

HOSPITAL GENERAL DE PLACETAS
VILLA CLARA

INFORME DE CASO

GESTACIÓN CON ÚTERO UNICORNE. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Por:

Dr. Iván García Alonso¹, Lic. María Mislaine Alemán Mederos² y Dra. Maribel Romay Buchanan³

1. Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Instructor. Policlínico de Falcón. Placetas. e-mail: igarcia@capiro.vcl.sld.cu
2. Licenciada en Enfermería. Especialista de I Grado en Fisiología Normal y Patológica. Instructora. ISCM-VC.
3. Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Instructora. Hospital General de Placetas.

Descriptor DeCS:

UTERO/anomalías
EMBARAZO

Subject headings:

UTERUS/abnormalities
PREGNANCY

El útero unicorne es una malformación congénita poco frecuente, en la que el útero y el cérvix se desarrollan a partir de un solo conducto de Müller, y el primero se une en la parte superior del fondo con una sola trompa de Falopio¹. Si se asocia al desarrollo inapropiado del sistema mülleriano, puede existir, además, ausencia del riñón y del uréter homolateral².

Las anomalías del desarrollo uterino oscilan entre 1:200 y 1:600 mujeres; se considera que el útero unicorne es la menos frecuente, afecta alrededor de un 6 % de las mujeres y es la malformación que más se relaciona con el aborto^{1,3}.

Según Lin³, cuando estas pacientes quedan embarazadas, aproximadamente la mitad logra tener un recién nacido vivo.

Presentación del paciente

Gestante de 30 años de edad, con antecedentes de infertilidad primaria, fecha de última menstruación (FUM): 24-12-2006, que acude a cuerpo de guardia con embarazo de 41,2 semanas y rotura prematura de membranas ovulares. Después de varias horas de trabajo de parto, se produce este por cesárea debido a distocia dinámica: se obtiene recién nacido de sexo femenino, peso 3380 g y puntuación de Apgar 8/9. Durante la intervención quirúrgica se encuentra un útero unicorne; la paciente presentaba una sola trompa de Falopio y un solo ovario (Figura). La evolución posquirúrgica fue satisfactoria; no se presentó sangrado patológico. Se realizó estudio ultrasonográfico y no se encontró malformación renal.



Figura Vista lateral del útero que muestra la ausencia de trompa de Falopio, el ovario, el ligamento redondo y el ligamento infundibulopélvico izquierdo.

Comentario

Las malformaciones congénitas del aparato reproductor femenino se relacionan fuertemente con resultados adversos en cuanto a fertilidad, desarrollo inadecuado del embarazo y a complicaciones durante el parto¹⁻⁴.

La frecuencia de aparición de estas anomalías varía de acuerdo con su tipo; así, el útero tabicado afecta alrededor del 34 %, al que sigue el útero bicorne, hasta llegar a las más raras, como el útero didelfo y el útero unicornio; este último implica aproximadamente al 6 % de las féminas³.

Las pacientes con útero unicornio se enfrentan a dificultades importantes en lo que a fertilidad se refiere^{3,5}. De hecho, es la malformación uterina con peores resultados para el embarazo³. Los trastornos vasculares y un miometrio con menos masa muscular que en un útero normal, son las principales causas de los problemas.

Según concluye Ellart⁶ en su trabajo, el ultrasonido ginecológico se ha convertido en una técnica muy importante en el diagnóstico de las malformaciones útero-vaginales.

Una vez lograda la implantación del embrión, las gestantes con esta alteración encaran la posibilidad de un embarazo ectópico en un 4,3 %, motivado por la mejor vascularización de las trompas de Falopio y la posibilidad de que óvulo y esperma migren hacia el lado contrario. En el 2 %, el embarazo puede anidar en un cuerno rudimentario. Han de enfrentar también altas tasas de aborto espontáneo, que van desde un 35 a un 48 %, y de parto pretérmino desde un 17 % hasta un 43 %^{1,3,4}.

Durante el parto, las distocias de la dinámica uterina son las causantes del alto número de estas pacientes que terminan el embarazo con un nacimiento por cesárea, dados los trastornos del miometrio antes mencionados^{3,4}. Así sucedió en la paciente que presentamos.

La debilidad en la pared uterina puede conducir a una de las complicaciones más temidas en la obstetricia moderna: la rotura uterina, que compromete en muchos casos la vida de la mujer^{3,7}.

Aunque no frecuentemente, podemos asistir a pacientes con esta malformación, por lo que es necesario estar preparados para enfrentar todas las complicaciones que se puedan presentar.

Referencias bibliográficas

1. Stenchever MA. Anomalías congénitas del tracto reproductor femenino. En: Mishel DR, Stenchever MA, Droegemuller W, Hebst AL. Tratado de ginecología. 3^{ra} ed. Madrid: Harcourt Brace; 1997. p. 243-58.
2. Hong LH, Jin HM. Clinical analysis of anomalies of female reproductive system associated with urinary system. Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi. 2004 Aug;39(8):515-8.
3. Lin P. Reproductive outcomes in women with uterine anomalies. J Womens Health. 2004;13(1):33-9.

4. Hirsch HA, Käser O, Iklé FA. Cirugía conservadora de los fibromas uterinos y de las malformaciones uterinas. En: Atlas de cirugía ginecológica con cirugía de mama, cirugía urológica y cirugía gastrointestinal. 5^{ta} ed. Madrid: Marbán; 2000. p. 153-65.
5. Martínez Reveles M, Salazar López-Ortíz CG, Gaviño Gaviño F, Castro López JL, Mondragón Alcocer HL. Laparoscopy and hysteroscopy in Müllerian duct malformations: usefulness and reproductive results. Ginecol Obstet Mex. 1999 Jan;67:4-8.
6. Ellart D, Houze de l'Aulnoit H, Corette L, Delcroix M, Brabant G. Contribution of pelvic echography to the diagnosis of malformations of the utero-vaginal tract. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 1990;19(8):967-78.
7. Aubard Y, Moinet A, Eyraud JP, Amat P, Renaudie J, Baudet JH. Rupture during pregnancy of the rudimentary horn of a pseudo-unicorn uterus. Apropos of a case. Rev Fr Gynecol Obstet. 1986 Sep 20;81(9):473-7.

Recibido: 30 de enero de 2008

Aprobado: 22 de julio de 2008