



REPORTE DE CASO

ÚTERO DIDELFO CON EMBARAZO GEMELAR

María Belén Coria Pimienta¹, Vicente Nicolás Bataglia Frutos¹, Karen Josefina Fretes Benítez¹, Carlos Max Wildberger¹, Jorge Andrés Gavilán Herreros¹, Rocío Belinda Galeano López¹

¹Cátedra de Ginecología y Obstetricia, Universidad Nacional de Asunción

RESUMEN

Introducción:

El útero didelfo es una malformación congénita, resultado de un desarrollo anormal de los conductos müllerianos durante la embriogénesis, presentándose de manera asintomática en la mayoría de las pacientes, aunque se puede asociar a trastornos de fertilidad y complicaciones obstétricas en la etapa reproductiva, tales como abortos, parto pretérmino, anomalías de posición fetal y otras.

Reporte de caso:

Se relata el caso de una paciente portadora de útero doble, quién curso un embarazo gemelar en el hemiútero derecho, (embarazo espontaneo) sin métodos de apoyo para alcanzar el embarazo, del cual nacieron dos recién nacidos vivos de 32 semanas de edad gestacional mediante una cesárea.

Conclusión:

Los embarazos gemelares en úteros dobles se estiman en 1 por cada millón de habitantes, pero a la actualidad solo se encuentran reportados alrededor de 20 casos y es un factor de riesgo para desencadenar amenaza de parto prematuro

ABSTRACT

Background:

The Uterus didelphys is a congenital malformation, the result of an abnormal development of the Müllerian ducts during embryogenesis,

Autor de correspondencia:

María Belén Coria Pimienta.
belen1692@hotmail.com

Recibido: 02/03/2021

Aceptado: 18/05/2021

Palabras clave:

Utero Didelfo; Malformaciones Müllerianas; Embarazo gemelar

Keywords:

Uterus didelphys, Müllerian malformations; twin pregnancy

it presents asymptotically in most patients, although it can be associated with fertility disorders and obstetric complications in the reproductive stage, such as abortions, preterm delivery, fetal position abnormalities and others.

The case:

This review reports the case of a patient with a uterus didelphys, who obtained a twin pregnancy in the right hemi-uterus, without support methods to achieve pregnancy, from which two healthy products were obtained after emergency cesarean by threat of premature twin delivery in the week 32 of gestation.

Conclusion:

Twin pregnancies in uterus didelphys are estimated at 1 per million inhabitants, but currently only about 20 cases are reported and is a risk factor for triggering the threat of preterm labor

INTRODUCCIÓN

El aparato reproductor femenino deriva embriológicamente del seno urogenital y los conductos de Müller. A partir de la octava semana de edad gestacional se inicia la fusión de estos conductos permitiéndose la formación del útero, trompas de falopio y el tercio superior de la vagina, completándose el desarrollo de la vagina a partir del seno urogenital. Cualquier alteración que ocurra en este periodo da origen a una malformación uterina(1-4).

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(5). 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. La falla en este proceso resulta en agenesia, hipoplasia o útero unicorn(6) (Figura 1). El útero didelfo forma parte de las anomalías müllerianas, debido a una falla en la fusión de los conductos müllerianos resultando dos cavidades uterinas divergentes y dos

cérvix que se fusionan en el segmento inferior uterino(7-9)(Figura 2). Estas anomalías en la mitad de los casos pueden presentarse de manera asintomática, en los otros como amenorrea primaria, disfunción sexual, dolor y masas pélvicas, endometriosis, hemorragia uterina anormal, infección, aborto recurrente espontáneo, o partos prematuros(8).

El útero didelfo con septo vaginal, pero sin ningún tipo de obstrucción, puede presentarse con dispareunia, según las características del septo vaginal. La capacidad reproductiva es casi normal, aunque se reportan casos de infertilidad primaria, aborto recurrente, pérdida gestacional, parto pretérmino y distocias durante el parto, cesárea y ruptura uterina. La evidencia muestra que las tasas de embarazos para úteros didelfos sin obstrucciones son del 81%, en seguimientos de siete años(10-14). Según algunos autores las pacientes requieren tratamiento de fertilidad con más frecuencia que las mujeres con otras anomalías uterinas(15), aunque con una tasa de supervivencia fetal alta 64%(16). Se consignan cifras de 55- 61% de nacidos vivos, con 21% de abortos, 32-45% de embarazos pretérminos y 29% de embarazos a término(17). Los embarazos gemelares en úteros didelfos se estiman en 1 por cada millón de habitantes, pero a la actualidad solo se encuentran reportados alrededor de 20 casos y un caso de triplete(18).

Entre las complicaciones obstétricas en

Figura 1. Clasificación de la Sociedad Americana de Fertilidad (AFS) de Anomalías Mullerianas

| | | |
|-----------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Clase I | Hipoplasia y agenesia | (a) vaginal, (b) cervical, (c) fúndica, (d) tubaria |
| Clase II | Unicorne | (a) comunicante, (b) no comunicante, (c) sin cavidad, (d) sin cuerno |
| Clase III | Didelfo | |
| Clase IV | Bicorne | (a) parcial, (b) completo |
| Clase V | Septado | (a) parcial, (b) completo |
| Clase VI | Arcuato | |
| Clase VII | Relacionado con DEB (dietilestilbestrol) | |

úteros didelfos se han encontrado úlceras de útero, aborto espontáneo 30%, presentación de nalgas 43%, rotura prematura de las membranas 53% y trabajo de parto prematuro 95%, en los embarazos de producto único. La información de complicaciones es desconocida en doble gestación debido a la escasez de documentación, lo que hace necesaria la redacción de cualquier hallazgo en este tipo de embarazos.

REPORTE DE CASO

Se trata de una paciente de 26 años de edad, procedente de Luque, nulípara con embarazo gemelar de 32,3 semanas de gestación por primera ecografía y fecha probable de parto el día 23 de julio del 2020, quien mantuvo adecuado control durante el embarazo, con 8 controles prenatales, 6 ultrasonidos, maduración pulmonar en la semana 30 de edad gestacional, con antecedentes personales de útero doble bicollins y agenesia renal (Síndrome de Winderlach). Paciente acude a la urgencia por pérdida de

líquido por vagina de 2 horas de evolución. Sin referir molestias. Al ser evaluada por médicos de guardia, es diagnosticada con 1- Nulípara gestante doble bicorial biamniótica de 32,6 semanas de gestación en el útero derecho 2- Rotura prematura de membranas 3- Amenaza de parto prematuro. En la exploración física paciente con signos vitales estables, altura de fondo uterino de 36 cm, movimientos fetales presentes, frecuencia cardíaca fetal dentro de parámetros normales en ambos productos, alrededor de 150 latidos por minuto, se realiza tacto vaginal donde se encuentra 1cm de dilatación y 60% de borramiento en cervix derecho, cervix izquierdo cerrado sin borramiento, a la especuloscofia visualiza tabique vaginal, y aparente doble cérvix, se decide terminación de embarazo por cesárea donde se obtiene:

RN 1. Recién nacido vivo de sexo femenino con peso de 1730 gramos, Apgar 4/7, sin malformaciones congénitas aparentes.

RN 2. Recién nacido vivo de sexo femenino con peso de 2110 gramos, Apgar 8/9, sin

Figura 2. Clasificación de la Sociedad Americana de Fertilidad (AFS) de Anomalías Mullerianas 19

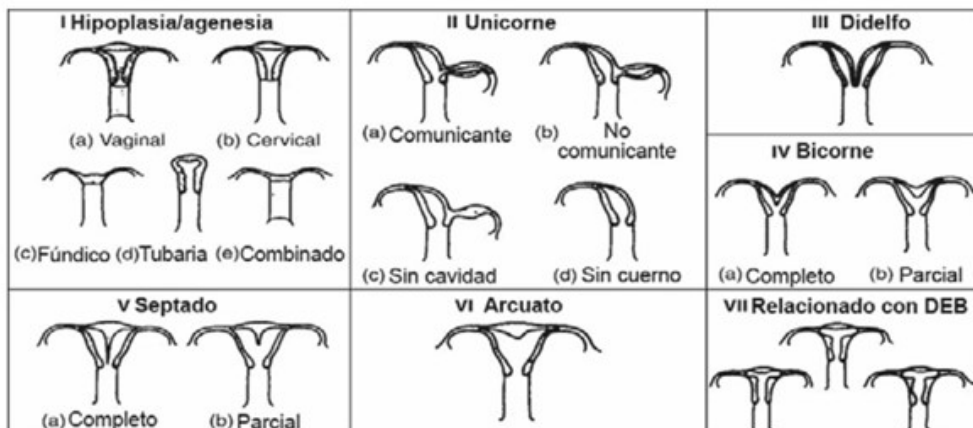
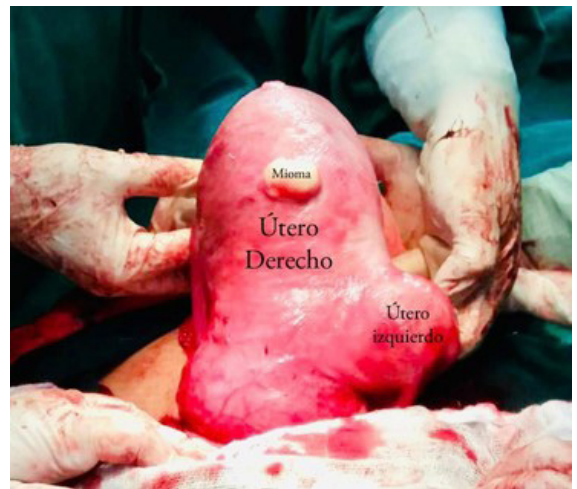


Figura 3. Útero didelfo Intracesarea.



Figura 4. Útero didelfo Intracesarea.



malformaciones congénitas aparentes.

Ambos recién nacidos ingresan al Servicio de Neonatología de la Unidad y se mantienen por aproximadamente 24 días para supervisión. Durante el intraoperatorio se observa útero doble, cada útero vinculado a un ovario a través de su respectiva trompa de Falopio, útero derecho aumentado de tamaño por doble gestación, útero izquierdo de tamaño conservado. Como hallazgo casual se encontró un mioma de aproximadamente 2 cm de diámetro en cara anterior (Figura 3) (Figura 4).

CONCLUSIÓN

El útero didelfo se produce en consecuencia a la alteración en la fusión de los conductos müllerianos bilaterales, manteniendo un desarrollo individualizado. Su frecuencia es variable, llegando a una de cada 30000 mujeres. Los embarazos múltiples en úteros didelfos se calculan en 1 por cada millón de mujeres, dato estimado dado a que son muy pocos los casos reportados alrededor del mundo.

Entre las complicaciones más frecuentes se han reportado: trabajo de parto pretérmino, rotura prematura de membranas, presentación podálica, la frecuencia de doble gestación en uno de los dos hemiúteros es reducida, se estima

en 1 por cada millón de habitantes, lo que dificulta realizar comparaciones precisas de los datos recolectados, aunque logramos evidenciar que el término del embarazo por inicio de trabajo de parto en estos casos es similar en varios estudios, rodeando las 34 semanas de edad gestacional(20).

Generalmente estas pacientes requieren tratamiento de fertilidad con más frecuencia que las mujeres con otras anomalías uterinas(15). Por esto, es de fundamental importancia el estudio de estas malformaciones, ya que esto 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.

Agradecimientos:

A la paciente, por permitirnos acceder a los datos correspondientes y de esta manera contribuir con la comunidad científica.

Financiamiento:

Autofinanciado

Conflictos de interés:

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Meléndrez RA, Alanís-Fuentes J. Estado actual

- de la clasificación, diagnóstico y tratamiento de las malformaciones mullerianas. *Ginecol Obstet Méx.* 2013;81:34-46.
2. Cruz M, Pantoja T, García J. Malformación congénita del aparato reproductor femenino: útero didelfo. *Univ MÉDICA.* 2006;47(3):284-290.
 3. Fernández RB. Malformaciones Müllerianas: clasificación, diagnóstico y manejo. *Ginecol Obstet Clínica.* 2009;10(3):165-169.
 4. Velandía-Avedaño MC, Sepulveda-Agudelo. Revisión de la clasificación y diagnóstico de malformaciones mullerianas. *MED.UIS.* 2018;31(2):57-63.
 5. 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.
 6. Afrashtehfar, Mario CD, Kelvin I, Piña-García, Adrián Malformaciones müllerianas. Síndrome de hemivagina obstruida y anomalía renal ipsilateral (OHVIRA) *Cirugía y Cirujanos* 2014; 82.
 7. Marín, D, Burgos, J, Sánchez, J. Malformación de los conductos müllerianos; útero didelfo y lesiones asociadas Caracterización por resonancia magnética. *Acta Médica Grupo Ángeles.* 2010;8(4): 223-224.
 8. Perez, L, Burgos, J, Sánchez, J. Anomalías mullerianas Revisión. *Rev Med.* 2007;15(2): 252-253.
 9. Pardo, A, Vidal, M, Villaruel I. Gestación en utero didelfo: Reporte de un caso. *Revista Médico-Científica "Luz y Vida".* 2013;4(1):54-57.
 10. Meraz YOG, Hajj MC, García MGH, España JCT. Embarazo en paciente con útero didelfo, bicollis con vagina septada y colocación de cerclaje cervical pro!áctico. *2015;60(2):151-155.*
 11. Aguilar Gallardo C, García-Herrero S, Vicente Medrano J, Melo MAB. Pronóstico reproductivo de las malformaciones müllerianas. *Prog Obstet Ginecol.* 2008;51(12):721-36.
 12. 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):352-355.
 13. Chiriboga-Vivanco R, Gonzaga-Aguilar D, Chiriboga-Vivanco R, Gonzaga-Aguilar D. Útero didelfo, bicollis con embarazo gemelar: revisión de la literatura a propósito de un caso. *Rev.Chil.Obstet.Ginecol.* 2019;84(1):75-81.
 14. Rodríguez RG, Martínez LM, Puente C de la, Aguilar K. Hallazgo incidental de útero Didelfo en paciente adolescente embarazada: Reporte de caso. *Arch Med.* 2016;12(2):8.
 15. Zhang, Y, Zhao Yang-yu, Qiao Jie. Obstetric outcome of women with uterine anomalies in China. *Chinese Medical Journal.* 2010;123(4):418-422.
 16. Heinohen PK, Saarikoski S, Pystynen P. Reproductive performance of women with uterine anomalies. *Acta Obstet gynecol Scand* 1982;61:157.
 17. Dean, M, Moutos, M, Marian, D. A comparison of the reproductive outcome between women with a unicornuate uterus and women with a didelphic uterus. *Fertility and Sterility.* 1992;58(1): 88-93.
 18. Mashiach S, Ben-Rafael Z, Dor J, Serr DM. Triplet pregnancy in uterus didelphys with delivery interval of 72 days. *Obstet Gynecol* 1981; 58:519 – 521
 19. American Fertility Society. The AFS classification of adnexal adhesions, distal tubal occlusion, tubal occlusion secondary to tubal ligation, tubal pregnancies, Müllerian anomalies and intrauterine adhesions. *Fertil Steril* 1988;49:944-955.
 20. Chiriboga-Vivanco Richard, Gonzaga-Aguilar Daniel. Útero didelfo, bicollis con embarazo gemelar: revisión de la literatura a propósito de un caso. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2019 Feb [citado 2021 Ene 17]; 84(1): 75-81.