

IMAGEN CLÍNICA: MALFORMACIÓN MÜLLERIANA DIAGNOSTICADA EN MUJER POSTMENOPÁUSICA

Dra. Claudia Pilar Clemente Tomás / Dra. Marta Colechá Morales / Dra. Marta Garcés Valenzuela

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Obispo Polanco. Teruel

RESUMEN

Las malformaciones uterinas son anomalías congénitas por alteración en la embriogénesis de los conductos de Müller, asociando hasta en el 30% de los casos anomalías a nivel del sistema urinario.

La técnica de elección para su diagnóstico es la ecografía 3D transvaginal en manos de un experto ecografista. Si ésta no es concluyente o se trata de un caso complejo, debe completarse el estudio con una resonancia magnética (RM).

Presentamos el caso de una paciente con una malformación mülleriana del tipo útero didelfo, postmenopáusica y nuligesta, diagnosticada tras episodio de dolor abdominal.

PALABRAS CLAVES

Malformación uterina, útero didelfo, resonancia magnética, malformación tracto urinario, adenocarcinoma endometrial

ABSTRACT

Uterine malformations are congenital anomalies due to alterations in the embryogenesis of the Müllerian ducts, with anomalies of the urinary system being associated in up to 30% of cases.

The technique for diagnosis is transvaginal 3D ultrasound in the hands of an expert sonographer. If this is inconclusive or if the case is complex, the study should be completed with magnetic resonance imaging (MRI).

We present the case of a patient with a Müllerian malformation of the didelphic uterus type, postmenopausal and nulligestive, diagnosed after an episode of abdominal pain.

KEY WORDS

Uterine malformation, didelphic uterus, magnetic resonance, urinary tract malformation, endometrial adenocarcinoma

Diagnóstico por imagen

CASO CLÍNICO

Las malformaciones uterinas son anomalías congénitas producto de defectos en el desarrollo, la fusión o la canalización de los conductos de Müller, estructuras embrionarias de las que proceden las trompas de Falopio, el útero y la vagina¹.

La prevalencia real de estas malformaciones no se ha precisado con exactitud, ya que existe una amplia variedad de clasificaciones que lo dificultan. Una de las clasificaciones más utilizadas es la de la American Fertility Society (AFS) de 1988, siendo la más actual de todas ellas la de la European Society of Human Reproduction and Embryology/European Society of Gynecologic Endoscopy (ESHRE/ESGE) de 2013².

Un elemento relativamente constante (en hasta el 30% de los casos) es la asociación de estas malformaciones a anomalías del sistema urinario (ectopia, agenesia, fusión o duplicación renal), ya que la embriogénesis de estos dos sistemas está íntimamente relacionada³.

La mayor relevancia clínica de estas anomalías estriba en la repercusión que pueden tener sobre la capacidad reproductiva de la mujer⁴. Sin embargo si se trata de mujeres que nunca han intentado buscar gestación, puede ser un hallazgo casual en el contexto de la realización de una prueba de imagen por otro motivo, pudiendo no haberse producido ninguna sintoma-

tología dependiendo del tipo de malformación mülleriana del que se trate.

En nuestro caso, nos encontramos ante una mujer postmenopáusica, que consulta por dolor abdominal localizado en fosa ilíaca derecha.

La exploración física que se realiza es anodina. Al tratarse de una paciente que no había mantenido nunca relaciones sexuales, se realiza una ecografía transrectal, en la que se evidencia un útero atrófico, con una imagen nodular sólida en la región anexial izquierda, que parece contactar con la pared uterina, sin poder determinar con certeza su origen, por mala transmisión de la imagen.

Ante tales hallazgos se solicita una RM que informa de una anomalía del conducto de Müller basado en un útero didelfo completo (Fig. 1) asociada a una anomalía del conducto de Wolff con agenesia renal derecha (Fig. 2).

Además, en el cuerno uterino derecho se objetiva un engrosamiento del endometrio, y contenido en su cavidad, sugestivo de hematometra (Fig. 3).

Ante la imposibilidad de toma de biopsia endometrial mediante cánula de Cornier en la consulta por estenosis cervical, se indica una histeroscopia diagnóstica bajo sedación para estudio del engrosamiento endometrial del cuerno uterino derecho.

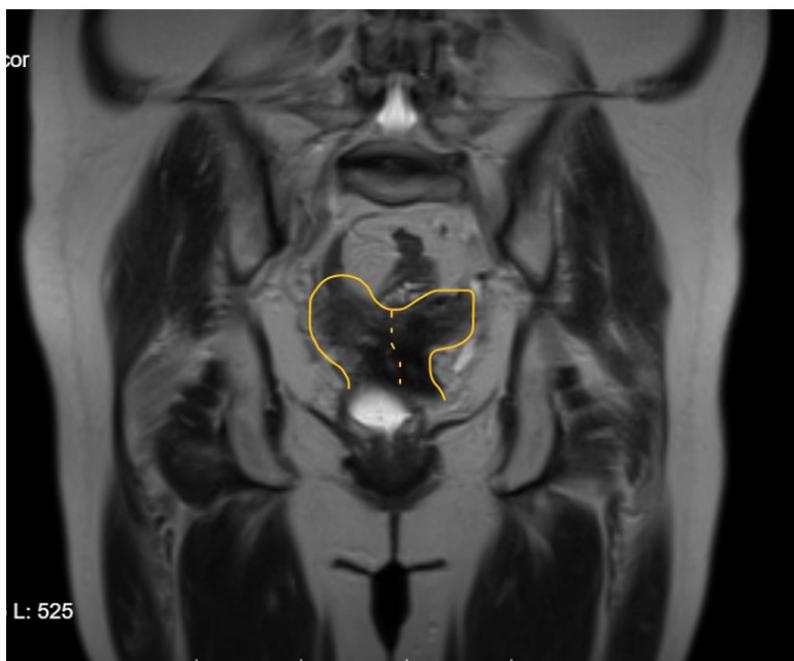


Fig. 1

Diagnóstico por imagen

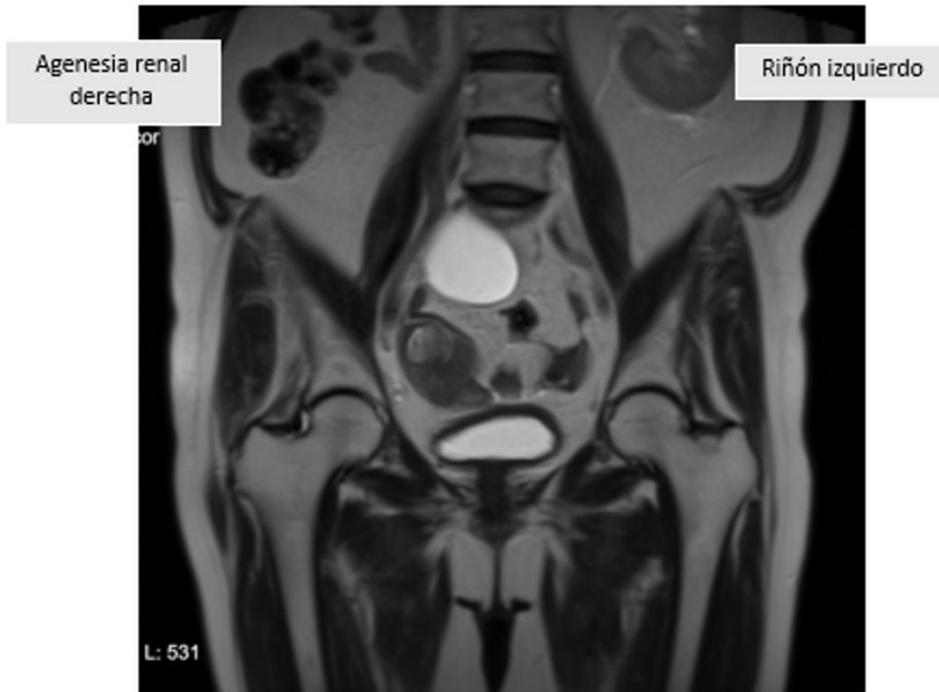


Fig. 2

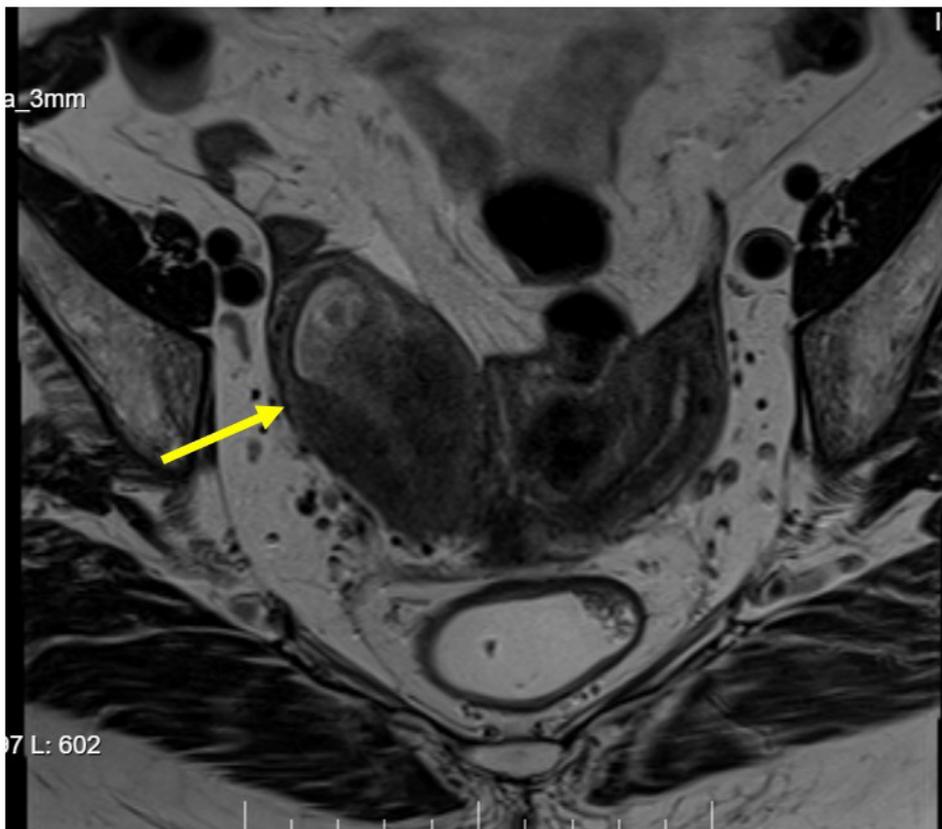


Fig. 3

Diagnóstico por imagen

En la histeroscopia se evidencia un tabique vaginal incompleto, que alcanza hasta el tercio inferior de la vagina. A nivel de cada hemivagina se identifica un cuello estenótico. Se logra entrar en ambas cavidades produciéndose drenaje de mucometra bilateralmente.

El endometrio de ambas cavidades uterinas impresiona de ser atrófico, pero ante los hallazgos descritos en la RM se toma una biopsia endometrial de la cavidad derecha, que informa de carcinoma de endometrio tipo endometrioides bien diferenciado.

Posteriormente se revisan las imágenes radiológicas realizadas (RM) para llevar a cabo la estadiación de la neoplasia, y se realiza el tratamiento quirúrgico indicado, basado en la histerectomía total del útero didelfo.

BIBLIOGRAFÍA

1. P. Acién, M.I. Acién. The history of female genital tract malformation classification and proposal of an updated system. *Hum Reprod Update*, 17 (2011), pp. 693-705
2. Y.Y. Chan, K. Jayaprakasan, J. Zamora, J.G. Thornton, N. Raine-Fenning, A. Coomarasamy. The prevalence of congenital uterine anomalies in unselected and high-risk populations. A systematic review. *Hum Reprod Update*, 17 (2011), pp. 761-771
3. S. Bendifallah, M. Even Silbersten, J.-M. Levailant, H. Fernández. Malformaciones uterovaginales y fertilidad. *EMC – Ginecología y Obstetricia* (2015), Vol. 51. nº 3.
4. K. Jayaprakasan, Y.Y. Chan, S. Sur, S. Deb, J.S. Clewes, N. Raine-Fenning. Prevalence of uterine anomalies and their impact on early pregnancy in women conceiving after assisted reproduction treatment. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 37 (2011), pp. 727-732