



Gestación gemelar en útero bícorne

Beatriz Rojas Pérez-Ezquerra,* Belén Carazo Hernández,** Lorena Guardia Dodorico,* Cristina Tabuenca Vicén*

RESUMEN

La fusión anormal de los conductos de Müller causa varios tipos de malformaciones uterinas congénitas, asociadas a menudo con problemas reproductivos. La gestación gemelar en un útero bícorne es extremadamente rara y con muy mal pronóstico. Se reporta este caso porque se han descrito menos de 20 en la bibliografía.

Palabras clave: útero bícorne unicollis, gestación gemelar, cerclaje.

ABSTRACT

Abnormal fusion of the mullerian ducts causes varying degrees of congenital uterine anomalies, associated with reproductive problems. Twin gestation in a case of bicornuate uterus is extremely rare and with a poor reproductive performance. We are reporting this case because there are only a few cases, less than 20, in previous reports.

Key words: uterus bicornis unicollis, twin pregnancy, cervical cerclage.

RÉSUMÉ

La fusion anormale des canaux de Müller provoque plusieurs types de malformations utérines congénitales, souvent associées à des problèmes de reproduction. La grossesse gémellaire dans un utérus bicorné est le pronostic extrêmement rare et très pauvres. Nous rapportons ici que décrit moins de 20 ans dans la littérature.

Mots-clés: utérus bicornis unicollis, grossesse gémellaire, cerclage.

RESUMO

A fusão anormal dos ductos de Müller faz vários tipos de malformações uterinas, muitas vezes associada a problemas reprodutivos. A gestação gemelar em um útero bícorno é prognóstico extremamente raro e muito pobre. Relatamos aqui descrita sob 20 na literatura.

Palavras-chave: unicollis útero bícorno, gemelaridade, cerclagem.

* Facultativo especialista de área del Hospital de Barbastro (Huesca), España.

** Facultativo especialista de área del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España.

Correspondencia: Dra. Beatriz Rojas Pérez-Ezquerra. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital de Barbastro. Carretera nacional 240 s/n. Huesca, España. Correo electrónico: brojasp@salud.aragon.es

Recibido: junio 2012. Aceptado: septiembre 2012.

Este artículo debe citarse como: Rojas Pérez-Ezquerra B, Carazo-Hernández B, Guardia-Dodorico L, Tabuenca-Vicén C. Gestación gemelar en útero bícorne. Ginecol Obstet Mex 2012;80(11):725-728.

La incidencia de anomalías uterinas congénitas en mujeres en edad fértil se estima en 1/600-1/2000 embarazos. Estas anomalías se asocian con abortos, partos prematuros y malposiciones en el parto. La coincidencia de una de estas malformaciones uterinas con gestación gemelar es extremadamente rara, habiéndose encontrado apenas 15 casos en la bibliografía, sólo siete de ellos con buen resultado perinatal.

Se reporta el caso de una paciente con un embarazo gemelar espontáneo, útero bícorne unicollis, con un saco gestacional en cada hemiútero, con malos antecedentes obstétricos y mal resultado perinatal también en este caso.

CASO CLÍNICO

Paciente de 37 años de edad, con antecedentes de miocardiopatía hipertrófica congénita en tratamiento habitual con betabloqueadores, tiroiditis de Hashimoto e hipertiroidismo en tratamiento. Diagnosticada previamente a la gestación con útero bícorne unicollis. Dos embarazos con antecedente de primer embarazo único, en el que se le realizó amniocentesis por translucencia nucal aumentada en el primer trimestre, con resultado de cariotipo femenino normal, seguimiento ecográfico exhaustivo por este motivo y por el hallazgo de huesos largos cortos a partir de las 24 semanas asociado con polihidramnios. A pesar del seguimiento, el feto murió intraútero a las 34 semanas, que se achacó a desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta, finalizándose por parto eutóxico en presentación de nalgas tras inducción oxitócica, de un feto hembra de 2,230 g sin malformaciones externas ni internas. Se produjo hemorragia del alumbramiento que precisó tratamiento con ergotamínicos, prostaglandinas, balón endocavitario y transfusión sanguínea.

Con este antecedente acudió a nuestra consulta a control temprano del embarazo a las siete semanas. Se comprobó (Figura 1) que la gestación era gemelar biconal biamniótica, con un saco gestacional en cada hemiútero y ambos embriones con latido cardíaco fetal (+) y discordancia en la longitud cráneo-caudal de cinco días (que se mantuvo en todo el embarazo). A las 12 semanas se objetiva translucencia nucal aumentada del primer feto (hembra), y normal

del otro (varón) por lo que se realizó amniocentesis con resultado de cariotipos 46XX y 46XY. Se hizo seguimiento ecográfico (Figuras 2 y 3) y a las 24 semanas se envió a otro centro de referencia por acortamiento de la longitud cervical de hasta 13 mm con infundibulización (*funneling*) en U. Se efectuó cerclaje cervical de urgencia, sin incidencias, y se inició el tratamiento tocolítico con atosiban. A las 25 semanas la paciente inició con disnea de reposo, taquipnea y taquicardia que obligó a su ingreso a una unidad de cuidados intensivos con el diagnóstico de insuficiencia cardiaca congestiva leve. Al tercer día de permanencia en la unidad de cuidados intensivos la paciente comenzó con sangrado genital en aumento y contracciones que evolucionaban en



Figura 2.



Figura 1. Embarazo siete semanas biamniótico con saco gestacional en cada utero.



Figura 3.

intensidad por lo que se decidió retirar el cerclaje produciéndose parto espontáneo del primer feto vivo en podálica, mujer de 890 g, Apgar 2-9, y segundo feto vivo en cefálica, varón de 789 g, Apgar 3-10. De nuevo tuvo hemorragia del alumbramiento que obligó a una transfusión sanguínea y colocación de un balón intrauterino de Braki. Tras seis días desde el ingreso, con buena evolución, se da el alta a la paciente asintomática y sin tratamiento. Los recién nacidos evolucionan desfavorablemente produciéndose el óbito de ambos a los 15 y 20 días del parto por secuelas de la gran prematuridad.

DISCUSIÓN

La verdadera prevalencia de malformaciones congénitas en el tracto genital femenino se desconoce, aunque se estima en 0.1 a 2% de mujeres, en 4% de las estériles y en 1% de las infértilas. Las malformaciones genitales no siempre se detectan.¹

El útero bicine pertenece a la clase IV de la clasificación de malformaciones congénitas del tracto genital femenino de la American Fertility Society.^{1,2} Si es causa de infertilidad se practica una metroplastia, aunque en general se consiguen resultados similares con cerclaje.¹ La metroplastia de Strassman es el procedimiento de elección para la unificación de las dos cavidades endometriales de un útero externamente dividido, ya sea bicine o didelfo.³ Existe un gran número de publicaciones que reportan tasas elevadas de éxito posterior a la metroplastia con técnicas de Strassman, Jones o Tompkin.^{2,3}

La gestación gemelar en un útero bicine es extremadamente rara, especialmente si se trata de una concepción espontánea. Se considera un embarazo de alto riesgo y se asocia con graves complicaciones obstétricas.^{9,10,11} Además, en nuestro caso, la paciente tenía malos antecedentes obstétricos (una muerte fetal intraútero a las 34 semanas).

En la bibliografía se encontraron 14 casos similares al nuestro,^{4,5,6} siete de ellos con buen resultado perinatal. (Cuadro 1.) La probabilidad de embarazo gemelar en cada uno de los cuernos de un útero didelfo se ha estimado en 1 por cada millón de nacimientos.⁶ La mejor explicación que se da para que exista el embarazo gemelar en pacientes con malformaciones müllerianas es que hay ovulación bilateral en el mismo ciclo.

Puesto que hay tan pocos casos descritos en la bibliografía y se carece de guías para el control del embarazo, las decisiones acerca del desarrollo del embarazo y la elección de la vía del parto fueron complicadas en nuestro caso. En un principio no se realizó cerclaje porque la paciente tenía el antecedente de un parto a las 34 semanas tras inducción oxitócica, sin síntomas de amenaza de parto pretérmino ni durante este embarazo ni en el anterior. Se optó por ecografías seriadas cada 2-3 semanas con control de la longitud cervical, como se hizo en otros casos descritos en la bibliografía.⁷ Se realizó el cerclaje de urgencia cuando se comprobó acortamiento del cuello uterino.

Debido a la poca cantidad de pacientes con útero bicine con un embarazo gemelar, no se sabe cuál es la mejor forma de nacimiento para este tipo de pacientes, se ha descrito desde el nacimiento vaginal hasta la cesárea electiva con buenos resultados perinatales en ambos.^{6,7} En el momento del parto se optó por la vía vaginal a pesar de que el primer feto estaba en posición podálica, puesto que había tenido un parto anterior normal y la dilatación en este caso avanzó rápidamente al retirar el cerclaje. Hay discusión en la bibliografía acerca de este aspecto, la vía abdominal es la de elección en la mayoría de los casos, bien por una presentación anómala en alguno de los fetos, bien por prematuridad, o por los riesgos obstétricos asociados en otros casos.

Los demás aspectos del embarazo, como el diagnóstico prenatal, deben efectuarse como en otros casos de gestaciones gemelares en úteros normales. La amniocentesis fue relativamente sencilla puesto que los dos sacos gestacionales estaban claramente diferenciados.

El motivo del parto prematuro se achacó a una incompetencia cervical, quizás por la malformación uterina, ya que hasta en 90% de los casos de mujeres que sufren un episodio de incompetencia cervical se encuentra uno de los siguientes antecedentes: malformaciones müllerianas, exposición in útero a dietilestilbestrol, conización extensa o traumatismo cervical por parto instrumental o legrado con dilatación instrumental.¹³

El consejo pregestacional que debería darse a esta pareja sería intentar una cirugía correctiva del útero, tipo metroplastia de Strassman, o gestación sin corrección quirúrgica previa pero con cerclaje electivo a las 14-16 semanas.

Cuadro 1. Casos de gemelos en útero bicornio reportados en la bibliografía.

Número	Año	Referencia	EG en el parto	Vía del parto
1	1953	Bhagwat		
2	1957	Laird		
3	1962	Keisar		
4	1979	Green		
5	1984	Ahram	(Ambos sanos)	
6	1988	Tanaka	(Ambos sanos)	
7	1991	Celiloglu	24s (Muerte perinatal)	Rotura uterina
8	1996	Barmat	10s (Aborto diferido)	
9	1998	Kucziynski	A término (Ambos sanos)	Cesárea
10	2005	Aruh	A término (Ambos sanos)	
11	2005	Suh	24s (Muerte perinatal)	
12	2006	Arora	37s (Ambos sanos)	Cesárea
13	2011	Barquet	38s (Ambos sanos)	Cesárea
14	2011	Cruceyra	38s (Ambos sanos)	Cesárea
15	2012	El nuestro	25s (Muerte perinatal)	Vaginal

CONCLUSIÓN

El tratamiento de la gestación gemelar en útero bicornio debe ser individualizado en lo que respecta al control del embarazo y la elección de la vía del parto hasta que más publicaciones ayuden a clarificar el tratamiento ideal. En cualquier caso se trata de embarazos de alto riesgo y con mal resultado perinatal.

REFERENCIAS

1. Malformaciones del aparato genital femenino. Protocolos y Guías de Actuación Clínica en Ginecología y Obstetricia. 1993. Disponible en: <http://www.prosego.com>.
2. Barmat LI, Damario MA, Kowalik A, Kligman I, Davis OK, Rosenwaks Z. Twin gestation occupying separate horns of a bicornuate uterus after in vitro fertilization and embryo transfer. Human Reproduction 1996;11(10):2316-2318.
3. Alfaro Alfaro J, López Rivadeneyra E, González Cofrades J, Navarro Martínez C. Metroplastia de Strassman para la corrección del útero didelfo: Reporte de un caso y revisión de la literatura. Anales Médicos 2003;48(1):48-52.
4. Arora M, Gupta N, Neelam, Jindal S. Unique case of successful twin pregnancy after spontaneous conception in a patient with uterus bicornis unicollis. Arch Gynecol Obstet 2007;276(2):193-195.
5. Bongain A, Constantopoulos P, Castillon JM, Igghi W, Isnard V, Gillet JY. Simultaneous pregnancy in each cavity of a bicornuate bicervical uterus with a double vagina. Rev Fr Gybecol Obstet 1994;89(1):32-35.
6. Barquet Muñoz SA, Frausto Avila ME, Ayala Aguilera F, Casanova Valles DA, Ruz Barros R. Embarazo gemelar espontáneo en útero bicornio. Ginecol Obstet Mex 2011; 79(1):S51.
7. Cruceyra M, Iglesias C, De La Calle M, Sancha M, López Magallón M, González A. Succesful delivery of a twin pregnancy in a bicornuate uterus by bilateral cesarean section. J Obstet Gynaecol Can 2011;33(2):142-144.
8. Kuczynski AW, W Szczesniak, Szczygielski A. Un caso de embarazo exitoso doble colocado en los cuernos separados de bicornio, útero unicollis. Acta Med Genet Gemellol (Roma) 1998;47:201-204.
9. Ansbacher R. Uterine anomalies and future pregnancies. Clin Perinatol 1983;10:295-304.
10. Patton PE, Novy MJ. Reproductive potential of the anomalous uterus. Sem Reprod Endocrinol 1988;6:217-233.
11. Raga F, Bauset C, Remohí J, Bonilla-Musoles F, Simón C, Pellicer A. Reproductive impact of congenital Müllerian anomalies. Hum Reprod 1997;12:2277-2281.
12. Woelfer B, Salim R, S Banerjee, Elson J, L Regan, Jurkovic D. Resultados reproductivos en las mujeres con anomalías uterinas congénitas detectadas por ecografía en tres dimensiones. Obstet Gynecol 2001;98:1099-1103.
13. Cabero Roura L, Becker Valdivieso J. El cerclaje cervical. Parto prematuro. Madrid: Panamericana, 2004;184.