

Útero bicorne unicollis: reporte de caso y revisión narrativa

Itzel Ximena Rodríguez Murillo^{a,‡}, Alan Michel Chávez Jiménez^{a,§}, Juan Jiménez Huerta^{a,¶}, Juan Rivero Corona^{a,º}, Jesús Alberto Melendez Ordoñez^{b,µ,*}



Resumen

Introducción: Las anomalías müllerianas son malformaciones congénitas del tracto genital femenino con implicaciones importantes en la fertilidad. El útero bicorne unicollis representa una fusión incompleta de los conductos müllerianos con cuello único. Se presenta el caso de una paciente con útero bicorne unicollis, dolor pélvico crónico y adherencias, tratada mediante hysterectomía laparoscópica.

Caso clínico: Mujer de 42 años con dolor pélvico crónico severo. Los estudios de imagen (ultrasonido, resonancia magnética, urotomografía) confirmaron útero bicorne unicollis con dos cavidades endometriales convergentes. Se realizó hysterectomía total laparoscópica con adherenciólisis. La histopatología confirmó útero bicorne completo con

adenomiosis focal y endometrio basal.

Conclusiones: El manejo óptimo requiere un algoritmo diagnóstico con ecografía 3D y resonancia magnética. La hysterectomía laparoscópica es una opción segura en pacientes sintomáticas sin deseo reproductivo. Se requiere un abordaje multidisciplinario que integre imagenología avanzada, cirugía mínimamente invasiva y análisis histopatológico.

Palabras clave: Útero; anomalías urogenitales; hysterectomía; laparoscopia; conductos paramesonéfricos.

Bicornuate Unicollis Uterus: Case Report and Narrative Review

Abstract

Background: Müllerian anomalies are congenital malformations of the female genital tract with fertility implications. Bicornuate unicollis uterus represents incomplete fusion of the müllerian ducts with a single cervix. We present the case of a patient with a bicornuate unicollis uterus, chronic pelvic pain, and adhesions, treated with laparoscopic hysterectomy.

Clinical case: A 42-year-old woman with severe chronic pelvic pain. Imaging studies (ultrasound, magnetic resonance imaging, urotomography) confirmed a bicornuate unicollis uterus with two convergent endometrial cavities. Total laparoscopic hysterectomy with adhesiolysis was performed. Histopathology confirmed a complete bicornuate uterus with focal adenomyosis and basal endometrium.

^a Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Juárez de México. Secretaría de Salud. Ciudad de México, México.

^b Servicio de Anestesiología. Hospital Juárez de México. Secretaría de Salud. Ciudad de México, México.

ORCID ID:

[‡] <https://orcid.org/0009-0000-0749-5470>

[§] <https://orcid.org/0009-0006-7386-8531>

[¶] <https://orcid.org/0009-0001-1371-3347>

^º <https://orcid.org/0009-0009-4897-0042>

^µ <https://orcid.org/0000-0001-8527-3777>

*Autor para correspondencia: Jesús Alberto Melendez Ordoñez. Teléfono: (55) 57477560 ext 7383

Correo electrónico: dr.melendez.jesus@gmail.com

Conclusions: Optimal management requires a diagnostic algorithm with 3D ultrasound and magnetic resonance imaging. Laparoscopic hysterectomy is a safe option in symptomatic patients without reproductive desire. A multidisciplinary approach integrating advanced imaging, minimally invasive surgery, and histopathological analysis is required.

Keywords: Uterus; urogenital abnormalities; hysterectomy; laparoscopy; paramesonephric ducts.

INTRODUCCIÓN

Las malformaciones müllerianas derivan de errores en la diferenciación, fusión y canalización de los conductos paramesonefricos entre las semanas 6 y 16 de gestación. Esta alteración da lugar a un espectro de anomalías anatómicas, desde hallazgos asintomáticos hasta cuadros clínicos complejos con repercusión ginecológica, obstétrica y urinaria.

En 2021, la American Society for Reproductive Medicine actualizó su clasificación para simplificar criterios y mejorar la aplicabilidad diagnóstica. El consenso ESHRE/ESGE de 2016, basado en la morfología uterina, ofreció criterios dimensionales reproducibles. Estas diferencias han provocado variabilidad en el diagnóstico y manejo.

La literatura reporta una prevalencia entre 4.0 y 5.5% en la población general, hasta 24.5% en mujeres con infertilidad y abortos recurrentes. En población mexicana, estudios reportan 4.4% mediante histerolaparoscopia, hasta 8.4% según otras series. Esta variabilidad subraya la necesidad de mayor vigilancia diagnóstica.

El útero bicorne unicollis deriva de la fusión incompleta de los conductos müllerianos con persistencia de una porción cervical única funcional. Se forman dos cavidades endometriales que comparten cuello e istmo, configurando duplicación parcial del cuerpo uterino. Algunas pacientes cursan asintomáticas; otras presentan dolor pélvico crónico, dismenorrea severa o pérdidas gestacionales recurrentes.

El avance en técnicas de imagen como la ecografía tridimensional, la resonancia magnética y la histerolaparoscopia ha revolucionado el diagnóstico. La precisión depende de la aplicación de criterios estandarizados para diferenciar variantes, aunque existe controversia entre los sistemas de

El útero bicorne unicollis deriva de la fusión incompleta de los conductos müllerianos con persistencia de una porción cervical única funcional. Se forman dos cavidades endometriales que comparten cuello e istmo, configurando duplicación parcial del cuerpo uterino. Algunas pacientes cursan asintomáticas; otras presentan dolor pélvico crónico, dismenorrea severa o pérdidas gestacionales recurrentes.

clasificación. El objetivo es presentar el caso clínico de útero bicorne unicollis manejado mediante histerectomía laparoscópica, complementando con revisión narrativa actualizada.

CASO CLÍNICO

Paciente del sexo femenino de 42 años, originaria de Oaxaca, residente de Ciudad de México. Referida de primer nivel por dolor pélvico crónico con episodios de agudización intermitente. Intensidad severa en escala visual análoga (9–10/10), con resistencia al manejo farmacológico convencional.

Antecedentes

Menarca a los 12 años, ciclos regulares 28 × 4, dismenorrea moderada a severa. Gesta II: aborto espontáneo en segundo trimestre en 2022 resuelto mediante AMEU; cesárea en 2005 por situación transversa (recién nacido femenino de 1800 gramos, viva). Citología cervical negativa a lesión intraepitelial o malignidad (21/11/24). Antecedentes personales, quirúrgicos y heredofamiliares sin relevancia.

Exploración física

Abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, normoperistalsis, blando, depresible, sin irritación peritoneal. Genitales externos acordes con edad y sexo. Tacto vaginal: vagina elástica, eutérmica; cérvix posterior, cerrado y largo. Útero aumentado de tamaño aproximadamente 10 × 6 × 5 cm. Anexos no palpables. Sin pérdidas.



Figura 1. Ultrasonido endovaginal en escala de grises. Vista del útero en corte longitudinal, en la cual se observan dos cavidades endometriales. Estudio realizado en el Hospital Juárez de México.

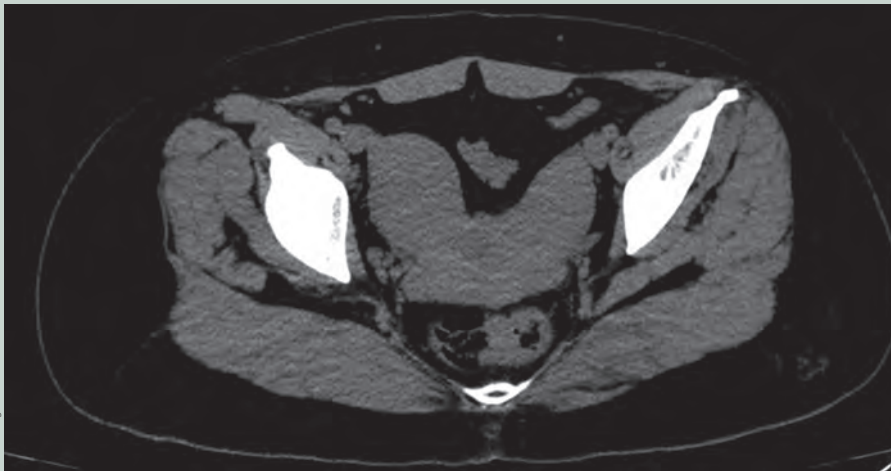


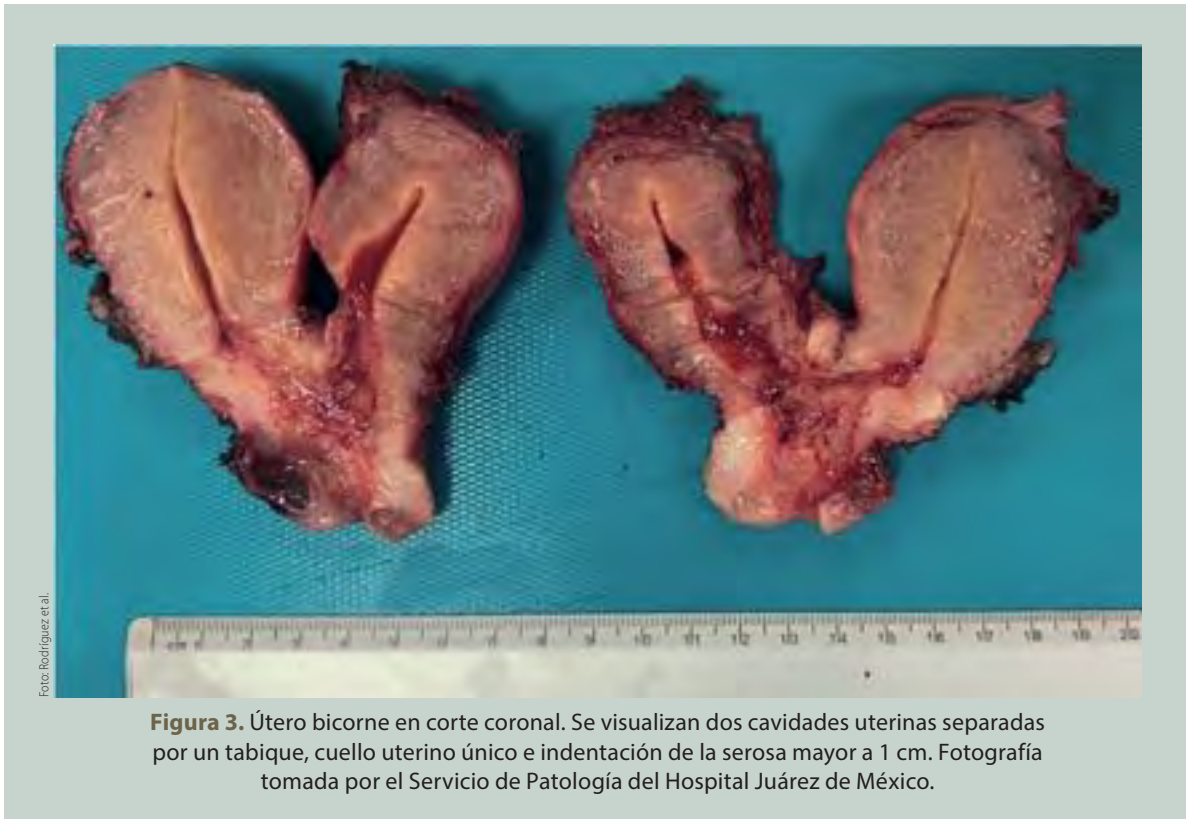
Foto: Rodríguez et al.

Figura 2. Urotomografía pélvica, corte axial. Útero alterado en su morfología, observándose dos cuernos uterinos convergentes hacia un cérvix único. Estudio realizado en el Hospital Juárez de México.

Ultrasonido endovaginal (3 marzo 2025)

Útero en anteversión de $106 \times 40 \times 37$ mm, miometrio homogéneo, endometrio de 3 mm. Hallazgo principal: dos cavidades endometriales separadas que convergen a nivel del istmo, compatibles con cuernos (**figura 1**). Cérvix de 13×17 mm. Ovarios con morfología normal: derecho de $52 \times 21 \times 41$ mm (volumen 24 cc), izquierdo de $25 \times 25 \times 22$ mm. Sin colecciones ni líquido libre.

La histeroscopia diagnóstica reveló cavidad endometrial compartimentada. La urotomografía por multidetector con contraste utilizó cortes isotrópicos de 1 mm y reconstrucciones multiplanares en planos coronal y sagital, observándose duplicación parcial del cuerpo uterino, confirmando dos cuernos convergentes hacia cérvix único sin septo calcificado (**figura 2**). Concomitantemente se identificó quiste renal derecho tipo Bosniak I de 18 mm, sin



repercusión en vía excretora, consistente con coexistencia de anomalías renales en 30-50% de las malformaciones müllerianas.

Completado el protocolo de estudio, se planteó manejo quirúrgico mediante histerectomía total laparoscópica como opción terapéutica de elección, buscando resolución definitiva de la patología base y disminución de la morbilidad asociada a dolor pélvico crónico. Se requisitaron consentimientos informados explicando beneficios, riesgos y posibles complicaciones.

Procedimiento laparoscópico

Paciente en litotomía modificada, neumoperitoneo con CO₂ a 12 mmHg (volumen total aproximado de 408 ml). Cuatro puertos: umbilical de 10 mm para óptica, suprapúbico de 5 mm y dos laterales de 5 mm en flancos. Duración de 5 horas, atribuible a densas adherencias intestinales y epiploicas fijando asas a pared abdominal anterior y serosa uterina. Interconsulta intraoperatoria de Cirugía

El diagnóstico y manejo de las malformaciones müllerianas, en particular del útero bicorne unicollis, constituye un desafío clínico que requiere un enfoque multidisciplinario. Nuestro caso muestra la necesidad de integrar interpretación embriológica, imagenología de alta resolución y pericia quirúrgica especializada.

General. Adherenciólisis meticulosa mediante disección mecánica fría (tijeras y pinzas), evitando energía eléctrica para minimizar el riesgo de lesión térmica. Posteriormente se realizó histerectomía total laparoscópica con energía bipolar sin incidencias.

La pieza quirúrgica fue fijada en formol al 10% para estudio histopatológico. El estudio confirmó útero bicorne completo, caracterizado por dos cavidades uterinas separadas por tabique, cuello único e indentación serosa mayor a 1 cm (**figura 3**).

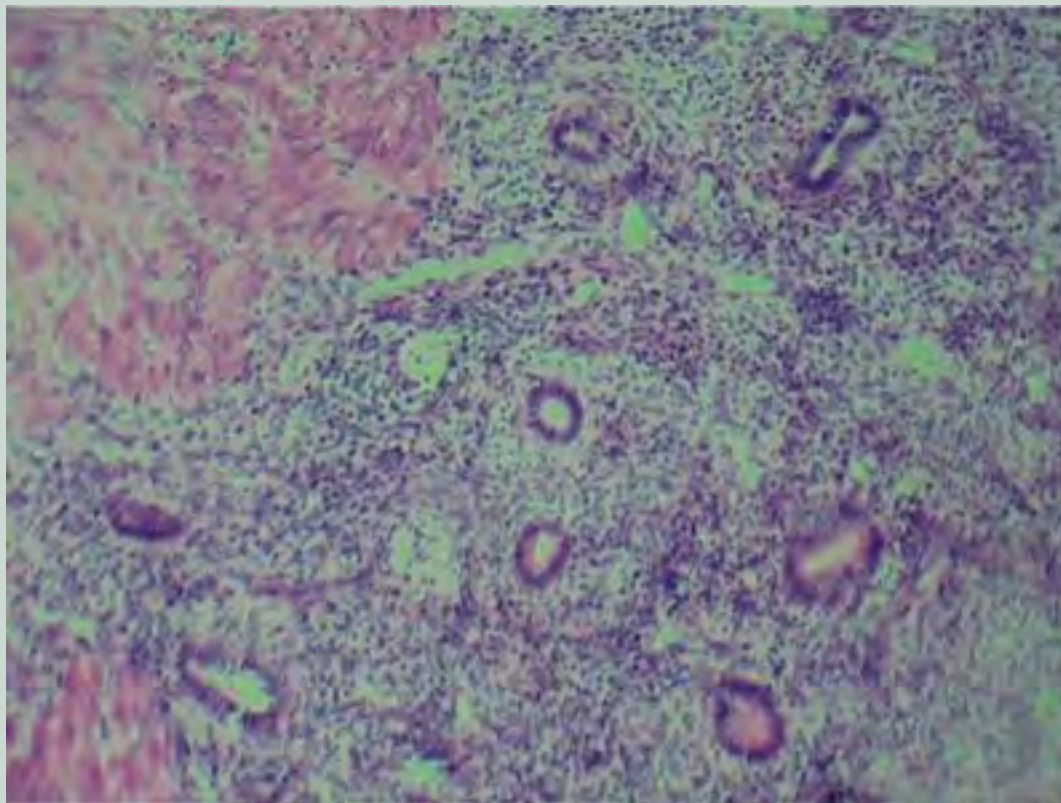


Foto: Rodríguez et al.

Figura 4. Corte histológico del cuerpo uterino A. Adenomiosis profunda focal en miometrio. Fotografía tomada por el Servicio de Patología del Hospital Juárez de México.

Microscópicamente: endometrio basal de escaso grosor en ambas cavidades y adenomiosis profunda focal en miometrio de ambos cuerpos (**figura 4**). Endocervicitis crónica quística concomitante.

La identificación de endometrio basal es significativa, ya que la literatura indica que en la mayoría de los casos de útero bicorne (92-95%) se confirma endometrio funcional con actividad proliferativa y secretora normal. Este hallazgo podría relacionarse con el historial de aborto en segundo trimestre. La adenomiosis focal proporciona una explicación histopatológica plausible para el dolor pélvico crónico y la dismenorrea severa.

Posterior a la resolución quirúrgica se dio seguimiento en consulta externa para vigilancia posquirúrgica y entrega del reporte histopatológico descartando malignidad. La paciente refirió

disminución del dolor pélvico crónico y mejoría en actividades diarias y calidad de vida. Evolución favorable, alta del servicio tras recalcar datos de alarma e importancia de acudir a urgencias en caso de presentarlos.

DISCUSIÓN

El diagnóstico y manejo de las malformaciones müllerianas, particularmente del útero bicorne unicollis, representa un desafío clínico que demanda un enfoque multidisciplinario. Nuestro caso muestra la necesidad de integrar interpretación embriológica, imagenología de alta resolución y pericia quirúrgica especializada. La variabilidad en la prevalencia reportada, acentuada en estudios locales, subraya la influencia de factores poblacionales y de los criterios diagnósticos empleados.

La falta de consenso en la clasificación anatómica constituye el eje central de la controversia. Mientras la ASRM actualizó su sistema en 2021 privilegiando la simplicidad e inclusión de anomalías cervicovaginales, el consenso ESHRE/ESGE se fundamenta en mediciones objetivas del contorno uterino. Esta disparidad tiene implicaciones clínicas directas, observándose que los criterios ESHRE/ESGE triplican el diagnóstico de útero septado comparado con la ASRM, con riesgo inherente de sobretratamiento.

La repercusión clínica es innegable. Las pacientes con útero bicorne enfrentan un riesgo sustancialmente mayor de desenlaces obstétricos adversos, incluyendo abortos (especialmente en segundo trimestre), parto pretérmino y malpresentaciones. La precisión diagnóstica es la piedra angular del manejo. La ecografía 3D, con sensibilidad y especificidad superiores a 90% para diferenciar útero septado y bicorne, se erige como técnica de primera línea. La resonancia magnética permanece como estándar de oro con una precisión de 95%, permitiendo una evaluación integral que incluye la frecuente asociación con anomalías renales (hasta 30% de los casos).

Desde la perspectiva terapéutica, la cirugía mínimamente invasiva se ha consolidado como el abordaje de elección. Para los casos con deseo reproductivo, la histeroscopia-metroplastia mejora significativamente las tasas de embarazo a término. En pacientes como la nuestra, con sintomatología severa (dolor pélvico crónico, dismenorrea) y paridad satisfecha, la histerectomía laparoscópica total ofrece una solución definitiva y segura. La presencia de adherencias densas resalta la importancia de una meticulosa disección anatómica y de la disponibilidad de interconsultas intraoperatorias.

Este caso enfatiza que el ginecólogo laparoscopista contemporáneo debe actuar como intérprete anatómico y estrategia integral. La secuencia diagnóstica combinando ecografía 3D, urotomografía y resonancia magnética, junto con la planificación quirúrgica basada en algoritmos establecidos, fueron determinantes para el éxito. La correlación histopatológica final, confirmando útero bicorne y revelando hallazgos concomitantes como adenomiosis, proporciona un cierre donde la tecnología

Las pacientes con útero bicorne presentan mayor riesgo de desenlaces obstétricos adversos, como aborto (especialmente en segundo trimestre), parto pretérmino y malpresentaciones. La ecografía 3D, con sensibilidad y especificidad >90% para diferenciar útero septado y bicorne, es la técnica de primera línea. La resonancia magnética permanece como estándar de oro con una precisión de 95%, permitiendo una evaluación integral que incluye la frecuente asociación con anomalías renales (hasta 30% de los casos).

y la toma de decisiones clínicas se alinean con las necesidades individuales de la paciente.

CONCLUSIONES

El útero bicorne unicollis, resultante de la fusión incompleta del segmento superior de los conductos müllerianos conservando un solo cuello uterino, representa una anomalía poco frecuente pero de gran relevancia clínica por su asociación con alto riesgo obstétrico, incluyendo pérdidas gestacionales. Nuestro caso subraya la necesidad de un algoritmo diagnóstico robusto, donde la ecografía 3D y la resonancia magnética son pilares para la caracterización anatómica precisa y la detección de anomalías asociadas.

El manejo óptimo demanda una valoración integral de la sintomatología, el deseo reproductivo y los riesgos individuales. La histerectomía laparoscópica total en anatomía pélvica compleja requiere disponibilidad de un equipo multidisciplinario, confirmándose como una opción terapéutica segura y efectiva para aquellas pacientes con patología sintomática refractaria sin deseo de gestación futura.

La identificación de hallazgos histopatológicos como endometrio basal y adenomiosis focal amplía la comprensión fisiopatológica, sugiriendo que las disfunciones reproductivas y el dolor pélvico no se explican únicamente por la arquitectura alterada, sino también por alteraciones tisulares intrínsecas.

La cirugía mínimamente invasiva es el tratamiento de elección. En pacientes con deseo reproductivo, la histeroscopia-metroplastia mejora las tasas de embarazo a término; mientras que en casos con sintomatología severa y paridad satisfecha, la histerectomía laparoscópica total ofrece una solución definitiva. La presencia de adherencias densas resalta la importancia de una meticulosa disección anatómica y de la disponibilidad de interconsultas intraoperatorias.

El abordaje del útero bicorne unicollis debe integrar imagenología avanzada, cirugía de mínima invasión, anestesiología y análisis histopatológico para ofrecer un manejo personalizado.

Agradecimientos

Agradecemos profundamente al Servicio de Patología del Hospital Juárez de México por el análisis histopatológico de la pieza quirúrgica; al Servicio de Cirugía General por su apoyo intraoperatorio, y al personal de enfermería y Anestesiología de la Unidad Tocoquirúrgica por su colaboración durante el procedimiento. ●

BIBLIOGRAFÍA

- Chan YY, Jayaprakasan K, Zamora J, Thornton JG, Raine-Fenning N, Coomarasamy A. The prevalence of congenital uterine anomalies in unselected and high-risk populations: a systematic review. *Hum Reprod Update*. 2011;17(6):761-771.
- Saravelos SH, Cocksedge KA, Li TC. Prevalence and diagnosis of congenital uterine anomalies in women with reproductive failure: a critical review. *Hum Reprod Update*. 2008;14(5):415-429.
- Reyes-Muñoz E, Salazar-Alzola JC, Ruiz-Gil P, et al. Diagnostic accuracy of three-dimensional ultrasound, two-dimensional ultrasound, and laparoscopy/hysteroscopy in the diagnosis of Müllerian anomalies: a prospective study. *Diagnostics (Basel)*. 2019;9(4):149. <https://doi.org/qt63>
- American Society for Reproductive Medicine. Müllerian anomalies classification 2021. *Fertil Steril*. 2021;116(5):1238-1252. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2021.09.009>
- Ludwin A, Ludwin I. Comparison of the ESHRE/ESGE and ASRM classification systems for Müllerian anomalies demonstrates more frequent diagnosis of septate uterus with the European system. *Hum Reprod*. 2015;30(3):569-580. <https://doi.org/10.1093/humrep/deu336>
- Peixoto C, Barros É, Rocha-Neves L, et al. Comparative analysis of CUME and ESHRE/ESGE criteria in the diagnosis of septate uterus: a multicenter study. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2021;43(12):911-918. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1736304>
- Kim MA, Kim HS, Kim YH. Reproductive, obstetric and neonatal outcomes in women with congenital uterine anomalies: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Med*. 2021;10(21):4797. <https://doi.org/qt62>
- Salim R, Abou-Jaoude L, Ozgur K, et al. Diagnostic accuracy of three-dimensional ultrasound in the diagnosis of septate uterus: a comparison with the current 2D diagnostic modalities. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2003;22(6):620-624. <https://doi.org/10.1002/uog.922>
- Troiano RN, McCarthy SM. Müllerian duct anomalies: imaging and clinical issues. *Radiology*. 2004;233(1):19-34. <https://doi.org/10.1148/radiol.2331020777>
- AAGL Practice Guidelines Committee. Practice report: practice guidelines on intrauterine adhesions. *J Minim Invasive Gynecol*. 2017;24(5):695-705. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2017.05.001>
- Safier LZ, Rackow BW. Management of Müllerian anomalies. En: *UpToDate*. Waltham (MA): UpToDate; 2016.
- Acien P, Acien M. Embryology of the Müllerian tract: where are we? *Hum Reprod Update*. 2016;22(1):48-69. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmw045>
- Grimbizis GF, Gordts S, Di Spiezio Sardo A, et al. The ESHRE/ESGE consensus on the classification of female genital tract congenital anomalies. *Hum Reprod*. 2013;28(8):2032-2044. <https://doi.org/10.1093/humrep/det098>
- Ouyang Y, Yi Y, Gong F, et al. ESHRE-ESGE versus ASRM classification in the diagnosis of septate uterus: a retrospective study. *Arch Gynecol Obstet*. 2018;298(5):845-850. <https://doi.org/10.1007/s00404-018-4872-1>
- Bhamidipaty-Pelosi S, Kyei-Barffour I, Volpert M, et al. Müllerian anomalies and endometriosis: associations and phenotypic variations. *Reprod Biol Endocrinol*. 2024;22(1):157. <https://doi.org/10.1186/s12958-024-01234-7>
- Jonaityte G, Kagan KO, Prodan NC, et al. How to do a 3D uterus ultrasound? *Arch Gynecol Obstet*. 2023;307:1839-1845. <https://doi.org/10.1007/s00404-022-06814-4>
- Morgan MA, Campos A, Murphy A, et al. 3D ultrasound. *Radiopaedia.org*. 2024. Disponible en: <https://doi.org/10.53347/rID-33139>
- Sereke SG. ASRM Müllerian anomalies classification 2021. *Radiopaedia.org*. 2025. Disponible en: <https://doi.org/10.53347/rID-213953>
- Stehouwer B, Veldhuis W, Braat M. Müllerian duct anomalies. *Radiology Assistant*. 2021. Disponible en: <https://tinyurl.com/2ckpbx3c>