

GESTACIÓN EN ÚTERO DIDELFO: REPORTE DE UN CASO
UTERUS DIDELPHYS IN PREGNANCY: REPORT OF A CASE
GRAVIDEZ EM ÚTERO DIDELFO: RELATO DE UM CASO

Pardo-Novak Antonio José¹, Vidal-Gonzales Melissa², Villarroel-Paredes Ibeth Lady²

RESUMEN

El útero didelfo representa una malformación de los conductos de Müller donde el útero está presente como un órgano par. Esta patología suele ser confundida frecuentemente con el útero tabicado o útero septado, en el que el pronóstico para el embarazo es diferente. El útero didelfo generalmente, lleva las gestaciones a término con intervenciones como la utilización de uteroinhibidores a cierta edad del embarazo y cerclaje si cursa con incompetencia ístmica cervical, a diferencia del llamado útero septado que termina en infertilidad y/o abortos a repetición. Si bien al cursar con esta patología los embarazos por lo general llegan a término con las intervenciones necesarias, la presentación de la misma es inusual, por ello, la presentación de este caso clínico es importante, sobre todo siendo una condición poco frecuente donde se evidencia la presencia de dos cuerpos uterinos con dos cérvix por separado, y a menudo dos cavidades vaginales, es así, que presentamos el caso de un embarazo único en el cuerpo uterino del lado derecho del útero didelfo en una paciente de 32 años de edad, con antecedente de embarazo de 38 semanas con trabajo de parto.

Palabras Clave: Útero didelfo, Anomalia, Conductos de Müller.

ABSTRACT

The uterus didelphys represents a malformation of the Mullerian ducts where the uterus is present as a paired organ. This condition is usually confused with septate uterus or uterine septum, in which the prognosis for pregnancy is different. Didelphic uterus usually needs interventions for getting term pregnancies as uterus-inhibitors at certain time of pregnancy and cerclage if there is istmic cervical incompetence. In contrast to septate uterus which often ends in infertility and/or abortion of repetition. Although this condition pregnancies usually come to term with the necessary interventions, its presentation is unusual, therefore, the presentation of this case is important, especially for being a rare condition where we show the presence of two uterine bodies, two separate cervix, and often two vaginal cavities. We present a case of singleton pregnancy in the uterine body of the right side in didelphys uterus in a 32 -year-old with a history of 38 weeks pregnancy with labor.

Keywords: Uterus didelphys, Anomaly, Mullerian ducts.

RESUMO

O útero didelfo representa uma malformação dos dutos de Müller, onde o útero está presente como um órgão emparelhado. Esta condição normalmente é confundida com útero septado, no qual o prognóstico para a gravidez é diferente; o útero didelfo geralmente leva a gravidez ao termo, com intervenções, como são a utilização de útero-inibidores a certa idade da gravidez, e cerclagem se apresenta incompetência cervico-uterina; ao contrário do chamado útero septado o qual termina em infertilidade e/ou aborto de repetição. Embora atualmente nesta condição a gravidez possa chegar ao termo com as intervenções necessárias, a sua apresentação é incomum, portanto, a apresentação deste caso é importante, especialmente por ser uma condição rara na qual se mostra a presença de dois corpos uterinos com dois colos uterinos por separado, e muitas vezes duas cavidades vaginais, por isso apresentamos um caso de gestação única no corpo uterino do lado direito do útero didelfo de uma paciente de 32 anos de idade, com uma história de gravidez de 38 semanas com trabalho de parto.

Palavras-Chave: Útero didelfo, Anomalia, Ductos de Müller.

¹M.D. - Médico Ginecólogo-Obstetra. Jefe de Guardia, Hospital Materno-Infantil Germán Urquidi. Director Centro de Alto Riesgo Obstétrico (CENA-ROB). Past-President Sociedad de Ginecología y Obstetricia Cochabamba. Docente de Pre y Post-Grado Facultad de Medicina-Universidad Mayor de San Simón. Cochabamba, Bolivia.

²Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina-Universidad Mayor de San Simón. Cochabamba, Bolivia.

Correspondencia / Correspondence: Melissa Vidal-Gonzales
e-mail: mel_1rex@yahoo.es

Recibido para publicación / Received for publication: 02/07/2013
Aceptado para publicación / Accepted for publication: 31/10/2013

Este artículo debe citarse como: Pardo-Novak AJ, Vidal-Gonzales M, Villarroel-Paredes IL. Gestación en útero didelfo: reporte de un caso. Rev Méd-Cient "Luz Vida". 2013;4(1):54-57.

This article should be cited as: Pardo-Novak AJ, Vidal-Gonzales M, Villarroel-Paredes IL. Uterus didelphys in pregnancy: report of a case. Rev Méd-Cient "Luz Vida". 2013;4(1):54-57.

Este artigo deve ser citado como: Pardo-Novak AJ, Vidal-Gonzales M, Villarroel-Paredes IL. Gravidez em útero didelfo: relato de um caso. Rev Méd-Cient "Luz Vida". 2013;4(1):54-57.

La incidencia de anomalías uterinas congénitas o malformaciones de los conductos de Müller (MCM) en mujeres en edad fértil se estima en 1/600-1/2000 embarazos,¹ siendo que, la verdadera prevalencia de las malformaciones Müllerianas se desconoce, en vista de que muchas de ellas son subdiagnosticadas debido a que varias pacientes son asintomáticas y su capacidad reproductiva no se deteriora, aunque se estima que se presenta en 6,7% de mujeres en edad fértil.²

Dentro de estas MCM, encontramos al útero didelfo ó útero doble, el cual es un hallazgo relativamente infrecuente y más si está relacionado con la presencia de dos vaginas y dos cérvix, en cuyo caso se denomina bicollis. En relación a la vagina, si ésta se halla tabicada es por falta de reabsorción de los conductos de Müller a ese nivel, lo cual afecta los dos tercios superiores. Se debe aclarar que el tabique vaginal superior, está formado por la falta de disolución de la pared media de ambos conductos de Müller y que si hubiera un tabique transversal en el tercio inferior éste corresponde a otro origen embriológico, ya que el tercio restante de la vagina está relacionado con el periné y los órganos externos.³

El útero doble, es una alteración congénita de los conductos de Müller,⁴ el cual corresponde a la Clase III o Trastornos de la fusión lateral de los conductos de Müller de la clasificación de la AFS (American Fertility Society), su prevalencia es del 5% y la alteración se produce por la fusión incompleta de unión lateral de los conductos de Müller (que se produce entre la semana 12 y 16 del embarazo).^{5,6} Al no producirse esta fusión, cada uno de estos conductos, dará lugar a la formación de un hemiútero por separado con una trompa y un ovario, no se han reportado casos en los que cada útero tenga dos trompas, si es completa la separación de los conductos tendrá dos cérvix y tabique vaginal superior. Diferenciándose del útero bicorne, clase IV de la clasificación de la AFS, donde la separación de los dos conductos no es profunda y total, ya que el didelfo generalmente se acompaña de dos cérvix, el arcuato con un tabique completo central del útero además de un hundimiento del fondo uterino.⁶

Si hablamos del éxito en los resultados del embarazo, entre útero bicorne, didelfo y unicornio tabicado, el orden sería el siguiente: el mejor resultado se ve en el útero bicorne, con una supervivencia en la mayoría de los fetos, y el unicornio tabicado presentaría los resultados menos favorables. Siendo que el útero didelfo presenta una sobrevivencia intermedia respecto a las otras anomalías.⁷

Se destaca la importancia de este caso, por su poca frecuencia y su presentación clínica.

CASO CLÍNICO

Paciente de 32 años de edad, valorada en fecha 16 de octubre de 2012, en el servicio de emergencias del Hospital Materno Infantil Germán Urquidí (Maternológico de referencia del departamento de Cochabamba-Bolivia), con diagnóstico de embarazo de 38 semanas en trabajo de parto con dilatación de 2 cm y borramiento de 80%, dinámica uterina de 3 contracciones en diez minutos de 60 segundos de duración y dos cruces de intensidad, Fre-

cuencia Cardíaca Fetal (FCF) 140 por minuto, contaba con ecografía de las 18 semanas de embarazo (la cual reportaba: embarazo normal con mioma uterino de 7 por 6 cm. Feto único vivo, (FCF +), líquido amniótico normal, placenta de inserción fúndica, movimientos fetales normales, además de mioma uterino subseroso de 7 por 6 cm que ocupa la fosa iliaca izquierda). Posterior a las 6 horas de trabajo de parto la presentación se mantiene alta y rechazable, por lo que se decide realizar cesárea por descenso detenido de la presentación.

Antecedentes Personales

- **Antecedentes personales no patológicos**
- Ninguno de relevancia clínica.
- **Antecedentes gineco-obstétricos**
- Fórmula obstétrica: G1 A1 P0 C0.
- Aborto espontáneo: En fecha 11/11/2011 (Posteriormente la paciente refiere haber cursado con un cuadro de infertilidad de seis meses, por tal motivo se le realizó una ecografía en fecha 12/04/2012, la cual reportó un mioma uterino subseroso de 7 por 6 cm que ocupaba la fosa iliaca izquierda.

Examen Físico

Examen físico general

Paciente en regular estado general, afebril, con mucosas ligeramente pálidas.

Signos vitales: PA: 100/70mmHg. FC: 80 x min. FR: 20 x min T: 37,2°C.

Examen físico segmentario

Abdomen: Globoso a expensas de útero grávido. Ruidos hidroaéreos positivos normoactivos. Altura uterina 33 cm. Se palpa producto en situación longitudinal, posición dorso derecho, presentación cefálica. Muy doloroso a la palpación.

A la exploración gineco-obstétrica, se objetivo: Al tacto vaginal: vagina de paredes elásticas, cérvix posterior, con dilatación de 2 cm y borramiento de 80%. Dinámica Uterina: 3 contracciones en diez minutos de 60 segundos de duración y dos cruces de intensidad. FCF 136 por minuto. Resto sin particular.

Hospitalizándose con diagnósticos de: G2A1, embarazo de 38 semanas, feto único vivo, falta de descenso de la presentación.

Plan: Conducta posterior al diagnóstico de falta de descenso de la presentación

Cirugía (16/10/2012)

Durante la cesárea recién se pudo evidenciar que el "mioma uterino" diagnosticado por la ecografía del control prenatal era en realidad otro útero. Evidenciándose la presencia de dos úteros, embarazo de término en útero derecho con producto único de 3200g de peso líquido amniótico blanco lechoso, APGAR 8 y 9 respectivamente. (Ver Figuras 1 y 2).

A la exploración quirúrgica se pudo apreciar, la presencia de dos úteros, cada uno de ellos con la trompa de Falopio correspondiente, ovarios normales, se procedió a realizar la histerorrafia en dos planos sin complicaciones, era evidente que el mioma reportado por la ecografía corres-



pondía al útero del lado izquierdo, los dos úteros estaban totalmente independientes uno del otro y posteriormente con un examen físico más minucioso se evidenció que la paciente también contaba con dos cavidades vaginales y dos cérvix, que no se detectaron y/o reportaron en principio, al estar estos colapsados.

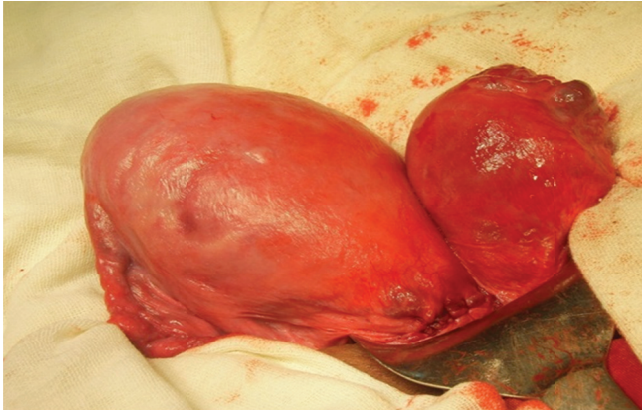


Figura 1: Intra-operatorio, se observa ambos cuerpos uterinos y el cierre completo del cuerpo del útero con una sutura tipo Cushing.



Figura 2: Intra-operatorio, se evidencian ambos cuerpos uterinos antes de proceder al cierre de cavidad abdominal.

Estudios realizados posteriores a la cesárea

Se le realizaron de manera simultánea los siguientes exámenes complementarios:

- Tomografía computarizada de abdomen (23/10/2012) (Ver Figura 3).
- Histerosalpingografía (23/10/2012) (Ver Figura 4).
- Ecografía 3D y 4D (23/10/2012) (Ver Figura 5).

Teniendo como conclusión de estos estudios imagenológicos, que se trata de un útero didelfo bicollis con cavidades uterinas independientes y que presentan una trompa independiente para cada cavidad.

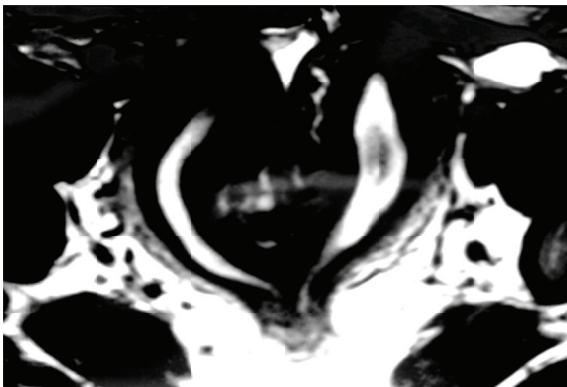


Figura 3: Tomografía computarizada de abdomen, evidencia útero didelfo bicollis con dos cavidades uterinas.

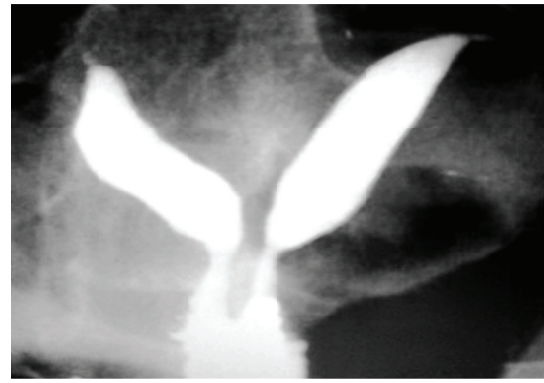


Figura 4: Histerosalpingografía. Evidencia útero didelfo bicollis con dos cavidades uterinas que presentan una trompa independiente para cada cavidad.

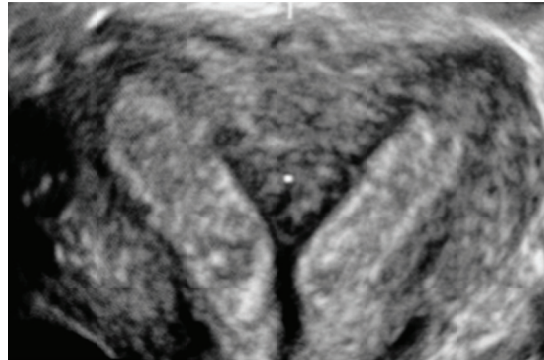


Figura 5: Ecografía 3D. Se observa la presencia de dos cavidades uterinas

Evolución

La evolución de la paciente fue favorable, no se presentaron complicaciones durante su internación ni posteriores al procedimiento operatorio (tanto en la paciente como en el recién nacido), se le dio de alta a los dos días después del procedimiento quirúrgico.

DISCUSIÓN

Aunque la verdadera prevalencia de anomalías uterinas congénitas en la población es desconocida, es su impacto en la salud reproductiva como causa importante de infertilidad primaria y complicaciones obstétricas por lo que se han convertido en un desafío para el proceso de toma de decisiones terapéuticas. Siendo que las anomalías uterinas no son sólo una causa importante de infertilidad sino también que representan resultados reproductivos adversos.⁸ Son altas las tasas de aborto, parto prematuro, presentación pélvica y placenta retenida en pacientes con malformaciones uterinas, junto con las complicaciones que aumentan la intervención obstétrica y la mortalidad perinatal.⁹

El útero didelfo conlleva un mal resultado reproductivo, con tan solo 20-30% de probabilidades de llevar el embarazo a término,¹⁰ sin embargo presentamos el caso de un embarazo exitoso (a la fecha la paciente cursa con su segundo embarazo).

El papel de los estudios por imagen, ayuda a detectar, diagnosticar y diferenciar las formas quirúrgicamente corregibles de alteraciones de los conductos de Müller, de las formas inoperables. El útero didelfo tiene los mejores resultados de embarazo dentro de las anomalías uterinas

además de un mejor pronóstico; se cree que esto puede ser debido a un mejor flujo sanguíneo.¹¹ Defectos asociados pueden afectar la vagina, el sistema renal, y con menos frecuencia, el sistema óseo. Una asociación específica de útero didelfo, hematocolpos unilaterales y agenesia renal ipsilateral ha sido descrito.¹² Esta anomalía es menos común que otras malformaciones uterinas, como el útero arqueado, útero septado o útero bicorne. Un examen pélvico suele revelar una doble vagina y un doble cuello uterino.

Las investigaciones son por lo general impulsadas sobre la base de estos hallazgos, así también cuando se encuentran problemas reproductivos. Siendo técnicas útiles para investigar la estructura uterina: la ecografía transvaginal, histerosalpingografía, resonancia magnética nuclear, e histeroscopia, más recientemente la ecografía 3D se ha postulado como un método no invasivo para una excelente evaluación de las malformaciones uterinas.¹²

Potencial Conflicto de Intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses pertinentes a este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez-Ezquerro BR, Carazo-Hernández B, Guardia-Dodorico L, Tabuenca-Vicén C. Gestación gemelar en útero bicorne. *Ginecol Obstet Mex*. 2012;80(11):725-8.
2. Jauregui RA, Alanis J. Estado actual de la clasificación, diagnóstico y tratamiento de las malformaciones mullerianas. *Ginecol Obstet Mex*. 2013;81(1):34-46.
3. Gul F, Jabeen M. Double uterus: A case report. *KMJ*. 2010;2(1):27-9.
4. Heinonen PK. Uterus didelphys: a report of 26 cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1984;17(5):345-50.
5. Beguería R, Checa MA, Castillo M, del Amo E, Carreras R. Malformaciones Müllerianas: clasificación, diagnóstico y manejo. *Ginecología y Obstetricia Clínica*. 2009;10(3):165-9
6. American Fertility Society. The American Fertility Society classifications of adnexal adhesions, distal tubal occlusion, tubal occlusion secondary to tubal ligation, tubal pregnancies, mullerian anomalies and intrauterine adhesions. *Fertil Steril*. 1988;49(6):944-55.
7. Trandafilov A. Útero didelfo na gestaço: relato de caso e revisão de literatura [Trabalho de Conclusão de Curso]. São Paulo: Hospital do Servidor Público Municipal; 2012.
8. Grimbizis GF, Camus M, Tarlatzis BC, Bontis JN, Devroey P. Clinical implication of uterine malformations and hysteroscopic treatment results. *Hum Reprod Update*. 2001;7(2):161-74.
9. Acien P. Reproductive performance of women with uterine malformations. *Hum Reprod*. 1993;8(1):122-6.
10. Fliegner JR. Uncommon problems of the double uterus. *Med J Aust*. 1986;145(10):510-2.
11. Madureira A, Mariz C, Bernardes J, Ramos I. Case 94: Uterus didelphys with obstructing hemivaginal septum and ipsilateral renal agenesis. *Radiology*. 2006;239(2):602-6.
12. Woelfer B, Salim R, Banerjee S, Elson J, Regan L, Jurkovic D. Reproductive outcomes in women with congenital uterine anomalies detected by three-dimensional ultrasound screening. *Obstetrics & Gynecology*. 2001;98(6):1099-103.

