

UTERO BICORNE

Vicente Rafael Gómez Jiménez
Rotación por área de bio imágenes
Estudiante Medicina
Facultad de Medicina
Universidad Mesoamericana

Lic. Luis Roberto Orozco
Asesor del caso

PREFACIO

En Clínica multi imágenes de la ciudad de Quetzaltenango, se presenta una paciente de 23 años de edad referida de facultativo, paciente refiere dolor de carácter intenso en región pélvica, acompañado de abundante hemorragia, indicando que se encuentra en su periodo menstrual; la hemorragia es abundante comparado a ciclos menstruales anteriores, en donde la hemorragia a sido de carácter moderado por lo que decide consultar, en base esto el médico tratante solicita un estudio de usg pélvico para determinar el diagnostico.

PREFACE

In the Multi-Image Clinic of the city of Quetzaltenango, a 23-year-old patient referred by a doctor is presented. The patient reports intense pain in the pelvic region, accompanied by abundant bleeding, indicating that she is in her menstrual period; The bleeding is abundant compared to previous menstrual cycles, where the bleeding has been moderate in nature, so the patient decides to consult. Based on this, the treating doctor requests a pelvic USG study to determine the diagnosis.

PALABRAS CLAVE

Ciclo menstrual, Región pélvica, hemorragia, dolor intenso,

HISTORIA DEL PACIENTE

Paciente de sexo femenino, de 25 años de edad, no refiere golpe o trauma en región pélvica, presenta dolor de forma intensa en dicha región acompañada de abundante hemorragia originada por su periodo menstrual, lo cual no le parece normal. Por lo cual el facultativo solicita un estudio de usg pélvico, por las complicaciones y síntomas que presenta la paciente en su evaluación física.

HALLAZGOS IMAGENOLOGICOS

El Ultrasonido de tiempo real demuestra: El útero está en ante versión, ante flexión y posición central. Se ve aumentado de tamaño mide 8.6 x 3.9 x 6.65 cm con un volumen de 120 CC. Muestra una forma acorazonada y se observan dos endometrios que se extienden desde el cérvix, los hallazgos sugieren un útero bicorne que debe ser correlacionado con estudios anteriores. No hay liquido en fondo de saco. El anexo izquierdo no se visualiza por cirugía previa y el anexo derecho mide 3.6 x 1.8

x 2.7cm y volumen de 10 cc y muestra dos quistes foliculares que miden 6 y 12 mm. Los riñones tienen tamaño y posición normal. La relación cortico medular esta conservada. No hay evidencia de hidronefrosis o cálculos. Resto del estudio normal.



DIAGNOSTICO

Útero Bicorne

FISIOPATOLOGIA

El útero, también conocido como matriz de la mujer o vientre, es un órgano muscular hueco de unos 8 cm de largo ubicado en la pelvis femenina, en disposición dorso craneal sobre la vejiga. Consta de varias porciones anatómicas, como el cuello, istmo y cuerpo. Su anatomía parece simple, pero su histología es un poco más compleja. Consiste en tres capas mayores, pero la estructura histológica exacta depende del estado en el que se encuentre, es decir si está en fase proliferativa o no.

También como un órgano del sistema reproductor femenino es responsable por el desarrollo del embrión y el feto durante el embarazo. Este artículo describe su anatomía, histología y funciones, explicando algunos datos importantes sobre el ciclo menstrual en general.

El cuello se ubica subperitonealmente y consta de una porción que se proyecta



dentro de la vagina (porción vaginal) y una parte fija en el parametrio (porción supra vaginal). El canal cervical tiene dos orificios: el orificio interno del istmo y el orificio externo hacia la vagina. El istmo es un pasaje estrecho de aproximadamente 1 cm de largo que conecta el cuello uterino y el cuerpo. El cuerpo se encuentra intraperitonealmente y tiene una luz en "triángulo" a través del cual se conecta con el istmo y ambas trompas de Falopio. La base del útero es llamada fondo.

En la mayoría de las mujeres, el cuerpo está inclinado hacia adelante contra el cuello uterino en el istmo (ante flexión) mientras que el eje del cuello del útero se encuentra inclinado hacia la vagina (anteversión). La forma y tamaño sin embargo puede variar dependiendo de la edad, número de embarazos y estado hormonal.

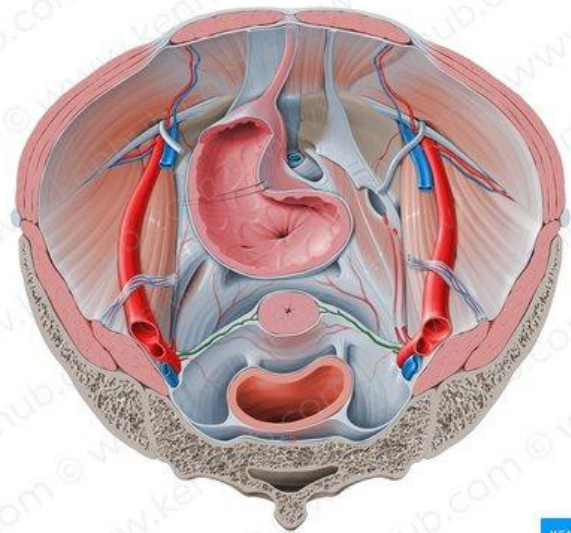
El útero está rodeado por tejido conectivo circundante (parametrio). El peritoneo cubre al útero casi completamente (a excepción de la parte ventral del cérvix) formando dos recesos: ventralmente, el saco vesicouterino y dorsalmente, el saco rectouterino (saco de Douglas).

Vascularización e inervación

Es irrigado por las ramas de las arterias uterinas (rama de la arteria ilíaca interna). Una rama viaja dentro del ligamento ancho del útero hasta la región cercana al hilio del ovario, donde forma una anastomosis con las ramas uterinas de la arteria ovárica (rama de la aorta abdominal). La segunda rama irriga al cuello y se anastomosa con varias ramas de la arteria vaginal. La arteria uterina también emite varias ramas perforantes dentro de la pared del útero que

forman dos sistemas circundantes alrededor del útero llamados arterias arcuatas posterior y anterior. La sangre venosa drena a través del plexo venoso uterino en la vena ilíaca interna.

Los nervios derivan del plexo hipogástrico inferior. La inervación simpática se origina de los segmentos espinales T12 y L1, mientras que la inervación parasimpática es proporcionada por los segmentos espinales S2 a S4. Todos los vasos y nervios corren a través de los ligamentos anchos del útero (ligamentum latum uteri), una amplia duplicación del peritoneo que conecta la pared lateral del útero con la pared pélvica.



MALFORMACIONES MULLERANAS

Históricamente han existido diversas clasificaciones.

El primer sistema ampliamente utilizado de clasificación fue el de la American Society of Reproductive Medicine (ASRM) en 1985, siendo esta la clasificación más ampliamente usada. Pese a ser la clasificación más conocida, está centrada

en anomalías uterinas, no incluye las malformaciones cervicales, vaginales ni otras más complejas, excluye las malformaciones obstructivas y no diferencia los distintos tipos de agenesias vaginales o cervicales. Luego se describió el sistema VCUAM (Vagina Cervix Uterus Adnex Associated Malformation) en el año 2005, pero se vio que varias anomalías congénitas no estaban incluidas. Luego la European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) y la European Society for Gynaecological Endoscopy publicaron un consenso de clasificación de las malformaciones genitales femeninas, basada en la anatomía, en la que se incluyen malformaciones del cuello uterino y de la vagina en forma independiente, y se elimina el útero arcuato como patológico. Sin embargo, en el año 2021 la ASRM publicó un nuevo consenso en el que se estandariza la nomenclatura, se amplía el espectro de las anomalías y se simplifica la clasificación. Incluye en cada categoría sus variantes, anomalías con presentación similar y la forma de presentación de estas, considerando los síntomas, los hallazgos en la exploración física y los diagnósticos diferenciales, las imágenes y las alternativas de tratamiento. La nueva clasificación de la ASRM propone:

- Agenesia mülleriana: ausencia de útero y de cérvix con o sin grado variable de hipoplasia en la porción superior de la vagina. Puede presentar variantes con desarrollo de remanentes uterinos (uni- o bilateral) con endometrio funcional. Dentro de las variantes más conocidas se encuentra el síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser, que puede tener un remanente uterino único en la línea media (a veces cuernos uterinos sin

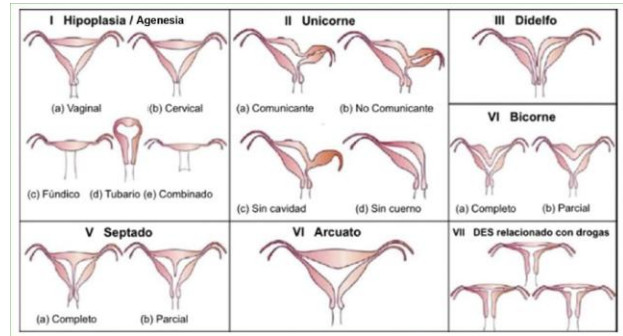
endometrio funcional), y se puede localizar en la pelvis superior asociado al ovario homolateral. El cérvix está ausente, la tuba uterina puede ser atrófica, pero la fimbria está generalmente presente y hay ausencia de porción superior vaginal, con porción inferior de largo variable. También existe la variante con remanentes uterinos bilaterales (o unilaterales) con endometrio funcional (u obstruidos).

- Agenesia cervical: ausencia de cérvix. Existe una variante con cérvix poco desarrollado o no funcional, llamada disgenesia (atresia) cervical. Otra variante tiene canal cervical desarrollado con oclusión distal, pero todas sin comunicación entre útero y vagina. Tiene un largo vaginal variable (normal o acortado). En el útero existen variantes desde la cavidad normal hasta las septada, bicorne, didelfo, arcuato o unicornes.
- Útero unicornes: hemiútero único de lado izquierdo o derecho, con cérvix y vagina conectadas. Puede o no presentar endometrio funcional. En general, sin desarrollo del otro conducto mülleriano, pudiendo haber solo como remanente uterino atrófico. Entre las variantes se encuentra que puede tener cavidad comunicada con el remanente uterino a nivel proximal, medio o distal (en el cérvix), pudiendo ser también a través de banda fibrótica. El remanente contralateral cerrado (cuerno) puede tener endometrio escaso, sin cavidad, formando parte del hemi útero.
- Útero didelfo: dos cuerpos uterinos separados, dos cérvix uterinos separados con o sin tabique vaginal longitudinal que divide el canal en dos

cavidades. Ausencia de fusión de los conductos müllerianos.

- Útero bicorne: dos cuerpos uterinos parcialmente separados, con hendidura del fondo externo mayor de 1 cm. Ausencia de fusión de la porción superior de los conductos müllerianos; sin embargo, la porción distal en el segmento uterino inferior, el cuello y la vagina superior se fusionan normalmente. La mayoría se manifiestan con un solo cuello uterino y vagina.
- Útero septado: la cavidad del útero está dividida por una invaginación de músculo y fibras que surgen desde el fondo uterino y se extiende hasta el cérvix o más allá. Tienen tabique con una profundidad mayor de 1 cm y con un ángulo menor de 90°. Se produce por el fracaso de la reabsorción del tabique uterino durante la embriogénesis.
- Septo vaginal longitudinal y transverso: el septo (tabique) vaginal longitudinal divide el canal vaginal a lo largo del eje largo, creando dos canales vaginales (conocido como vagina doble). Puede ser parcial o extenderse por toda la vagina. El septo transversal puede ocurrir en la parte superior, media o inferior de la vagina de tamaño variable, con o sin obstrucción del tracto de salida, y puede ser completo o parcial. El tabique se desarrolla durante la embriogénesis cuando hay una fusión incompleta de las partes inferiores de los conductos müllerianos (no se fusionan con el seno urogenital).
- Anomalías complejas: son combinaciones inusuales de anomalías vaginales, cervicales o uterinas. Son todas las demás malformaciones que no

están bien definidas en otras categorías.



BIBLIOGRAFIA

1. <https://www.scielo.cl/pdf/rchog/v88n4/0048-766X-rechog-88-4-237.pdf>
2. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262023000400237
3. <https://www.medigraphic.com/pdfs/cir/cir/cc-2010/cc102j.pdf>
4. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492023000101303
5. <https://www.mayoclinic.org/es/disease-s-conditions/ewing-sarcoma/symptoms-causes/syc-20351071>
6. https://pubs.rsna.org/doi/10.1148/rq.210226?_gl=1*1bx7552*_ga*MTc0NTA2ODcyMi4xNjg0Nzk0NDIz*_ga_EQ32SZ84M3*MTcxMTc1MzQxNi4xMzQuMS4xNzExNzUzNDkzLjAuMC4w
7. https://pubs.rsna.org/doi/10.1148/rq.210226?_gl=1*1bx7552*_ga*MTc0NTA2ODcyMi4xNjg0Nzk0NDIz*_ga_EQ32SZ84M3*MTcxMTc1MzQxNi4xMzQuMS4xNzExNzUzNDkzLjAuMC4w