

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE
"CAPITÁN ROBERTO RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ"
MORÓN

**Tomografía axial computarizada del útero doble. Reporte de un caso.
Computerized Axial Tomography of didelphic uterus. A case report.**

Pedro Omar Betancourt Companioni (1), Julio Cesar López Suárez (2), Isela de la Caridad Companioni de la Cruz (3).

RESUMEN

El reporte del presente caso está dado por su poca prevalencia. El útero doble es una malformación congénita, resultado de un desarrollo anormal de los conductos müllerianos durante la embriogénesis. Los síntomas que se pueden presentar son amenorrea, infertilidad, pérdida de embarazos y otros. Se presenta una paciente femenina de 24 años de edad, con antecedentes de salud que acude al médico en varias ocasiones por presentar dolor en bajo vientre e hipermenorrea; la paciente refiere no haber tenido relaciones sexuales. Al examen físico el médico palpa una masa a nivel de fosa iliaca derecha, se le realiza tomografía axial computarizada simple y contrastada de pelvis donde se llega al diagnóstico de útero doble; no es este método el ideal para el diagnóstico de esta entidad, sino que existen otros más inocuos y de mejor accesibilidad como el ultrasonido diagnóstico, la histerosalpingografía, las imágenes por resonancia magnética, aunque con esta última no se cuenta en la provincia.

Palabras clave: ÚTERO/anomalías.

1. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral e Imagenología. Profesor Asistente.
2. Especialista de 2do Grado en Ginecología y Obstetricia. Máster en Atención Integral a la Mujer. Profesor Asistente.
3. Licenciada en Ciencias Farmacéuticas. Máster en Medicina Bioenergética. Profesor Asistente.

INTRODUCCION

El útero doble es una malformación congénita, resultado de un desarrollo anormal de los conductos müllerianos durante la embriogénesis. Los síntomas que se pueden presentar son amenorrea, infertilidad, pérdida de embarazos y otros (1-2).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente SOF de 24 años de edad con antecedentes de salud, historia obstétrica de G-0, P-0 A-0, que refiere no haber tenido relaciones sexuales; acude al médico en varias ocasiones por presentar dolor en bajo vientre y menstruaciones abundantes desde los primeros ciclos menstruales, al examen físico, no se le puede realizar tacto vaginal ni poner espéculo, dada su condición de virgen; el médico palpa un tumor a nivel de fosa iliaca derecha, se le indican complementarios de laboratorio, son normales, ultrasonido diagnóstico(USD), realizado en el área de salud donde se informa que presenta útero de tamaño normal de ecos finos sin DIU, a la derecha del mismo existe imagen iso-ecogénica que mide 56x43mm, anejo izquierdo de aspecto normal, el derecho no visualizado, no líquido en fondo de saco, que esta imagen puede estar en relación con lesión ocupante de espacio anexial derecho. La tomografía axial computarizada (TAC) simple de pelvis muestra alteraciones estructurales del útero.

Se le realizan cortes topográficos axiales con un equipo mono corte Shimadzu a nivel de la pelvis donde se observa dos imágenes de densidad homogénea bien definida en forma de pera que a medida que los cortes se hacen más inferiores se unen hacia la línea media, lo que corresponde con dos úteros, por lo que se determina el diagnóstico de útero doble o didelfo.

DISCUSIÓN

La prevalencia de malformaciones uterinas se estima está alrededor del 6.7% en la población general, aumenta un poco (7.3%) en la población infértil y aumenta significativamente en la población de mujeres con un historial de abortos espontáneos recurrentes (16%) (1-2).

Una malformación uterina es el resultado de un desarrollo anormal de los conductos mullerianos durante la embriogénesis (2-3). Los síntomas van desde una amenorrea, infertilidad, pérdida recurrente de embarazos y dolor, hasta un funcionamiento normal al depender de la naturaleza del defecto (4).

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 ser una duplicación completa de los órganos genitales internos, algo no muy frecuente (3, 5-6). Resulta más frecuente 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 más frecuentemente, un útero con ligera depresión en el fondo (útero arcuato) (7-8).

La clasificación de la Asociación Americana de Fertilidad (ahora Asociación Americana de Medicina Reproductiva) distingue los siguientes tipos:

- Clase I: **Agenesia mulleriana** (ausencia de útero).
 - El útero no está presente, vagina rudimentaria o ausente. Esta condición también es llamada síndrome Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser. La paciente con síndrome MRKH tendrá amenorrea primaria.
- Clase II: **Útero unicornio** (útero de un solo lado).
 - Solo se forman uno de los lados de los conductos Mullerianos. El útero tiene una forma típica de "pene" en las imágenes del sistema.
- Clase III: **Útero didelfo** (doble útero).
 - Ambos conductos Mullerianos se desarrollan pero no se llegan a fusionar, por ende la paciente tiene un "doble útero". En esta condición pueden darse un doble cérvix, una partición vaginal o embarazos espontáneos en ambos úteros. Ver Nacimiento de Trillizos de Útero Didelfo para el caso de una mujer que tuvo trillizos, unos gemelos en un útero y una niña en el otro.
- Clase IV: **Útero Bicornio** (útero con dos cuernos).
 - Solo la parte superior del sistema Mulleriano no se fusiona y da como resultado que la parte caudal del útero sea normal. La parte craneal del útero está bifurcada lo que provoca que el útero tenga "forma de corazón".
- Clase V: **Útero Particionado** (Septum uterino o partición).
 - Los dos conductos Mullerianos están fusionados pero la separación entre ellos todavía está presente, y separa el sistema en dos partes. Con un septum completo la vagina, el cérvix y el útero se pueden separar. Usualmente el septum afecta solo la parte craneal del útero. Un septum uterino es la malformación uterina más común y la causa de muchos abortos espontáneos. Es diagnosticado por técnicas de imágenes médicas como ultrasonidos o resonancias magnéticas (MRI por sus siglas en inglés). La resonancia magnética (MRI) es considerada la mejor herramienta de diagnóstico debido a sus capacidades de multiplanos así como también su habilidad de evaluar el contorno uterino, zona nodal, y otras anatomías pélvicas. Un histerosalpingograma no es considerado de utilidad debido a su inhabilidad para evaluar el contorno exterior del útero y distinguir entre un bicornio y un útero particionado.
- Clase VI: **Útero dietilstilbestrol** (DES).
 - La cavidad uterina tiene "forma de T" como resultado de la exposición fetal al dietilstilbestrol.

Los procedimientos diagnósticos utilizados son la especuloscopia, tacto vaginal combinado con palpación abdominal, la ecografía, revisión manual de cavidad uterina post - parto, revisión instrumental de cavidad uterina post - aborto, histerosalpingografía, laparoscopia, histeroscopia, y las técnicas modernas de obtención de imágenes como la tomografía axial computarizada y las imágenes por resonancia magnética nuclear (8-9). Hay que tener presente en este caso que

algunos de estos estudios y procedimientos no se le realizaron ya que como refiere ser virgen no se le pueden practicar (9-10).

Estas pacientes se dejan evolucionar sin realizar proceder quirúrgico, hay otras malformaciones uterinas que sí llevan tratamiento quirúrgico por trastornos de infertilidad (7, 9).

ABSTRACT

This case is given by its little prevailed. Didelphic uterus is a congenital malformation, is the result of an abnormal development of Mullerian duct during the embryogenesis. These are the following symptoms: amenorrhea, infertility, lost of pregnancies, and others. Feminine patient of 24 years, with health antecedents, obstetrical history G-0, P-0 A-0, that goes to the doctor in several occasions for presenting pain in lower abdomen and menorrhagia; to the physical examination doctor found a mass at right iliac fossa, level a simple and contrasted of pelvis TAC was carried out where it was diagnosed as double uterus; this method was not the ideal for the diagnosis of this entity, but there are others more innocuous and with better accessibility such as the diagnostic ultrasound, hysterosalpingography, images by magnetic resonance, although this last one do not exist in the province.

Keywords: UTERUS/anomalies.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Berek JS. Ginecología de Novack. México: McGraw Hill; 2004.
2. Cabero Roura L, Cabrillo Rodríguez E, Bajo Arenas J. Tratado de Ginecología y Obstetricia. Madrid: Editorial Panamericana; 2013.
3. Imaging of müllerian duct anomalies. Radiographics [Internet]. 2012 [citado 10 Ene 2013]; 32:6. Disponible en: <http://radiographics.rsna.org/content/32/6/E233.full>
4. Usandizaga JA, de la Fuente P. Tratado de Obstetricia y Ginecología. Madrid: Interamericana; 2005.
5. Troiano RN, McCarthy SM. Müllerian duct anomalies: imaging and clinical issues. Radiology [Internet]. 2004 [citado 10 Ene 2013]; 233:19-34. Disponible en: <http://radiology.rsna.org/content/233/1/19.short>
6. 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 [Internet]. 2011 [citado 10 Ene 2013]. 17(6): 761-771. Disponible en: <http://humupd.oxfordjournals.org/content/17/6/761.full>
7. Pfeifer SM, García Roig F. Ginecología y Obstetricia. Barcelona: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
8. Bocca SM, Abuhamad AZ. Use of 3-dimensional sonography to assess uterine anomalies. J Ultrasound Med [Internet]. 2013 [citado 20 Feb 2013]; 32(1):1-6. Disponible en: <http://www.jultrasoundmed.org/content/32/1/1.full>
9. Liwenthal H. Uterus didelphys with a pregnancy in each horn case report. Br J Gynecol. 84:155, 2006.
10. González Merlo J. Ginecología. La Habana: ECIMED; 2007.

ANEXOS

