

MATERNIDAD PROVINCIAL DE JAEN  
MEDICO-DIRECTOR: E. L. GARCIA TRIVIÑO

## CONSIDERACIONES CLINICAS ACERCA DE 18 CASOS DE MALFORMACIONES UTERINAS

DR. PÍO AGUIRRE

El útero lo mismo que las trompas y la vagina, está formado por la unión de los conductos de MULLER, que adosándose en su parte inferior y media, convierten al útero y vagina en órganos impares. Cuando estos conductos no se desarrollan, no se unen o lo hacen incompletamente, se producen vicios del desarrollo que varían según el trastorno embriológico que le dió origen.

Estas malformaciones conocidas desde antiguo, han sido estudiadas y clasificadas especialmente por LE FAURE y por OMBRE-NANDE y MARTIN, teniendo en cuenta no solo su morfología, sino relacionando el mecanismo de la malformación con la época del desarrollo del embrión.

Ni su etiología ni su patogenia estan hoy aclaradas, invocándose gran número de causas entre las que destacan las peritonitis fetales y la cortedad de los ligamentos redondos, entre las más aceptadas.

No existe mucha literatura sobre estas alteraciones, y sobre todo, faltan revisiones de conjunto, pues aparte de JOECHIM que reunió 224 casos, entre ellos 10 con gestaciones dobles; BERTLICH que publicó 60 casos de embarazo en úteros bicorpis monocolli registrados hasta 1905, en los que encontró un veinticuatro por ciento de abortos, un treinta y cuatro por ciento de interrupciones precoces, un seis por ciento de presentaciones de hombro y un once por ciento de podálicas; y de BAKER que analiza 118 casos

de la literatura, a los que añade 9 propios, y en los que no encuentra aumentada la frecuencia de abortos y sí la de presentaciones anormales, especialmente la de transversa; la mayoría de las publicaciones se refieren a casos aislados publicados como rarezas y de los que pocas veces se pueden sacar conclusiones clínicas. Por otro lado, y sobre todo por lo que se refiere a la capacidad procreativa de las mujeres afectas de estas disgenesias y a los accidentes a que están expuestas como consecuencia del estado puerperal, las opiniones son a veces bastante contradictorias.

Por estos dos motivos, y por el hecho de haber observado en poco tiempo unos casos, cuatro en menos de un año, nos ha movido a recopilar y hacer algunos comentarios.

Por regla general en las pacientes afectas de estas alteraciones genitales no se encuentran anomalías en su conformación exterior, siendo por lo común, mujeres armónicas y con caracteres sexuales secundarios bien definidos. No ocurre lo mismo con el tractus urinario, que por razones embriológicas, participa con mucha frecuencia de estas malformaciones.

Tampoco suelen encontrarse signos de deficiencia ovárica y la menarquia casi siempre es a su tiempo y con caracteres normales, empezando a menstruar los dos úteros al mismo tiempo o con breve intervalo, por lo que a veces las reglas son largas y copiosas, como sucedió en una de estas enfermas que tuvo que sufrir en su juventud legrado en sus dos cavidades uterinas por este motivo.

Según ROJAS, las anomalías uterovaginales van acompañadas de alteraciones en las trompas de FALOPIO y especialmente de hipofunción ovárica.

Las relaciones sexuales suelen ser normales, aún en el caso de vagina doble, pues generalmente solo se utiliza para el coito la más amplia, pero también se citan casos de dispareunias ocasionales al utilizarse la vagina menos desarrollada y hasta motivada, después de años de matrimonio, por una segunda desfloración. Esta, en un caso descrito por BETTINOTTI fué causa de una hemorragia que necesitó cuidados médicos.

La fertilidad, para la mayoría de los autores, está más conservada de lo que podría deducirse a la vista de las malformaciones, los casos de embarazo en los úteros dobles, bicornes e inclu-

so en los cuernos rudimentarios abundan en la literatura y aún las gestaciones dobles en cada uno de los cuernos uterinos; pero hemos de tener en cuenta que muchas de estas gestaciones dobles con aborto temprano de un huevo y continuación del otro embarazo, no son más que la expulsión de la caduca del útero vacío simulando un aborto. Sin embargo son conocidos numerosos casos de gestaciones dobles con partos al mismo tiempo o separados de pausas a veces bastante largas, como una de ocho días observada por FIRCHBACH o el caso descrito por OPITZ de una mujer que murió a los diez días de un parto y en la que encontró un feto casi maduro en un segundo cuerno. Estas gestaciones han planteado repetidas veces el problema de la superfetación.

El número de abortos y partos prematuros están aumentados en estas mujeres, y con frecuencia se observa, cómo estos alternan con gestaciones a término, lo que es debido a las distintas condiciones del lugar donde puede anidar el huevo. Modernamente se da una gran importancia a las deformidades uterinas en la etiología del aborto habitual; HALBRECHT encuentra veintidós malformaciones en una serie de abortadoras habituales y SANCHEZ IBANEZ un veinte por ciento de deformidades uterinas en mujeres con más de dos abortos. BOTELLA considera las deformidades uterinas como una de las principales causas maternas de aborto repetido.

Los accidentes más graves que se pueden producir en el embarazo son: la rotura uterina por debilidad de las paredes musculares y por penetración de las vellosidades coriales a su través, sobre todo en la pared correspondiente a la línea media y la torsión del útero o cuerno grávido. Esto último lo hemos observado una vez pero no la rotura uterina que para algunos autores es bastante frecuente.

La situación longitudinal de los fetos es casi constante, según M. L. PEREZ, pero dentro de ella la presentación podalica se observa más a menudo que en la matriz normal. SCHAUFFLER sobre quince partos de mujeres con duplicidad uterina tuvo cuatro con presentación de nalgas, resueltos satisfactoriamente con fetos vivos.

Respecto al parto, es fácil comprender que la distocia aparece con mayor frecuencia que en los úteros normales, debién-

dose considerar la posibilidad de que el útero no grávido actúe como tumor previo, otras veces el septum vaginal dificulta el descenso de la presentación y sobre todo la mayoría de los autores señalan una inercia primitiva o secundaria dada la mayor pobreza de fibras musculares uterinas, más distendidas por lo tanto, y la disposición anormal que en muchas ocasiones se encuentran estas fibras. Todo esto hace que la intervención activa del tocólogo sea más frecuente, sin llegar a la exageración propuesta por SCHITZ, que dice: «que teniendo en cuenta el peligro de hemorragia y de rotura uterina, parecería que la operación cesárea estaría indicada bajo todas las condiciones». De todos modos estos partos deben ser siempre asistidos en centros especializados provistos de los recursos necesarios para solucionar todas las distocias y accidentes que puedan presentarse.

El alumbramiento según LES BESQUE se produce en forma patológica en el setenta por ciento de los casos, sobre todo por adherencia anormal de la placenta, hemorragia por falta de retracción, etc. Y según VAN DE VELDE en una tercera parte de los casos hay que hacer extracción manual de placenta. PINARD recomendaba recurrir siempre al alumbramiento artificial.

El puerperio depende más que nada del estado en que se haya efectuado el parto y dicen que es frecuente en él la eliminación de la caduca.

#### MATERIAL ESTUDIADO

Caso 1. R. H. G. 25 años, casada. Dismenorreica, estéril por cuyo motivo consulta. Vagina y cuello dobles, a la exploración ginecológica (difícil). Útero único en su morfología externa.

Caso 2. P. M. M. 18 años, soltera. Menostasia unilateral por útero bicorne bicolli con imperforación de cuello izquierdo y éstasis menstrual unilateral. Laparotomía, no pudo hacerse tratamiento conservador y se practicó Histerectomía total, conservando los anexos derechos. Caso publicado por el DR. GARCIA TRIVIÑO.

Caso 3. Hist. 6453. A. F. L. 62 años viuda. No tuvo hijos. Menopausia hace once años. Desde hace un mes metrorragia de regular intensidad. Fué diagnosticada de tumor funcionante de

ovario, por presentar un frotis vaginal eutrófico con predominio de células eusinófilas y biopsia de endometrio con Hiperplasia glandular quística. Laparotomía que descubre útero bicorne unicolli con doble hidrosalping y ovarios al parecer normales. Histerectomía con los anexos.

Este caso está pendiente de un detenido estudio anatómopatológico.

Caso 4. Hist. 1124. G. E. H. 38 años casada hace año y medio. Consulta por dismenorrea y esterilidad. En su juventud menostasia por imperforación de himen que fué tratada por simple incisión. Vagina única en su tercio inferior y tabicada en los dos superiores. Cuello doble, útero grueso con sensibilidad a la derecha. Laparotomía previa incisión del tabique vaginal, útero arcuatum con doble cuello, pelvisvisceritis con apendicitis crónica retrocecal. Liberación de adherencias, apendiceptomía y operación de COTTÉ.

Caso 5. Hist. 4042. J. V. P. 17 años soltera Reglas normales. Consulta por dolor en fosa ilíaca izquierda y leucorrea purulenta. Laparotomía que descubre anexos normales, útero arcuatum y tumoración quística a tensión retrovesical. Abierta la plica y disecada la vejiga se pone a descubierto el tumor, que está formado por la vagina izquierda sin comunicación con el exterior y llena de un líquido mucoso oscuro. Se practica histerotomía media que alcanza cara anterior, fondo y parte de la cara posterior y se encuentra útero tabicado con doble cuello, comunicando el derecho con la vagina normal y el izquierdo con la atresica. Se secciona el tabique vaginal medio y el septum uterino, dejando una cavidad única. Peritonización con la plica.

Caso 6. Hist. 6326. F. R. S. 21 años soltera. Consulta por dismenorrea que sobrepasa los días de las reglas. Laparotomía: Útero con cuerno rudimentario izquierdo sin comunicación con el exterior que se extirpa, así como el anexo correspondiente que presenta salpingoovaritis. Operación de COTTÉ. La pieza extirpada presenta hematometra.

Caso 7. Hist. 2657. F. P. V. 33 años, casada. Dos partos anteriores y dos abortos. Amenorrea de tres meses y metrorragia discreta. Fué diagnosticada de embarazo tubarico derecho. Lapa-

rotomía: Utero bicorne unicolli con gestación en cuerno derecho. Cierre por planos. Seis meses después parto espontáneo, feto vivo, retención de placenta que obliga a extracción manual.

Caso 8. Historia 5378. A. V. C. 22 años, casada. Un parto normal. Ingresó en trabajo de parto. Vagina y cuello uterino dobles, el derecho muy alto, blando, sin dilatación, el izquierdo de consistencia ginecológica. Pelvis vacía. Feto en transversa cefálica derecha, muy desplazable en sentido vertical. Feto vivo. Laparotomía: se exterioriza el útero gravido que estaba torsionado de derecha a izquierda, se practica cesárea corporal seguida de Hemihisterectomía ístmica con el anexo correspondiente, conservándose el útero izquierdo con su anexo. Se aprecia un marcado ligamento recto-vesical.

A los pocos meses se practica sección del septum vaginal.

Caso 9. A. M. L. 34 años, casada. Utero y vagina dobles. Siendo soltera se le practicó legrado en ambas cavidades e incisión del tabique vaginal. Gestación normal con parto en podálica espontáneo. No se observó ni en el parto ni en el embarazo expulsión de caduca. Al parecer el huevo anidó en el útero izquierdo.

Caso 10. M. M. M. 24 años, casada. Utero y vagina doble. Primípara. Parto en presentación cefálica en el que se inicia un arrancamiento del extremo posterior del septum vaginal al avanzar la presentación. Forceps en la excavación previa sección del tabique y episiotomía media. Feto normal. Extracción manual de placenta, Puerperio normal. Durante el embarazo no hubo metrorragia ni expulsión de caduca.

Caso 11. J. C. N. Utero y vagina dobles. Dismenorrea que no cede después del parto. Un feto en podálica con feto muerto por mala asistencia. Un aborto.

Caso 12. D. M. L. 26 años, casada. Un embarazo de curso normal con falso trabajo de parto a su término, expulsión de caduca y muerte del feto. Gestación a término en cuerno rudimentario de útero bicorne monocolli. Laparotomía y extirpación del cuerno grávido. Caso publicado por el Dr. GARCÍA TRIVIÑO.

Caso 13. M. L. J. 26 años, casada. Primigesta. Utero bicorne monocolli con vagina única, gestación a término con feto

hipermaduro en transversa con fuerte lordosis de su columna vertebral. Parto por cesárea y feto vivo de 4.620 gramos. Caso publicado por el DR. GARCIA TRIVIÑO.

Caso 14. L. R. V. 23 años, casada. Dismenorreica. Amenorrea de dos meses y medio. Dolor en fosa ilíaca izquierda. Se diagnostica de gestación tubárica izquierda en evolución. Laparotomía: útero bicorne monocollí con gestación en cuerno izquierdo. Cierre por planos. El embarazo sigue su curso y a su término parto espontáneo con episiotomía media. Feto hembra viva. Posteriormente ha tenido otro parto espontáneo con gestación de curso normal.

Caso 15. R. A. M. 29 años, casada. Un parto terminado con forceps por sufrimiento fetal. Un parto prematuro espontáneo con feto vivo que murió a las pocas horas. Tres meses de amenorrea seguidos de metrorragia discreta, tratada con Proluton. Friedman positivo, Diagnosticada de gestación tubárica izquierda en evolución, Laparotomía; Utero bicorne monocollí con gestación en cuerno izquierdo. Se extirpa el cuerno gravido dejando los anexos del mismo lado que se implantan, así como el redondo, en el útero restante.

Caso 16. I. M. S. 35 años, casada. Cuatro abortos espontáneos. Desde hace ocho días metrorragia previa amenorrea de dos meses. Utero y vagina dobles, el derecho aumentado como grávido seis semanas. Galli Mainini negativo. Legrado del hemiútero derecho en sección del septum vaginal con bisturí eléctrico.

Caso 17. M. A. C. 27 años, casada. Un aborto fetal. Dos partos prematuros de nalgas, fetos vivos. Gestación a término, feto en transverso, útero fuertemente arcuatum. Versión y extracción de feto de 3.500 gramos.

Caso 18. Hist. 2702 T. P. T. 25 años, casada. Utero bicorne monocollí, vagina parcialmente tabicada. Un parto de nalgas con ayuda manual y sección del tabique vaginal. Feto hembra viva. Gestación cinco meses con aborto espontáneo de un feto, extracción digital de la placenta en cuya maniobra se descubre el otro cuerno ocupado, a los quince días las reacciones biológicas persisten positivas y se practica radiografía que descubre feto de cinco meses en posición de nalgas. Al término del embarazo, parto espontáneo muy rápido de feto varón que muere poco después,

presentaba parietales aplastados y pié equino. Alumbramiento normal. Posteriormente ha tenido embarazo y parto normales con feto varón de 3.500 gramos.

#### COMENTARIO

Hemos recogido estas 18 historias de disgenesias uterinas, de las cuales once corresponden a la clientela privada del DR. GARCIA TRIVIÑO y propia y siete a los servicios de la Maternidad Provincial. Estos siete últimos casos han sido sacados entre siete mil y pico de historias de Maternidad, por lo que podemos decir que esta alteración la hemos encontrado, aproximadamente, en un uno por mil.

Estos 18 casos los podemos dividir en: útero y vagina dobles, cinco casos. Vagina y cuello doble, útero único pero tabicado, tres casos. Vagina única o con pequeño tabique, cuello único y dos cuerpos, siete casos. Cuerno rudimentario, dos casos. Y útero fuertemente arcuatum, un caso.

De estas enfermas, siete consultaron por alteraciones ginecológicas y once por gestaciones o complicaciones de éstas. Las alteraciones ginecológicas más frecuentes han sido dismenorrea y menostasia, pero estas últimas no consultaron por dicha afección, ya que al ser esta unilateral pasaba desapercibida y solo consultaron por molestias dolorosas. La dismenorrea en estas enfermas era intensa, tanto como para llevar al quirófano por dicho motivo a dos de ellas, pero solamente en una se encontró sangre menstrual retenida en un cuerno rudimentario como causa de este síntoma.

Quince de estas mujeres eran casadas y solamente en tres no había habido ningún embarazo, lo que da una proporción de un veinte por ciento de esterilidad aunque en una de ellas se descubrió un antiguo hidrosalping bilateral, posible causa de la esterilidad. De las doce mujeres que habían tenido embarazos, solo en una no llegó ninguno de estos a término, lo que da una proporción de un ocho por ciento. Sin embargo, si contamos por el número total de embarazos, tenemos: que de treinta gestaciones diez terminaron por aborto, cuatro a su término con feto muerto

o fueron interrumpidos como consecuencia de su malformación y dieciseis a su término con feto vivo. Lo que quiere decir que cerca del cincuenta por ciento de las gestaciones se malograron como consecuencia del trastorno genital.

En tres casos de embarazos en úteros bicorne unicolli, fué confundido éste con gestación tubárica, siendo los tres intervenidos y respetado el embarazo en dos de ellos que terminaron a su tiempo y espontáneamente. Es interesante hacer constar que estos tres casos tuvieron una sintomatología muy parecida, con dos y medio o tres meses de amenorrea, y falta de conflicto entre el huevo y su continente (no hay hemorragia interna, ni aún pequeña, faltan dolores cólicos, sensibilidad del Douglá, etc.) Lo que debemos de tener en cuenta para sospechar de todo ectópico de tres meses de evolución y que sea bien tolerado, aunque no se debe dudar de hacer laparotomía y obrar en consecuencia, respetando el embarazo cuando asiente en un útero bicorne y extirpando los cuernos rudimentarios grávidos.

Los partos fueron: once en presentación cefálica, todos flexionados, de los cuales nueve terminaron espontáneamente y dos por aplicación de forceps; en cinco ocasiones la presentación fué podálica (una tercera parte) todos ellos con expulsión espontánea o ayuda manual. Tres veces (una quinta parte) el feto estaba en transversa acabando el parto una vez mediante versión y extracción podálica y dos veces por cesárea. Por lo tanto; catorce veces el parto fué espontáneo y cinco veces operatorio, el treinta y dos por ciento.

El alumbramiento fué patológico en dos ocasiones en que se practicó extracción manual de placenta, sin que esta maniobra ofreciera dificultades por adherencias anormales.

No ha habido ninguna expulsión de caduca, o ésta ha pasado desapercibida, ni al principio del embarazo ni en el puerperio.

En ningún caso se ha producido rotura de útero, ni siquiera en el caso descrito de gestación en cuerno rudimentario, en que éste llegó a término.

No se ha observado ningún caso de hiposistolia marcada y sí en cambio buena dinámica y partos precipitados en varias ocasiones.

En una ocasión ha habido torsión del útero gravido de manera que el borde derecho ocupaba el lado izquierdo.

En ningún caso se comportó el útero no gravido como tumor previo.

Hemos observado un caso de gestación doble con aborto de uno de los fetos y continuación del embarazo en el otro cuerno apesar del traumatismo del aborto y de la extracción digital de placenta que fué preciso efectuar.

En el único caso de útero y vagina dobles en que se hizo laparotomía se comprobó la presencia de un desarrollado ligamento recto-vesical que daba la impresión de ser el causante de la falta de unión de ambos conductos de MULLER. Este ligamento que fué descrito por primera vez por CARUS en 1824, es tanto más frecuente cuanto mayor sea la separación de los conductos de MULLER, viendose en úteros dobles, a veces en los úteros bicornes monocollis simétricos y más raramente en los asimétricos.

#### BIBLIOGRAFIA

- BAKER W. S. y otros. Congenital Anomalias of the Uterus associate with Prenancy. Am. J. of Obst a Gyn V 66 fase 3. Sept 1953.
- BETTINOTTI A. E. Dos casos de útero didelfo con embarazo. Obs. y Gin. Lat. Amer. Sept. 1949
- BOTELLA. Patología Obstetrica.
- COLACO L. Utero pseudodidelfo con gestaciones simultáneass. J. Obst. a Gn. of B. Emp. LVI, 6, 1949.
- CONILL. Tratado de Ginecología.
- DE LEE-GREENHILL. Principios y práctica de Obstetricia..
- GARCIA TRIVIÑO. Distocia por disgenesia uterina. Rev Esp Obs y Gin. Agosto 1944.
- GARCIA TRIVIÑO. Menostasia unilateral. Rev. Esp. Obs. y Gin. Enero 1946.
- GARCIA TRIVIÑO. Gestación a término en cuerno rudimentario. Rev. Esp. Obs. y Gin. Octubre 1946.
- HALBRECHT. El papel de las modificaciones anatómicas de la cavidad uterina en la patogénesis del aborto habitual. Gynaekología 131, 1, Basel 1951.

- KERMAUMER. *Biología y Patología de la mujer*. Halban-Seitz.
- PÉREZ M. L. *Tratado de Obstetricia*.
- ROJAS D. A. Malformaciones de los genitales y su relación con la patología obstétrica. Nubiola-Zárate.
- SALAS NAVARRETE. Hernia inguinal bilateral con cada saco ocupado por un cuerno del útero y su anexo correspondiente. *Rev. Clin. Esp.* pag. 177, 1944.
- SANCHEZ IBÁÑEZ. Aborto habitual y asimetrías uterinas. *Rev. Esp. Obst. y Gin.* 1948.

