

Gestación eutópica en útero malformado

Eutopic pregnancy in malformation uterus

MSc. Dra. Iris Soberón Varela, MSc. Dra. Ada Hilda de la Concepción de la Peña, Dr. José Antonio Hernández Varea,

Hospital Universitario Clínico Quirúrgico "Joaquín Albarrán Domínguez". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente con útero bicorne, en la cual se realizó el diagnóstico de la malformación uterina por videolaparoscopia, al informarse por ultrasonido la posibilidad de un embarazo ectópico no complicado. La infrecuencia de esta malformación, el momento de la vida de la paciente en el que se hizo, la importancia del ultrasonido como medio diagnóstico, y el mostrar, como un embarazo ectópico puede precisar el diagnóstico diferencial con uno eutópico en un útero malformado, decidió reportáramos el caso e hiciéramos una breve revisión del tema.

Palabras clave: útero bicorne, malformación uterina, videolaparoscopia.

ABSTRACT

This is the case of a patient presenting with bicornate uterus diagnosed with a uterine malformation using video-laparoscopy and reporting by ultrasound the possibility of a non-complicated ectopic pregnancy. The infrequency of this malformation, the time in life of patient when it was carried out, the significance of ultrasound as a diagnostic means, and to demonstrate as an ectopic pregnancy may to specify exactly the differential diagnosis and an eutopic on in a malformation uterus, lead to the report of case and to carried out a brief review of this subject.

Key words: bicornate uterus, uterine malformation, videolaparoscopy.

INTRODUCCIÓN

El aparato reproductor deriva embriológicamente del seno urogenital y los conductos de Müller. El seno urogenital da lugar a la formación del vestíbulo, himen y tercio inferior de la vagina, mientras que de los conductos de Müller derivan los dos tercios superiores de vagina, cervix, útero y trompas. Para el desarrollo de los conductos de Müller es necesaria la ausencia del factor inhibidor de las estructuras müllerianas que produce el testículo del embrión masculino.¹

La mayor parte las anomalías de los genitales externos se manifiestan desde el nacimiento, en tanto que las anomalías obstructivas y no obstructivas del aparato reproductor se manifiestan no solo al nacimiento, sino también en etapas posteriores de la vida.

Las anomalías uterinas o müllerianas son poco frecuentes, su incidencia en las mujeres fértiles oscila entre 0,1 a 3,5 % de la población.¹⁻³ Otros autores la reportan entre el 1 a 2 %.^{4,5} Estas malformaciones de origen multifactorial,⁶ constituyen un grupo diverso de entidades producidas por una interrupción en el desarrollo, una formación anormal o una fusión incompleta de los conductos mesonéfricos,⁷ dando lugar a un grupo de malformaciones, como agenesia útero-vaginal, disgenesias, septos vaginales, útero unicorn, didelfo, bicorne, septado y arcuato.⁸⁻¹⁰

La prevalencia del útero bicorne varía en función de la bibliografía consultada entre un 25 % y 37 % de las malformaciones congénitas uterinas.^{11,12} Su incidencia es del 8 % en mujeres fértiles y del 0,5 % en infértiles, datos que evidencian su capacidad funcional.¹³⁻¹⁵ Los riesgos reproductivos reportados han sido aborto recurrente y parto pretérmino.

La clasificación de las malformaciones müllerianas más utilizada (aún hoy día) es la de la Sociedad Americana de Fertilidad (AFS) de 1988 (cuadro).¹⁶⁻²⁰

Cuadro 1. Clasificación de las anomalías de los conductos de Müller de la American Fertility Society

Clase I	Agenesia-hipoplasia segmentarias de los conductos de Müller vaginal, cervical, fúndica, tubárica, anomalías combinadas).
Clase II	Útero unicorn (comunicante, no comunicante, sin cavidad, sin cuernos).
Clase III	Útero bidelfo (4).
Clase IV	Útero bicorne (completo y parcial).
Clase V	Útero tabicado (completo y parcial).
Clase VI	Útero arqueado.
Clase VII	Relacionadas con Dietilestilbestrol.

En el útero bicorne hay una fusión incompleta de los 2 conductos a nivel de *fundus* uterino pero permaneciendo la conexión entre las dos cavidades a nivel ístmico. Se definen dos grandes grupos: útero bicorne completo y parcial. En el primer grupo, la grieta llega casi a la zona interna cervical y se asocia en ocasiones a doble cérvix. En el caso del tipo parcial la longitud de la grieta es variable. Tiene una prevalencia del 10 % y se asocia con abortos a repetición con una frecuencia del 28-35 %.^{5,8} Es la malformación mülleriana que más se asocia a incompetencia cervical.

Oliva y otros en un estudio en el que relacionan las malformaciones uterinas con las pérdidas recurrentes de embarazos, encontraron que las mujeres con peor pronóstico, fueron aquellas con útero bicorne o unicorne, por la mayor probabilidad de afectación de la implantación del embrión por un pobre flujo sanguíneo. Concluyeron que el factor uterino constituyó una condición relacionada con eventos perinatales desfavorables.²¹

Todas las anomalías del Müller se asocian con menor capacidad reproductiva en relación con mujeres normales. Las que no presentan obstrucciones, solo son sintomáticas en la mitad de las veces, descubriéndose por casualidad al practicar laparotomías o laparoscopias por otras causas.⁵ Las manifestaciones clínicas que producen son diversas, como amenorrea primaria, disfunción sexual, dolor y masas pélvicas, endometriosis, hemorragia uterina anormal, infección, aborto recurrente espontáneo, o partos prematuros. En el 50 % de las pacientes con alteraciones uterinas simétricas no hay síntomas.⁸ Se asocian con cierta frecuencia a otras anomalías del desarrollo, particularmente del tracto urinario (31 %), la más común es la agenesia renal unilateral.^{9,10}

El diagnóstico de bicorne se puede sospechar por ecografía o histerosalpingografía (HSG), pero el diagnóstico diferencial es exacto con resonancia magnética nuclear (RNM), o la combinación laparoscopia e histeroscopia.⁸ La RNM, con sensibilidad del 100 % es el *gold standard* no invasivo. La ecografía tridimensional, tiene una sensibilidad del 92 % y ha demostrado tener gran utilidad. La histeroscopia es un método invasivo que se debe reservar para el tratamiento bien planeado.⁸

En el tratamiento quirúrgico los mejores resultados se obtienen en el útero septo y en el bicorne en mujeres con abortos a repetición (descartadas otras causas), y en los casos de pacientes con dolor pélvico crónico una vez se ha confirmado por laparoscopia que no existe endometriosis.²¹

La metroplastia transabdominal convencional (Strassman), en pacientes del grupo IV de la clasificación AFS estaría limitada a los casos de útero bicorne imposibles de reparar por histeroscopia.²²

Las intervenciones por cirugía de mínimo acceso, han permitido (con sus ventajas), que se reduzcan el número de laparotomías exploradoras obligadas, por diagnósticos dudosos, máxime cuando se trata de una entidad, que puede dar al traste con la vida de la paciente, como es el embarazo ectópico.

Esto precisamente fue lo que ocurrió con la paciente que se presenta, la cual refería dismenorrea desde la menarquia y no era primigesta (7 embarazos y 1 parto eutócico con feto vivo-sano); cursó sin diagnóstico de útero bicorne hasta el 7mo. embarazo, en el que por imagen ultrasonográfica, se piensa en un embarazo ectópico no complicado. El diagnóstico se realiza por videolaparoscopia.

El avance indetenible de la cirugía de mínimo acceso, en todas las especialidades quirúrgicas, ha venido a beneficiar también a pacientes seleccionadas con malformaciones uterinas; un ejemplo es la metroplastia histeroscópica, en cual se

reseca el septo, en el útero bicornue con resultados que muestran una mejoría evidente.^{22,23}

En el caso presentado se pone una vez más de manifiesto la importancia del método clínico y de los medios imaginológicos en el diagnóstico de múltiples entidades, en particular las afecciones del sistema urogenital, en las que el ultrasonido, constituye un arma importante, por ser fácil de realizar, inocuo y poco costoso. Su resultado depende de la interpretación que haga el profesional que la realice, existe, en ocasiones, dificultad en el diagnóstico de entidades poco frecuentes, como las malformaciones uterinas, en las cuales el diagnóstico diferencial entre un embarazo ectópico y un embarazo cornual en un útero malformado, no siempre es evidente.

Presentación del caso

Paciente femenina de 27 años, con antecedentes de dolores bajo vientre durante las menstruaciones y menarquia a los 15 años. Refiere además secreciones vaginales intermenstruales. Sus primeras relaciones sexuales a los 16 años, sin dispareunia. Historia obstétrica de 6 embarazos, 1 parto eutócico (feto vivo y sano) y 5 abortos provocados.

La paciente acude a su médico de familia por presentar síntomas sugestivos de embarazo y amenorrea de 2 meses. Previo examen ginecológico y sospecha de embarazo, le indica un ultrasonido para corroborar esto. El ultrasonido pélvico y transvaginal aporta el dato de un embarazo ectópico tubario derecho de 8 sem no complicado, con latido cardíaco fetal presente. La paciente es remitida de inmediato a la guardia de cirugía donde se le realiza:

Examen físico que no aporta signos de ectópico complicado.

Tacto vaginal: útero aumentado de tamaño, difícil de precisar contornos, cervix uterino único reblandecido, anejos no tactables.

Llamó la atención el hecho de que el ultrasonido informase un embarazo ectópico de 8 sem en trompa derecha, pues es excepcional que una trompa pueda distenderse hasta ese tamaño sin romperse o fisurarse. Ante la duda diagnóstica se decide realizar una videolaparoscopia para actuación en consecuencia con el hallazgo ultrasonográfico, de sospecha de embarazo ectópico no complicado. Durante el proceder se encuentra útero bicornue (hemiútero derecho algo mayor que el izquierdo), con banda de mesosigmoides que dividía aparentemente el útero en dos mitades. Un ovario y una trompa para cada hemiútero normales (figuras 1, 2).

Es dada de alta a las 12 h de realizada la intervención. El embarazo no era deseado y se remite a hospital ginecobstétrico, para su evaluación e interrupción, en el que se realiza nuevo ultrasonido pélvico y transvaginal confirmándose el diagnóstico videolaparoscópico de útero bicornue, con un embarazo de 8 sem en hemiútero derecho y DIU en hemiútero izquierdo (figura 3).

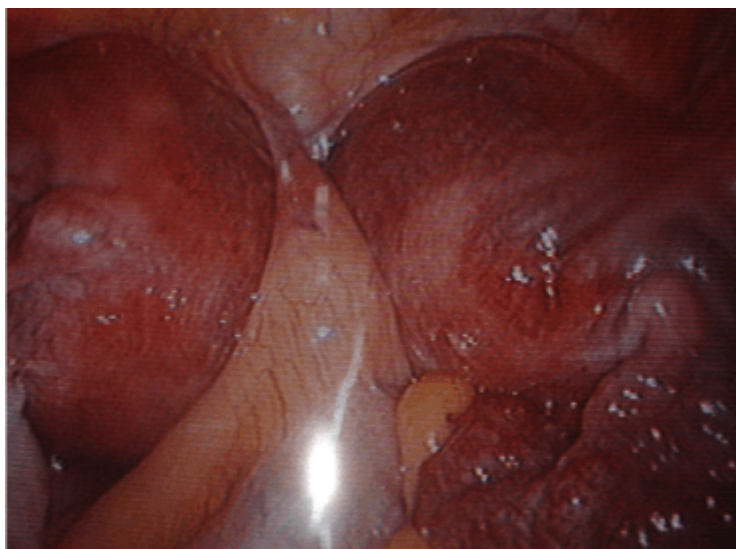


Fig. 1 Imagen videolaparoscópica de útero bicorne.



Fig. 2. Imagen videolaparoscópica de útero bicorne. Presencia de adherencia mesosigmoidea entre ambos hemiúteros.

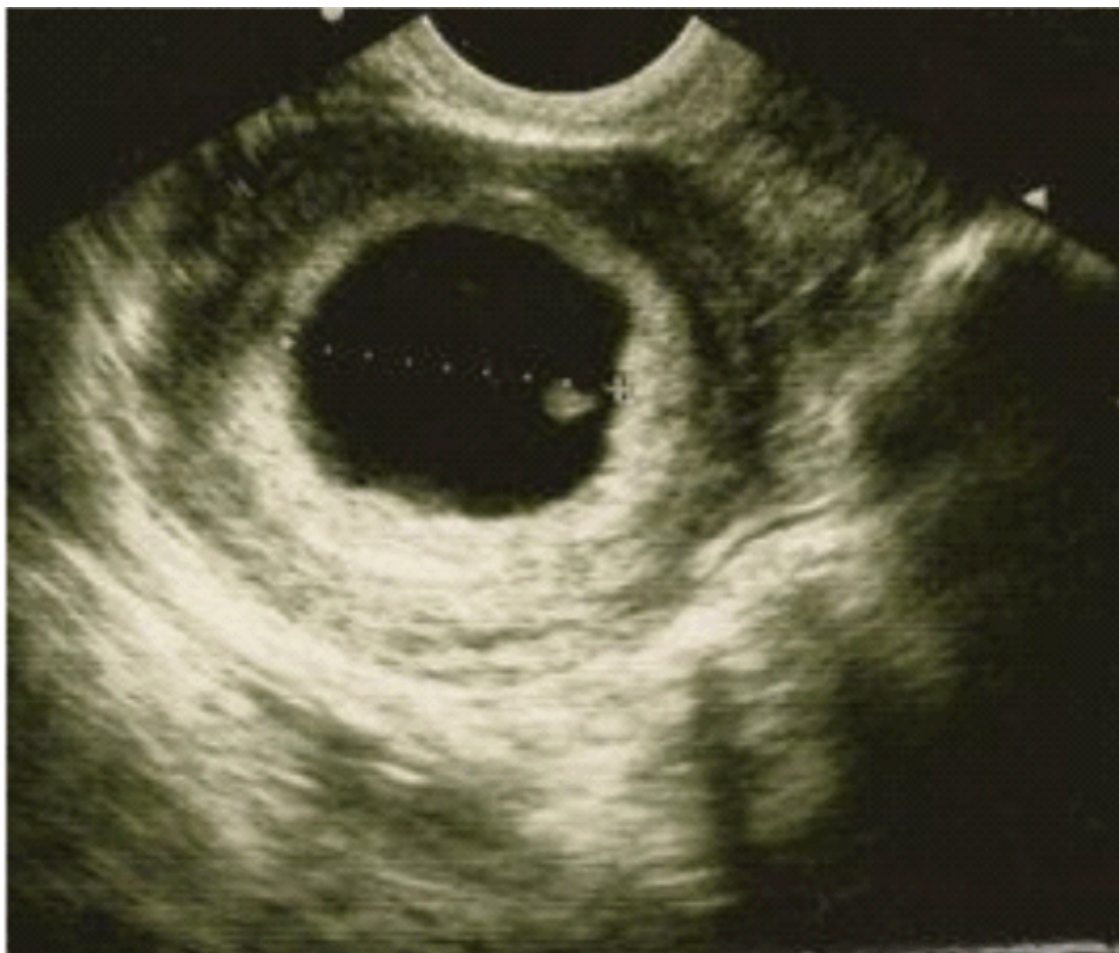


Fig. 3. Ultrasonido pélvico. Útero bicorne, con feto vivo en hemiútero derecho y DIU en hemiútero izquierdo.

La interrupción del embarazo se realizó sin dificultad.

CONCLUSIÓN

En este trabajo se muestra la importancia del ultrasonido como medio diagnóstico en las malformaciones uterinas. La necesidad de tener siempre presente, que un embarazo ectópico puede precisar el diagnóstico diferencial con uno cornual en un útero malformado y que, siempre que sea posible, las pacientes con dudas diagnósticas deberían ser evaluadas por los ginecobstetras que tienen más experiencia.

AGRADECIMIENTOS

Los autores deseamos agradecer a la alumna ayudante de cirugía Beatriz Errasti de la Concepción, por su colaboración en este trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nguyen L, Harford RI, Trott EA. Evaluating müllerian anomalies as a cause of recurrent pregnancy loss. *Del Med J*. 1997;69(4):209-12.
2. Penev I, Krutilin, Shtereva K. The diagnosis and complications of pregnancy in uterine malformations. *AKush Ginecol Sofia*. 1996;35(1-2):12-4.
3. Wai Clifford YW, Secam Nadie, Sanz Luis E. *Journal of reproductive medicine* 2001;46(6):613-17.
4. Balasch J. In: Masson-Salvat, editor. *Casos Clínicos. Obstetricia y Ginecología*. Barcelona: Masson-Salvat; 1990. p. 548-55.
5. Beguería R, Checa MA, Castillo M, Del Amo E, Carreras R. Malformaciones Mullerianas: clasificación, diagnóstico y manejo. *Ginecología y Obstetricia Clínica*. 2009;10(3):165-9.
6. Gurtcheff SE, Hatasaka H, Lambert P, Empey R, Morris E, Hammoud A. Clinical presentation of Mullerian anomalies in a large population cohort. *Fertility and Sterility*. 2008;90(1):S153-S154.
7. The American Fertility Society classifications of adnexal adhesions, distal tubal occlusion, tubal occlusion secondary to tubal ligation, tubal pregnancies, mullerian anomalies and intrauterine adhesions. *Fértil Steril*. 1988;49(6):944-55.
8. Pérez Agudelo LE. Anomalías Müllerianas. Revisión. *Rev Med*. 2007;15(2):251-60.
9. Heredia AJ, Lois MM, Medrano P. Spontaneous uterine rupture associated with placenta accreta and uterus bicornate. *Progresos en Obstetricia y Ginecología* 2001;44:497-500.
10. Vázquez Pizaña E, Rojo Quiñónez AR, Vargas Salazar OE, Gómez Rivera N, López Cervantes G. Malformaciones del Aparato Genital Femenino en la Adolescencia *Bol Clin Hosp Infant Edo Son*. 2006;23(2):5763.
11. Sinha R, Mahajan C, Hegde A, Shukla A. Laparos-copic metroplasty for bicornuate uterus. *J Minim Invasive Gynecol*. 2006;13(1):70-3.
12. Speroff L, Glass RH, Kase NG. El útero. En: *Endocrinología Ginecológica e Infertilidad*. Buenos Aires, Argentina, Madrid, España: Waverly Hispánica S.A. 2000. p. 123-158.
13. Tompkins P. Comments on the bicornuate uterus and twinning. *Surg Clin North Am*. 1962;42:1049-55.
14. Devi Wold AS, Phan M, Arici A. Anatomic factors in recurrent pregnancy loss. *Semin Reprod Med*. 2006;24(1):25-32.
15. Emans SJ, Laufer M, Goldstein DP. Anomalías estructurales del aparato reproductor femenino. En: Emans JH, Laufer M, Goldstein DP. *Ginecología en Pediatría y la Adolescente*. Filadelfia: McGrawHill Interamericana. 2000. p. 233 - 276.

16. DaCosta V, Christie L, Wynter S, Harriott J, Frederick J. Útero Bicorne Bicollis, Hemivagina Imperforada, y Agenesia Renal Ipsilateral Reporte de Caso y Revisión de la Literatura. West Indian Med J. 2009;58 (4):379.
17. Novelle García M, Savirón Cornudella R, Suárez Mansilla P, Hernández Cortés G, Usandizaga Ello R. Rotura espontánea de útero bicorne en gestación asociada a acretismo placentario. Rev Chil Obstet Ginecol. 2007;72(5):352-5.
18. American Fertility Society. Classification of Mullerian Anomalies. Fertil Steril. 1988;49:944-55.
19. Rumack C, Wilson S, Charboneau J. Útero y glándulas anejas. En: Diagnóstico por ecografía. 2da edición. Madrid: Marbán; 2005. p .519-574.
20. Anduaga Aguirre M, Ibero Villa J.L, Arce Calvo P. Casos ecográficos: Útero Bidelfo. Medicina General. 2002;43:288-9.
21. Oliva Rodríguez J, Hernández Méndez ML, Festary Casanovas A. Afecciones uterinas y pérdidas recurrentes del embarazo. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2003;29(3).
22. Papp Z, Mezei G, Reproductive performance after transabdominal metroplasty: a review of 157 consecutive cases. The Journal of reproductive medicine. 2006; 51(7):544-52.
23. Aguilar Gallardo C. Pronóstico reproductivo de las malformaciones müllerianas. Prog Obstet Ginecol. 2008;51(12):721-36.

Recibido: 15 de junio de 2011.
Aprobado: 30 de junio de 2011.

Iris Soberón Varela. Hospital Universitario Clínico Quirúrgico "Joaquín Albarrán Domínguez". Avenida 26 y avenida Independencia. La Habana, Cuba. Correo electrónico: iris.soberon@infomed.sd.cu