



Útero didelfo bicollis: reporte de caso

Karen Marlene Ortiz Pérez, Alejandro Arturo Solano Gómez

Servicio Médico Integral de la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional Salvador Díaz Mirón, Miguel Hidalgo, Casco de Santo Tomas, 11340 Ciudad de México
karen_marlene_ortiz@hotmail.com

Introducción

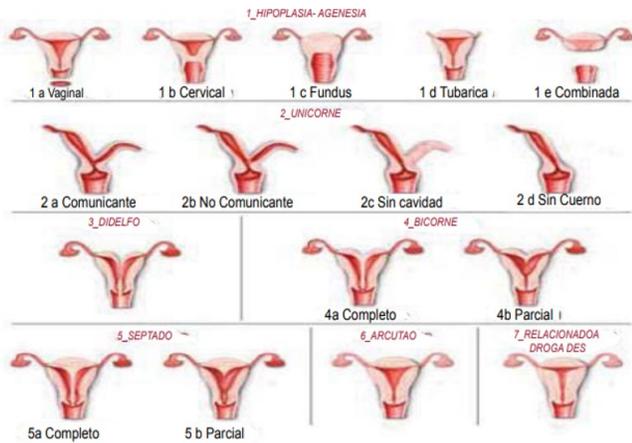
Se trata de un defecto congénito que, en la mayoría de los casos, pasa inadvertido dentro de la práctica clínica de rutina (como en un principio ocurrió en el caso que aquí presentamos). Si bien es cierto que el 70 % de las pacientes con útero didelfo bicollis logran embarazos exitosos, el 20 % no llegan al término y el 10 % presentan crecimiento intrauterino retardado. De ahí la importancia de su correcto diagnóstico temprano en todos los niveles de atención. Es importante remarcar que los casos de útero didelfo tienen los mejores resultados de embarazo, dentro de las anomalías uterinas, además de tener también un mejor pronóstico. Sirva el presente caso de estudio para dar a conocer esta importante y poco conocida condición médica.

Anatomía: Las anomalías congénitas del útero derivan de diversas alteraciones del conducto de Müller. La ausencia del factor antimülleriano y la persistencia del factor genético antitestes permiten el desarrollo pleno de los órganos derivados del conduc-

to de Müller. Este órgano, al principio de la conformación bilateral, se fusiona en su parte media y distal, y da origen al útero y la porción superior de la vagina. La estructura cavitaria y tubular se logra cuando el tabique medio resultante de la fusión se reabsorbe completamente. En la porción superior y lateral de los conductos permanecen separados y dan lugar a las estructuras de los oviductos o trompas de Falopio.

Anomalías: Existen dos cavidades uterinas separadas por un tabique sagital completo seguido, generalmente, de un tabique vaginal (también completo). Esta malformación puede ser asimétrica, lo que da lugar a una cavidad uterina con dimensiones normales y en el lado contralateral existe solo una formación rudimentaria (cuerno uterino rudimentario).

Útero Subsepto Unicollis: El tabique uterino sagital es incompleto y de diferente longitud cuando la anomalía es más leve, y solo forma un esbozo de tabicamiento anteroposterior en el fondo (útero arqueado).



Útero bicorne: Esta anomalía se descubre en la histerosalpingografía, donde en el fondo uterino se observa un reborde engrosado anteroposterior que insinúa la formación de dos cavidades uterinas que se proyectan hacia ambos lados, y que termina en la inserción de tubería en forma más o menos puntiaguda. Si se observa el fondo uterino por la parte externa puede identificarse un surco o una depresión anteroposterior que marca la separación de los dos cuernos uterinos.

Síntomas y embarazo

Estas anomalías uterinas cursan asintomáticas y después de la menarquía pueden ocasionar trastornos en la menstruación o dismenorrea intensa, crónicamente evolutiva. Si la paciente tiene vida sexual activa puede sufrir dispareunia y esterilidad, y si ocurre el embarazo las complicaciones son frecuentes, con abortos de repetición, prematuridad, distocias dinámicas y hemorragias durante el parto. Algunas pacientes pueden tener embarazos normales e incluso dar a luz por parto vaginal, pues depende de la naturaleza del defecto y de la magnitud del mismo.

Cuando estas alteraciones uterinas perturban la fertilidad está indicado el tratamiento quirúrgico, con metroplastias en las que se reseca el tabique y se restaura anatómica-

mente la cavidad uterina que permite el embarazo, pero no el parto, aconsejando la cesárea electiva. Cuando existe un cuerno rudimentario se aconseja su extirpación quirúrgica, en virtud de las complicaciones hemorrágicas que pueden ocurrir en los eventos reproductivos.

Factor consciente: Desde el punto de vista antropológico es evidente que la sexualidad constituye una dimensión especial de la conducta humana que aparece unida a la función reproductiva.

Presentación de caso

Se trata de una paciente femenina de 21 años, procedente de la zona norte de Ciudad de México. Presenta prueba de embarazo positiva (de una semana anterior) con aproximadamente 9 semanas de gestación por fecha de última menstruación el día 5 de enero del 2023. Sin controles prenatales, sin antecedentes personales de importancia. Refiere ciclos menstruales irregulares de intervalo de 28-34 días, con duración de cuatro a ocho días, menarquía a los 11 años, vida sexual activa a los 15 años. Con ultrasonido a las 10 semanas de gestación por evento incidental respecto a una caída con traumatismo sacro y coccígeo leve tres días anteriores al 16 de marzo del 2023 y sangrado activo de tres días de evolución. Acudió a Servicio Médico integral, con dolor de tipo obstétrico que se irradiaba a región lumbar de 36 horas de evolución.

En la exploración física, con signos estables. Altura de fondo uterino de 7 cm con actividad uterina detectable por clínica, sin datos de frecuencia cardíaca fetal, a la especuloscopia se observa salida de líquido transvaginal con contenido hemático no fétido y se visualiza una partición vaginal y doble cérvix respectivamente, datos laboratoriales sin relevancia.

Se decide realizar ultrasonido pélvico posterior a la exploración, con hallazgo que corresponde a útero didelfo defecto mülleriano y útero no ocupado. Dados los hallazgos clínicos y radiológicos se evidencia útero didelfo, el cual, por aborto, ya no se encuentra ocupado. La paciente mantiene seguimiento en consulta del servicio de ginecología y se mantiene bajo tratamiento por la hemorragia que presenta. Acude cada cinco días a revisión y se elabora el alta dentro del Servicio Médico Integral. Es referida a Unidad Médica Alta Especialidad, para su valoración por método de salpingografía, y normar conducta terapéutica y quirúrgica para probables embarazos a futuro.

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 el caso del útero didelfo, cada conducto se desarrolla de forma independiente, alcanzando un tamaño casi normal y con la presencia de dos cérvix. 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.

Las técnicas de imagen son esenciales para el diagnóstico, tratamiento y consejo reproductivo en pacientes con anomalías del conducto de Müller. La ultrasonografía pélvica fue usada como método diagnóstico inicial, mostrando una alta especificidad en el diagnóstico de malformaciones müllerianas, tal como está descrito en la literatura.

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 que se ha confirmado por laparoscopia que no existe endometriosis). Hoy en día se utiliza la reconstrucción con metroplastia de Strassman, que suele mejorar los resultados reproductivos de estas mujeres.

Agradecimientos

Con sincero agradecimiento a nuestra paciente M.V., quien nos motivó a aprender y reforzar los conocimientos sobre los últimos tratamientos y métodos de diagnóstico. Deseamos que encuentre en este camino de aprendizaje el tratamiento que sea el indicado para ella.

Referencias

1. Escalona-García B, Pichardo-Cuevas M, Miranda-Rodríguez JA, Ramírez-Montiel ML, Contreras-Carreto NA (2012) Malformaciones müllerianas e infertilidad femenina. *Rev. Invest Med Sur Mex* 19: 200-202.
2. José Antonio Sereno Coló, 2013 Ginecología, guía actualizada para la práctica clínica, Universidad michoacana de San Nicolas de Hidalgo, edición y Farmacia José Antonio Sereno Colo.

