

República Bolivariana de Venezuela

Útero bicorne

Dr. Jorge Joaquín Álvarez Fontanet ¹

Al final de la tercera semana aparecen en el saco vitelino las células germinales, que migran por el mesenterio del intestino posterior, ya en la quinta semana comienzan a llegar a la cresta genital, en la que ejercen una acción inductora. Hay dos conductos genitales en el hombre y en la mujer: el paramesonéfrico o conducto de Müller y el mesonéfrico o conducto de Wolff. Este último es el conducto colector del mesonefros y se extiende hasta el seno urogenital; involuciona en la mujer, en la que el conducto paramesonéfrico, lateral al mesonéfrico, es el conducto genital principal. Este se origina de una invaginación longitudinal del epitelio celómico, ubicada anterolateralmente a la cresta urogenital al final de la quinta semana del desarrollo. Está formado por el epitelio invaginado y el mesénquima adyacente que lo rodea. Tiene tres partes: una superior, vertical, lateral al conducto mesonéfrico y que comunica libremente con la cavidad celómica en el extremo craneal; una segunda porción, media y horizontal, que cruza el conducto mesonéfrico por delante, hacia la línea media, y una tercera porción, inferior y vertical, que se fusiona en la línea media con la homóloga contralateral. De las primeras, dos originan las trompas uterinas; de la inferior, el canal uterino, del que se desarrollan: el cuerpo uterino, cuello uterino y tercio superior de la vagina. Del conducto de Müller se forman la mucosa y pared muscular de estos órganos. El resto de la vagina se desarrolla de la placa vaginal, que nace de los bulbos seno-vaginales. Estas son dos evaginaciones sólidas de la porción pélvica del seno urogenital. Los conductos mesonéfricos actúan como elementos "guía" para la adecuada formación del útero. Cerca de la octava semana de embarazo, dos tubos llamados conductos de Müller, se fusionan y forman lo que luego será el tracto reproductor femenino. Si este proceso no ocurre normalmente, resulta en una malformación. ¹

Debido a un trastorno en la posición de los conductos de Müller puede aparecer:

- a) Ausencia de útero
- b) Atresia uterina
- c) Útero infantil
- d) Útero atávico: Este término propuesto por Bonilla, engloba entre los úteros una incurvación más o menos marcada del fondo con cavidad superior, hasta los úteros dobles. Según el grado de atavismo los úteros se pueden clasificar en:
 - Útero didelfo: Son en realidad dos úteros con dos páginas. Es raro y generalmente se encuentra en fetos que presentan malformaciones incompatibles con la vida.
 - Útero seudodidelfo: Son dos medios úteros en dirección divergente, ya que los cuerpos sólo están unidos por los cuellos. Pueden tener dos páginas una vagina tabicada longitudinalmente.
 - Úteros septo o pseudosepto: Según esté dividido, total o parcialmente por un tabique sagital. Cuando el tabique es completo hay dos cuellos y puede haber una o dos vaginas.
 - Útero bicorne: El fondo uterino es incurvado, se acerca y a veces llega hasta el cuello, que suele ser único. Es posible que los cuernos estén menos desarrollados en otro.
 - Útero cordiforme o arcuatus: Es el menor grado de atavismo que consiste en la depresión del fondo uterino, pero con cavidad única.

Clínicamente no se consultan a las pacientes por esterilidad, sino que lo hacen por los abortos a repetición. Aunque algunos úteros malformados permiten a la gestación llegar a término, generalmente no es así, y el problema espacial se evidencia por los dolores cólicos y las metrorragias.

Se han reportado 110 pacientes con 313 embarazos, 35% abortos, 23% nacimientos prematuros y 57% de recién nacidos vivos.

Los úteros septo y bicorne (**figura 1**), son sinónimos de tratamiento quirúrgico, la operación clásica es la de Strassman, que consiste en la incisión transversal frontal de fondo uterino en la recepción del tabique y en la sutura de la abertura fúndica en sentido sagital. La operación de Strassman ha sido mejorada por la técnica de Jones, consistente en la recepción completa del tabique mediante una cuña de vértice inferior que abarca la cara anterior y posterior del útero, aunque los resultados funcionales son mejores:

- La ecografía transvaginal: se utiliza para visualizar la morfología uterina externa (permite diferenciar el útero septo del útero bicorne).

- La histerosalpingografía (HSG) o histeroscopia: método para la observación de la morfología uterina interna
- La laparoscopia se usa en aquellos casos en que mediante la ecografía no sea posible un diagnóstico de certeza ya que da una idea más acertada de la anatomía uterina.^{2,3}



Figura 1. En el útero doble o septo (izquierda), una pared de tejido (septum) crea dos cavidades uterinas. En el útero bicorne unicervical (derecha), un lado del útero se desarrolla normalmente y el otro se atrofia.

Caso clínico

Paciente que a los 9 años de edad presentó menarquia abundante durante 2 días, con sangramiento rojo rutilante y sin dolor, hasta los 10 años sus menstruaciones fueron normales, con 2 ó 3 días de duración. Desde esta fecha hasta los 19 años todos los procesos menstruales tuvieron esa característica, aunque con una duración de 5 a 6 días. A esa misma edad se le realizó ecografía por presentar una pelviperitonitis, donde se le diagnostica agenesia del riñón izquierdo, además de una malformación uterina compatible con útero bicorne. Al tacto vaginal se aprecia un útero lateralizado a la izquierda y se comprueba la presencia de un solo cuello uterino, lo cual se corrobora con el examen con espéculo.

Los estudios arrojaron como resultado un trastorno hormonal, dificultad que impide salir embarazada y se comienza tratamiento. A los cuatro meses presenta tumefacción de las mamas, dolor en bajo vientre de leve a moderado, pero persistente y sangramiento tipo mancha, por lo cual es valorada por el ginecoobstetra quien indica gonadotropina coriónica en sangre. Se le diagnostica un embarazo y se le orienta reposo absoluto en un centro especializado, allí permanece alrededor de 10 semanas, persisten los dolores que más tarde disminuyen hasta casi desaparecer y el sangramiento ligero se detiene, por lo que se decide dar alta con reposo absoluto en casa, analgésicos, antiespasmódicos si dolor, hierro y vitaminas. A las 27 semanas presenta rotura prematura de membranas, con pérdidas de líquido amniótico y sangre, es examinada y se observa coronación fetal, se lleva al salón y se realiza episiotomía para la extracción del feto. Presentó hemorragia en la sala de parto, pero se logra después hacer hemostasia. El niño nació con un síndrome de dificultad respiratoria, es llevado a terapia intensiva conectado a ventiladores mecánicos y fallece a los 3 días.

Después de este embarazo las menstruaciones fueron muy abundantes en cantidad, más prolongadas en días y muy dolorosas. Se mantiene en tratamiento y seguimiento, se le indican periódicamente exámenes de sangre, ecografías, exámenes hormonales y se le realiza la primera histerosalpingografía a los 20 años de edad, donde se confirma el diagnóstico de útero bicorne lateralizado a la izquierda y cuello único.

A los 21 años queda embarazada, a las 12 semanas comienza con cólicos abdominales y expulsa el feto. Posteriormente, a los 22 años, tiene otro aborto espontáneo con 8 semanas de gestación. A los 24 años malogra un embarazo gemelar de 16 semanas, pero esta vez de una nueva pareja, de edad avanzada, con antecedentes de diabetes mellitus y de artritis reumatoidea.

A los 28 años expulsa nuevamente el feto con 8 semanas y se complica con una sepsis puerperal, por lo cual se mantiene hospitalizada durante 21 días.

A los 30 años queda de nuevo embarazada durante las 15 semanas que duró el embarazo presentó sangramiento en forma de manchas que más tarde aumentó, unido todo esto a un considerable estrés. Se le indicó una ecografía que arrojó como resultado muerte fetal y se le induce el parto.

Hace más o menos un año el sangramiento se ha hecho continuo, tipo mancha en el período intermenstrual y muy abundante en el menstrual, con gran cantidad de coágulos y metrorragia, durante los primeros días es rojo rutilante y luego oscuro y espeso.

Antecedentes patológicos personales: No tiene antecedentes conocidos

Antecedentes patológicos familiares: Madre y padres hipertensos

Historia psicosocial

A los 13 años fue atendida por el psicólogo al presentar rebeldía ante el estudio, según refiere lo hacía como medio de respuesta al maltrato que recibía de los padres. Recibió psicoterapia personal y grupal con la familia, además de tratamiento hasta los 29 años, edad en la cual decidió consultarse por primera vez con un psiquiatra debido a que comienza a confrontar problemas con los hijos de la pareja que tenía en ese momento. En la actualidad asiste periódicamente a las consultas de Psicología y Psiquiatría.

Exámenes complementarios

- Hemoglobina: 10.1g/L
- Hto: 32
- Estudio de la coagulación: Normal
- Biopsia endometrial: Endometrio de patrón proliferativo tardío, no hay atipias
- Ecografía transvaginal: Se observa útero en anteversoflexión (AVF) globuloso, en corte transversal, textura heterogénea, interfase endometrial normal, superficie lisa, miometrio homogéneo, se observan dos líneas ecogénicas en cavidad uterina, una anterior y una posterior de 3 a 4 cm. de espesor cada una, sugestiva de útero bicorne, se aprecia en cara anterior lo cual indica tabique uterino y presencia de probable cuerno rudimentario, ovario de aspecto normal, parametrio normal.
- Histerosalpingografía (HSG) o histeroscopia: No se observa evidencia de opacidades tumorales, calcificaciones patológicas ni cuerpos extraños radioopacos. Se aprecia anomalía, caracterizada por útero bífido en anteverso (AV), lateralizado hacia la izquierda, con separación de ambos cuernos uterinos que se unen por encima del istmo. Hay un solo cuello, las trompas se planificaron en toda su extensión con paso franco del medio de contraste a la cavidad peritoneal; en el caso de esta paciente se observa en la secuencia de las siguientes imágenes (figura 2).

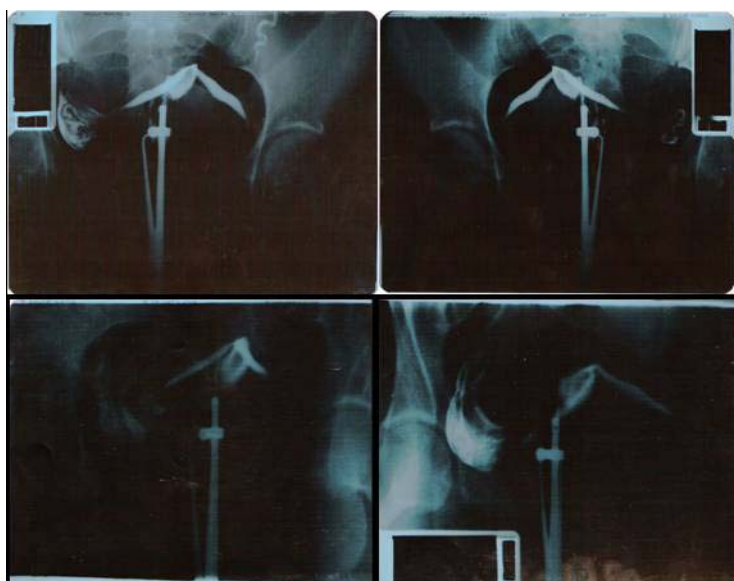


Figura 2. Útero bicorne

Impresión diagnóstica

Útero bicorne en anteversión lateralizado hacia la izquierda, unicervical con permeabilidad ovárica bilateral.

Evolución

Se le indicó como tratamiento: suplemento con hierro oral, analgésicos por vía oral y parenteral, antiespasmódicos por vía oral y parenteral, sedantes de forma ocasional, psicoterapia personal y grupal (familia) y cirugía.

La paciente tuvo una evolución tórpida por las múltiples pérdidas de los embarazos y las complicaciones subsiguientes por metrorragia, anemia y trastornos psicológicos, atribuidos a lo expuesto anteriormente.

Comentarios

Esta paciente tuvo 5 embarazos, pero ninguno llegó a término, lo cual contrasta con lo descrito en la literatura universal, que nos habla posiblemente de la complejidad del tipo de útero bicorne de esta paciente.

Después de varias sesiones de psicoterapia la fémina aceptó la cirugía como alternativa para la solución de su problema, aunque el daño psicológico será por largo tiempo.

Se recomienda que toda mujer con aborto a repetición sea estudiada de forma exhaustiva, hasta encontrar la causa para así actuar en consecuencia.

Referencias bibliográficas

1. Dexeus Trías De Bes JM. Obstetricia y ginecología. La Habana: Instituto Cubano del Libro, 1979: 481-4. (Edición revolucionaria)
2. Novak E, Seegar Jones H. Tratado de ginecología. La Habana: Instituto Cubano del Libro, 1977: 155-56. (Edición revolucionaria)
3. Botella Llusía J. Obstetricia y ginecología. La Habana: Instituto Cubano del Libro, 1980: 332-6. (Edición revolucionaria)

Dr. Jorge Joaquín Álvarez Fontanet. Edificio 7, escalera 4, apartamento 9, Micro 1-B, Reparto Abel Santamaría, Santiago de Cuba

E- mail: meja@cpicmsc.scu.sld.cu

¹ **Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Instructor**

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Álvarez Fontanet JJ. Útero bicorne [artículo en línea]. MEDISAN 2006; 10(4) http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_4_06/san08406.htm [consulta: fecha de acceso].