

PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Rotura de cuerno uterino rudimentario en gestación de 22 semanas. A propósito de un caso y revisión de la literatura



María Dolores Rodríguez Garnica*, Laura Fernández Muñoz, Soledad Oñate Tejada, Virginia García Pineda, Cristóbal de Valle Corredor y Álvaro Zapico Goñi

Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid, España

Recibido el 1 de julio de 2013; aceptado el 13 de noviembre de 2013

Disponible en Internet el 1 de febrero de 2014

PALABRAS CLAVE

Cuerno rudimentario uterino;
Anomalías mullerianas;
Gestación;
Rotura;
Abdomen agudo

KEYWORDS

Rudimentary horn;
Müllerian anomalies;
Pregnancy;
Rupture;
Acute abdomen

Resumen El útero unicorne con cuerno rudimentario es una anomalía mulleriana rara con una alta incidencia de complicaciones obstétricas que afecta al 4,5% de las mujeres. La gestación albergada en él ocurre en uno de cada 76.000 embarazos con un riesgo de rotura uterina de un 50-80% y ocurre normalmente a final del segundo trimestre del embarazo. El diagnóstico precoz reduce la morbimortalidad, pero la sensibilidad diagnóstica por ecografía es solo del 30%, dada la baja prevalencia de la enfermedad.

Presentamos el caso de una gestante de 22 semanas, con cesárea previa, con abdomen agudo y shock hipovolémico por rotura de un cuerno rudimentario uterino.

© 2013 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Rupture of a rudimentary uterine horn at 22 weeks of pregnancy: A propos of a case and review of the literature

Abstract Unicornuate uterus with rudimentary horn is a rare Müllerian anomaly with a high incidence of obstetric complications, affecting 4.5% of women. Pregnancy located in the rudimentary horn occurs in 1 in 76,000 pregnancies with a risk of uterine rupture of 50-80%. Rupture usually occurs at the end of the second trimester of pregnancy. Early diagnosis reduces morbidity and mortality, but ultrasound diagnosis has a sensitivity of only 30%, due to the low prevalence of this entity.

We report the case of a woman at 22 weeks of pregnancy with a previous cesarean delivery, who presented with acute abdomen and hypovolemic shock due to a ruptured rudimentary horn

© 2013 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El útero unicorne con cuerno rudimentario es una malformación mulleriana rara con una alta incidencia de complicaciones obstétricas y ginecológicas. La gestación albergada en un

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: mdrodriguezgarnica@gmail.com
(M.D. Rodríguez Garnica).

cuerno uterino rudimentario ocurre en uno de cada 76.000 embarazos con un riesgo de rotura uterina de un 50-80% y ocurre normalmente a final del segundo trimestre¹.

Presentamos el caso de una gestante de 22 semanas con abdomen agudo y shock hipovolémico por rotura de un cuerno rudimentario uterino.

Caso clínico

Paciente de 35 años, gestante de 22 semanas que acudió al Servicio de Urgencias por cuadro de dolor abdominal intenso de inicio brusco de reciente aparición, acompañado de náuseas, vómitos y malestar general.

Como antecedentes personales y ginecológicos de interés presentaba cesárea fuera de nuestro centro, hacía 6 años, por presentación podálica y rotura prematura de membranas en la semana 34. Esterilidad secundaria de 3 años de evolución y dismenorrea intensa habitual.

El control de la gestación actual fue extraclínico y cursó sin complicaciones, según informes que aportaba la paciente.

En la exploración física encontramos marcada palidez de piel y mucosas. Al tacto vaginal el cérvix estaba cerrado y formado; no se objetivó metrorragia. Abdomen distendido y muy doloroso a la palpación con Blumberg positivo, no siendo posible delimitar el tamaño uterino por defensa de la paciente.

La paciente presentó hipotensión arterial y taquicardia. En el hemograma solicitado encontramos 10 g/dl de hemoglobina y un hematocrito de 30,3%.

En la ecografía se apreciaba un feto único con bradicardia severa, con muy mala visualización del mismo por imágenes de ecogenicidad mixta que lo rodeaban, compatibles con coágulos. Se observaba una imagen sólida y redondeada junto al feto, que podía corresponder a un mioma uterino. Existía gran cantidad de líquido libre y coágulos en cavidad abdominal. Estas imágenes resultaban compatibles con rotura uterina o desprendimiento masivo de placenta.

Se indicó laparotomía urgente por cuadro de shock hipovolémico y abdomen agudo. Bajo anestesia general realizamos laparotomía con incisión de Pfannenstiel encontrando gran hemoperitoneo, aproximadamente 2 l y abundantes coágulos. Feto varón muerto en cavidad abdominal, que correspondía a 19-20 semanas y con un peso fetal de 390 g. El útero era de tamaño normal con cicatriz de cesárea previa. Encontramos un cuerno uterino rudimentario derecho inserto en tercio inferior de útero, que albergaba placenta y presentaba rotura en fondo. Se realizó exéresis del cuerno rudimentario con placenta in situ y salpinguectomía ipsilateral (figs. 1 y 2).

La determinación de un nuevo hemograma intraoperatorio reveló 5 g/dl de hemoglobina, por lo que se decidió transfundir 5 concentrados de hematíes y un concentrado de plasma, consiguiendo una Hb final de 11 g/dl.

El postoperatorio evolucionó favorablemente siendo dada de alta a los 3 días.

El resultado anatomopatológico de la pieza remitida fue:

Descripción macroscópica

Pieza compatible con hemiútero que pesa 182 g y mide 9 × 8 × 6 cm, identificándose 10 cm de cordón umbilical y una placenta, adherida a la pared y feto varón de 408 g con talla

y maduración adecuada a 20-21 semanas de edad gestacional, sin malformaciones externas ni internas. Se acompaña de 1,5 cm de cordón umbilical, sin lesiones evidenciables.

Diagnóstico histológico

Pieza de hemihisterectomía con alteraciones características de rotura uterina.

Placenta y cordón con maduración adecuada a la edad gestacional, y alteraciones atribuibles a rotura uterina: hemorragia, depósito intervellositario de fibrina y microinfartos marginales.

En la revisión a los 30 días del alta la paciente se encontraba asintomática, con cicatriz de laparotomía de buen aspecto y exploración ginecológica y ecografía dentro de la normalidad.

Solicitamos una ecografía renal que resultó normal.

Discusión

Las anomalías mullerianas se estima que afectan a alrededor del 4,5% de las mujeres¹. Comprenden un grupo heterogéneo de alteraciones entre las que encontramos defectos de formación, defectos de fusión vertical de los conductos de Müller y defectos de fusión lateral.

El útero unicornio con cuerno rudimentario es una rara anomalía mulleriana originada por una fusión incompleta de los conductos de Müller que ocurre en el 0,4% de los casos¹.

La Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (ASRM) clasifica las anomalías del aparato reproductor de la mujer en 6 tipos:

Tipo I: hipoplasia/agenesia

Tipo II: útero unicornio

Ila: con cuerno rudimentario comunicante con la cavidad.

IIb: con cuerno rudimentario no comunicante.

IIc: con cuerno rudimentario sin cavidad.

IId: cuerno unicornio sin cuerno rudimentario.

Tipo III: útero didelfo.

Tipo IV: útero bicorne:

IVa completo.

IVb parcial.

Tipo V: útero septo:

Va completo

Vb parcial

Tipo VI: útero arcuato.

El útero unicornio se engloba dentro del tipo II, siendo el más frecuente (en el 75-90% de los casos) el útero unicornio con cuerno rudimentario no comunicante (IIb)²⁻⁵ (fig. 3).

Existe una nueva clasificación consenso de la European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) y European Society for Gynaecological Endoscopy (ESGE) que se basa en la anatomía uterina. El origen embriológico de la anatomía uterina anormal queda como característica secundaria.

El útero unicornio pertenece a la clase U4: hemiúteros. Con 2 subtipos: U4a hemiúteros con cavidad rudimentaria (cuerno comunicante o no comunicante), y U4b sin cavidad rudimentaria (cuerno sin cavidad/sin cuerno rudimentario)^{6,7}.

Suelen ser asintomáticos hasta la edad reproductiva. Posteriormente podrán desarrollar múltiples complicaciones obstétricas y ginecológicas. Aquellos asociados a cuernos

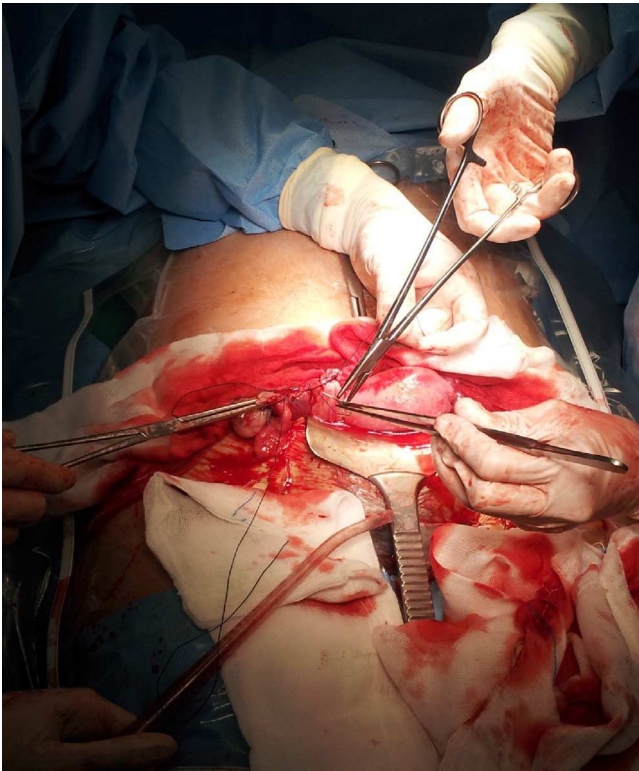


Figura 1 Sutura de la base implantación del cuerno uterino rudimentario derecho tras su exéresis.

rudimentarios con endometrio funcionante pueden cursar con dismenorrea intensa desde la menarquia por la distensión provocada por la acumulación de sangre, pudiendo desarrollar hematometra, hematosalpinx y menstruación retrógrada^{2,8}.

El embarazo en un cuerno rudimentario es muy poco frecuente: ocurre en uno de cada 76.000 embarazos⁹⁻¹¹. Fue descrito por primera vez en 1669 por Mariceau y Vassal y desde entonces se han descrito entre 600 y 700 casos^{2,10}. El embarazo en un cuerno rudimentario uterino no comunicante es posible por migración transperitoneal del espermatozoide^{10,12,13}. Conllevan un alto riesgo de complicaciones obstétricas, siendo la más frecuente la rotura uterina durante el segundo trimestre de la gestación, en el 80% de los casos^{1,9}. Durante el primer trimestre puede manifestarse como abortos de repetición (5-10%) embarazo ectópico (2,7%) o infertilidad^{14,15}. Durante el segundo trimestre, como parto pretérmino (20,1%, finalizando el 49% de las gestaciones en la semana 28-30), muerte fetal intraútero (10,5%) y, en el 75% de los casos, rotura uterina¹⁵. La rotura uterina es una complicación grave con alta mortalidad neonatal (supervivencia neonatal del 0 al 13%)^{1,9}, baja mortalidad materna (0,5%) pero con gran morbilidad debida a la gran pérdida hemática que ocasiona^{10,11}. Los cuernos rudimentarios tienen un miometrio con poca capacidad de distensión con endometrios no funcionantes que conllevan anomalías en la adherencia placentaria^{12,15}.

Solo el 10% de las gestaciones llega a término, siendo más frecuentes las presentaciones fetales anómalas^{1,10,12}.

En nuestro caso la paciente logró una gestación anterior a término con una cesárea por presentación podálica, pasando

desapercibida la malformación uterina. En la gestación que nos ocupa presentó abdomen agudo y shock hipovolémico por rotura del cuerno rudimentario en el segundo trimestre.

El diagnóstico precoz de estas anomalías entraña gran dificultad, pero reduce drásticamente la morbilidad materna.

La sensibilidad diagnóstica de la ecografía es baja, del 30%, probablemente debido a la baja frecuencia de esta afección^{12,15}. Tasfir et al. propusieron los siguientes criterios ecográficos: no continuidad entre el canal cervical y el saco gestacional, presencia de miometrio alrededor del saco gestacional, útero con pseudopatrón de útero bicorne asimétrico^{10,12}. La histerosalpingografía ha sido muy utilizada para el diagnóstico de estas afecciones, pero se ve limitada al no poder mostrar el contorno de la serosa uterina. La resonancia magnética es el patrón oro ya que aporta información sobre la anatomía uterina externa e interna, la relación miometrio/endometrio y la composición del tejido. La ecografía 3D también permite buenos resultados diagnósticos^{1,4,5,10,14,16}.

La laparoscopia o laparotomía aislada puede ser insuficiente para el diagnóstico ya que no permite la visualización intracavitaria del útero y muchos úteros unicornes pueden ser confundidos con úteros bicornos. Por lo que se debe asociar una histeroscopia para un correcto diagnóstico^{5,8}.

En el 31% de los casos están asociados a anomalías renales. La más frecuente es la agenesia renal ipsilateral al cuerno uterino rudimentario, seguida del riñón pélvico ipsilateral. Por lo que se debe realizar una ecografía renal a todas estas pacientes para descartarlo^{1,4,15}.

En los casos de diagnóstico precoz se debe realizar exéresis del cuerno rudimentario y de la trompa ipsilateral tanto en pacientes sintomáticas como asintomáticas para evitar complicaciones posteriores. Puede realizarse mediante abordaje laparoscópico^{4,10}. Se debe tener en cuenta, a la hora de realizar la exéresis de los cuernos rudimentarios, que no siempre existe un plano bien definido de separación entre el cuerno y el útero. Por lo que el cirujano debe proceder con precaución, y puede ayudarse de transiluminación con la histeroscopia para evitar la apertura de la cavidad uterina. También se debe considerar el riesgo de lesión del uréter



Figura 2 Cuerno uterino rudimentario derecho con placenta inserta y con rotura en fondo.

Útero unicorne

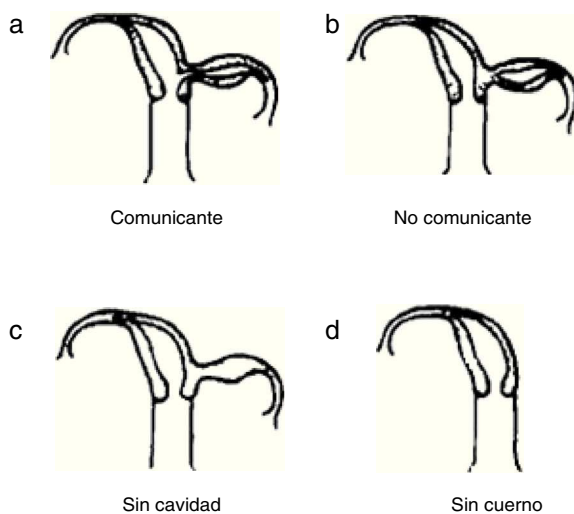


Figura 3 Tipos de útero unicorne con cuerno rudimentario.

ipsilateral a la hora de la exéresis del cuerno, debido a su proximidad, por lo que se recomienda identificarlo previamente a la exéresis¹⁶.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Siwatch S, Mehra R, Pandher DK, Huria A. Rudimentary horn pregnancy: A 10-year experience and review of literature. *Arch Gynecol Obstet.* 2013;287:687–95. Epub 2012 Nov 27.
2. Daaloul W, Ouerdiane N, Khoudaier M, Masmoudi A, Ennine I, Ben Hamouda S, et al. Stopped pregnancy in a rudimentary horn at 12 week gestation. *Tunis Med.* 2012;90:485–7.
3. American Fertility Society. The AFS classification of adnexal adhesions, distal tubal occlusion, tubal occlusion secondary to tubal ligation, tubal pregnancies, Mullerian anomalies and intrauterine adhesions. *Fertil Steril.* 1988;49:944–55.
4. Fernández Rial M, Pardo Pumar MI, Leal Gómez E, García Giménez ME, Moral Santamarina JE. Útero unicorne con cuerno rudimentario no comunicante en la adolescencia. *Prog Obstet Ginecol.* 2012;55:146–9.
5. Grimbizis GF, Camus M, Tarlatzis BC, Bontis JN, Devroey P. Clinical implications of uterine malformations and hysteroscopic treatment results. *Hum Reprod Update.* 2001;7:161–74.
6. Grimbizis GF, Gordts S, di Spiezio Sardo A, Brucker S, de Angelis C, Gergolet M, et al. The ESHRE-ESGE consensus on the classification of female genital tract congenital anomalies. *Gynecol Surg.* 2013;10:199–212.
7. Grimbizis GF, Campo R, Gordts S, Brucker S, Gergolet M, Tanos V, et al. Clinical approach for the classification of congenital uterine malformations. *Gynecol Surg.* 2012;9:119–29.
8. Rivero B, Aizpitarte I, Elvira A, Becerro JR. Dismenorrea por útero unicorne con cuerno rudimentario. *Prog Obstet Ginecol.* 2007;50:164–9.
9. Munck DF, Markauskas A, Lamont RF, Jørgensen JS. Pregnancy in a non-communicating rudimentary uterine horn in an obese woman. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2013;92:869.
10. Thakur S, Sood A, Sharma C. Ruptured noncommunicating rudimentary horn pregnancy at 19 weeks with previous cesarean delivery: A case report. *Case Rep Obstet Gynecol.* 2012;2012:308476. <http://dx.doi.org/10.1155/2012/308476>. Epub 2012 Oct 18.
11. Matsubara S, Saito Y, Usui R, Takei Y. Failure of mid-trimester pregnancy termination: Ruptured rudimentary uterine horn pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res.* 2011;37:967–8. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1447-0756.2011.01656.x>.
12. Dhar H. Ruptured rudimentary horn at 22 weeks. *Niger Med J.* 2012;53:175–217. <http://dx.doi.org/10.4103/0300-1652.104391>.
13. Kanagal DV, Hanumanalu LC. Ruptured rudimentary horn pregnancy at 25 weeks with previous vaginal delivery: A case report. *Case Rep Obstet Gynecol.* 2012;2012:985076. <http://dx.doi.org/10.1155/2012/985076>. Epub 2012 Jun 6.
14. Chan YY, Jayaprakasan K, Zamora J, Thornton JG, Raine-Fenning N, Coomarasamy A. The prevalence of congenital uterine anomalies in unselected and high-risk populations: A systematic review. *Hum Reprod Update.* 2011;17:761–71.
15. Hassan CH, Karim AK, Ismail NA, Omar MH. Case report of ruptured non-communicating right rudimentary horn pregnancy: An acute emergency. *Acta Medica (Hradec Kralove).* 2011;54:125–6.
16. Zapardiel I, Alvarez P, Perez-Medina T, Bajo-Arenas J. Laparoscopic management of a cavitated noncommunicating rudimentary uterine horn of a unicornuate uterus: A case report. *J Med Case Rep.* 2010;4:215.