

Utero Didelfo Reporte de un Caso y Revisión de la Literatura A Case of Didelphys Uterus and Review of the Literature

Walter Oqueli Vasquez-Bonilla¹,
Gabriela Marcela Borjas-Ordoñez²,
Ariana Grissel Hernandez-Orellana²,
Cristina Lastenia Mejia-Rodriguez²,
A Luisa Espinoza-Flores² and
María Elena Mejia-Rodriguez²

Resumen

Las malformaciones de los conductos de Müller son un grupo de entidades poco frecuentes que resultan de una detención en su desarrollo durante la embriogénesis. El útero didelfo se origina cuando los dos conductos paramesonefricos no logran fusionarse, con una prevalencia del 5 a 11% del total de las malformaciones müllerianas. Presentamos el caso de paciente de 17 años de edad, procedente de la zona norte de Honduras primigesta con embarazo de 39.2 semanas de gestación por fecha de última menstruación; con ultrasonido a las 38 semanas de gestación con presentación podálica. Quien acudió al Hospital Leonardo Martínez Valenzuela de San Pedro Sula, en trabajo de parto. La exploración física normal, a la especuloscopia se observa salida de líquido amniótico, se visualiza una partición vaginal y doble cérvix respectivamente. La paciente es ingresada a sala de labor y parto, se realiza interrupción del embarazo por vía abdominal obteniendo producto único, vivo del género masculino. Con hallazgo relevante de útero doble, dos cuellos fusionados en el segmento uterino inferior, cada útero vinculado al ovario en su lado a través de la trompa de Falopio, se realizo ultrasonido Transvaginal posterior a la cesárea, observando la presencia de dos cuerpos uterinos, el de mayor tamaño esta hacia la derecha, con hallazgo que corresponden a útero didelfo defecto mülleriano. El estudio de estas malformaciones radica en las diversas posibilidades diagnósticas y terapéuticas empleadas, teniendo el útero didelfo los mejores resultados de embarazo dentro de las anomalías uterinas además de un mejor pronóstico.

Palabras claves: Malformaciones müllerianas; Embarazo; Útero didelfo

Abstract

The malformations of the Müllerian ducts are a group of infrequent entities that result in a detention of its development during embryogenesis. A didelphys uterus, which represents a total of 5% to 11% of the total of Müllerian malformations, forms when both paramesonephric ducts cannot merge. Thereafter, we present the clinical case of a 17 year old patient, living in the north of Honduras, primiparous, completing a pregnancy of 39.2 weeks of gestations according to the date of her last menstrual period, having an ultrasound in her 38th week of gestation which showed a breech presentation and who assisted to the Hospital Leonardo Martinez Valenzuela in San Pedro Sula when she was in labor. The physical examination was normal, at the speculum examination we could see an exit of amniotic fluid and we visualized a vaginal splitting with a double cervix respectively. The patient is admitted to the delivery room and an interruption to her pregnancy was done by performing a C-section, receiving an alive product of the masculine genre. With a relevant discovery of a didelphys uterus, two fused uterine cervix in the inferior uterine segment, each uterus linked to its ovary on

- 1 Doctor en Medicina y Cirugía. Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras
- 2 Doctoras en Medicina y Cirugía. Facultad de ciencias médicas, Universidad Nacional autónoma de Honduras, Honduras

Correspondencia:

Walter Oqueli Vasquez Bonilla

✉ ewalteroqueli@gmail.com o
walter_bonylla@hotmail.com

each side through the fallopian tube. A transvaginal ultrasound was performed after finishing the C-section, observing the presence of two uterine bodies; the bigger one located on the right side of the patient, with a discovery related to a didelphys uterus with a Müllerian defect. The study of these malformations lies in the diversity of the therapeutic and diagnostic possibilities that are used having a didelphys uterus, the best outcomes for every pregnancy within every uterine anomaly, besides having a better prognosis.

Keywords: Müllerian duct anomalies; Pregnancy; Uterus didelphys

Fecha de recepción: Jul 18, 2016, **Fecha de aceptación:** Jul 29, 2016, **Fecha de publicación:** Aug 03, 2016

Introducción

Las anomalías müllerianas son un grupo de malformaciones congénitas que en general resultan de una detención en el desarrollo de los conductos de Müller durante la embriogénesis, estas malformaciones afectan el aparato reproductor femenino y pueden involucrar el útero, cérvix, salpinges, y vagina [1]. Los conductos de Müller dependen de tres fases fundamentales para su desarrollo adecuado y estas son: organogénesis, fusión y resorción del tabique uterino. La organogénesis se caracteriza por la formación de los conductos de Müller [2]. La falla en este proceso resulta en agenesia, hipoplasia o útero unicorne [2]. La fusión se caracteriza por la unión de los conductos para formar el útero una falla en este proceso resulta en un útero bicorne o didelfo [2]. La parte septal involucra la resorción subsecuente del tabique uterino central una vez que los conductos se han unido. Los defectos de este paso resultan en un útero tabicado o arcuato [2].

Según casos reportado la verdadera incidencia de las malformaciones Mülllerianas se estima que puede ser de 1 a 10%, debido a que muchas mujeres cursan asintomáticas; sin embargo, dependiendo de las diferentes poblaciones analizada [2]. El útero didelfo es infrecuente y se presenta aproximadamente con una prevalencia del 5 a 11% del total de las malformaciones müllerianas [2,3]. Este se origina cuando los dos conductos paramesonérficos no logran fusionarse, lo que provoca la duplicación de las estructuras reproductivas [4]. En general, esta duplicación generalmente se limita al útero y al cuello uterino (didelfo y bicollis [dos cuellos uterinos]) [4].

La clasificación de las malformaciones müllerianas más utilizada es la de la Sociedad Americana de Fertilidad (AFS) de 1988 [5]. Esta logra una buena correlación entre las anomalías anatómicas encontradas y el momento embriológico en que se produjo la alteración de la organogénesis, clasificándose como disgenesias o trastornos de la fusión vertical o lateral pese a que esta clasificación abarca la gran mayoría de las anomalías útero-vaginales, hay anomalías complejas del útero y otras dependientes del seno urogenital que quedan fuera de esta clasificación, como el septo vaginal transversal, atresia vaginal e himen imperforado [6]. En estos casos se debería limitar a describir en forma detallada y objetiva las anomalías, para no inducir a errores en los clínicos [6]. Este sistema clasifica las malformaciones en siete tipos o clases (**Figura 1**): I. Hipoplasia uterina y agenesia, II. Útero unicorne, III. Útero didelfo, IV. Útero bicorne, V. Útero septado, VI. Útero arcuato, VII. Anomalías relacionadas al dietililbestrol (DES) [6].

Es importante tener en cuenta que para el diagnóstico de los diferentes tipos de malformaciones uterinas, es fundamental, las manifestaciones clínicas, el estudio combinado de la morfología externa e interna de la cavidad, por lo que hoy en día se realiza histeroscopia guiada por laparoscopia para un mejor diagnóstico, especuloscopia, sin olvidar que existen otras pruebas no invasivas como la histerosalpingografía, el ultrasonido transvaginal o abdominal y la resonancia magnética [7]. Al momento de presentarse el útero didelfo con tabique vaginal, pero sin ningún tipo de obstrucción, puede presentarse con dispareunia, según sus características. Su capacidad reproductiva es casi normal, se reportan casos de infertilidad primaria, aborto recurrente, pérdida gestacional, parto pre término y distocias durante el parto. La tasa de embarazos en estos úteros didelfos sin obstrucciones es muy favorable, sin complicaciones algunas y hallazgos incidentales al momento del parto vaginal o cesárea [8]. La importancia fundamental del estudio de estas malformaciones radica en las diversas posibilidades diagnósticas y terapéuticas empleadas, además de la mejoría en el pronóstico reproductivo de las pacientes y mejor calidad de vida [9].

Presentacion del Caso

Se trata de paciente femenino de 17 años de edad, procedente de la zona norte de Honduras primigesta con embarazo de 39.2 semanas de gestación por fecha de última menstruación del día 20 de noviembre del 2014 y fecha probable de parto el día 27 de agosto del 2015, controles prenatales ocho, sin antecedentes personales de importancia. Refiere ciclos menstruales regulares de intervalo de 28 días, con duración de cuatro días, menarquia a los trece años, vida sexual activa a los 15 años; con ultrasonido a las 38 semanas de gestación con presentación podálica. Quien acudió al Hospital Leonardo Martínez Valenzuela de San Pedro Sula, con dolor de tipo obstétrico que se irradiaba a región lumbar de cuatro horas de evolución, rotura prematura de membrana de tres horas de evolución. En la exploración física con signos estables, altura de fondo uterino de 32 cm, movimientos fetales presentes, actividad uterina no detectable por clínica, frecuencia cardíaca fetal 128 (lpm), a la especuloscopia se observa salida de líquido amniótico de moderada cantidad, claro no fétido y se visualiza una partición vaginal y doble cérvix respectivamente, datos laboratoriales sin relevancia. La paciente es ingresada a sala de labor y parto con diagnóstico de embarazo de 39. 2 semanas

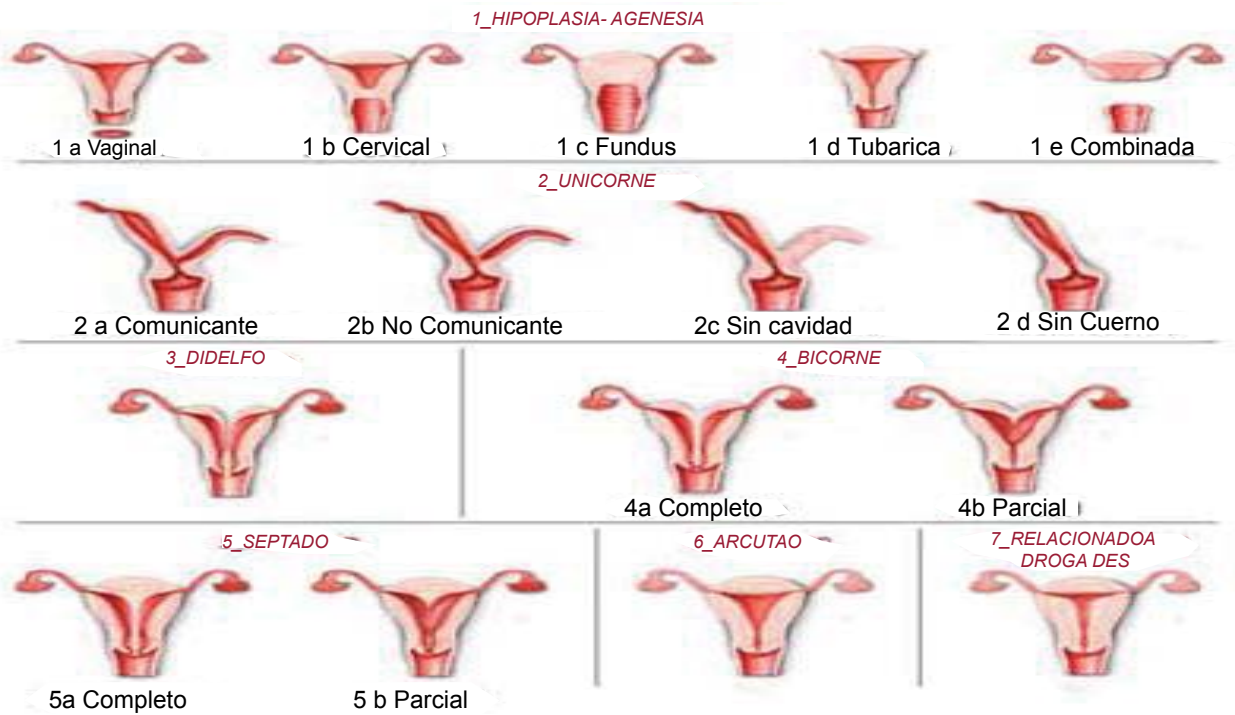


Figura 1 Clasificación de anomalías de los conductos de Müller según la American Fertility Society de 1988.

de gestación por fecha de última menstruación, presentación podálica, rotura prematura de membranas, ya que inicio trabajo de parto se realiza interrupción del embarazo por vía abdominal obteniendo producto único, vivo del género masculino, con peso de 2.600 gramos, talla 49 cm, Apgar 9/10, Silverman 0, sin malformaciones congénitas aparentes. Con hallazgo relevante de útero doble, dos cuellos fusionados en el segmento uterino inferior, cada útero vinculado al ovario en su lado a través de la trompa de Falopio (**Figura 2**), por lo que se decide realizar ultrasonido Transvaginal posterior a la cesárea (**Figura 3**), con hallazgo que corresponden a útero didelfo defecto mülleriano. Dados los hallazgos clínicos y radiológicos que evidencian útero didelfo, la paciente es dada de alta 72 horas posteriores a la cesárea, con evolución satisfactoria y seguimiento por la consulta externa de ginecología.

Discusión

Las malformaciones de los conductos müllerianos son un grupo de entidades que resultan de la falla en el desarrollo de los conductos paramesonéfricos, en útero didelfo cada conducto se desarrolla de forma independiente alcanzando un tamaño casi normal y con la presencia de dos cérvix [10]. En nuestro caso la gestación evolucionó en el cuerpo mejor desarrollado. La complicación más temible es la rotura uterina, que se produce a nivel del punto de unión de los dos cuerpos uterinos alrededor de las 28 semanas de gestación según lo establece Hoffman [11]. Existen reportes donde el 70% de las pacientes con este defecto congénito logran

embarazos exitosos, el 20% no llegan al término y el 10% tienen crecimiento intrauterino retardado [12]. Existen diferentes clasificaciones de las anomalías müllerianas según diferentes autores; sin embargo, la clasificación de Buttram y Gibbson, de 1979, y luego aceptada y modificada por la *American Fertility Society (AFS)*, es una de las más utilizadas actualmente siendo la de útero didelfo perteneciente a la clase III de esta clasificación [13]. Las técnicas de imagen son esenciales para el diagnóstico, tratamiento y consejo reproductivo en pacientes con anomalías del conducto de Müller [10]. La ultrasonografía transvaginal fue usada como método diagnóstico inicial, mostrando una alta especificidad en el diagnóstico de malformaciones müllerianas tal como está descrito en la literatura [13]. 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 [3]. El tratamiento quirúrgico en pacientes con malformaciones müllerianas estaría limitado a aquellas mujeres con abortos a repetición, y en los casos de pacientes con dolor pélvico crónico una vez se ha confirmado por laparoscopia que no existe endometriosis [14]. Hoy en día se utiliza la reconstrucción con metroplastia de Strassman, esta suele mejorar los resultados reproductivos de estas mujeres [15]. En la práctica clínica, el principal problema es el diagnóstico precoz de estas alteraciones, puesto en un elevado porcentaje de casos la anomalía pasa por completo inadvertida como se ha mencionado previamente y como ocurrió al inicio del caso que presentamos.

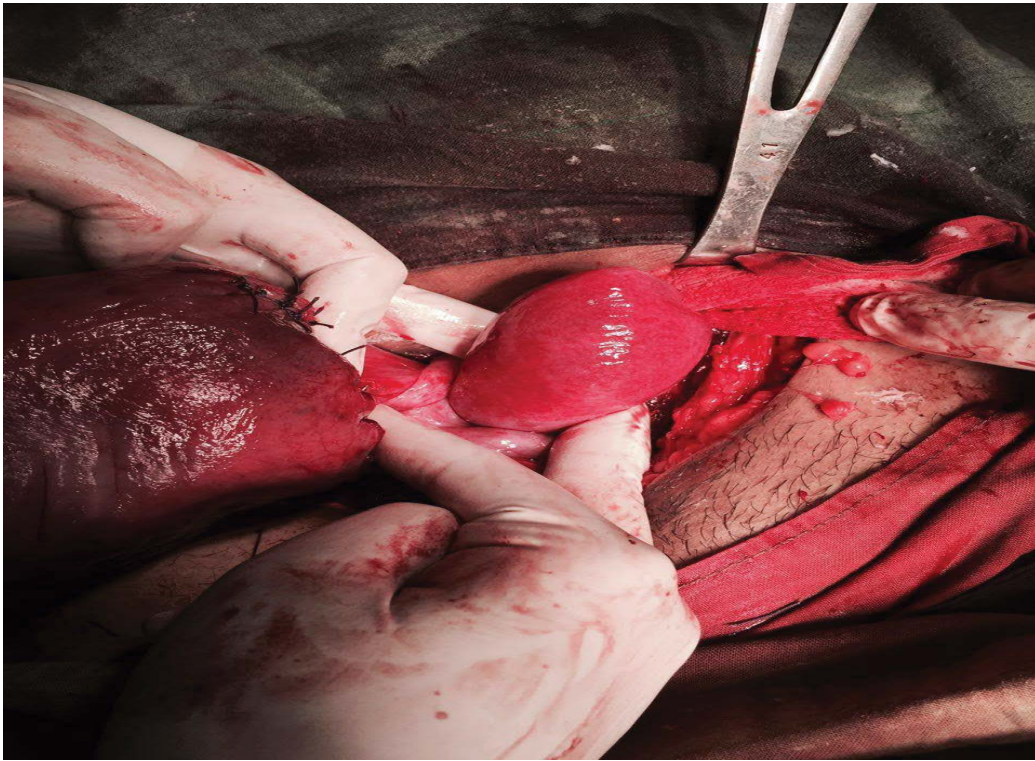


Figura 2 Hallazgo de dos úteros al momento de la cesárea.

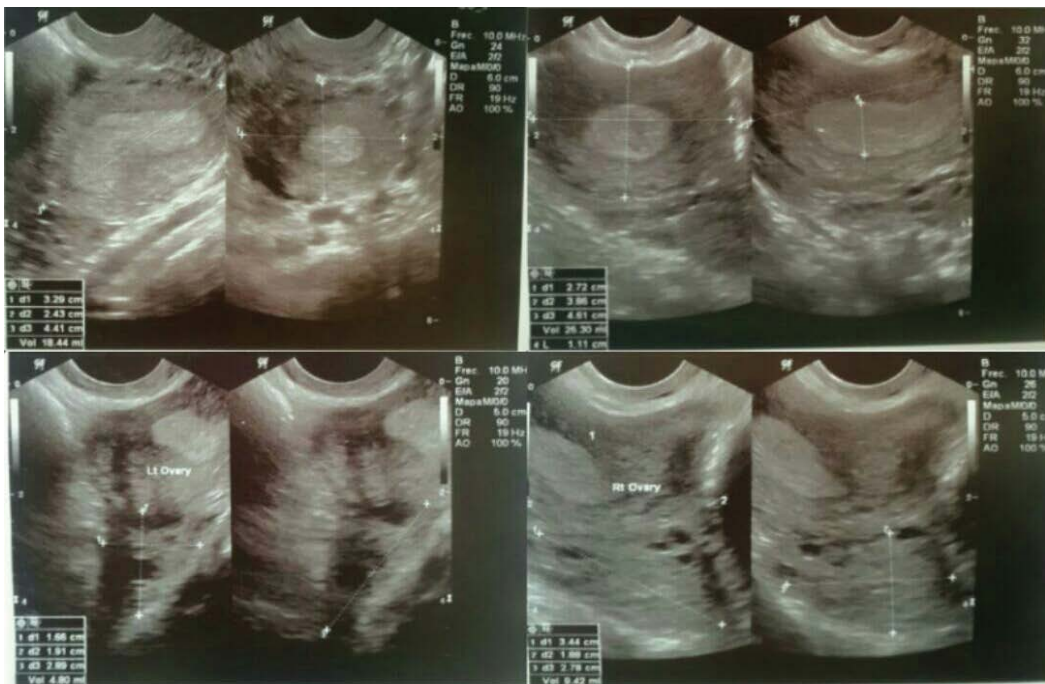


Figura 3 Se realiza barrido ecográfico, apreciando la presencia de dos cuerpos uterinos, el de mayor tamaño esta hacia la derecha que mide $2.7 \times 3.8 \times 4.6$ cm con un volumen de 25.3 ml, con endometrio de 1.1 cm, hacia la izquierda aparece el otro cuerpo uterino que mide $3.2 \times 2.4 \times 4.4$ ml con un volumen de 18.44 y grosor endometrial de 0.0 cm. Se separa claramente tabique vaginal. Ovario derecho e izquierdo de características normales. OD mide $3.4 \times 1.8 \times 3.7$ cm con un volumen de 9.4 ml, OI mide $1.6 \times 1.9 \times 2.8$ cm con volumen de 4.8 ml. Compatible con Hallazgo de Útero Didelfo.

Referencias

- 1 Escalona-García B, Pichardo-Cuevas M, Miranda-Rodríguez JA, Ramírez-Montiel ML, Contreras-Carretero NA (2012) Malformaciones müllerianas e infertilidad femenina. *Rev. Invest Med Sur Mex* 19: 200-202.
- 2 Afrashtehfar, Mario CD, Kelvin I, Piña-García, Adrián (2014) Malformaciones müllerianas. Síndrome de hemivagina obstruida y anomalía renal ipsilateral (OHVIRA) *Cirugía y Cirujanos* 82.
- 3 Pardo-Novak AJ, Vidal-Gonzales M, Villarroel-Paredes IL (2013) Gestación en útero didelfo: reporte de un caso. *Rev. Méd-Cient "Luz Vida" 4: 54-57.*
- 4 Gómez-Meraz YO, Hajj MC, Hugues-García MG, Torres JC (2015) Embarazo en paciente con útero didelfo, bicollis con vagina septada y colocación de cerclaje cervical profiláctico *An Med (Mex)* 2015 60: 151-155.
- 5 Iris SV, Hilda AP, José-Antonio HV (2011) Gestación eutópica en útero malformado. *Rev cubana Obstet Ginecol* 37: 599-606.
- 6 Cristián MS, Javiera AF, Jimena MG, Giancarlo SF (2015) Revisión pictográfica de las anomalías de los conductos de Müller por resonancia magnética. *Rev chil obstet ginecol* 80: 181-190.
- 7 Montañez DTI, Mariscal MLF, Chabat MMP, González CJ, Solano SR, et al. (2012) Prevalencia de malformaciones müllerianas en pacientes de la Clínica de Ginecología y Reproducción Humana del Centro Médico ABC *An Med Asoc Med Hosp* 57: 300-306.
- 8 Cubides AMT (2015) Viabilidad de los embarazos y partos en pacientes con anomalías müllerianas. *Univ Méd* 56: 356-365.
- 9 Piña-García A, Afrashtehfar CÚ (2013) Hemivagina obstruida y agenesia renal ipsilateral como presentación de un caso de síndrome de Herlyn-Werner Wunderlich. *Revisión de la bibliografía Ginecol Obstet Mex* 81: 616-620.
- 10 Santos MC, Manuela MI, Eduardo CSR (2015) Hallazgos en resonancia magnética de las malformaciones uterovaginales: datos imprescindibles previos a una intervención quirúrgica. *Rev chil obstet ginecol* 80: 84-90.
- 11 Bejarano R, Carlos (2011) Distocias por tumor previo al parto: útero doble. *Acta méd peruana* 28: 23-26.
- 12 Quintana HD, Pérez AI, Quiñones RI, Fuentes GE (2015) Útero doble asociado a atresia esofágica con fístula traqueoesofágica. *Revista de Ciencias Médicas de la Habana* 21: 125-129.
- 13 López-Clavijo Ca, Ríos LF, Ibatá Jm (2012) Prevalencia de anomalías müllerianas en un centro de medicina reproductiva. *Rev ces med* 26: 155-164.
- 14 Beguería R, Checa MA, Castillo M, Amo E, Carreras R (2009) Malformaciones Müllerianas: clasificación, diagnóstico y manejo. *Ginecología y Obstetricia Clínica* 10: 165-169.
- 15 Ballester AN, Pérez-Caballero FA, Climent PS, Ramón CD, Castellón ES (2014) Anomalías de los conductos de Müller: conceptos básicos e imagen. *Radiología* 56: 22.