

Caso Clínico

Gestación de 14 semanas en cuerno uterino rudimentario

14-weeks pregnancy in a rudimentary uterine horn

Otero B, Bengoetxea A, Castells I, Rodríguez L, Larrieta R

Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario De Cruces, Vizcaya. (Todos los autores).

RESUMEN

El embarazo en un cuerno uterino rudimentario es una entidad poco frecuente y cuyo difícil diagnóstico se ve muchas veces retrasado, pudiendo tener consecuencias fatales. Se presenta el caso de un aborto de 14 semanas, en un cuerno uterino rudimentario de un útero unicorno, diagnosticado tras el intento fallido de evacuación uterina tanto médica como quirúrgica. Se presenta una revisión de la literatura disponible sobre esta entidad.

PALABRAS CLAVE

Embarazo ectópico, cuerno uterino rudimentario, útero unicorno

ABSTRACT

Pregnancy in a rudimentary uterine horn is a rare entity with a difficult and diagnosis, often delayed with potential fatal consequences. We report the case of a 14-weeks miscarriage in a rudimentary uterine horn of a unicornuate uterus which was diagnosed after attempting uterine evacuation both with medical treatment and dilatation & curettage. A brief review of the literature is also presented.

KEYWORDS

Ectopic pregnancy, rudimentary uterine horn, unicornuate uterus.

INTRODUCCIÓN

La incidencia del útero unicorno con cuerno rudimentario es baja pero sus consecuencias pueden ser fatales para las pacientes tanto desde el punto de vista de la fertilidad como para su pronóstico obstétrico por lo que se ha de tener presente siempre esta posibilidad, especialmente en grupos de riesgo como mujeres con malformaciones renales o con problemas de fertilidad.

El diagnóstico es difícil y en muchos casos no se logra antes de la aparición de complicaciones ginecológicas y/u obstétricas. En una gestación habrá que sospechar este diagnóstico en casos de intentos de evacuación uterina fallidos, bien médicos o bien quirúrgicos.

Una vez establecido el diagnóstico, su resolución debe pasar por un tratamiento quirúrgico agresivo dado que su manejo conservador no ofrece suficientes garantías ni para la paciente ni para el futuro reproductivo de la misma.

Presentamos el caso de un aborto de 14 semanas, en un cuerno uterino rudimentario de un útero unicorno, diagnosticado tras el intento fallido de evacuación uterina tanto médica como quirúrgica. Se presenta una revisión de la literatura disponible sobre esta entidad.

CASO CLÍNICO

Paciente secundigesta de 18 años que consulta a las 17 semanas de gestación por metrorragia en cantidad menor que regla tras recibir un golpe en el abdomen. Como antecedentes médico-quirúrgicos presentaba una agenesia renal derecha en control por el Servicio de Nefrología de nuestro centro; y como antecedentes obstétrico-ginecológicos tuvo 1 embarazo y parto normal. La gestación actual había sido controlada y normal.

La exploración reveló restos hemáticos en la vagina sin evidencia de sangrado activo y el tacto bimanual se demostró un útero de tamaño correspondiente a 14 semanas de gestación con el cérvix cerrado. La ecografía reveló una gestación intraútero con biometría de 14 semanas sin evidencia de latido cardíaco ni movimientos fetales y una placenta normoinserta.

Con el diagnóstico de aborto tardío, la paciente ingresó para evacuación médica del útero con 200 µg de misoprostol oral y 200 µg vía vaginal seguido de 200 µg vía vaginal cada 3 horas hasta 5 dosis. Tras completar dos ciclos con esta medicación sin conseguir resultados, se procede a la inyección intraamniótica de 250 mg de prostaglandina F2α bajo control ecográfico. Pasados 15 minutos de la inyección, ante la imposibilidad de conseguir una adecuada analgesia y siguiendo el cérvix cerrado se decide realizar dilatación y posterior legrado. Una vez en quirófano y tras la dilatación cervical hasta 20 mm, se intenta extraer el feto con unas pinzas de Winter sin éxito. Una ecografía intraoperatoria mostró las pinzas de Winter intraútero con el saco gestacional a su derecha sin comunicación con el mismo. Con el diagnóstico de embarazo ectópico y dado el tamaño del saco gestacional y el estado de osificación fetal, se procedió a una laparotomía en la que se halló un útero unicorno desplazado a la izquierda por una masa de 10 cm correspondiente a la gestación en un cuerno rudimentario derecho, que se extirpa con su correspondiente trompa. (Figuras 1 y 2)

El informe anatomopatológico final confirmó el diagnóstico de pared muscular de apariencia miometrial con feto de 19 gramos en su interior con signos de autólisis generalizada. La paciente fue dada de alta dos días más tarde con buen estado general.

CORRESPONDENCIA:

Dr. Borja Otero;

Dirección: C/ Eduardo Coste 23, 1°C

Guecho 48930 (Vizcaya) - Spain

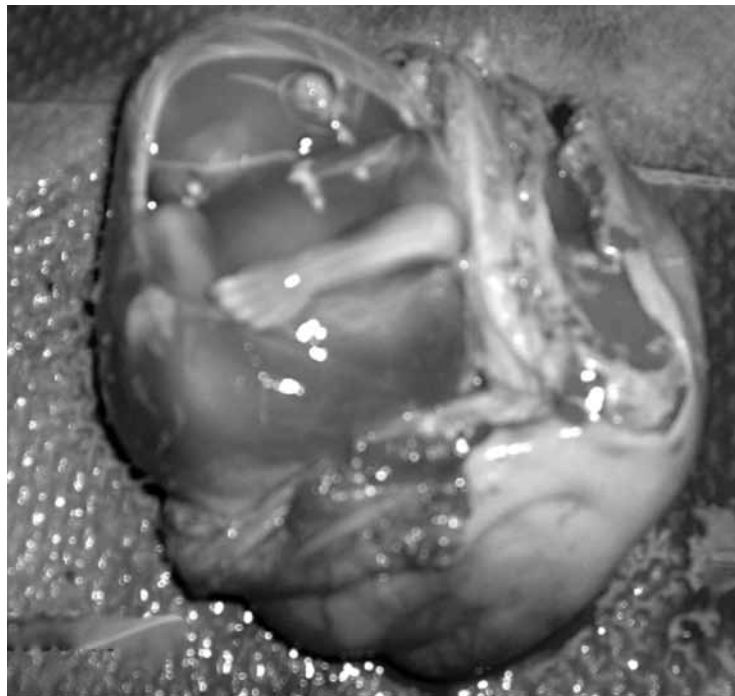
e-mail: boterog@sego.es

FIGURA 1



En primer plano, se observa al cirujano sujetando el cuerno rudimentario derecho con la gestación en su interior mientras que en el fondo se ve el hemiútero izquierdo correctamente formado con su correspondiente trompa y ovario.

FIGURA 2



Una vez resecado el cuerno rudimentario, se procedió a su apertura. Obsérvese el grosor de la pared del cuerno rudimentario mayor que el de la pared de un embarazo ectópico pero lejos de alcanzar el grosor de la pared de un útero gestante normal

DISCUSIÓN

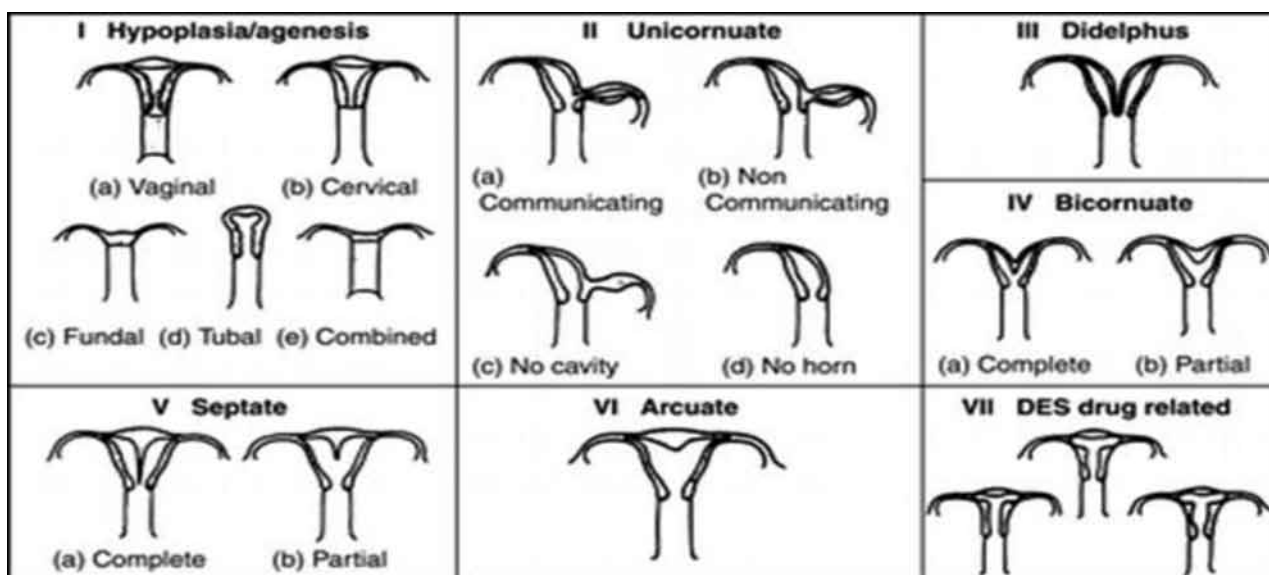
Las malformaciones uterinas se producen por un defecto en el desarrollo o la fusión de los conductos de Müller ocurriendo en 1 de cada 200 mujeres en la población general, siendo su frecuencia hasta 21 veces mayor en el subgrupo de mujeres con problemas de infertilidad donde la incidencia aumenta hasta un 3.5% (1). Estas malformaciones están frecuentemente asociadas con malformaciones renales, hasta el punto de que la agenesia renal unilateral es un predictor de una malformación obstructiva mülleriana ipsilateral hasta en un 70% de los casos, si bien lo contrario no es cierto (2).

En el caso que se presenta, esta relación estaba presente habiendo seguido controles, la paciente, en el Servicio de Nefrología por agenesia renal derecha desde los 3 años de edad sin otros hallazgos significativos en esos años.

El útero unicorno se clasifica en el Grupo II de la American Fertility Society y supone entre un 2.5 y un 13% del total de las malformaciones müllerianas con una incidencia de 1 de cada 4020 mujeres en la población general (Figura 3) (3, 4). Esta malformación es más frecuente en el lado derecho y se asocia a un cuerno rudimentario en el 74% de los casos, de los cuales, un 92% no están comunicados con el hemiútero contralateral (1, 2).

FIGURA 3

Clasificación de malformaciones Müllerianas de la American Fertility Society



Clínicamente, este tipo de malformación puede manifestarse tras la menarquia en forma de dolor abdominal por hematometra y hematosalpinx pero sin embargo, sólo el 55% de las pacientes presentan algún tipo de sintomatología siendo la edad media de diagnóstico para esta entidad de 23 años para los casos diagnosticados por patología ginecológica y 26 años para los diagnosticados por patología obstétrica. No obstante, hasta el 78% de los casos son diagnosticados a partir de la tercera década de la vida (2).

Desde un punto de vista obstétrico, en caso de darse un embarazo en un cuerno rudimentario, éste asienta entre un 75% y un 92% de los casos en un cuerno no comunicado y este hecho ha sido tradicionalmente explicado por un paso transabdominal de espermatozoides desde la trompa contralateral (2, 5, 6).

Dado que estos embarazos no tienen posibilidad de salida vaginal y que además, la pared muscular del cuerno rudimentario es más delgada que la del útero normal y tiene fallos estructurales que dificultan su adecuada distensión, el mayor riesgo de estos embarazos es la rotura uterina a medida que avanza la gestación. El 13% de las roturas ocurren en el primer trimestre, 67% en el segundo y 20% en el tercer trimestre. No obstante, hasta el 50% de los casos se diagnostican tras una rotura uterina, siendo la mortalidad en estos casos de 0.5%. A pesar de esto, estas gestaciones pueden llegar a término si bien esto es algo que sólo ocurre en el 6% de los casos (2, 7).

A pesar de los avances en las técnicas de imagen, el diagnóstico de esta entidad sigue siendo complicado ya que las pacientes frecuentemente tienen una historia de gestaciones previas normales como en nuestro caso, de forma que la semana de gestación media al diagnóstico es la 21. Tradicionalmente la técnica de imagen usada para el diagnóstico de los embarazos cornuales ha sido la ecografía, con una sensibilidad de 26%, si bien sólo es capaz de diagnosticar un 8% de los casos antes de la aparición de síntomas de alguna complicación (2). En los últimos años se han propuesto varios criterios ecográficos para el diagnóstico del embarazo cornual pero sin existir aún estudios suficientemente potentes para testar estos criterios. De la misma forma, se ha propuesto el uso de la resonancia magnética como complemento de la ecografía para intentar mejorar sus tasas de detección (8, 9).

La dificultad del diagnóstico hace que multitud de casos sean diagnosticados tras un intento fallido de inducción o legrado como en nuestro caso, casos que han pasado desapercibidos incluso tras la realización de una laparoscopia por sospecha de embarazo ectópico o casos diagnosticados en el curso de una cesárea (10-16).

Una vez establecido el diagnóstico, el tratamiento pasa por la resección del cuerno rudimentario con el embarazo en su interior y la trompa unilateral como se hizo en este caso. En algunos casos se ha planteado la posibilidad de mantener una actitud expectante y dejar evolucionar la gestación pero esta opción no ofrece garantías claras del buen pronóstico de la gestación. Se han publicado casos del uso exitoso de la vía laparoscópica en casos de diagnóstico temprano, sin embargo, la técnica mayoritaria para la resolución del problema sigue siendo la laparotomía dado que en la mayor parte de los casos el diagnóstico es en una fase avanzada de la gestación (2, 7, 17).

BIBLIOGRAFÍA

- Nahum GG. Uterine anomalies. How common are they, and what is their distribution among subtypes? *J Reprod Med* 1998;43(10):877-87.
- Jayasinghe Y, Rane A, Stalewski H, Grover S. The presentation and early diagnosis of the rudimentary uterine horn. *Obstet Gynecol* 2005;105(6):1456-67.
- Chakravarti S, Chin K. Rudimentary uterine horn: Management of a diagnostic enigma. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003;82(12):1153-4.
- Reichman D, Laufer MR, Robinson BK. Pregnancy outcomes in unicornuate uteri: A review. *Fertil Steril* 2009;91(5):1886-94.
- Nanda S, Dahiya K, Sharma N, Aggarwal D, Sighal SR, Sangwan N. Successful twin pregnancy in a unicornuate uterus with one fetus in the non-communicating rudimentary horn. *Arch Gynecol Obstet* 2009;280(6):993-5.
- Chopra S, Keepanasseril A, Rohilla M, Bagga R, Kalra J, Jain V. Obstetric morbidity and the diagnostic dilemma in pregnancy in rudimentary horn: Retrospective analysis. *Arch Gynecol Obstet* 2009;280(6):907-10.
- Nahum GG. Rudimentary uterine horn pregnancy. The 20th-century worldwide experience of 588 cases. *J Reprod Med* 2002;47(2):151-63.
- Mavrelou D, Sawyer E, Helmy S, Holland TK, Ben-Nagi J, Jurkovic D. Ultrasound diagnosis of ectopic pregnancy in the non-communicating horn of a unicornuate uterus (cornual pregnancy). *Ultrasound Obstet Gynecol* 2007;30(5):765-70.
- Tsafirir A, Rojansky N, Sela HY, Gomori JM, Nadjari M. Rudimentary horn pregnancy: First-Trimester prerupture sonographic diagnosis and confirmation by magnetic resonance imaging. *J Ultrasound Med* 2005;24(2):219-23.
- Buntugu KA, Ntumu MY, EO A, SA O. Rudimentary horn pregnancy: Pre-Rupture diagnosis and management. *Ghana Medical Journal* 2008;42(2):92-4.
- Okonta PI, Abedi H, Ajujah C, Omo-Aghoja L. Pregnancy in a non-communicating rudimentary horn of a unicornuate uterus: A case report. *Cases Journal* 2009;3: 6624.
- Perez-Medina T, García-Andrade C, Bajo-Arenas J. Advanced pregnancy loss in the rudimentary horn of an undiagnosed unicornuate uterus. *J Obstet Gynaecol Res* 2009;35(3):572-3.
- Shahid A, Olowu O, Kandasamy G, O'donnell C, Odejinmi F. Laparoscopic management of a 16-week ruptured rudimentary horn pregnancy: A case and literature review. *Arch Gynecol Obstet* 2009; 1: 5.
- Tonguç AA, Ergün BB, M BB, Neşe YY. Rudimentary uterine horn pregnancy: A mystery diagnosis. *Fertil Steril* 2009; 92(6):2037.e1-3.
- Patra S, Puri M, Trivedi SS, Yadav R, Bali J. Unruptured term pregnancy with a live fetus with placenta percreta in a non-communicating rudimentary horn. *Congenit Anom (Kyoto)* 2007; 47(4):156-7.
- Shin JW, Kim HJ. Case of live birth in a non-communicating rudimentary horn pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res* 2005; 31(4):329-31.
- Kadam Y, Romano S. Rudimentary horn pregnancy diagnosed by ultrasound and treated by laparoscopy. A case report and review of the literature. *The Journal of Minimally Invasive Gynecology* 2010; 17:1-4.