

Útero bicorne

Reporte de caso

Georgina Cornelio Rodríguez^a, Sandra Casas Romero^b,
José L. Ramírez Arias^c, Roberto Herrera Méndez^a



Resumen

Las malformaciones congénitas müllerianas son una entidad clínica de relevancia, más significativa en pacientes que se encuentran en edad reproductiva. Existen múltiples avances tecnológicos que contribuyen al diagnóstico por imagen de las malformaciones, que van desde simples hasta complejas, con el objetivo de ofrecer el mejor tratamiento.

Palabras clave: *Malformaciones müllerianas, radiología, ultrasonido.*

Bicornuate uterus. A case report

Abstract

Müllerian congenital malformations are a relevant clinical entity, significantly in patients in reproductive age. There are multiple technological advances that contribute with the diagnosis by image of the malformations that can go

from simple to complex, and has the objective of offering the best treatment.

Key words: *Müllerian malformations, radiology, ultrasound.*

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de las malformaciones congénitas müllerianas, de acuerdo con una revisión sistemática de estudios diagnósticos actualizados, fue de 6.7% en la población general, en la población infértil fue de 7.3%, y en pacientes con pérdida gestacional recurrente de 16.7%¹.

Las malformaciones müllerianas más frecuentes son: útero septado, bicorne, arcuato, didelfo, unicorne e hipoplasia uterina^{2,3} (**figura 1**).

CASO CLÍNICO

Mujer de 30 años referida al servicio de radiología como parte de un protocolo de biología de la reproducción, en busca de permeabilidad tubárica por medio de histerosalpingografía. No presentó antecedentes personales y familiares de interés. Entre sus antecedentes ginecológicos: menarca a los 13 años G0. Se tomó una proyección inicial en anteroposterior de pelvis, que fue de características radiológicas normales. Previa asepsia, se instiló medio de

^aMédico Residente de Imagenología Diagnóstica y Terapéutica. Facultad de Medicina. UNAM. Hospital Ángeles Pedregal. Ciudad de México, México.

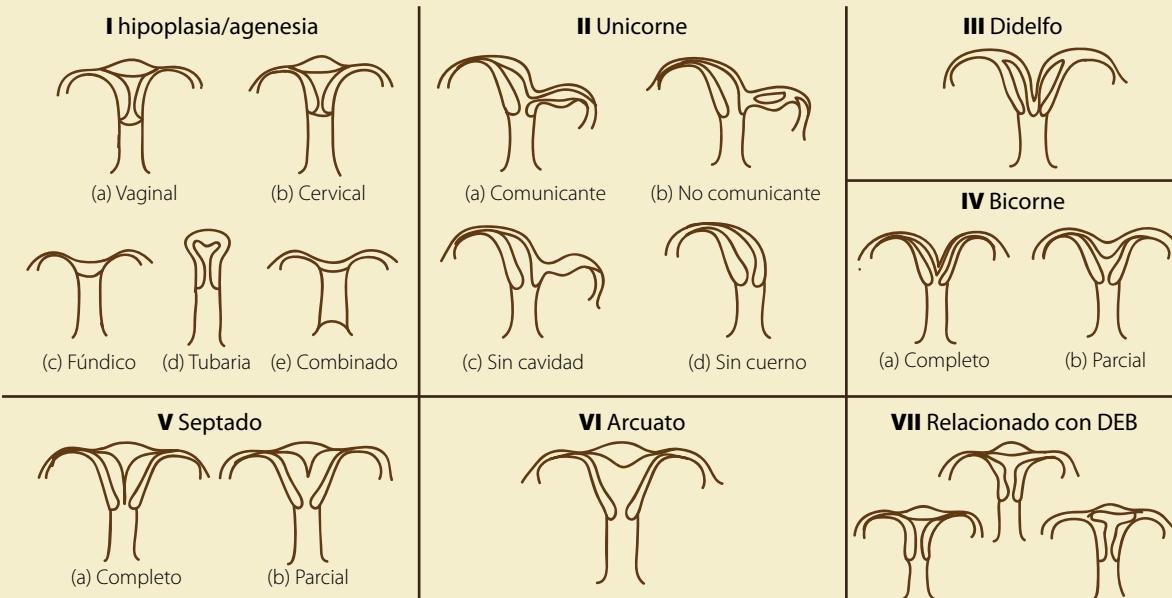
^bJefe del Departamento de Radiología. Hospital Ángeles Roma. Ciudad de México, México.

^cDirector Médico. Jefe de Radiología Grupo Ángeles. Ciudad de México, México.

Correspondencia: Georgina Cornelio Rodríguez.

Correo electrónico: gcornelio88@gmail.com

Recibido: 29-agosto-2017. Aprobado: 04-septiembre-2017.

**Figura 1.** Clasificación de la Sociedad Americana de Fertilidad.

Fuente: American Fertility Society. The AFS classification of adnexal adhesions, distal tubal occlusion, tubal occlusion secondary to tubal ligation, tubal pregnancies, Müllerian anomalies and intrauterine adhesions. *Fertil Steril.* 1988;49:944-55.

contraste hidrosoluble yodado por medio de cánula Järcho, donde se opacificó a la cavidad uterina (**figura 2**), y se observó el útero en anteversión con presencia de 2 cavidades endometriales divididas por el fondo uterino y se demostró permeabilidad tubárica bilateral.

Fue referida nuevamente a nuestro servicio, se le realizó un ultrasonido trasvaginal, y se encontró al útero en anteroversión; el miometrio era homogéneo, y se observaron 2 cavidades endometriales (**figura 3**), la primera presentaba un grosor de 1.0 cm y la otra de 0.8 cm; se realizó la reconstrucción con la modalidad 3D, donde se confirmó el hallazgo mencionado (**figura 4**).

DISCUSIÓN

En el momento actual, los aportes de la radiología con los métodos de imagen son de invaluable utilidad en el diagnóstico de dichas malformaciones, en este caso, el útero bícorne se trata de la fusión incompleta de los 2 conductos a nivel del fondo uterino, pero permaneciendo la conexión entre las 2 cavidades a nivel del istmo. Se definen 2 grandes grupos: útero bícorne completo, y parcial. En el primer grupo, la

grieta llega casi a la zona interna cervical y en ocasiones se asocia a doble cérvix. En segundo grupo, el parcial, la longitud de la grieta es variable. Tiene una prevalencia de 10% y se asocia con abortos de repetición con una frecuencia de 28-35%⁴.

Es la malformación mülleriana que más se asocia con incompetencia cervical. La metroplastía de Strassman, como técnica de reparación, no suele aportar beneficios y sólo está indicada en mujeres con útero bícorne y abortos de repetición una vez que se han descartado el resto de causas posibles⁵. En la actualidad, el abordaje recomendado es la laparoscopia⁶.

Es importante remarcar que para el diagnóstico de los diferentes tipos de malformaciones uterinas es necesario el estudio combinado de la morfología externa e interna de la cavidad. En este caso, hablaremos de la histerosalpingografía (HSG) y del ultrasonido (US).

La HSG es la técnica más usada en la evaluación de la paciente infértil ya que tiene un papel relevante en la valoración de las trompas y permite evaluar la cavidad uterina de manera indirecta⁷. El US bidimensional tiene una buena capacidad para diferenciar entre distintos tipos de anomalías



Figura 2. Histerosonografía, útero bicone en anteversión y permeabilidad tubárica bilateral.

uterinas; sin embargo, es muy dependiente de la pericia del examinador. Además, su principal limitación, en la mayoría de los casos, radica en su capacidad de obtener el plano coronal del útero. Por otra parte, la ecografía tridimensional tiene algunas ventajas sobre la bidimensional, como son: una mayor exactitud en el diagnóstico del útero bicone, arcuato, septo, subsepto, pero no en el caso del útero didelfo⁸.

Existen otros métodos de imagen, como la histerosonografía, que se utiliza para complementar las imágenes obtenidas en el ultrasonido, lo que mejora la delimitación del contorno uterino interno; cabe señalar que hay estudios que sugieren que la histerosonografía es sumamente eficaz para diagnosticar y clasificar las anomalías uterinas congénitas, con una sensibilidad de 93% y especificidad de 99%¹.

CONCLUSIÓN

Las malformaciones congénitas del aparato genital femenino son una entidad clínica más frecuentes de lo que se esperaba, especialmente en pacientes infériles. Hay que recalcar que los avances tecnológicos, como el ultrasonido 3D, contribuyen a obtener un diagnóstico más preciso; todo esto para aportar a la paciente un manejo más objetivo y resolutivo, según el caso que presente en relación con su anatomía, funcionalidad y resultado reproductivo. ●

BIBLIOGRAFIA

1. Saravelos SH, Cocksedge KA, Li TC. Prevalence and diagnosis of congenital uterine anomalies in women with reproductive failure: a critical appraisal. *Hum Reprod Update*. 2008;14:415-29.
2. Grimbizis GF, Camus M, Tarlatzis BC, Bontis JN, Devroey P. Clinical implications of uterine malformations and

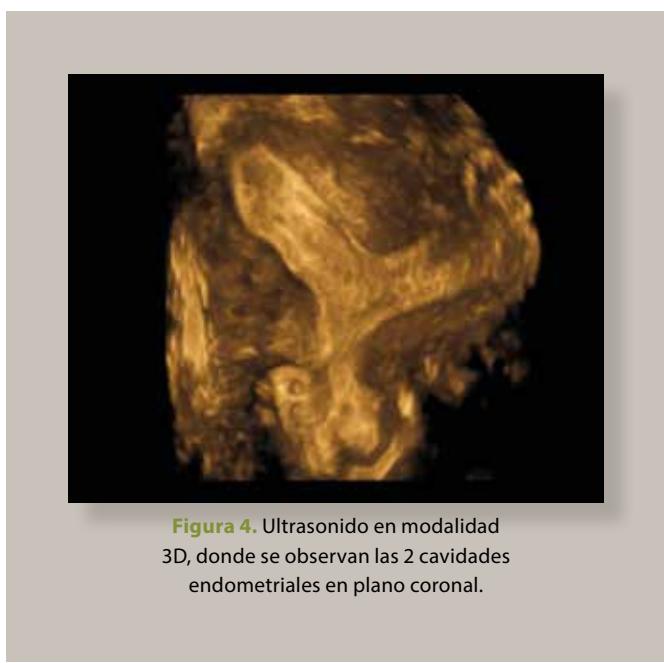


Figura 4. Ultrasonido en modalidad 3D, donde se observan las 2 cavidades endometriales en plano coronal.

hysteroscopic treatment results. *Hum Reprod Update*. 2001;7:161-4.

3. Oppelt P, von Have M, Paulsen M, Strissel PL, Strick R, Bruker S. Female genital malformations and their associated abnormalities. *Fertil Steril*. 2007;87:335-42.
4. Buttram VC Jr. Mullerian anomalies and their management. *Fertil Steril*. 1983;40:159-63.
5. Strassmann EO. Fertility and unification of double uterus. *Fertil Steril*. 1966;17:165-76.
6. Valle RF. Endoscopic treatment of uterine anomalies. En: Pasic RP, Levine RL (eds). *A practical manual of hysteroscopy and endometrial ablation techniques*. London: Taylor & Francis Group; 2004. p. 104.
7. Bello Zambrano J, Maldonado Asuaje AK, Sánchez Boccaccio C. Infertilidad: histeroscopia versus ultrasonografía transvaginal e Histerosalpingografía. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2013;73(1):50-7.
8. García-Manero M, Alcázar JL. Ecografía tridimensional en la valoración del cuello y cuerpo uterino. *Rev Med Univ Navarra*, 2005;49(4):28-31.