

Embarazo en paciente con útero didelfo, bicollis con vagina septada y colocación de cerclaje cervical profiláctico

Yuliana Olivia Gómez Meraz,* Miguel Chaya Hajj,** María Guadalupe Hugues García,*
Juan Carlos Torres España***

RESUMEN

El útero didelfo es una de las anomalías que ocurre debido a un defecto en la fusión medial de los conductos paramesonéfricos; el embarazo puede llegar a ocurrir en estas pacientes, el cual puede ser normoevolutivo. La prevalencia de estas anomalías es de aproximadamente 5% en la población general; sin embargo se incrementa de 13 a 25% en aquellas mujeres con pérdida gestacional recurrente. Con esta malformación específicamente las complicaciones más comunes son: aborto recurrente por causa de incompetencia cervical y el aumento en la incidencia de cesáreas por amenaza de parto pretérmino. El diagnóstico se realiza por medio de ultrasonido transabdominal; sin embargo la resonancia magnética por imagen juega un papel importante en la determinación preoperatoria de este grupo de anomalías, ya que en los últimos años se ha destacado por identificar a las pacientes que más se beneficiarán con un tratamiento quirúrgico. El tratamiento varía desde una resección del tabique vaginal hasta una metroplastia. El objetivo de este trabajo es presentar el caso de una paciente de 25 años de edad, primigesta, con diagnóstico previo al embarazo de útero didelfo, bicollis con vagina septada, quien cursa embarazo de 15.5 semanas de gestación, que acude para resección de tabique vaginal y colocación de cerclaje profiláctico en «8».

Palabras clave: Conductos paramesonéfricos, útero didelfo, tabique vaginal, cerclaje cervical.

Nivel de evidencia: IV.

Pregnancy in patient with didelphic uterus, bicollis, septated vagina with placement of cervical prophylactic cerclage

ASBTRACT

The didelphys uterus is an anomaly that occurs due to a defect in the medial fusion of the paramesonephric ducts; pregnancy can happen and develop normally in these patients. The prevalence of these abnormalities is about 5% in the general population, however, it increases to 13-25% in women with recurrent pregnancy loss. With this malformation specifically, the most common complications include recurrent miscarriage because cervical incompetence and increased incidence of preterm caesarean delivery. Diagnosis is made by transabdominal ultrasound, nevertheless, MRI imaging plays an important role in the preoperative setting of this group of anomalies, since in recent years it has shown which patients will have a greater benefit from surgical treatment. Treatment varies from a vaginal septum resection, to a metroplasty. The purpose of this paper is to report the case of a 25-year-old primigravid patient, with prior diagnosis of uterus didelphys bicollis with septate vagina who comes at 15.5 weeks of gestation, who is admitted to undergo resection of vaginal septum and placement of prophylactic cerclage in «8».

Key words: Paramesonephric ducts, didelphys uterus, vaginal septum, cervical cerclage.

Level of evidence: IV.

* Médico Residente de Ginecología y Obstetricia del Centro Médico ABC.

** Médico adscrito de Ginecología y Obstetricia del Centro Médico ABC.

*** Médico General de la Universidad Anáhuac México Norte, Facultad de Ciencias de la Salud.

Recibido para publicación: 18/02/2015. Aceptado: 04/06/2015.

Correspondencia: Yuliana Olivia Gómez Meraz

Av. Carlos Graef Fernández Núm. 154, Cuajimalpa de Morelos, Tlaxcala, 05300, Ciudad de México, D.F. Tel: 044 55 35 00 14 60
E-mail: ygm85@hotmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en:
<http://www.medigraphic.com/analesmedicos>

INTRODUCCIÓN

Las anomalías de los conductos paramesonéfricos son un grupo de anomalías congénitas que frecuentemente cursan asintomáticas, razón por la cual muchas veces no son identificadas. Se detectan principalmente en mujeres jóvenes al momento de la menarca, embarazadas o en edad reproductiva. La prevalencia de estas anomalías es difícil de determinar debido a que muchas mujeres no son diagnosticadas, especialmente si son asintomáticas. Las anomalías se diagnostican en 5% de las muje-

res en edad reproductiva. El tipo y frecuencia de las anomalías de los conductos paramesonéfricos son: útero septado (35%), bicorne (26%), arcuato (18%), unicornes (10%), didelfo (8%) y agenesia (3%). Sin embargo, estas proporciones pueden variar sustancialmente dependiendo de la población estudiada y el método para la identificación de las anomalías.¹ El útero didelfo se asocia en 15 a 30% de los casos con anomalías unilaterales, por ejemplo: obstrucción de hemivagina y agenesia renal ipsilateral.² El útero didelfo o útero doble se origina cuando los dos conductos paramesonéfricos no logran fusionarse, lo que provoca la duplicación de las estructuras reproductivas. En general, esta duplicación generalmente se limita al útero y al cuello uterino (didelfo y bicollis [dos cuellos uterinos]), aunque también puede ocurrir la duplicación de la vulva, la vejiga, la uretra, la vagina y el ano. La etiología de las anomalías de los conductos paramesonéfricos es controversial. La investigación de la distribución anatómica de las malformaciones genitales puede proporcionar información sobre la patogénesis de la condición. La gran mayoría de las anomalías de los conductos paramesonéfricos está distribuida de forma simétrica, por ejemplo el útero septado o el útero unicornes, pero en casos específicos existe también una distribución asimétrica, por ejemplo en los defectos laterales. Aproximadamente de 15 a 20% de las mujeres con útero didelfo también tienen anomalías unilaterales, como una hemivagina obstruida y agenesia renal ipsilateral; las anomalías se encuentran a la derecha hasta en 65% de los casos.²

La mayoría de las mujeres con un útero didelfo y bicollis tienen buenos resultados reproductivos. La vagina septada de forma vertical se produce en 75% de los casos y puede causar dificultades en las relaciones sexuales o en el parto vaginal. Las mujeres afectadas pueden optar por la resección del tabique vaginal. La metroplastia debe ser considerada para las mujeres con dolor pélvico, abortos recurrentes o con antecedentes de parto prematuro.³ El tratamiento consiste en la resección de la pared de la vagina obstruida seguida de la creación de una sola cavidad vaginal. La obstrucción bilateral también es posible, las pacientes pueden presentarse con amenorrea primaria.⁴

El útero bicorne, útero septado y el útero didelfo constituyen 80% de las anomalías uterinas. Se asocia a éstos al aborto espontáneo (24%) en el primer trimestre del embarazo, embarazo ectópico (3%), mala presentación fetal (23%), alta tasa de cesáreas (27.5%) y parto prematuro (29%).⁵ El parto prematuro es la secuela más significativa de anomalía uterina

y pocas intervenciones han mejorado el resultado a pesar de los importantes avances en perinatología y neonatología. Por lo tanto, algunos obstetras decidieron realizar la colocación del cerclaje cervical para prevenir el parto prematuro. Leo y colaboradores reportaron un buen resultado obstétrico al dar seguimiento a seis pacientes embarazadas con anomalías uterinas a las cuales se les colocó cerclaje de forma profiláctica.⁶

El objetivo de este trabajo es presentar un caso clínico representativo de la patología que se describe a continuación.

REPORTE DE CASO

Se trata de paciente femenino de 25 años de edad, primigesta con embarazo de 15.5 semanas de gestación por fecha de última menstruación del día 12 de abril de 2012 y fecha probable de parto el día 17 de enero de 2013. Con antecedente de malformación de conductos de Müller de tipo útero didelfo, bicollis y tabique vaginal vertical completo, diagnosticada por medio de ultrasonido en enero de 2012.

La paciente no cuenta con antecedentes de importancia o relacionados con el padecimiento actual. Niega historia previa de cirugía urogenital. Refiere ciclos menstruales regulares con intervalo de 28 días con cinco días de duración, eumenorréica. Inició control prenatal desde etapas tempranas con ingesta de multivitamínicos; refiere haberse realizado dos ultrasonidos obstétricos, el último siendo el 1 de julio de 2012 en el que la paciente identifica de manera verbal: producto único, vivo intrauterino, localizado en hemiútero derecho, con frecuencia cardíaca fetal presente y de sexo desconocido (*Figura 1*).

En la exploración física se presenta paciente con signos vitales estables, con abdomen globoso a expensas de útero gestante de 15 semanas con frecuencia fetal de 150 latidos por minuto. Se realiza tacto vaginal encontrando tabique vaginal el cual divide en forma vertical la vagina. Se inspecciona con espéculo vaginal y se observan ambos cérvix de forma normal, cerrados, sin secreciones ni fuga de líquido.

La paciente es ingresada a unidad médica con diagnóstico clínico y por ultrasonido de embarazo de 15.5 semanas de gestación, útero didelfo y tabique vaginal. Se programa a la paciente para resección de tabique vaginal y también para colocación de cerclaje profiláctico, ya que se ha reportado que la incompetencia ístmico cervical está asociada con frecuencia a pacientes con anomalías en los conductos paramesonéfricos, dando lugar a partos prematuros.⁷

Ingresa paciente a quirófano bajo anestesia general balanceada y se coloca en posición de litotomía en la que se observa defecto vaginal (*Figura 2*) el cual se reseca con energía monopolar dejando canal vaginal único; posteriormente se realiza sin complicaciones cerclaje en «8» con cinta de poliéster (*Figuras 3 y 4*). Se verifica frecuencia cardiaca fetal de 155 latidos por minuto al final del procedimiento.

La paciente es egresada asintomática y hemodinámicamente estable después de 48 horas de vigilancia



Figura 1. Ultrasonido obstétrico de 11-14 semanas.

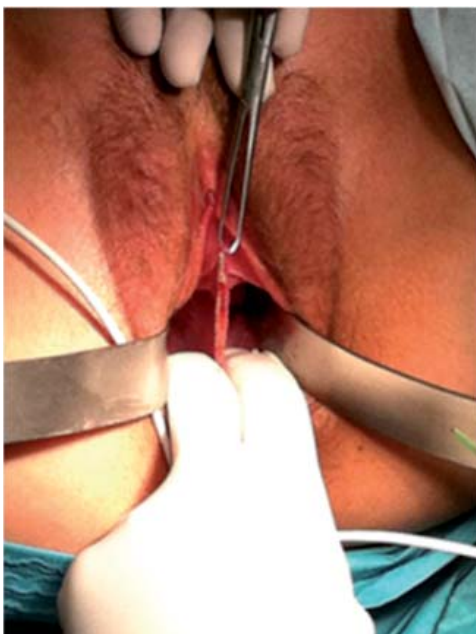


Figura 2. Vagina con septo vertical completo.

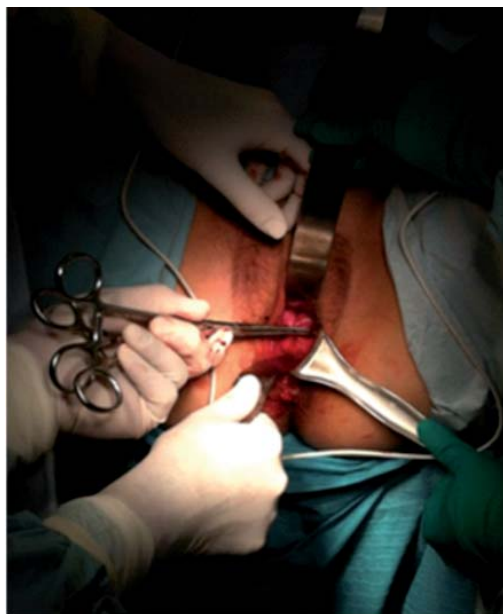


Figura 3. Se observan los dos cuellos uterinos de morfología normal.

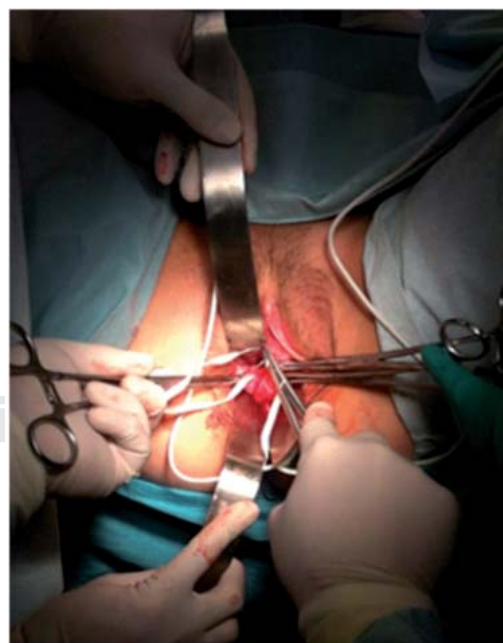


Figura 4. Colocación de cerclaje cervical profiláctico en «8» en ambos cuellos uterinos.

zo por vía abdominal así como retiro del cerclaje sin complicaciones obteniendo producto único, vivo del género masculino, con peso de 2.571 gramos, talla 48 cm, Apgar 9/9, Silverman 0.

DISCUSIÓN

La clasificación más utilizada es la de la Sociedad Americana de Fertilidad (AFS), en la que el útero didelfo está incluido en el grupo III. Sin embargo, esta anomalía es muy rara, siendo el útero septado, en pacientes en edad reproductiva, la más frecuente, representando hasta 90% de casos de malformaciones de los conductos paramesonéfricos.⁸

La mayoría de los casos pasan inadvertidos y sólo algunos de ellos son descubiertos en exploraciones de rutina. Su principal problema clínico son las dificultades de fertilidad. Cuando se consigue un embarazo debe considerarse de alto riesgo, tanto para la madre como para el producto de la concepción.

Se asocian con cierta frecuencia a otras anomalías del desarrollo, particularmente del tracto urinario (31%), siendo la más común la agenesia renal unilateral,² por lo que se recomienda en estas pacientes hacer un estudio urológico exhaustivo.

Las anomalías de los conductos paramesonéfricos cursan con diversas manifestaciones durante el embarazo, por ejemplo: aborto recurrente o partos prematuros; sin embargo, hasta 50% de las pacientes con alguna malformación de los conductos paramesonéfricos puede cursar de manera asintomática.

El útero didelfo consiste en la presencia de dos humiúteros y dos cuellos; el problema más común durante el embarazo en las pacientes con este tipo de malformación es la incompetencia ístmico cervical que se da como resultado de la alteración anatómica que produce debilidad del orificio cervical interno y como consecuencia puede provocar el parto pretérmino y el aumento de la incidencia en el número de cesáreas.

La incompetencia ístmico cervical y el útero didelfo son dos trastornos muy raros, pero que pueden asociarse, actuando en este caso la anomalía de los conductos paramesonéfricos como factor de riesgo de incompetencia ístmico cervical.

El útero desempeña un importante papel en el proceso de anidación. En general, los defectos menores (úteros septados y bicornes) se asocian a un mayor índice de pérdidas reproductivas tempranas que las malformaciones que implican un defecto uterino más importante (útero didelfo o útero unicorn). El problema fundamental en esta patología sería la fal-

ta de espacio por una menor distensibilidad uterina, dando lugar a una mayor frecuencia de prematuridad, restricción del crecimiento intrauterino, presentaciones fetales anómalas y distocias dinámicas secundarias. Las malformaciones de los conductos paramesonéfricos son responsables de 12-15% de abortos recurrentes.⁹ En la práctica, el principal problema es el diagnóstico precoz de estas alteraciones, puesto que 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.

El mejor método para diagnosticar las malformaciones de los conductos paramesonéfricos es la ultrasonografía, como la que se realizó en esta paciente (*Figuras 5 y 6*), que a veces será preciso complementar con la histerosonografía y/o histeroscopia. En los casos dudosos puede recurrirse a la resonancia nuclear magnética. En cambio la histerosalpingografía no suele aportar más datos y es relativamente inexacta. Sólo de manera excepcional será necesario recurrir a la laparoscopia para confirmar el diagnóstico.^{10,11}

Ha sido posible constatar que en pacientes con malformaciones de este tipo, los embarazos sucesivos suelen progresar a una edad gestacional mayor, tal vez por el estiramiento progresivo que va sufriendo el miometrio.⁷ Además, el uso profiláctico del cerclaje cervical no ha sido avalado por estudios aleatorizados. Sin embargo, cuando queda poco qué hacer, como ocurre en el caso de pacientes con pérdidas reproductivas tardías, se justifica su uso.⁷



Figura 5. Ultrasonido transvaginal: útero derecho. Realizado previo al embarazo en enero de 2012.

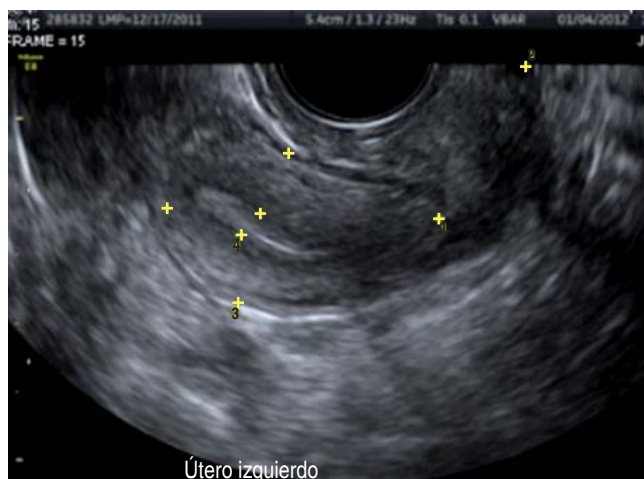


Figura 6. Ultrasonido transvaginal: útero izquierdo. Realizado previo al embarazo en enero de 2012.

Cabe destacar que la presencia de útero didelfo no es una contraindicación para el embarazo y que éste puede cursar con una evolución normal siempre y cuando se lleven a cabo las medidas terapéuticas adecuadas, como es el caso del cerclaje cervical.

La colocación de cerclaje profiláctico en estas pacientes ha reportado mejores resultados perinatales así como disminución de complicaciones futuras.

El caso específico de esta paciente nos puede ayudar en casos futuros a llevar un protocolo establecido con medidas preventivas como la colocación del cerclaje cervical, para que de este modo se evite la presencia de los riesgos conocidos para el embarazo en pacientes con este tipo de patología.

CONCLUSIÓN

El útero didelfo consiste en la presencia de dos hemiúteros con dos cuellos. El problema más común en pacientes embarazadas con útero didelfo es la incompetencia ístmico cervical, provocando frecuentemente el parto pretérmino, presentaciones anómalas

fetales y por lo tanto un aumento en la incidencia de cesáreas.

En este tipo de patologías es necesario que se realice una evaluación minuciosa, ya que es rara su prevalencia, asimismo se debe actuar de forma oportuna para que de esta manera pueda realizarse el abordaje quirúrgico que tenga el mayor beneficio en la paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grimbizis GF, Camus M, Tarlatzis BC, Bontis JN, Devroey P. Clinical implications of uterine malformations and hysteroscopic treatment results. *Hum Reprod Update*. 2001; 7 (2): 161-174.
2. Vercellini P, Daguati R, Somigliana E. Asymmetric lateral distribution of obstructed hemivagina and renal agenesis in women with uterus didelphys: institutional case series and a systematic literature review. *Fertil Steril*. 2007; 87 (4): 719-724.
3. Chan YY, Jayaprakasan K, Tan A. Reproductive outcomes in women with congenital uterine anomalies: a systematic review. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2011; 38: 371-382.
4. Gholoum S, Puligandla PS, Hui T, Su W, Quiros E, Laberge JM. Management and outcome of patients with combined vaginal septum, bifid uterus, and ipsilateral renal agenesis (Herly Werner-Wunderlich syndrome). *J Pediatr Surg*. 2006; 41: 987-992.
5. James DK, Steer PJ, Weiner CP, Gonik B. High risk, pregnancy management options. 3rd ed. London: Elsevier; 2005. pp. 107-108.
6. Leo L, Arduino S, Febo G, Tessarolo M, Lauricella A, Wierdis T et al. Cervical cerclage for malformed uterus. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 1997; 24 (2): 104-106.
7. Golan A, Langer R, Wexler S, Segev E, Niv D, David MP. Cervical cerclage: its role in the pregnant anomalous uterus. *Int J Fertil*. 1990; 35: 164-170.
8. Simón C, Martínez L, Pardo F, Tortajada M, Pellicer A. Müllerian defects in women with normal reproductive outcome. *Fertil Steril*. 1991; 56 (6): 1192-1193.
9. Pellerito JS, McCarthy SM, Doyle MB, Glickman MG, DeCherney AH. Diagnosis of uterine anomalies: relative accuracy of MR imaging, endovaginal sonography, and hysterosalpingography. *Radiology* 1992; 183: 795-800.
10. Junqueira BL, Allen LM, Spitzer RF, Lucco KL, Babyn PS, Doria AS. Müllerian duct anomalies and mimics in children and adolescents: correlative intraoperative assessment with clinical imaging. *Radiographics*. 2009; 29: 1085-1103.
11. Steinkeler JA, Woodfield CA, Lazarus E, Hillstrom MM. Female infertility: A systematic approach to radiologic imaging and diagnosis. *Radiographics*. 2009; 29: 1353-1370.