



Útero bicornue parcial

Gaspar Alberto Motta Ramírez,* Sandra Casas Romero,*
Sandra Viviana Jordán Herrera*

Paciente femenina de 28 años que acude con una evolución de 24 horas previas con dolor abdominal inespecífico. En la exploración abdominal, el abdomen se encontró doloroso a la palpación superficial, media y profunda en marco cólico, con maniobras negativas. En sus estudios de laboratorio no se demostró anormalidad alguna. En su abordaje diagnóstico sus médicos decidieron realizar estudios de ultrasonido abdominopélvico que demostraron

normalidad del hemiabdomen superior incluyendo ambos riñones y transvaginal (USTVG), además de TC multifásica sin que se identificase anormalidad alguna que explicara el cuadro doloroso abdominal inespecífico. Sin embargo, en ambos estudios se demostró en topografía pélvica variante anatómica del tracto genital femenino. En las *figuras 1 y 2* se aprecian dos imágenes seleccionadas del ultrasonido transvaginal.



Figura 1.

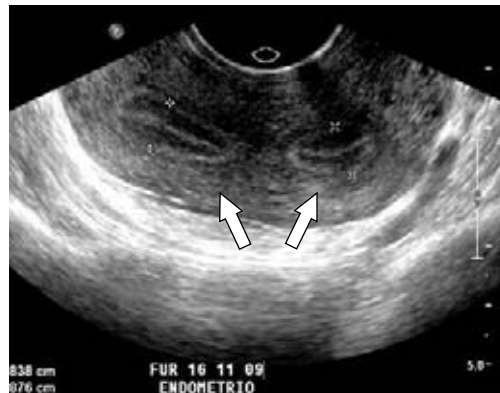


Figura 2.

Figuras 1 y 2. En las imágenes del USTVG se delimitan 2 cavidades uterinas.

* Médicos Radiólogos, adscritos al Departamento de Radiología e Imagen del Hospital Ángeles Pedregal.

Correspondencia:

Dr. Gaspar Alberto Motta Ramírez
Departamento de Radiología e Imagen
Hospital Ángeles Pedregal
Camino a Santa Teresa Núm. 1055 Col. Héroes de Padierna
10700 México, D.F.
gamottar@yahoo.com.mx

Aceptado: 22-01-2010

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

En las *figuras 3 a 5* se ven tres imágenes seleccionadas del TCMD abdominopélvica, en reconstrucción multiplanar coronal, imagen axial y reconstrucción multiplanar sagital.

Anomalías congénitas del tracto genital femenino: clase IV, útero bicornue parcial.¹⁻³

Las anomalías congénitas del tracto genital femenino ocurren en el 0.5% de mujeres y se asocian con abortos y complicaciones obstétricas.

Un útero con anomalías congénitas puede ser perfectamente compatible con una historia normal de reproducción y pasar desapercibido y tan sólo el 25% de todas las mujeres con esta anomalía tienen dificultad reproductiva.

Las terminaciones caudales fusionadas de los conductos paramesonéfricos (Müller) forman el útero, el cérvix y la porción superior de la vagina.

A grandes rasgos, las malformaciones uterinas pueden derivar de:

- 1) Defectos de la fusión de los conductos de Müller.
- 2) Defectos en la reabsorción del tabique.

- 3) Deficiente desarrollo de uno de los conductos de Müller.

Las anomalías müllerianas, que conforman las anomalías congénitas del útero en un 5%, son producto de un defecto del desarrollo, fusión o por la reabsorción de los conductos de Müller. Los factores etiológicos que desencadenan estos defectos embriológicos son inciertos.



Figura 3.



Figura 4.



Figura 5.

Figuras 3, 4 y 5. Nótese la exquisita correlación de la imagen transvaginal que define al útero bicorne completo con las imágenes coronal, axial y sagital.

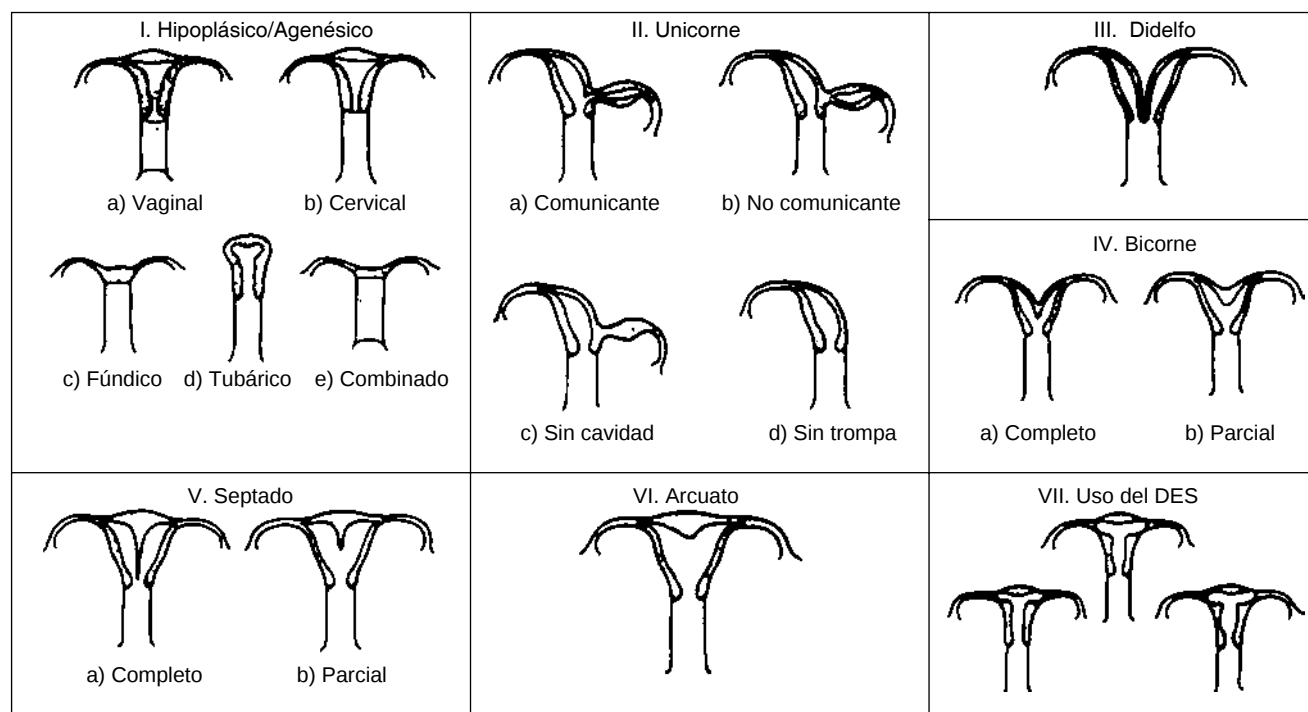


Figura 6. Cuadro modificado de la referencia 1.

Defectos de la fusión de los conductos de Müller

Normalmente, la fusión de los conductos se completa alrededor de la semana 16 del desarrollo embriológico. Este fallo de fusión puede resultar en diversas variaciones anatómicas como una duplicación completa de los órganos genitales internos, algo no muy frecuente. O más frecuentemente, doble cérvix con doble útero y vagina normal (útero bicorne bicollis) o útero doble con cérvix normal y vagina normal (útero bicorne unicollis) o una variante de mayor frecuencia: un útero con ligera depresión en el fondo (útero arcuato).

Las terminaciones craneales no fusionadas de los conductos paramesonéfricos (Müller) forman las dos trompas de falopio. La fusión tiene lugar en dirección cefálica y el septo intermedio formado por las paredes mediales de los

conductos paramesonéfricos se reabsorbe dando lugar a cavidad uterina única (*Figura 6*).

El ultrasonido es útil para definir la configuración externa del útero y precisar si existen una o dos cavidades uterinas, así como la forma de la cavidad o si ésta no existe.

REFERENCIAS

1. The American Fertility Society classifications 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.
2. Piu MH. Imaging diagnosis of congenital uterine malformation. *Computerized Medical Imaging and Graphics* 2004; 28: 425-433.
3. Junqueira BLP, 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. *Radio-graphics* 2009; 29: 1085-1103.