea patológica, ni cambios en el vello púbico, y la salud general estaba conservada, negando otro tipo de síntomas, incluido el dolor pélvico, cíclico o no. Unos meses antes de consultar, lo

* Hospital General del Sur. Maracaibo. Venezuela

** Hospital Chiquinquirá. Maracaibo. Venezuela

había hecho en otro hospital, donde después de practicársele un examen ginecológico se le sometió a laparotomía. El examen físico mostraba una paciente en buen estado general, ligeramente sobrepesada, sin signos importantes, con mamas normalmente desarrolladas, vello púbico conservado, de distribución ginecoide, clítoris normal, vagina normal, cuello uterino sano, útero de tamaño normal, en discreta retroflexión, y parametrios libres, no dolorosos. El moco cervical y la citología vaginal revelaban una buena acción estrogénica. En varias ocasiones, al intentar una toma de biopsia endometrial, se fracasó al no poder entrar en cavidad endometrial. Una prueba de supresión de progesterona, así como la de estrógenos seguidos de progesterona fué negativa.

Al practicarle histerografía, inyectando a presión, el contraste no penetró a cuerpo uterino, progresando apenas unos pocos milímetros dentro del canal endocervical, estableciéndose el diagnóstico de sinequia uterina (ver figura 1).

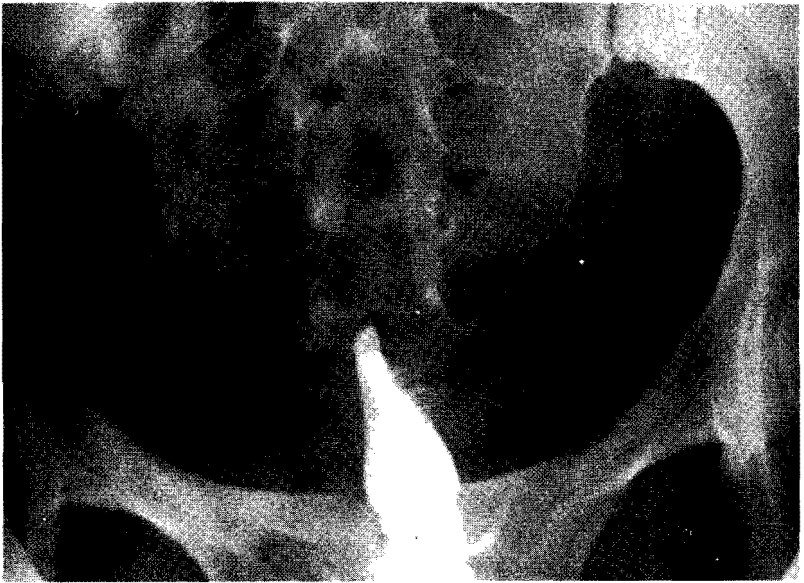


Fig. 1

La revisión de su historia clínica correspondiente a la hospitalización anterior, informó que tres años atrás, la paciente fué objeto de operación cesárea indicada por amniotitis, trabajo de parto prolongado y sufrimiento fetal. El trabajo de parto fué de 28 horas de evolución y tuvo ruptura prematura de las membranas ovulares. Cuando se practicó la cesárea la

paciente tenía fiebre de 39,5°C y recuento leucocitario de 20.850 por mm³, y el líquido amniótico era fuertemente meconial. El postoperatorio fué complicado por el proceso séptico, habiendo metritis aguda, absceso de la pared abdominal y fiebre que se prolongó por mas de dos semanas. En el puerperio no se efectuaron curetajes ni otras maniobras intrauterinas. Posteriormente, cuando tenía más de dos años de amenorrea consultó, y se le trató de hacer una biopsia de endometrio. La penetración del instrumento fué bloqueada a nivel del cuello, y al tratar de franquear la resistencia el operador perforó el útero, teniendo que intervenir por vía abdominal para suturar la ruptura.

Al hacer el diagnóstico de sinequia uterina se pensó en tratar de corregirla quirúrgicamente, pero una vez informada la paciente de la naturaleza de su lesión y de su evolución benigna, no aceptó la indicación de cirugía, prefiriendo llevar la sinequia como un medio de esterilidad definitiva.

DISCUSION

El caso presentado llena los criterios necesarios para clasificarlo como síndrome de Asherman(3). La sinequia endometrial fué completa; ya que de haber sido puramente de la región cervical o del endometrio inferior, la región superior del útero hubiera continuado sangrando cíclicamente, produciendo dolor y aumento progresivo del tamaño uterino por hematometra. Esta condición se observa casi siempre, consecuencia de curetajes efectuados en período postaborto o postparto, aunque puede ocurrir después de otras intervenciones, como miomectomías y cesáreas (3). Sin embargo, la ocurrencia por complicación de una cesárea es rarísima. Klein y García(3) publicaron una revisión del problema, y de un grupo formado por 893 casos recopilados de la bibliografía y 11 de su propia serie, solamente refieren una paciente con sinequia después de cesárea. Se trató de una mujer de 37 años, que presentaba amenorrea durante un año, como complicación de una cesárea seguida de proceso séptico. Bergman(1) también ha hecho una revisión del tema, y al hablar de las causas de sinequia menciona la operación cesárea, haciendo referencia a trabajos de Delforge(2) y Weed(6). Pero, al analizar éstos(2,6), se nota que Weed no trata en absoluto el tema de sinequia uterina, y que la publicación de Delforge es sobre placenta ácreta, en una paciente que tuvo embarazo después de tres años de amenorrea siguiendo una cesárea, y se plantea la interrogante, sin ninguna prueba de éllo, de que la amenorrea y la patología placentaria hayan tenido relación con una sinequia.

La paciente motivo de esta comunicación sufrió amniotitis, y su evolución postoperatoria se complicó con proceso infeccioso de larga

duración. Esto ha podido, al igual que en el caso de Klein y García(3), haber contribuido a la formación de la adherencia intrauterina. Se discute si el *primum movens* del proceso que origina la sinequia es el trauma o la infección. Rabau y David(s) sostienen que es la última, argumentando sobre las adherencias en las zonas de los cuernos, donde muchas veces no llega la cureta, pero sí la infección. Además, la infección tuberculosa es una causa específica de sinequia intrauterina(4).

"Total Endometrial Synechiae. A very rare complication of Cesarean Section"

Rafael A. Molina (Hospital General del Sur) and Daniel Molina. *Invest Clín* 15(3): 19-22, 1974 Cesarean section is very rare as a cause of intrauterine adhesion. In this paper we report a case of secondary amenorrhea and sterility due to complete endometrial synechiae occurring after cesarean section complicated by sepsis. Comments are made about the bibliography regarding the subject.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1- BERGMAN P. Traumatic intrauterine adhesions. *Acta Obstet. Gynec. Scand.* Vol. 40, Supl. 4, pag. 5, 1961.
- 2- DELFORGE A. Un cas de placenta accreta. *Bull. Soc. Roy. Belge Gyn. Obst.* 29: 282-288, 1959.
- 3- KLEIN SM y GARCIA CR. Asherman's syndrome: a critique and current review. *Fertil. Steril.* 24: 722-735, 1973.
- 4- NETTER A MUSSET R LAMBERT A SALOMON Y y MON-TBAZET G: Symphyse endoutérine tuberculeuse: un syndrome anatomo-clinique et radiologique caractéristique. *Gynec. Obstet. (Paris)* 54: 19, 1955.
- 5- RABAU E y DAVID A: Intrauterine adhesions: Etiology, prevention and treatment. *Obstet. Gynecol.* 22: 626-629, 1963.
- 6- WEED J. The fate of the postcesarean uterus. *Obstet. Gynecol.* 14: 780-785, 1959.