

MANEJO DE UN ABORTO FRUSTRO EN PACIENTE CON ÚTERO DOBLE MÁS TABIQUE VAGINAL LONGITUDINAL

Antonio Limay Ríos^{1,2,a}, Félix Ayala Peralta^{1,2,a}, Rosa Toro Quiroz^{1,b}, Junior Tupac Molleda^{1,b}, Victor Valle Sandoval^{1,b}, Liliam Vicencio Salazar^{1,b}, Pedro Vasquez Ochoa^{1,b}, Martin Yauri Human^{1,b}, José Quispe^{1,2,c}.

RESUMEN

Paciente de 32 años que de manera incidental se descubre un útero didelfo, a la especuloscopia presentaba un tabique vaginal longitudinal total; en la ecografía vaginal se evidencian dos cavidades endouterinas separadas, dos canales cervicales y la presencia de embrión inactivo de seis semanas en cavidad izquierda; tras el diagnóstico de aborto frustrado se le realiza una aspiración manual endouterina (AMEU) con guía ecográfica, no se logra acceder a cavidad uterina izquierda, siendo fallido este proceso en varias oportunidades; se re examina el canal vaginal y se encuentra un orificio vaginal anterior superior lateral izquierdo, con entrada de un pulpejo de dedo, en el cual se ingresa y evidencia cuello cervical izquierdo; este orificio fue ampliado en su abertura luego del cual se introdujo la cánula de aspiración previamente curvada, para que con ayuda ecográfica se proceda a realizar el aspirado el cual fue exitoso. Las malformaciones müllerianas tienen un sin número de variedades, es la experiencia del médico lo que determina resolviendo el caso.

Palabras clave: Aspiración Manual Endouterina; Útero didelfo; Tabique vaginal (Fuente: DeCS BIREME).

MANAGEMENT OF A FRUSTROUS ABORTION IN A PATIENT WITH A DOUBLE UTERUS PLUS A LONGITUDINAL VAGINAL SEPTUM

ABSTRACT

A 32-year-old patient who incidentally discovered a didelphic uterus, the speculoscopia presented a total longitudinal vaginal wall; On vaginal ultrasound, two separate uterine cavities, two cervical canals and the presence of an inactive embryo of six weeks in the left cavity were evident; after the diagnosis of frustrous abortion, a manual vacuum aspiration is performed with ultrasound guidance, access to the left uterine cavity is not achieved, this process being aborted on several occasions; The vaginal canal is examined and a left anterior superior lateral vaginal orifice is found, with entry of a finger pad, in which the left cervical neck is entered and evidenced; This hole was enlarged in its opening after which the previously curved aspiration cannula was introduced, so that with ultrasound help the aspiration was carried out, which was successful. The Müllerian malformations have a number of varieties, it is the doctor's experience that determines the case.

Key words: Manual vacuum aspiration; Didelph uterus; Vaginal septum (Source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

Las malformaciones uterinas consisten en un grupo de anomalías congénitas diversas del sistema genital femenino. Su prevalencia media en la población general y en la población de mujeres fértiles es de aproximadamente 4,3%, en pacientes infértiles de aproximadamente 3,5% y en pacientes con pérdidas recurrentes de embarazo de aproximadamente 13%. El útero septado es la anomalía uterina más frecuente, con una incidencia media de aproximadamente el 35%, seguido del útero bicorne (aproximadamente el 25%) y el útero arqueado (aproximadamente el 20%) y didelfo (8%)¹.

Los úteros didelfos se producen cuando los dos conductos de Müller no se fusionan, esta anomalía se caracteriza por dos cuerpos uterinos separados cada uno tiene una cavidad endometrial y un cuello cervical propio; entre los dos cuellos en casi todos los casos hay un tabique vaginal longitudinal, en ocasiones una hemivagina es obstruida por un tabique vaginal oblicuo o transverso².

Existen diversas manifestaciones clínicas, desde la asintomática hasta dolor pélvico recurrente o cíclico, dismenorrea, problemas reproductivos (infertilidad, esterilidad, eventos obstétricos adversos)³.

¹ Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Departamento Académico de Ginecología y Obstetricia. Lima- Perú.

² Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima-Perú

^a Médico GinecoObetra. Profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima-Perú.

^b Alumnos del 6to año de medicina. Curso de Ginecología y Obstetricia. Sede Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima-Perú.

^c Médico Residente de Ginecología y Obstetricia. Sede Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima-Perú.

Citar como: Limay A, Ayala F, Toro R, Tupac J, Valle V, Vicencio L, Vasquez P, Yauri M, Quispe J. Manejo de un aborto frustrado en paciente con útero doble más tabique vaginal longitudinal. Rev Peru Investig Matern Perinat 2019; 8(1):36-41.

DOI: <https://doi.org/10.33421/inmp.2019141>

Recibido: 07-03-19 Aprobado: 27-03-19

En el 76% el embarazo ocurre en el lado derecho. Hay mejor pronóstico en cuanto a la función reproductora, por mejor irrigación en el útero didelfo, que en el útero bicorne; la corrección quirúrgica es difícil y tiene poco éxito, por lo que no es recomendable ⁴; Se han reportado tasa de aborto espontáneo del 32 % y tasas de nacimientos prematuros del 28 % en mujeres con útero didelfo ⁴.

Aproximadamente una de cuatro mujeres con un útero doble tendrá algún problema reproductivo grave y no tendrá hijos vivos ⁵; las mujeres con tabique vaginal transverso por lo común tienen como manifestaciones iniciales las que surgen también en caso de himen imperforado, se sospecha la presencia de tal entidad diagnóstica cuando el médico palpa una masa en abdomen o pelvis o cuando se topa con una vagina corta y no hay posibilidad de identificar el cuello uterino.

La importancia fundamental del estudio de estas malformaciones se basa en las diversas posibilidades

diagnósticas y terapéuticas empleadas, además de la mejoría en el pronóstico reproductivo de las pacientes y mejor calidad de vida ⁶; por todo esto presentamos el manejo de un aborto frustrado en una paciente con útero doble y tabique vaginal longitudinal.

CASO CLÍNICO

Paciente de 32 años, primigesta que acude a un centro salud por dolor pélvico, donde le hacen ecografía transvaginal detectándose un embrión inactivo de 6 semanas, planteándose la posibilidad de realizarse un Aspiración manual endouterina (AMEU); al evidenciar que había un tabique vaginal y dos úteros se decide derivarla a la Maternidad de Lima, es donde ingresa al servicio de emergencia corroborando el aborto frustrado y luego pasa a sala de AMEU donde no logran realizar la aspiración del aborto, motivo por el cual se decide internarla para estudio; presenta tres ecografías que confirman el diagnóstico de aborto frustrado más

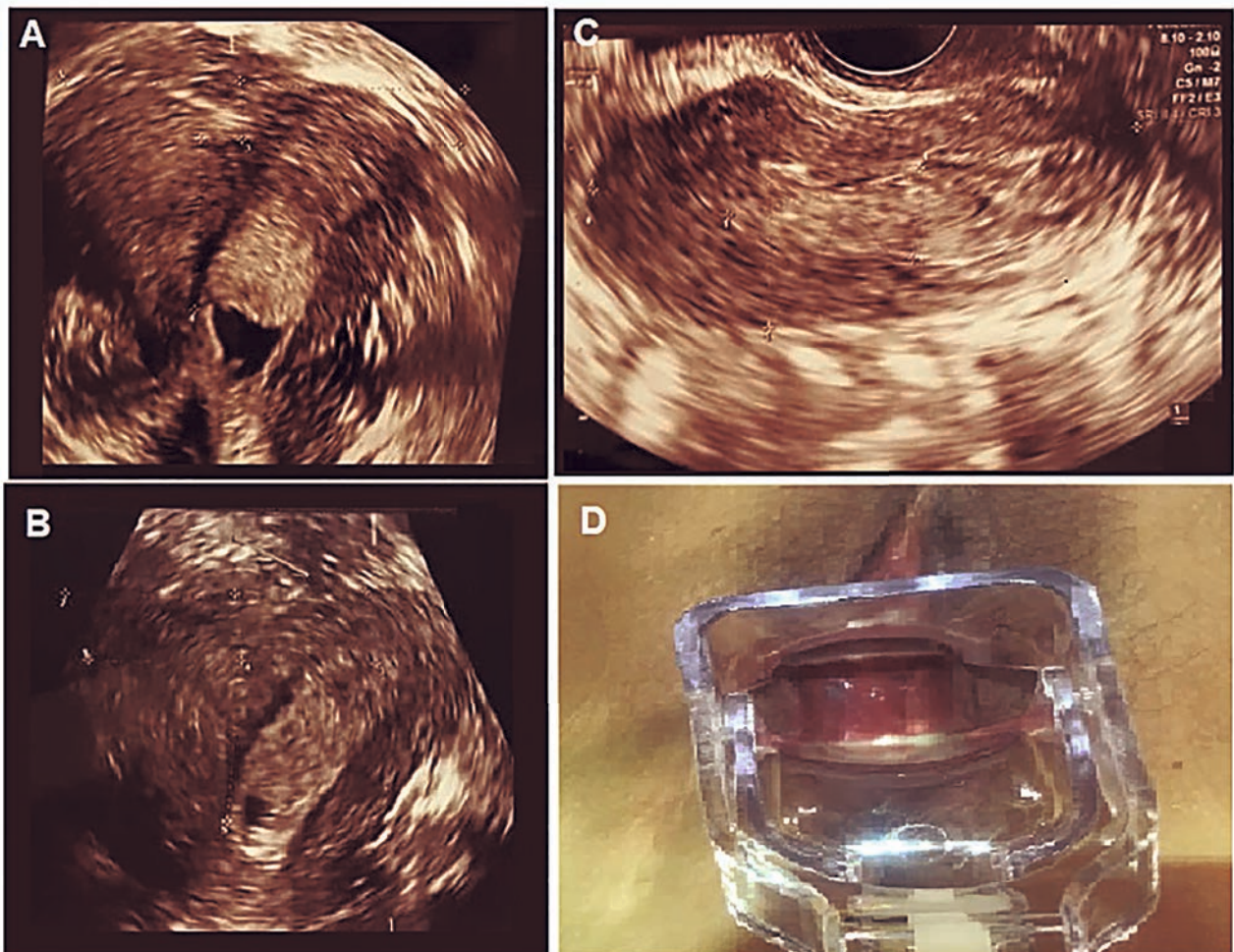


Imagen macroscópica: Tabique vaginal longitudinal.

Figura 1: A. Reconstrucción en 3D en corte coronal donde se aprecia 2 úteros siendo el de lado izquierdo ocupado por restos de gestación inicial. Nótese la imagen hiperecogénica (flecha) mostrando la placenta. B. Imagen lateral izquierda de la reconstrucción 3D mostrando el endometrio engrosado. C. Mismo endometrio engrosado visto en corte longitudinal. D. A la especuloscopia se visualiza tabique vaginal central flanqueado por 2 aperturas vaginales

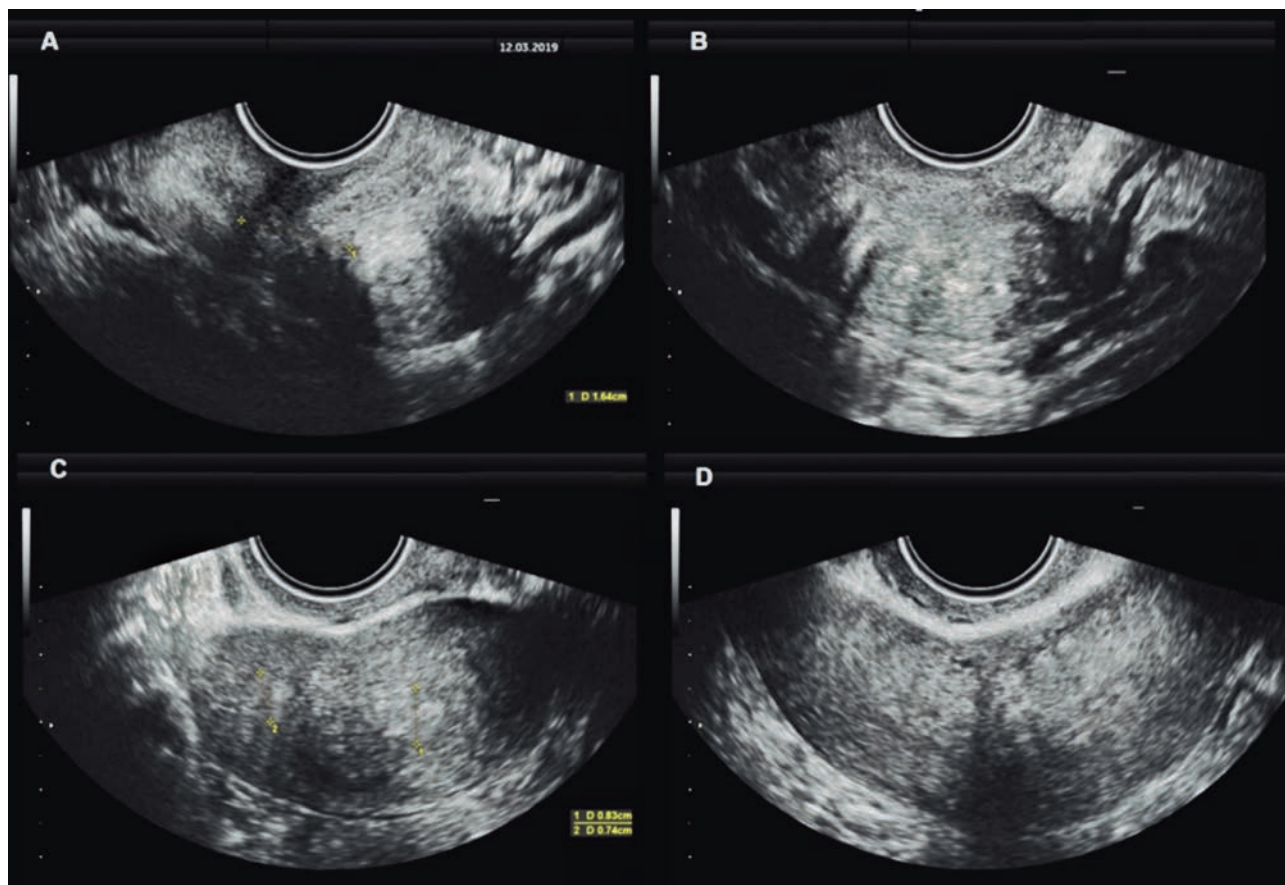


Figura 2. Ecografía transvaginal

A: Se aprecia 2 vaginas separadas por un tabique. **B:** Presencia de 2 cuellos uterinos. **C:** presencia de dos cuerpos uterinos en su parte inferior. **D:** presencia de dos cuerpos uterinos en su parte superior, nótese la forma del útero en este segmento.

útero didelfo, luego del cual se programa para un AMEU dirigido por ecografía en sala de operaciones, intentando en varias oportunidades ingresar al cuello cervical izquierdo, siendo este proceso fallido en varias oportunidades, al final se pudo evidenciar con la especuloscopia un pequeño orificio localizado en la parte anterior de la vagina cerca al introito específicamente hacia el cuadrante superior izquierdo con entrada de un pulpejo del dedo siendo esta la vía para llegar al cuello cervical izquierdo, este orificio fue ampliado en su abertura luego del cual se introdujo la cánula de AMEU previamente curvada, para que con ayuda ecográfica se proceda a realizar el AMEU el cual fue exitoso. En la exploración con espéculo presentaba un tabique vaginal longitudinal total; en la ecografía vaginal se evidencio dos cavidades endouterinas separadas, dos canales cervicales y la presencia de restos endouterinos en cavidad izquierda, dando la impresión de un embrión inactivo de 6 semanas.

Tras el diagnóstico de aborto frustrado se le realiza AMEU con guía ecográfica, no se logra acceder a cavidad uterina izquierda, siendo fallido este proceso en varias oportunidades.

Se re-examina el canal vaginal y se encuentra un orificio vaginal anterior superior lateral izquierdo, con entrada de un pulpejo de dedo, en el cual se ingresa y evidencia cervix. Este orificio fue ampliado en su abertura luego del cual se introdujo la cánula de AMEU previamente curvada, para que con ayuda ecográfica se proceda a realizar el AMEU el cual fue exitoso.

DISCUSIÓN

El útero didelfo es una malformación del aparato reproductor femenino raro, lo que llama la atención en este caso es el abordaje para resolver al aborto frustrado en una paciente con útero didelfo y tabique vaginal con apertura parcial del introito vaginal izquierdo.

Según casos reportados la verdadera incidencia de las malformaciones Müllerianas se estima que puede ser de 1 a 10%, debido a que muchas mujeres cursan asintomáticas. El útero didelfo es infrecuente y se presenta aproximadamente con una prevalencia del 5 a 11% del total de las malformaciones müllerianas. Este se origina cuando los dos conductos paramesonéricos no logran fusionarse, lo que provoca la duplicación de las

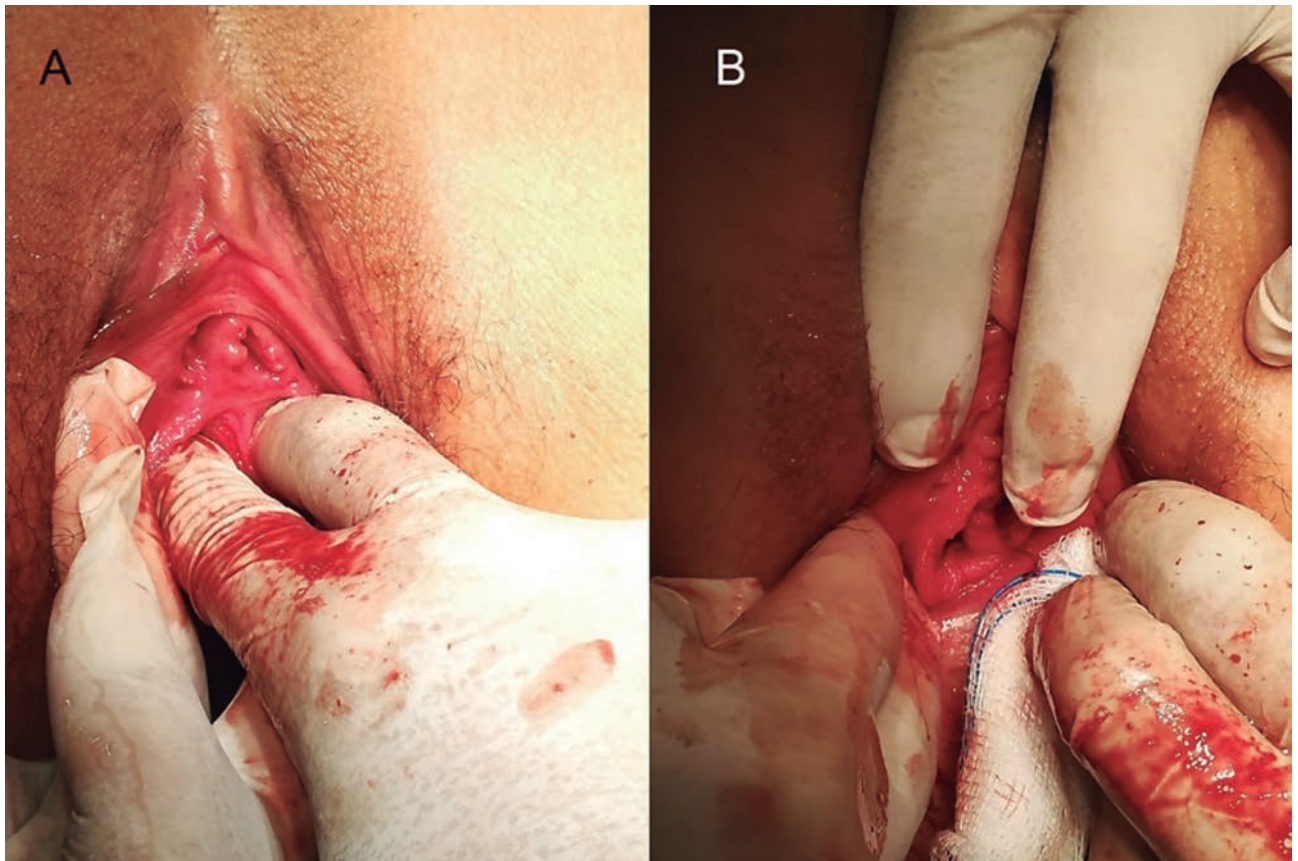


Figura 3. Examen manual

A y B: Se visualiza tabique vaginal longitudinal nótese la introducción de los dedos en ambas hemivaginas

estructuras reproductivas. En general, esta duplicación generalmente se limita al útero y al cuello uterino (didelfo y bicollis [dos cuellos uterinos])⁷. La clasificación más utilizada es la de la Sociedad Americana de Fertilidad (AFS), en la que el útero didelfo está incluido en el grupo III. Sin embargo, esta anomalía es muy rara, siendo el útero septado, en pacientes en edad reproductiva, la más frecuente, representando hasta 90% de casos de malformaciones de los conductos paramesonéfricos¹⁶.

Las malformaciones del conducto de Müller suelen ser infradiagnosticadas, sin embargo es importante un estudio completo de estas pacientes ya que suelen estar asociadas en el 30% a malformaciones del tracto urinario debido a su desarrollo embriológico con los conductos mesonéfricos y paramesonéfricos, siendo las más frecuentes la agenesia renal; sin embargo, puede presentarse la duplicación de sistemas colectores, riñón en herradura, ectopia renal cruzada y displasia renal quística, además de defectos vaginales; la identificación de malformaciones asociadas permitirá a la paciente conservar su tasa de éxito reproductivo mediante la planificación pertinente del abordaje quirúrgico¹².

El desarrollo embriológico de la vagina se considera mixto debido a la participación del seno urogenital y los

conductos de Müller. Los conductos de Müller dan origen al tercio superior de la vagina; para esto, los conductos deben fusionarse en la línea media y, posteriormente, mediante apoptosis el tabique medio que producen al unirse da origen a la luz del órgano. Los dos tercios inferiores de la vagina se originan a partir del seno urogenital en donde también por apoptosis cerca del quinto mes prenatal se recanalizan. Debido los procesos embriológicos en la formación de la vagina como son su doble origen, fusiones y reabsorciones, se presentan una amplia variedad de anomalías, como duplicaciones, tabiques, atresias e imperforaciones, entre otras. En nuestro caso la paciente presenta un tabique vaginal longitudinal.

Los defectos embriológicos del útero se acompañan de tabique vaginal en un 75% de las mujeres con úteros didelfos (como la presentación del caso descrito), en 25% con úteros septados y en 5% con útero bicorne.

El tratamiento quirúrgico en pacientes con malformaciones müllerianas estaría limitado a aquellas mujeres con abortos a repetición, y en los casos de pacientes con dolor pélvico crónico una vez se ha confirmado por laparoscopia que no existe endometriosis. Actualmente se utiliza la reconstrucción con metroplastia de Strassman, esta suele

mejorar los resultados reproductivos de estas mujeres con una disminución importante de pérdidas fetales al compararse pacientes sin tratamiento quirúrgico (70-96%) con mujeres que se sometieron a metroplastia (8-12%)⁷.

Alfaro et al reporta un caso de una paciente con útero didelfo e infertilidad quien decide someterse a la realización de metroplastia debido al diagnóstico de infertilidad inexplicable además de la anomalía uterina⁸.

En 1997, Haddad et al realizó un estudio retrospectivo a 202 pacientes con tabique vaginal longitudinal donde resultó ser asintomático en el 56,4% de las pacientes, sin embargo los síntomas descritos en el 43,6% restante fueron: dispareunia, dificultades con uso de tampones, dificultades en el coito o sangrados, y requirieron tratamiento quirúrgico, que consistió en la excisión completa del septo, debido a esta sintomatología⁹.

Por otro lado, en 1982, Heinonen realizó un estudio en un periodo de 19 años donde realizó seguimiento a 83 pacientes con tabique vaginal longitudinal de las cuales 40 de ellas se sometieron a tratamiento quirúrgico donde la indicación más frecuente fue distocia (40%), entre las otras indicaciones encontramos dispareunia (22,5%) y esterilidad (7,5%)¹⁰.

Daniels et al en 2010 realizaron la resección de tabique vaginal en una paciente de 13 años que acude por amenorrea asociado a dismenorrea, se opta por la vía histeroscópica mediante el uso de un resectoscopio, bajo la guía ultrasonográfica logrando corregir totalmente la permeabilidad vaginal, con mejoría de la sintomatología de la paciente, y sin complicaciones a un año de seguimiento¹¹.

La paciente es sometida a la Aspiración Manual Endouterina (AMEU) que es la primera opción para el tratamiento del aborto incompleto recomendada por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), y avalada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). La AMEU es una técnica segura, efectiva, rápida, con menor pérdida de sangre y menos dolorosa que el legrado uterino instrumental. La AMEU se asocia con niveles más bajos de complicaciones, como perforación uterina, sangrado excesivo, infección pélvica y las lesiones cervicales que se presentan con el legrado¹².

El 25% de las mujeres con alteraciones de los conductos müllerianos tiene problemas de reproducción, incluyendo el riesgo de abortos espontáneos, prematuridad, retardo en el crecimiento intrauterino, muerte fetal temprana y distocias en el trabajo de parto.

El útero didelfo tiene los mejores resultados de embarazo dentro de las anomalías uterinas además de un mejor pronóstico; se cree que esto puede ser debido a un mejor flujo sanguíneo. Existen reportes donde el 70% de las

pacientes con este defecto congénito logran embarazos exitosos, el 20% no llegan al término y el 10% tienen crecimiento intrauterino retardado¹³.

La vagina septada de forma vertical se produce en 75% de los casos y puede causar dificultades en las relaciones sexuales o en el parto vaginal. Las mujeres afectadas pueden optar por la resección del tabique vaginal. La metroplastia debe ser considerada para las mujeres con dolor pélvico, abortos recurrentes o con antecedentes de parto prematuro. El tratamiento consiste en la resección de la pared de la vagina obstruida seguida de la creación de una sola cavidad vaginal. La obstrucción bilateral también es posible, las pacientes pueden presentarse con amenorrea primaria¹⁴.

El problema más común durante el embarazo en las pacientes con este tipo de malformación es la incompetencia ístmico cervical que se da como resultado de la alteración anatómica que produce debilidad del orificio cervical interno y como consecuencia puede provocar el parto pretérmino y el aumento de la incidencia en el número de cesáreas. Ha sido posible constatar que en pacientes con malformaciones de este tipo, los embarazos sucesivos suelen progresar a una edad gestacional mayor, tal vez por el estiramiento progresivo que va sufriendo el miometrio. Además, el uso profiláctico del cerclaje cervical no ha sido avalado por estudios aleatorizados. Sin embargo, cuando queda poco qué hacer, como ocurre en el caso de pacientes con pérdidas reproductivas tardías, se justifica su uso¹⁵.

La vagina unilateral obstaculizada es una indicación para la resección del tabique vaginal. La cirugía es necesaria para preservar la capacidad reproductiva y prevenir el deterioro del útero y las trompas. Debido a la obstrucción del flujo de la menstruación se pueden desarrollar hematometra y hematosalpinx. También pueden ocurrir endometriosis y adherencias pélvicas, debido a menstruación retrógrada. Si se trata de una paciente embarazada y una vagina obstruida, la resección del septo puede estar indicada. Los resultados de la ecografía ayudan a determinar si el embarazo es ipsilateral o contralateral al lado obstruido.

Cuando la vagina no está obstruida, las indicaciones para la corrección quirúrgica son limitadas, siendo la dispareunia la principal indicación de cirugía. Las pacientes seleccionadas con una larga historia de abortos espontáneos recurrentes o partos prematuros pueden beneficiarse de la metroplastia, aunque este enfoque requiere confirmación por estudios adicionales antes de que sea ampliamente recomendado. Algunos autores sostienen que la cirugía de unificación para el útero didelfo tiene pocas indicaciones y los resultados pueden ser decepcionantes. La unificación cervical es técnicamente difícil y puede resultar en incompetencia cervical o estenosis. El manejo de un tabique longitudinal no obstruido durante el embarazo no está claro. Algunos autores abogan por la escisión, mientras que otros

recomiendan dejarla inalterada a menos que se obstruya durante el parto.

En los casos de Útero Didelfo con vagina unilateral obstruida, la escisión completa y marsupialización del tabique vaginal es el procedimiento de elección y se realiza como un procedimiento único. Después de que el septo se ha extirpado, la laparoscopia se puede realizar para el tratamiento potencial de la endometriosis asociada, las adherencias, o ambas. La escisión de un tabique vaginal obstruido durante el embarazo requiere dejar un pedículo largo para ayudar a minimizar el sangrado potencial en caso de retracción de la mucosa vaginal. La histerectomía subtotal con o sin salpingo-ooforectomía rara vez se indica y debe evitarse para proporcionar un mejor pronóstico reproductivo.

En los casos de Útero Didelfo con vagina unilateral no obstruida, las indicaciones para la resección del septo en el útero no obstruido son limitadas. Estos pacientes no son candidatos para la unificación quirúrgica. Afortunadamente, pocos problemas relacionados con la fertilidad ocurren en este grupo. Si la mujer mantiene su embarazo a término, las complicaciones obstétricas son por lo general mínimas. La decisión de realizar la metroplastía debe ser individualizada, y sólo los pacientes seleccionados pueden beneficiarse de la reconstrucción quirúrgica. La mayoría de los informes de metroplastía en este entorno son anecdóticos y los beneficios aparentes de la cirugía no están claros. El procedimiento recomendado es la metroplastía de Strassmann. Este método unifica las cavidades uterinas en el fondo, mientras que los cuellos se dejan intactos.

Después de que el septo vaginal obstruido se extirpa quirúrgicamente, el útero afectado y la trompa deben recuperar su apariencia y funciones normales. Pícolpos no se ha reportado, la hematometra y el hematosalpinx pueden reaparecer si el septo se ha extirpado parcialmente. El útero didelfo con vagina unilateral obstruida se puede diagnosticar en etapas tempranas y en forma precisa. Es fácil de corregir, con disminución de la morbilidad a largo plazo y preservación de la función reproductiva en la mayoría de los casos. Stassart y sus colaboradores informaron resultados obstétricos favorables en 10 embarazos intrauterinos. Cinco resultaron en parto a término, 4 resultaron en parto prematuro y 1 resultó en aborto espontáneo temprano ¹⁶.

Financiamiento: Autofinanciado.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener algún conflicto de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Grimbizis GF, Camus M, Tarlatzis BC, et al. Implicaciones clínicas de malformaciones uterinas y resultados del tratamiento histeroscópico. Hum Reprod Update 2001; 7: 161.

2. Bradshaw KD. Anomalías anatómicas útero didelfo. En: Schorge JO, Schaffer JI, Halvorson LM, Hoffman BL, Bradshaw KD, Cunningham FG, editores. Williams Ginecología. 1ra edición. Méjico: Mc Graw-Hill Interamericana; 2009. p. 417-8, cap 18
3. Rackow BW, Arici A. Reproductive performance of women with müllerian anomalies. Curr Opin Obstet Gynecol 2007;19: 229-237.
4. Daya S. Útero didelfo (clase III). En: Copeland LJ, Farrell JF, McGregor JA, editores. Ginecología de Copeland. Buenos Aires: Médica Panamericana; 1994. p. 207, cap 9.
5. Jones HW, Jones GS. El doble útero como factor etiológico en el aborto repetido: indicaciones para la reparación quirúrgica. Revista Estadounidense de Obstetricia y Ginecología. 1953; 65 (2): 325-339.
6. Piña-García A, Afrashtehfar CÚ. Hemivagina obstruida y agenesia renal ipsilateral como presentación de un caso de síndrome de Herlyn-Werner Wunderlich. Revisión de la bibliografía Ginecol Obstet Mex. 2013; 81: 616-620.
7. Gómez YO, Chaya M, Hugues MG, Torres JC. Embarazo en paciente con útero didelfo, bicollis con vagina septada y colocación de cerclaje cervical profiláctico. Anales Médicos. 2015;60(2):151-155.
8. Vasquez W, Borjas G, Hernandez A, Mejia C, Espinoza L, Mejia M. Utero Didelfo Reporte de un Caso y Revisión de la Literatura. Archivos de Medicina. 2016;12(3): 2.
9. Alfaro J, López E, González J, Navarro C. Metroplastía de Strassman para la corrección del útero didelfo: Reporte de un caso y revisión de la literatura. An Med Asoc Med Hosp ABC. 2003; 48 (1): 48-52.
10. López J, Vizúete del Río J. Útero didelfo, bicollis y tabique vaginal longitudinal, causa de aborto habitual. Clin Invest Gin Obst. 2014;41(3):134-137.
11. Heinonen PK. Longitudinal vaginal septum. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1982;13:253-8.
12. Marín D, Burgos J, Sánchez J, Gómez M. Malformación de los conductos müllerianos; útero didelfo y lesiones asociadas. Caracterización por resonancia magnética. Acta Médica Grupo Ángeles. 2010;8(4).
13. Quiroz MG, Billings DL, Gasman ZN. Aspiración Manual Endouterina (AMEU): Tecnología adecuada para la atención de calidad a mujeres en situación de aborto. Gac Med Mex. 2003; 139 (1): 65-72.
14. Paulina D, Donoso M, Arraztoa J. Resección histeroscópica del tabique vaginal en el síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich: reporte de un caso. Rev Chil Obstet Ginecol. 2010; 75(3): 185-188.
15. Vásquez WB, et al. Útero Didelfo Reporte de un Caso y Revisión de la Literatura. Archivos de Medicina. 12(3): 1-5.
16. Castañeda J, Sarrouf J, Celis A, Pedraza L, Estuardo Carrera. Cirugía mínimamente invasiva en ginecología. Libro texto de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. 2017: 351-352

Correspondencia:

Dirección: Jr. Santa Rosa 941. Lima 1.

Correo electrónico: fayala1401@hotmail.com.

Teléfono: 999227657