



Reporte de Caso/Case report

Embarazo en paciente con útero didelfo

*Didelphys uterus in pregnant patient*Manuel Viacava Menéndez^{1ab}Alberto Flor Chávez^{1ac}Katya Viacava Parodi^{2d}<https://orcid.org/0000-0002-2772-715X>

Resumen

Las anomalías congénitas de útero son una patología poco frecuente, en las que el útero didelfo representa el 11% de estas malformaciones. Es importante el diagnóstico precoz para llevar un control prenatal adecuado. Solo del 20% al 30% de los casos de útero didelfo llegan a término. Las técnicas por imágenes (ecografía, histerosalpingografía y resonancia magnética) nos permiten un diagnóstico preciso que conlleva un pronóstico para la función reproductiva. El presente caso nos muestra un diagnóstico precoz clínico, ginecológico, ecográfico, diagnóstico precoz de gestación en útero derecho, adecuado control prenatal y acertada solución del caso para la madre y el niño.

Palabras clave: malformaciones congénitas müllerianas, útero didelfo, gestación

Abstract

Congenital anomalies of the uterus are a rare pathology, in which the didelphys uterus represents 11% of these malformations. Early diagnosis is important to carry out adequate prenatal control. Only 20% to 30% of cases of uterus didelphys reach term. Imaging techniques (ultrasound, hysterosalpingography, and magnetic resonance) allow us an accurate diagnosis that leads to a prognosis for reproductive function. This case shows us an early clinical, gynecological, and ultrasound diagnosis, early diagnosis of pregnancy in the right uterus, adequate prenatal control, and the right case solution for mother and child.

Keywords: müllerian congenital malformations, uterus didelphys, pregnancy

¹ Hospital Hipólito Unanue. Tacna, Perú

² Universidad Privada de Tacna. Tacna, Perú



Introducción

El presente trabajo tiene como objetivo la presentación de un caso de útero didelfo, que es una patología poco frecuente dentro de las anomalías congénitas de útero; sin embargo, gracias a los avances en la resolución del ultrasonido e imágenes, y un minucioso examen clínico ginecológico, se ha logrado la detección temprana de estos casos, consiguiendo mejorar el desarrollo y la función de estas anomalías congénitas, y por consiguiente preservar la fertilidad y, en muchos casos, lograr gestaciones con un feliz término.

Es importante anotar que las malformaciones congénitas de útero, producto de una detención en el desarrollo de los conductos de Müller durante la embriogénesis, afectan el aparato reproductor femenino, pudiendo involucrar útero, cérvix, trompas y vagina.¹

Las alteraciones en el desarrollo de los conductos de Müller, que se presentan en mujeres en edad reproductiva, son pocos frecuentes y su incidencia se estima en 1/600-1/2000 embarazos.² Una de estas malformaciones es el útero didelfo que, siendo infrecuente, se presenta, aproximadamente, con una prevalencia del 5 % al 11 % del total de las malformaciones congénitas müllerianas.^{3,4}

Caso clínico

Paciente que acude a consulta por primera vez. Se trata de una paciente de 20 años de edad que consulta por presentar dismenorrea con tensión premenstrual: cefalea, náuseas, mastodinamia, refiriendo coitalgia ocasional; usa como método anticonceptivo, el de barrera.

En sus antecedentes personales, los de mayor relevancia, encontramos un historial de diabetes familiar. Buen estado general. Peso: 83 kg.

Menarquia, a los 12 años. Régimen catamenial 7/27-32. Fecha de última menstruación: 27/10/2016

En el examen ginecológico se constata genitales externos y caracteres normales. Vagina con tabique completo, dando lugar a dos vaginas, siendo cavidad vaginal izquierda más amplia; cada una con cuello uterino, ambos de caracteres normales.

Se solicita una primera ecografía transvaginal el mismo día de la consulta (07/11/2016).

Informe ecográfico:

- Vejiga vacua.
- Se aprecia dos cuerpos uterinos con canales cervicales independientes y miometrio homogéneo.
- Útero derecho: En anteversoflexión (AVF) con endometrio de 2.1 mm. Mide 59x45x31 mm en sus diámetros longitudinal, transversal y antero-posterior, respectivamente.
- Útero izquierdo: En AVF, con endometrio de 6.2 mm. Mide 58x28x33.2 mm en sus diámetros longitudinales, transversal y antero-posterior, respectivamente.
- Anexo derecho: Ovario mide 31x15 mm, escasos folículos, el mayor de 6 mm.
- Anexo izquierdo: Ovario mide 30x14 mm, escasos folículos, el mayor de 6 mm.
- Douglas libre.

Conclusión: Malformación uterina – Útero Didelfo.



Figura 1

Ecografías de útero izquierdo y derecho

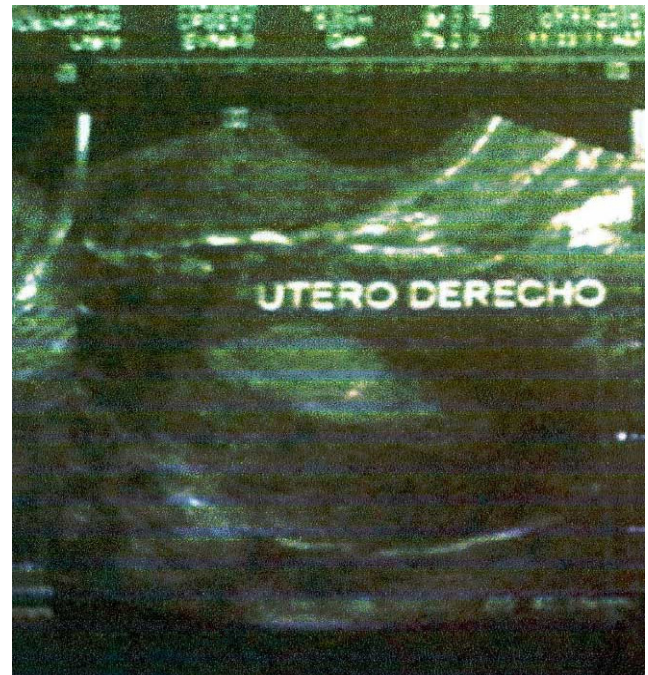


Figura 2

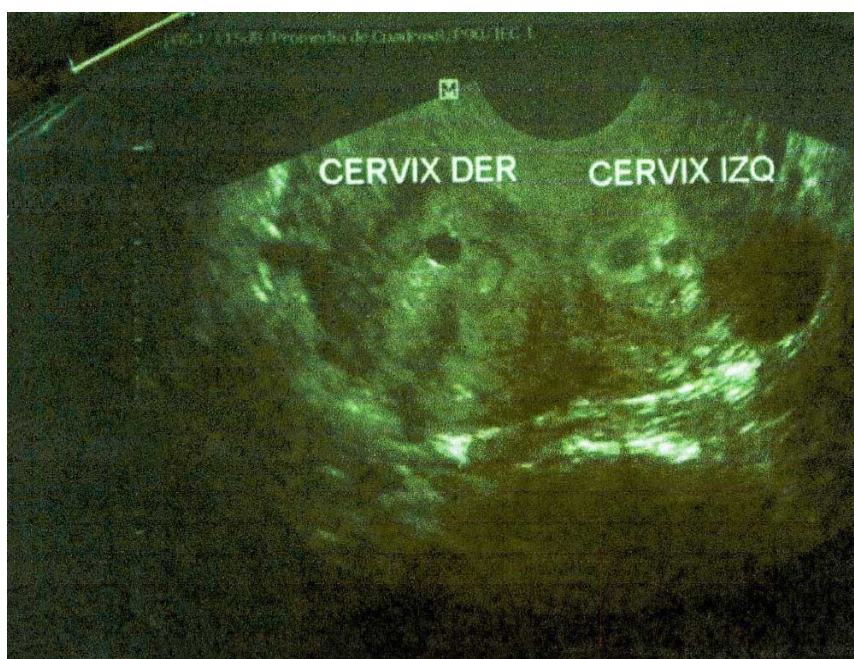
Ecografías de ovario derecho en útero derecho y de ovario izquierdo en útero izquierdo





Figura 2

Ecografía de dos cuellos uterinos



Con los hallazgos en el examen ecográfico se llega al diagnóstico inicial de dismenorrea, útero didelfo, doble vagina, doble cuello uterino.

La paciente, después de 10 semanas, aproximadamente, acude a una segunda consulta (17/01/2017), refiriendo como última menstruación la dada en el mes de noviembre del 2016 (no pudo precisar fecha) y con síntomas como náuseas, vómitos y tensión mamaria. Muestra una segunda ecografía transvaginal realizada el 19/12/2016 con el siguiente informe:

- Útero didelfo, ambos de estructura homogénea.
- Útero derecho: Diámetro longitudinal de

82 mm, antero-posterior 48 mm, transverse 55 mm. La cavidad endometrial contiene un saco gestacional de 22 mm de diámetro; en su interior se observa una vesícula vitelina y un embrión de 4.8 mm por LCN, con actividad cardíaca de 115 LPM. No hematoma retrocorial.

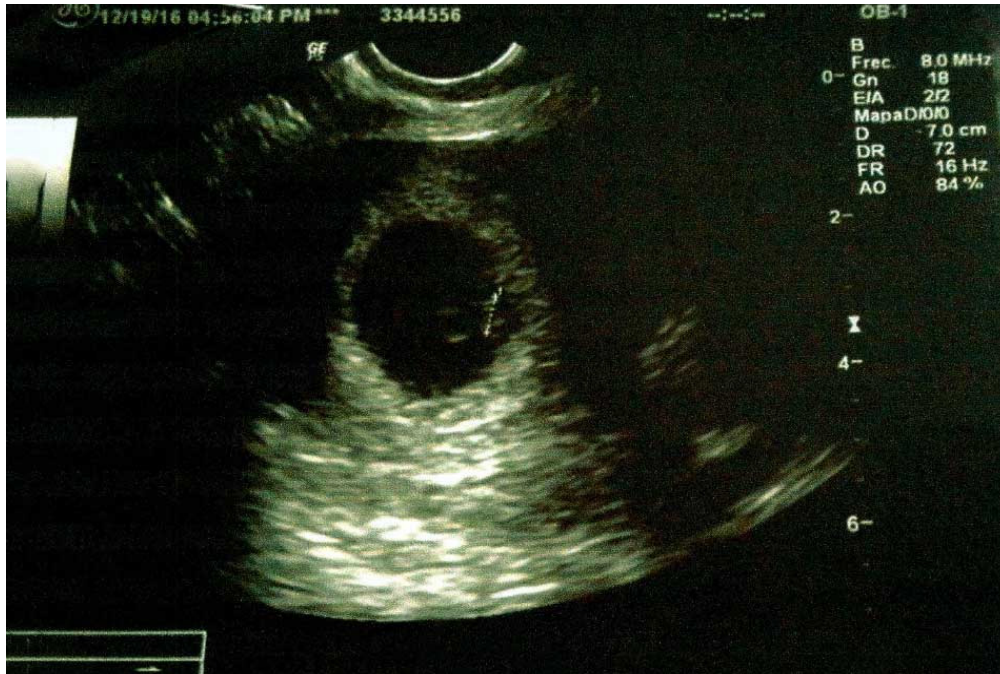
- Útero izquierdo: Diámetro longitudinal de 72 mm, diámetro anteroposterior 35 mm, diámetro transverse 45 mm, con endometrio de 14 mm de grosor.
- Ovarios: De estroma conservado.
- Fondo de saco de Douglas libre.

Diagnóstico: Gestación de 6.1 semanas por LCN, en útero derecho-útero didelfo.



Figura 4

Ecografía de gestación de 6.1 semanas



El 17/01/2017, tomando como referencia la ecografía del 19/12/2016, se inicia el control prenatal de la paciente, considerando una gestación de 10.4 semanas, teniendo por consiguiente como FPP el 12/08/2017.

Primigesta de 21 años, en buen estado general. Peso: 85 kg. Presión Arterial: 100/70. Se realizaron seis controles prenatales, llevándose una gestación que tuvo una evolución favorable materna-fetal. Los exámenes de laboratorio estuvieron dentro de límites normales (G.S."O"+).

Se tomaron ecografías obstétricas de control (la genética y morfológica) en fechas gestacionales correspondientes. Informes:

Genética (30/01/2017)

- Feto en situación variable con movimientos corporales activos y en forma espontánea.
- LCF: 162 por minuto rítmico y regular.
- LCN: 60.5 mm.
- Placenta: De inserción fúndica anterior.
- Grado: 0/III.
- Líquido amniótico: Adecuado.
- FPP: 10/08/2017.
- Translucencia nucal: 1.1 mm.
- Hueso nasal: Presente.
- Ángulo máxilo facial: Normal.
- Ductus venoso: Onda de velocidad de flujo normal.
- Presenta doble útero.
- Endometrio derecho: Ocupado por feto.
- Endometrio izquierdo: Engrosado de 18 mm.

Conclusión: Gestación de 12 semanas, 4 días. Útero doble.



Figura 5

Ecografía de feto de 12 semanas y 04 días de gestación



Figura 6

Ecografía de hueso nasal (HN) y translucencia nucal (TN)





Morfológica (03/04/2017)

- Feto en situación longitudinal, con movimientos activos y espontáneos.
- LCF: 148 latidos por minuto.
- DBP: 53.0 mm.
- LF: 36.7 mm.
- AC: 159.0 mm.
- Placenta: De inserción fúndica posterior. Grado II/III.
- Líquido amniótico: Adecuado con índice de 12 (normal 5 a 15).
- Ponderación fetal: 420 gr.
- FPP: 09/08/2017.
- Anatomía fetal: Visible.
- Polo cefálico de caracteres normales.
- Tórax: Corazón con cuatro cavidades.
- Pulmones, riñones y cavidad gástrica normal.
- Columna vertebral y extremidades normales.

Conclusión: Gestación de 21 semanas, 5 días.

El último estudio ecográfico se realizó el 17/07/2017 con el siguiente informe:

- Feto: En situación longitudinal, cefálico izquierdo con el dorso en la cara anterior, con movimientos corporales activos y en forma espontánea.
- LCF: 140 latidos por minuto, rítmicos y regulares.
- DBP: 90.0 mm.
- LF: 71.4 mm.
- AC: 323.0 mm.
- Placenta: Inserción fúndica posterior.
- Grado: III/III.
- Líquido amniótico: Adecuado con índice de 9 (normales 5-15).
- FPP: 10/08/2017.
- Presenta circular de cordón simple, de cordón umbilical a cuello fetal.

Conclusión: Gestación de 36 semanas, 4 días.

Figura 7

Ecografía de Doppler arteria umbilical

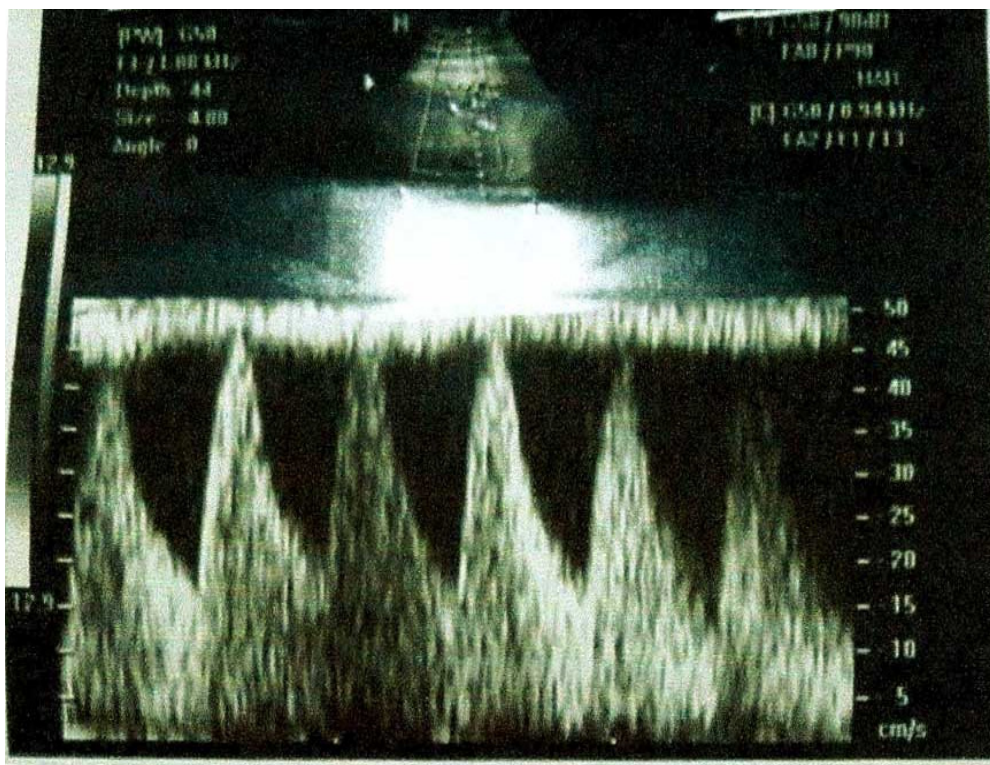
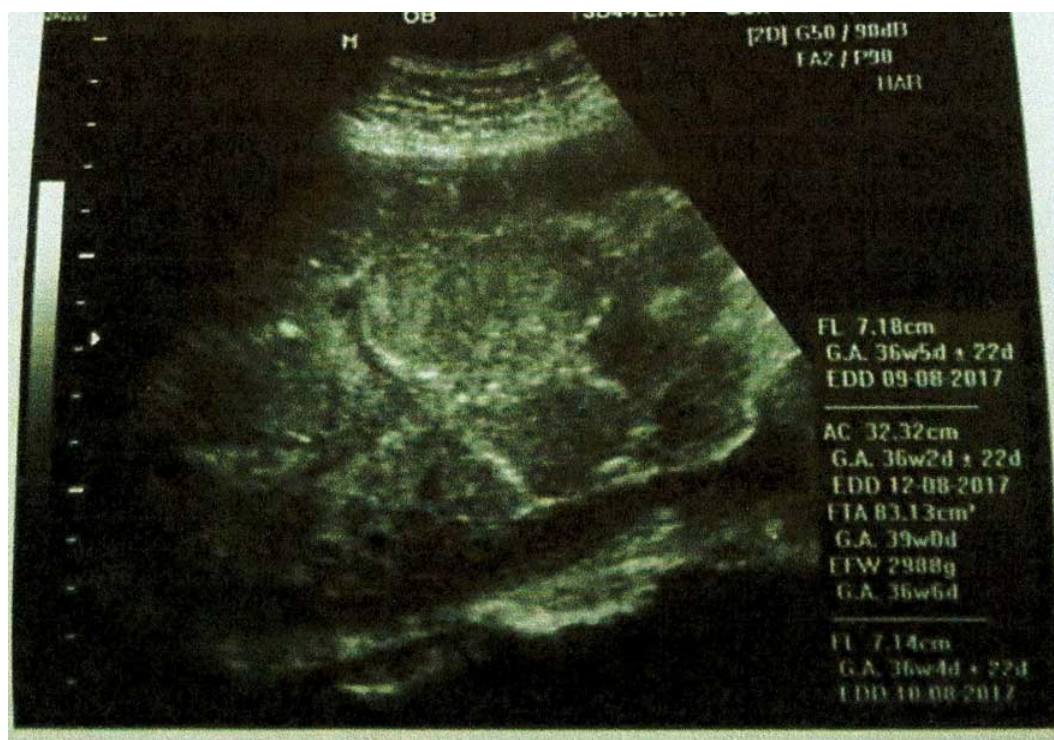




Figura 8

Ecografía de placenta III/III



En el control de las 34 semanas de gestación se constata edema de miembros inferiores ++ y presión arterial de 120/80. Ante la presencia de signos y síntomas de amenaza de parto pretérmino se administró corticoides a la gestante.

El último control se realizó a las 38 semanas: Demostró que la gestante está en buen estado general, con signos vitales normales, presión arterial de 110/80, peso de 97.500 kg y favorable bienestar fetal. Estando totalmente de acuerdo en dar término a la gestación por vía abdominal, como sucede en casos con malformaciones

congénitas müllerianas, se programó la operación cesárea para el día 03/08/2017, contando con la preparación preoperatoria adecuada, exámenes de laboratorio prequirúrgicos, de riesgo quirúrgico cardiovascular, dentro de límites normales.

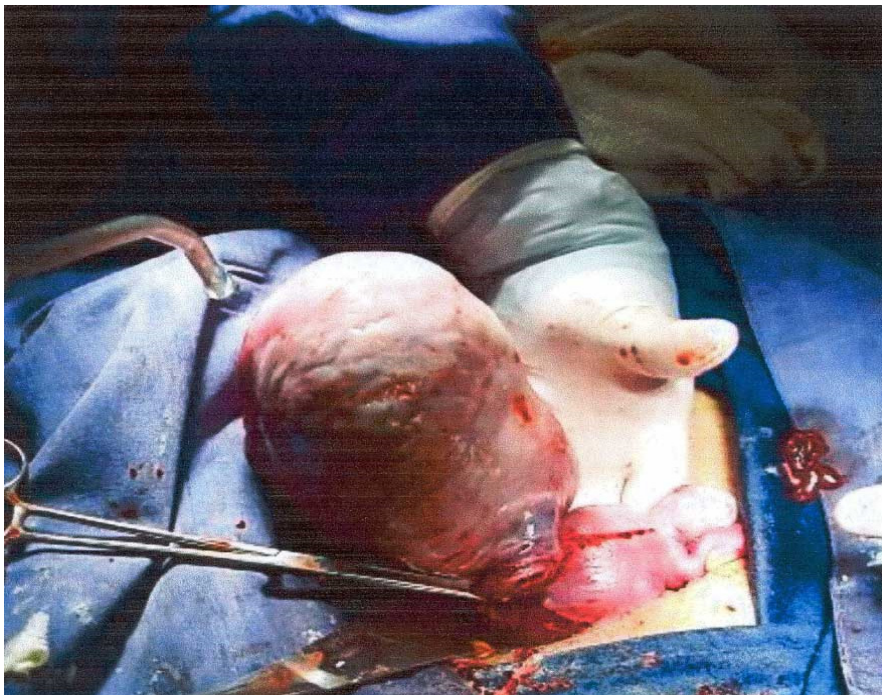
Se realizó la operación cesárea sin ningún inconveniente, corroborándose la gestación en el útero derecho y mostrando la presencia del útero izquierdo; cada útero con su trompa de Falopio y ovario correspondiente, de morfología completamente normal, como se muestra en las tomas fotográficas.

**Figura 9**

Fotografía de útero derecho que tuvo embarazo y de útero izquierdo pequeño

**Figura 10**

Fotografía con vista de ambos úteros



El producto obtenido fue un recién nacido, en buenas condiciones. APGAR: 9/9. Peso: 3.200 gr, género masculino; placenta y anexos de caracteres normales. El posoperatorio y la evolución fueron totalmente favorables para la madre y el niño.



Discusión

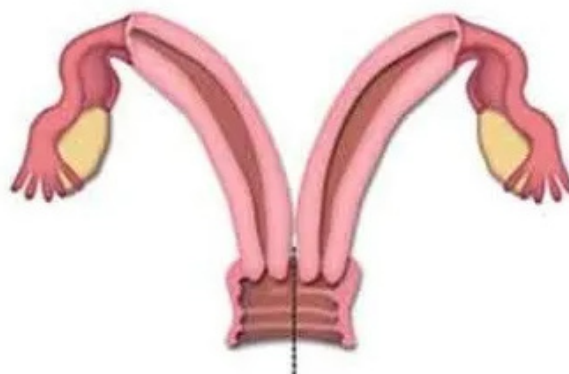
Existen diferentes clasificaciones de las malformaciones congénitas müllerianas (MCM); sin embargo, la más comúnmente utilizada es la aceptada por la Sociedad Americana de la Reproducción.⁵

- Hipoplasia uterina y agenesia: Presente en el 5 % al 10 % de las MCM.
- Útero unicorne: Representa el 20 % de las MCM.
- Útero didelfo: Representa el 11 % de las MCM.

- Útero didelfo con tabique vaginal longitudinal: Puede ocurrir en el 75 % de úteros didelfos y podría estar asociado a agenesia renal.⁵
- Útero bicorne, que representa el 10 % de las MCM.
- Útero septado: Representa el 55 % de las MCM.
- Útero arcuato: Esta MCM puede ser considerada como una variante normal. No se asocia a infertilidad.⁶
- Anormalidades relacionadas con uso de dietilbestrol.

Figura 11

Esquema de útero didelfo



ÚTERO DIDELFO CON VAGINA DOBLE Y CÉRVIX DOBLE

El caso clínico que se presenta, se encuentra ubicado en el grupo III de la clasificación aceptada por la Sociedad Americana de la Reproducción; es el caso de una paciente portadora de útero didelfo, doble cuello, doble vagina, teniendo como motivo de consulta inicial la dismenorrea, mencionando el hecho de que un minucioso examen clínico-ginecológico sirve de base para un diagnóstico precoz de la patología uterina.

En un elevado porcentaje de casos la anomalía congénita uterina pasa por completo inadvertida,^{4,7} lo que redundaría en desventaja para las pacientes, ya que el 25 % de MCM presenta problemas de reproducción, incluyendo el riesgo de abortos espontáneos, partos prematuros, retardo en el crecimiento uterino, óbito fetal intrauterino y distocias en el trabajo de parto.⁶

En muchos de los casos de útero didelfo se presentan complicaciones y mal resultado



reproductivo, refiriéndose que solo del 20 % al 30 % tienen posibilidades de llevar el embarazo a término.⁸

El reporte del presente caso, en el que resaltamos la importancia de un diagnóstico precoz, que conlleva a proporcionar a la paciente portadora de un útero didelfo gestante, una atención y control prenatal adecuados, con medidas preventivas precisas (como administrar corticoides si fuera necesario), nos ha permitido manejar el presente caso con confianza y obtener un embarazo exitoso, con feliz término para madre y niño.

Conclusiones

El útero didelfo tiene el mejor pronóstico de viabilidad del embarazo en los casos de MCM.⁹

El diagnóstico precoz de la entidad es un factor muy importante, que permite, en un caso de útero didelfo gestante, un adecuado control prenatal, pensando cuidadosamente en las posibles complicaciones a las que está expuesta la paciente con estas anomalías y poder estar preparado para solucionarlas con éxito.

Otro beneficio del diagnóstico precoz, no menos importante, es evitar llegar a un diagnóstico erróneo que, en ocasiones, solo se rectifica en sala de operaciones, al realizar la operación cesárea.⁴

Las MCM encuentran en las técnicas por imágenes (ecografías, histerosalpingografía y resonancia magnética) un apoyo extraordinario para señalar con precisión el diagnóstico y pronóstico de cada caso para la función reproductiva y grado de infertilidad.

Referencias

1. Escalona B, Pichardo M, Miranda JA, Ramirez ML, Contreras NA. Malformaciones mullerianas e infertilidad femenina. *Rev Invest Sur Mex.* 2012; 19: 200 - 202.
2. Perez BR, Carazo B, Guardia L, Tabuenca C. Gestacion gemelar en utero bicorne. *Ginecol Obstet Mex.* 2012; 80 (11): 725 - 8.
3. Afrashtehfar CD, Kelvin I, Pina A (2014). Malformaciones mullerianas. Síndrome de hemivagina obstruida y anomalía renal ipsilateral (DHVIRA). *Cirugia cirujanos* 2014; 82.
4. Pardo AJ, Vidal M, Villarroel IL. Gestacion en utero didelfo. reporte de un caso. *Rev Medcient Luz Vida.* 2013; 4:54 - 57.
5. Junqueira BLP, Allen LM, Spitzer RF, Lucco KL, Babyn PS, Doria AS. Mullerian duct anomalie and mimics in children and adolescent: correlative intraoperative assesment with clinical imaging. *Radiographics* 2009; 29(4).
6. Steinkeler JA, Woodfield CA, Lazarus E, Hillstrom MM. Female infertility: A Sistematic approach to radiologic imaging and diagnosis. *Radiographics* 2009; 29:1353 -1370.
7. Marin DP, Burgos JL, Sanchez J, Gomez MG. Malformaciones de los conductos mullerianos, utero didelfo y lesiones asociadas. Caracterizacion por resonancia magnetica, *Acta Médica Grupo Angeles.* 2010; 8(4): 223-226.
8. Fliegner JR. Un common problems of the double uterus. *Med J Aust.* 1986; 145 (10): 510 -12.
9. Benson R. Diagnostico y tratamiento gineco obstetrico. Oregon Heath Sciences University. Editorial El Manual Moderno. México, 1986.



Conflicto de intereses:

La presente investigación no presenta conflicto de intereses entre los investigadores.

Fuente de financiamiento:

La presente investigación fue financiada por los investigadores.

Correspondencia:

aflorch@hotmail.com

Fecha de recepción: 05/06/2022

Fecha de aceptación: 13/07/2023