



CAPÍTULO 3

SÍNDROME DE ASHERMAN EM PACIENTE JOVEM: SUCESSO REPRODUTIVO PÓS-HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA

Ana Paula da Silva Nunes

Leonardo Silva de Souza

Marcela bianca Costa de Lima

Monique de lima medeiros

Rayanna Thais Marques Da Rocha

Thiago Oliveira da Silva

Francijara Araújo da Silva

Resumo: A Síndrome de Asherman (SA) é uma condição que causa aderências intrauterinas, levando a alterações menstruais e infertilidade. Este estudo aborda o caso clínico de uma paciente de 26 anos com infertilidade secundária, dor pélvica, cólicas e amenorreia após aborto espontâneo. O objetivo é descrever o diagnóstico e a evolução clínica e reprodutiva da paciente após o tratamento da SA. A metodologia utilizada foi o relato de caso descritivo, baseado na análise do histórico clínico simulado e exames de imagem. Os resultados confirmaram a presença de sinéquias uterinas, sendo indicado o tratamento padrão-ouro: histeroscopia cirúrgica para lise das aderências e terapia hormonal adjuvante. O desfecho demonstrou a restauração da cavidade uterina, resultando em gravidez bem-sucedida e nascimento do bebê. Conclui-se que o diagnóstico correto e o manejo cirúrgico e hormonal adequado são essenciais para um prognóstico reprodutivo favorável na Síndrome de Asherman.

Palavras-chave: Síndrome de Asherman. Histeroscopia. Sinéquias uterinas. Infertilidade. Gravidez.

INTRODUÇÃO

A infertilidade feminina é uma condição que afeta uma parte da população em idade reprodutiva, mostrando-se um desafio clínico e emocional. Neste contexto, o presente relato aborda o caso clínico de uma paciente de 26 anos que manifestou o quadro clássico de infertilidade secundária e amenorreia após um aborto espontâneo prévio. O caso é emblemático por ilustrar a relevância do diagnóstico por imagem e, principalmente, da histeroscopia, técnica padrão-ouro, para a confirmação da Síndrome de Asherman.

Diante disso, este trabalho relata o percurso do diagnóstico e a conduta terapêutica específica, que incluiu a adesiólise histeroscópica. O tratamento hormonal adjuvante e o desfecho clínico e reprodutivo alcançado, demonstrando que o manejo adequado e oportuno da SA pode restaurar a cavidade uterina e maximizar as chances de gravidez bem-sucedida. O relato visa, portanto, contribuir para a conscientização sobre a importância do diagnóstico precoce e da intervenção especializada na reversão da infertilidade causada por esta condição.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A infertilidade é definida como a incapacidade de engravidar após um ano de tentativas regulares e desprotegidas, as principais causas de infertilidade são as aderências uterinas, que interferem no transporte de espermatozoides e implantação do embrião (FONSECA et al., 2023). A Síndrome de Asherman é um tipo de aderência intrauterina resultante de cicatrizes formadas após procedimentos uterinos como curetagem pós parto, aborto induzido, ressecção de pólipos ou miomectomia que podem formar tecido fibroso capaz de conectar as paredes da cavidade uterina (ALMEIDA et al., 2024). Essas aderências podem causar a obliteração parcial ou total da cavidade e por isso estão frequentemente associadas a distúrbios menstruais e de infertilidade (BRESSLER et al., 2000).

Diante disso, a Síndrome de Asherman (SA) é uma patologia ginecológica adquirida que pode comprometer tanto a cavidade uterina quanto o canal cervical através da formação de aderências ou sinequias intrauterinas. Essa condição é frequentemente desencadeada por trauma iatrogênico na camada basal do endométrio, sendo a curetagem uterina pós-parto ou pós-aborto a etiologia mais comum. Clinicamente, a SA manifesta-se por amenorreia ou hipomenorreia, dor pélvica, infertilidade ou abortos de repetição. Este estudo tem como objetivo relatar um caso clínico representativo da SA em uma paciente jovem, destacando a importância do diagnóstico por imagem e da intervenção cirúrgica histeroscópica para a recuperação da função reprodutiva (BRESSLER et al., 2000).

Embora seja considerada uma condição rara na população em geral, sua prevalência aumenta significativamente em mulheres com histórico de procedimentos intrauterinos e representa um desafio complexo na área da Ginecologia e Reprodução Humana, sendo uma causa importante e muitas vezes negligenciada de disfunção menstrual e infertilidade. A principal etiologia da SA é o trauma mecânico ou inflamatório do endométrio basal, com a curetagem uterina, especialmente após aborto espontâneo, aborto induzido ou retenção placentária pós-parto, sendo o fator de risco mais prevalente e consistentemente relatado na literatura (ALVARENGA et al., [s. d.]; PATRÍCIO, 2018). O procedimento agressivo lesiona a camada basal endometrial, essencial para a regeneração cíclica do tecido, o que resulta na substituição do estroma por tecido fibroso e consequente obliteração parcial ou total da cavidade uterina (AUQUI et al., 2024).

A etiologia da Síndrome de Asherman não se restringe apenas às intervenções cirúrgicas mais frequentes. Embora o quadro seja predominantemente associado a traumas decorrentes de múltiplos abortos, curetagens repetidas ou complicações no pós-parto, causas menos comuns, porém significativas, também podem levar à formação de aderências uterinas. Entre estas etiologias raras, é possível citar infecções uterinas graves, a exposição à radioterapia pélvica e o uso prolongado de dispositivos intrauterinos (DIUs). Dada essa variedade de fatores desencadeantes, a prevalência da síndrome apresenta variações entre diferentes populações. No entanto, o consenso aponta que ela é mais comum em mulheres com histórico de trauma iatrogênico prévio e, de forma geral, estima-se que afete cerca de 1% das mulheres em idade reprodutiva (ALMEIDA et al., 2024).

A fisiopatologia da Síndrome de Asherman (SA) reside fundamentalmente na lesão iatrogênica da camada basal do endométrio, que é crucial para sua capacidade de regeneração. O trauma, frequentemente decorrente de curetagens agressivas, resulta na substituição desse tecido essencial por tecido fibroso (sinéquias). Estas sinéquias variam em gravidade, podendo ser finas e mucosas ou densas e fibróticas, e causam a obliteração parcial ou total da cavidade uterina. Clinicamente, as aderências resultantes comprometem o desenvolvimento normal do endométrio funcional. Este impedimento leva a sintomas como a amenorreia, presente no caso da paciente, causada pela obstrução do fluxo menstrual ou pela insuficiência de tecido endometrial para descamar e sangrar. Além disso, a presença das sinéquias reduz drasticamente a área disponível para a implantação embrionária e dificulta a expansão do útero. Tais fatores justificam a manifestação de infertilidade secundária e o histórico de aborto espontâneo prévio relatados pela paciente (BRESSLER et al., 2000).

O diagnóstico da Síndrome de Asherman é primeiramente levantado pela suspeita clínica, a partir do histórico de amenorreia e infertilidade após um trauma uterino. Essa suspeita é, então, complementada por exames de imagem. A ultrassonografia

transvaginal, por exemplo, pode sugerir a condição, mas a histerossalpingografia (HSG) e, sobretudo, a histeroscopia são essenciais para a confirmação. A histeroscopia é considerada o padrão-ouro, pois não só permite a visualização direta das aderências e o mapeamento detalhado da cavidade, como também funciona como a principal ferramenta terapêutica (ALMEIDA et al., 2024; HONORATO et al., 2025).

O tratamento de eleição é a adesiólise histeroscópica, um procedimento cirúrgico minimamente invasivo que consiste na ressecção das aderências sob visualização direta, com o objetivo primordial de restaurar a anatomia uterina normal e a receptividade endometrial. Contudo, para prevenir a recorrência das sinéquias, um risco significativo após a intervenção, a terapia adjuvante é crucial. Esta terapia inclui o uso de estrogênio (seguido por progestagênio) para estimular intensamente a reepitelização do endométrio e, frequentemente, a inserção de barreiras mecânicas, como balões intrauterinos ou DIU, para manter as paredes uterinas separadas durante o processo de cicatrização (ALMEIDA et al., 2024; AUQUI et al., 2024).

PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

Este relato trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, na modalidade relato de experiência, fundamentado na apresentação e discussão de um caso clínico aplicado ao ensino em saúde. A escolha deste delineamento permite refletir sobre práticas formativas, processos de aprendizagem e aprofundamento de competências clínicas.

O caso apresentado foi construído a partir de:

- Experiência formativa do discente, vivenciada em cenários reais de aprendizagem (cenários de simulação);
- Dados clínicos provenientes de literatura, diretrizes e casos previamente documentados, quando necessário para fins didáticos;

A construção deste relato seguiu as seguintes etapas:

1. Seleção e elaboração do caso clínico de relevância para a compreensão dos fatores da infertilidade humana (masculina ou feminina).
2. Estudo teórico dos conteúdos relacionados ao caso (fisiologia, etiologia, exames, diagnóstico, condutas).
3. Descrição narrativa da experiência, considerando a trajetória do caso, a análise dos achados e a reflexão discente sobre o processo de aprendizagem.
4. Discussão fundamentada, relacionando os elementos observados com literatura científica atualizada, protocolos e diretrizes brasileiras e internacionais.

Os dados que compõem o relato foram sistematizados em quatro eixos principais:

- Contextualização do caso
- Apresentação dos achados clínicos e laboratoriais
- Discussão multidisciplinar baseada em referências científicas
- Análise reflexiva da experiência

Essa organização favorece a compreensão integrada do caso e a articulação entre teoria e prática no processo formativo. A elaboração deste capítulo respeita os princípios éticos descritos nas Resoluções CNS nº 466/2012 e 510/2016, bem como normas de sigilo profissional. Como os casos possuem natureza didática, todos os dados foram:

1. Anonimizados, evitando qualquer identificação direta ou indireta;
2. Adaptados quando necessário, preservando a coerência clínica;
3. Utilizados exclusivamente para fins de ensino, pesquisa e divulgação acadêmica.

Por se tratar de relato de experiência educacional sem identificação de sujeitos, este tipo de estudo não exige submissão a Comitê de Ética, conforme previsto na legislação vigente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O caso clínico iniciou-se com a busca por assistência de uma paciente de 26 anos, apresentando um quadro de infertilidade secundária, após um ano de tentativas, e um histórico de aborto espontâneo prévio. Sua sintomatologia era caracterizada por amenorreia (ausência de menstruação) e dor pélvica, que são manifestações clássicas da Síndrome de Asherman em um contexto de trauma uterino (BRESSLER et al., 2000).

A suspeita clínica foi confirmada por exames de imagem, como a ultrassonografia transvaginal (UTV), a histerossalpingografia (HSG) e, crucialmente, a histeroscopia diagnóstica. O achado histeroscópico revelou aderências (sinéquias) conectando as paredes uterinas, confirmando o diagnóstico de SA. Este diagnóstico identifica a causa mecânica da infertilidade, na qual as sinéquias atuam como uma barreira física que impede a correta implantação embrionária e dificulta a expansão endometrial, justificando, assim, a infertilidade secundária, o histórico de aborto prévio e a obstrução significativa da cavidade que resulta em amenorreia (BRESSLER et al., 2000).

Diante da confirmação das sinéquias, o tratamento de eleição foi a adesiólise histeroscópica. Este procedimento cirúrgico é considerado o padrão-ouro tanto na detecção quanto no tratamento da SA. Sua eficácia reside na capacidade de realizar

a lise e identificar a extensão e o local das aderências com precisão, restaurando a anatomia da cavidade uterina e sua capacidade para a implantação embrionária (ALVARENGA et al., [s. d.]).

O sucesso da técnica, contudo, depende da extensão das lesões e da resposta biológica individual da paciente. Para mitigar o risco de recorrência das sinéquias, um dos principais desafios pós-histeroscopia cirúrgica, o tratamento foi complementado com terapia hormonal adjuvante. Esta terapia utilizou altas doses de estrogênio (seguido por progestagênio), com o objetivo primário de estimular a cicatrização e a regeneração adequada do endométrio remanescente, restaurando a camada funcional (AUQUI et al., 2024).

A depender da complexidade da lesão, diversas técnicas e barreiras mecânicas, como dilatadores uterinos ou balões intrauterinos, podem ser utilizadas para manter as paredes uterinas separadas durante a cicatrização. Meses após a intervenção e o acompanhamento pós-operatório, que atestou a restauração da cavidade uterina, a paciente obteve um teste de gravidez positivo. O desfecho do caso, culminando em uma gestação bem-sucedida e nascimento, demonstrando a reversibilidade da infertilidade causada pela SA com o tratamento adequado.

Os resultados observados neste relato de caso estão plenamente alinhados com o que preconiza a literatura especializada, reforçando a histeroscopia como o tratamento mais eficaz para a SA (HONORATO et al., 2025). O prognóstico reprodutivo após a lise de sinéquias é geralmente positivo, e o sucesso gestacional da paciente reforça a eficácia da abordagem terapêutica na restauração do ambiente uterino para a nidação.

A infertilidade na SA é causada por um fator mecânico, e a correção cirúrgica restabelece a capacidade uterina para a implantação embrionária. Este caso sublinha a importância do rastreio em pacientes com histórico de trauma uterino, mesmo em idades jovens, e reforça a eficácia da abordagem cirúrgica e hormonal na recuperação da saúde reprodutiva e emocional da paciente. A taxa de sucesso gestacional após adesiólise histeroscópica varia, mas o desfecho positivo deste relato serve como evidência do potencial de recuperação da função uterina, mesmo em quadros que envolvem amenorreia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Síndrome de Asherman é uma complicação iatrogênica que requer um alto índice de atenção em pacientes com infertilidade e histórico de procedimentos uterinos, como curetagem. O relato do caso demonstra que o diagnóstico precoce por histeroscopia, seguido pela lise cirúrgica das sinéquias e pelo rigoroso acompanhamento pós-operatório com terapia hormonal, pode reverter o quadro

de infertilidade, levando a um desfecho gestacional bem-sucedido. O caso reforça a necessidade de um manejo multidisciplinar e a mensagem de que, com tratamento adequado, a esperança reprodutiva pode ser possível para inúmeras pacientes. Sendo assim, apesar da síndrome representar uma causa importante de infertilidade e alterações menstruais em mulheres com idade reprodutiva, o diagnóstico precoce, auxiliado por exames de imagem e histeroscopia, oferece um excelente prognóstico. A história da paciente é um exemplo de como a abordagem médica especializada pode restaurar a esperança e permitir a realização do sonho da maternidade, reforçando que a SA não é um obstáculo intransponível.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, à professora Francijara Araújo da Silva, pela orientação, incentivo constante e pela dedicação em compartilhar conhecimentos fundamentais sobre Reprodução Humana Assistida. Sua experiência, paciência e compromisso com o ensino foram essenciais para a construção deste trabalho. Agradeço também à aluna Izabele Santos de Souza pela colaboração, parceria e contribuição durante o desenvolvimento deste resumo expandido. Sua participação ativa, troca de ideias e comprometimento foram indispensáveis para a conclusão desta etapa acadêmica.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, T. E. G. de *et al.* SÍNDROME DE ASHERMAN: ATUALIZAÇÕES, AVANÇOS E DESAFIOS. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, [S. l.], v. 6, n. 2, p. 1671–1681, 18 fev. 2024.
- ALVARENGA, A. *et al.* SÍNDROME DE ASHERMAN: UMA CAUSA SILENCIOSA DA INFERTILIDADE. *Ginecologia e Obstetrícia*. 19. ed. [S. l.]: Editora Pasteur, [s. d.].
- AUQUI, L. F. C. *et al.* Síndrome de Asherman. Reporte de Caso. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, [S. l.], v. 8, n. 2, p. 4392–4400, 6 maio 2024.
- BRESSLER, M. *et al.* Estudio del factor uterino como causa de infertilidad femenina. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, [S. l.], v. 26, n. 1, abr. 2000. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2000000100009&lang=pt. Acesso em: 30 out. 2025.
- FONSECA, G. S. *et al.* A INFERTILIDADE FEMININA E SUAS CAUSAS. *Anais Colóquio Estadual de Pesquisa Multidisciplinar (ISSN-2527-2500)*, [S. l.], 2 ago. 2023. Disponível em: <https://publicacoes.unifimes.edu.br:443/index.php/coloquio/article/view/2697>. Acesso em: 6 nov. 2025.

HONORATO, P. F. *et al.* SAÚDE DA FAMÍLIA E SÍNDROME DE ASHERMAN: ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR PARA O MANEJO DAS CONSEQUÊNCIAS DA IATROGENICIDADE EM MULHERES COM INFERTILIDADE SECUNDÁRIA. *Asclepius International Journal of Scientific Health Science*, [S. l.], v. 4, n. 4, p. 117–123, 9 abr. 2025.

PATRÍCIO, J. Síndrome de Asherman : Novas Perspetivas Terapêuticas. 2018. *Universidade de Lisboa* (Portugal), 2018. Disponível em: <https://www.proquest.com/openview/2e756dc9c61c4925034c2df26b278756/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2026366&diss=y>. Acesso em: 6 nov. 2025.