



# EMBARAZO EN CUERNO RUDIMENTARIO NO COMUNICANTE DE ÚTERO UNICORNE

Ricardo Shimajuko, Pedro Villar, Mariela Zevallos, Rufino Guarniz, Humberto Liu, Luis Paredes

## RESUMEN

Se comunica un caso de embarazo de 20 semanas en el cuerno rudimentario no comunicante de un útero unicornne evidenciado por laparotomía y confirmado por estudio anatomopatológico. Se revisa la literatura.

Palabras clave: Utero unicornne, cuerno rudimentario

Pregnancy in an unicornuate uterus noncommunicating rudimentary horn

Ginecol Obstet (Perú) 2002; 48: 55-57

## SUMMARY

We describe a case of 20-week pregnancy in an unicornuate uterus noncommunicating rudimentary horn evidenced by laparotomy and confirmed by anatomopathology study. The literature is reviewed.

Key words: Unicornuate uterus, rudimentary horn.

## INTRODUCCIÓN

Las malformaciones uterinas constituyen un grupo de anomalías del aparato genital femenino. Su prevalencia en la población de mujeres fértiles es aproximadamente 4,3%, en mujeres infértiles 3,5% y en aquellas con abortos recurrentes 13%. El útero septado es la anomalía uterina más común, con una incidencia de 35%, seguido por el útero bicorne 25%, el útero arcuato 20%<sup>1</sup> y el útero unicornne 4,4%<sup>2</sup>.

El útero unicornne con cuerno rudimentario es una rara anomalía mülleriana clasificada, según su futuro reproductivo y tratamiento quirúrgico, en el grupo II de la Clasificación de Anomalías Müllerianas de la Sociedad Americana de Medicina Reproducti-

va<sup>3</sup>. Esta anomalía puede cursar con muchas complicaciones ginecológicas y obstétricas, incluyendo infertilidad, endometriosis, hematómetra, abortos recurrentes, embarazo ectópico, parto pretérmino y ruptura uterina, en especial cuando el embarazo está implantado en el cuerno rudimentario<sup>4,5</sup>.

El objetivo del presente trabajo es mostrar las características clínicas, diagnósticas, terapéuticas, pronóstico y revisión de la literatura de un embarazo en cuerno rudimentario no comunicante de un útero unicornne.

## CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 37 años transferida al Hospital Belén de Trujillo, el 9 de noviembre del 2001, a las 11:15 hs, natural de Otuzco. Ingresó por emergencia con una historia de dos semanas de sangrado por genitales, en cantidad mayor a una menstruación; concomitantemente, dolor en hipogastrio tipo cólico, de leve intensidad, no irradiado, esporádico. No percibe movimientos fetales desde hace 3 días; G4P4002; menarquía, 17 años; régimen catamenial, 4/30; fecha de última regla (FUR), 18/05/01; edad gestacional, 25 semanas por FUR, sin control prenatal.

Dr. Pedro Villar Tejada

Jr. Pedro Muñiz # 893 - Teléfono: 044-261393 - Trujillo



La paciente acude a la posta médica el 09 de noviembre del 2001, a las 09:40 hs, donde, después de realizarle un examen ecográfico, determinan óbito fetal de 20 semanas por biometría y placenta corporal anterior, que cubre el orificio cervical interno. Es transferida para manejo especializado, ante la posibilidad de trastorno hematológico.

Al examen físico: presión arterial de 100/50 mmHg, pulso 84 por minuto, temperatura 36,9 C. Paciente lúcida, en regular estado general, pálida. Abdomen blando, depresible, indoloro, altura gestacional de 14 cm. Genitales externos de caracteres normales, no evidencia de sangrado por genitales. Al tacto vaginal, cuello largo posterior, cerrado, altura de presentación -4, pelvis ginecoide.

Se procedió a inducción con oxitocina y misoprostol vía oral - vaginal, sin obtener resultados. Al décimo día de hospitalizada en el Servicio de Alto Riesgo Obstétrico, la paciente es reevaluada ecográficamente, llegándose a la conclusión de embarazo ectópico intraabdominal, por lo que es programada para laparotomía. Ingresó con una hemoglobina de 7,8 g/dL, por lo que se le transfunde un paquete globular. Perfil de coagulación dentro de límites normales.

Durante la laparotomía, se encontró 100 mL de líquido libre sanguinolento; dos úteros, uno derecho de 10 x 5 cm que, a 0,5 cm del istmo, de su borde izquierdo nace un segmento de 2 x 1 cm y se continúa con una porción rudimentaria de útero de 12 x 12 cm, que, a 5 cm del istmo en su borde derecho, presenta una solución de continuidad, evidenciándose protrusión de cabeza de un feto muerto; trompas y ovarios nor-

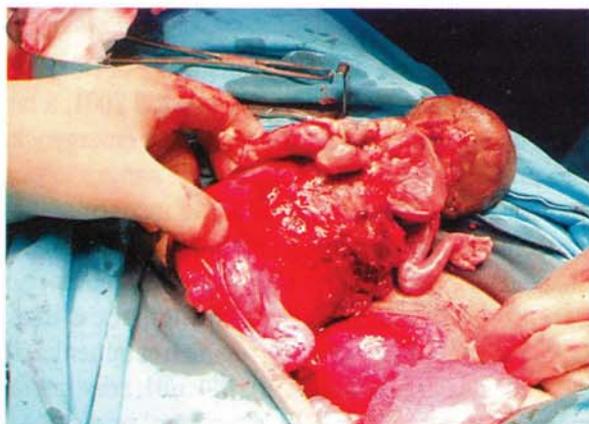


Figura 1. Salida de feto a través del cuerno rudimentario izquierdo no comunicante de un útero unicorne. Se visualiza trompa y ovario izquierdo del cuerno rudimentario.

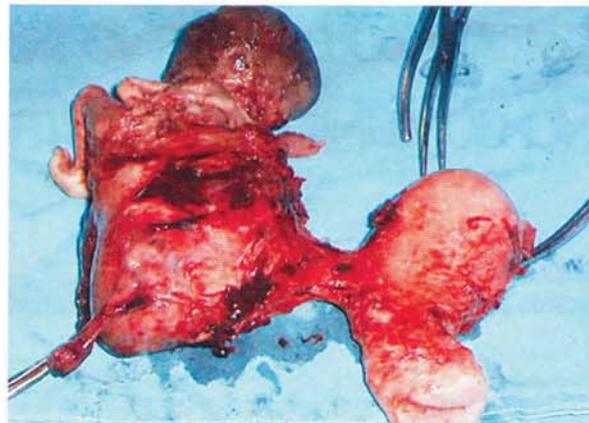


Figura 2. Pieza operatoria del embarazo en cuerno rudimentario izquierdo no comunicante de un útero unicorne.

males; óbito fetal con signos de maceración, no se puede identificar rasgos faciales; placenta inserta en el fondo de útero rudimentario (Figuras 1 y 2). Útero rudimentario y óbito adheridos a peritoneo parietal y epiplón.

Se realizó histerectomía total y liberación de adherencias. La evolución de la paciente fue sin complicaciones, con alta al tercer día postoperatorio, sin dolor abdominal ni alza térmica.

El estudio anatomopatológico reveló embarazo en cuerno rudimentario, con estallamiento de la pared no comunicante de útero unicorne; placenta *in situ*; feto (femenino, 208 g, corona-rabadilla de 14 cm) con malformaciones múltiples; endometritis aguda con foco supurativo y cambios autolíticos; cervicitis crónica con quistes de Naboth; y, trompas normales.

## DISCUSIÓN

El caso es una presentación inusual de embarazo en cuerno rudimentario no comunicante de útero unicorne. Es el primer caso registrado en nuestra institución, según el Archivo de Patología.

El defecto uterino, que se produce como resultado de la falta de desarrollo del único de los conductos müllerianos, probablemente por fracaso de uno de los conductos para migrar a su correcta localización, da origen a un útero unicorne<sup>6</sup>. En una serie comunicada por Heinonen y col.<sup>7</sup>, 11 de 13 pacientes con un útero unicorne presentaban un cuerno rudimentario; en las dos pacientes restantes no se observó esta estructura. El 90% de los cuernos rudimentarios es no comunicante<sup>8</sup>.



Un cuerno rudimentario puede estar asociado a dolor pélvico crónico y ser motivo aún de intervención quirúrgica. Sin embargo, la mayoría de cuernos rudimentarios es asintomática, debido a los cuernos son no comunicantes y el endometrio no funcional<sup>6</sup>. Rolen y col.<sup>9</sup> observaron que en 70 embarazos implantados en cuernos rudimentarios se produjo ruptura uterina antes de las 20 semanas de gestación. La hemorragia intraperitoneal, en estos casos, puede ser masiva y puede poner en peligro la vida, aunque se ha comunicado raros casos de supervivencia fetal<sup>10</sup>. Chou MM y col.<sup>11</sup> reportan un caso de embarazo a término en cuerno rudimentario no comunicante de útero unicorne. Nuestra paciente cursó con dolor en hipogastrio de dos semanas de evolución y presentó embarazo en el cuerno rudimentario no comunicante. El sangrado por genitales puede explicarse por el desprendimiento de la decidua del útero unicorne. Así mismo, hubo ruptura en el fondo del cuerno rudimentario y muerte fetal. Durante la laparotomía se observó que el epiplón cubría al útero unicorne y cuerno rudimentario; el hemo-peritoneo fue escaso y no había sangrado activo.

El embarazo en cuerno rudimentario no comunicante de un útero unicorne se explica por la migración del espermatozoide fecundante fuera de la trompa uterina correspondiente al cuello uterino permeable, realizando un trayecto transperitoneal para penetrar en la trompa del cuerno uterino rudimentario no comunicante<sup>12</sup>.

El diagnóstico definitivo y clasificación de una anomalía mülleriana requiere la visualización de las cavidades y sus márgenes. En el pasado, la laparoscopia fue usada para este propósito; sin embargo, ahora la ecografía vaginal de alta resolución puede ser definitiva, siendo superada por la resonancia magnética<sup>6</sup>.

La laparoscopia es la mejor herramienta diagnóstica y terapéutica de un embarazo en el cuerno rudimentario no comunicante de útero unicorne, evitando así la laparotomía<sup>13</sup>.

Dado el potencial de problemas ginecoobstétricos que implica la presencia de esta patología, se recomienda la remoción profiláctica del cuerno rudimentario, cuando éste es diagnosticado<sup>5,6,14</sup>. Si el embarazo se desarrolla en el cuerno rudimentario no comu-

nicante, se debe realizar una hemihisterectomía, para reducir el riesgo de futuros embarazos ectópicos y eliminar entre las trompas la competencia para transportar el espermatozoide y el ovocito<sup>15,16</sup>.

La sobrevida neonatal es baja en embarazos de cuernos uterinos rudimentarios, presentándose en un 11% de los casos durante los últimos 50 años. La probabilidad de lograr un pronóstico favorable se incrementa si el manejo prenatal agresivo es instituido después de establecer un diagnóstico prenatal precoz<sup>17</sup>.

Aproximadamente 40% de las pacientes con útero unicorne tendrá una anomalía de la vía urinaria, usualmente del riñón<sup>6</sup>.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Grimbizis G, Camus M, Tarlatzis BC, Bontis JN y Devroey P. Clinical implications of uterine malformations and hysteroscopic treatment result. *Hum Reprod Update* 2001;7(2):161-74.
- Acien P. Incidence of Müllerian defects in fertile and infertile women. *Hum Reprod* 1997;12:1372.
- Buttram VC. The American Society classification of adnexal adhesions, distal tubal occlusion secondary to tubal ligation, tubal pregnancies, Müllerian anomalies and intrauterine adhesions. *Fertil Steril* 1988;49:944.
- Dicker D, Nitke S, Shoenfeld A, Fish B, Meizner I, Ben-Rafael Z. Laparoscopic management of rudimentary horn pregnancy. *Hum Reprod* 1998;13(9):2643-4.
- Heinonen PK. Unicornuate uterus and rudimentary horn. *Fertil Steril* 1997;68(2):224-30.
- Speroff L, Glass R, Kase N. *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility: The uterus*. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 1999:145-8.
- Heinonen PK, Saarikoski S, Pystynen P. Reproductive performance of women with uterine anomalies. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1982;61:157.
- O'Leary JL, O'Leary JA. Rudimentary horn pregnancy. *Obstet Gynecol* 1963;22:371.
- Rolen AC, Choquette AJ, Semmens JP. Rudimentary uterine horn: obstetric and gynecologic implications. *Obstet Gynecol* 1966; 27:806.
- Heinonen PK, Aro P. Rupture of pregnant noncommunicating uterine horn with fetal salvage. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1988;27:261
- Chou MM, Ho ES, Lin SK, Yang SJ, Lee YH, Huang PC, Chang SM. Term pregnancy in a noncommunicating rudimentary horn of an unicornuate uterus: a case report. *Chung Hua I Hsueh Tsa Chih* 1999;62(6):383-7.
- Cunningham F, Mac Donald P, Gant N, Leveno K, Gilstrap L. *Williams Obstetricia: Anomalías del desarrollo del tracto genital*. 4th. edition. Barcelona: Masson, SA 1996:707-18.
- Soundarajan V, Rai J. Laparoscopic removal of a rudimentary uterine horn during pregnancy. A case report. *J Report Med* 2000;45(7):599-602.
- Liu MM. Unicornuate uterus with rudimentary horn. *Int J Gynaecol Obstet* 1994;44(2):149-53.
- Himmi A, Dognon L, Alle C, Perrotin F, Avigdor S, Descamps P, et al. Pseudo-unicornuate uterus. Diagnostic difficulties and obstetrical complications. Nine cases. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1995;24:276-82.
- Pokoly TB. Ectopic pregnancy in a noncommunicating tube of an unicornuate uterus. A case report. *J Reprod Med* 1989;34(12) 994-5.
- Nahum GG. Rudimentary uterine horn pregnancy. A case report on surviving twins delivered eight days apart. *J Reprod Med* 1997;42(8):525-32.