



# clínica e investigación en ginecología y obstetricia

[www.elsevier.es/gine](http://www.elsevier.es/gine)



## CASO CLÍNICO

# Diagnóstico de malformación uterina en una paciente de 10 años con piometra. A propósito de un caso



Y. Emergui Zrihen\*, E.P. Escamilla Galindo y J.A. García Hernández

*Servicio de Ginecología y Obstetricia, Complejo Hospitalario Universitario Materno Infantil (CHUIMIC), Las Palmas de Gran Canaria, España*

Recibido el 24 de enero de 2021; aceptado el 22 de febrero de 2021

Disponible en Internet el 03 June 2021

## PALABRAS CLAVE

Útero bicorporal;  
Piometra;  
Hematometra;  
Estenosis cervical;  
Malformaciones  
uterinas

## KEYWORDS

Bicorporal uterus;  
Pyometra;  
Haematometra;  
Cervical stenosis;  
Uterine  
malformations

**Resumen** Las malformaciones uterinas congénitas son poco frecuentes. El útero bicorporal tiene una prevalencia del 0,4%. Generalmente asintomático, se puede manifestar como dolor pélvico por un hematometra o menstruación retrógrada de un cuerno uterino no comunicante. Se presenta el caso de una niña de 10 años a quien, en el contexto de dolor abdominal y fiebre, se le realizaron pruebas de imagen y en quien se objetivó un útero bicorporal ocupado por lo que parecía un hematometra. Se intervino a la paciente para drenarlo, por vía histeroscópica y laparoscópica, y se comprobó que se trataba de un piometra. Se realizó hemihisterectomía, sin incidencias, con el fin de preservar su fertilidad y resolver el cuadro infeccioso.

© 2021 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Diagnosis of uterine malformation in a ten-year-old patient. Case report

**Abstract** Congenital uterine malformations are rare. The bicorporal uterus has a prevalence of 0.4%. Generally asymptomatic, it can manifest as pelvic pain from a haematometra or retrograde menstruation from a non-communicating uterine horn. The case of a 10-year-old girl is presented who, in the context of abdominal pain and fever, underwent imaging tests revealing a bicornuate uterus occupied by what appeared to be a haematometra. The patient was operated on to drain it, hysteroscopically and laparoscopically, confirming that it was a pyometra. Hemihysterectomy was performed without incident to preserve fertility and resolve the infection.

© 2021 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [yonittata@hotmail.com](mailto:yonittata@hotmail.com) (Y. Emergui Zrihen).

## Introducción

Las malformaciones uterinas congénitas son poco frecuentes; se calcula una incidencia, en mujeres en edad fértil, de entre el 2 y el 4%<sup>1</sup>. La clasificación más usada en nuestro medio es la propuesta por el grupo CONUTA de la ESRHE y ESGE, que clasifica el útero bicorne, como se conoce clásicamente, como bicorporal<sup>2</sup>. Las más frecuentes son los defectos de canalización (útero septo) con una prevalencia del 2,3%<sup>3</sup>.

El útero bicorporal tiene una prevalencia del 0,4% en la población general<sup>3</sup>. A menudo, es asintomático y se asocia significativamente con infertilidad y abortos espontáneos<sup>3</sup>. La combinación de atresia cervical con útero bicorne es una entidad muy rara<sup>4,5</sup>. Las pacientes pueden manifestar dolor pélvico debido a la presencia de un hematometra o menstruación retrógrada de un cuerno uterino no comunicante<sup>4</sup>.

El piometra es el acúmulo de secreción y detritus celulares en la cavidad endometrial, consecuencia de la obstrucción del canal cervical. Es una dolencia infrecuente que predomina en mujeres posmenopáusicas.

Para su diagnóstico es crucial emplear técnicas de imagen, como la ecografía o la resonancia magnética nuclear. En cuanto al tratamiento, las opciones son controvertidas e incluyen la cobertura antibiótica de la paciente en caso de sospecha de piometra asociado, así como la histerectomía o la canalización cervical, con el objetivo principal de aliviar los síntomas y preservar la fertilidad<sup>5,6</sup>.

## Descripción del caso

Presentamos el caso de una paciente de 10 años que acudió a urgencias por dolor abdominal de 10 días de evolución asociado a fiebre los días previos al ingreso de hasta 39,8 °C, sin foco aparente. A la exploración, presentaba buen estado general, abdomen doloroso a la palpación de forma difusa, blando y depresible sin signos de irritación peritoneal. Los genitales externos parecían normales; el himen estaba íntegro.

La analítica completa y el sistemático de orina eran normales. En la ecografía abdominal se objetivó una agenesia renal derecha, el útero estaba en anteversión, con distensión que parecía continuarse con una vagina muy dilatada y abundante contenido denso en su interior, que daba impresión de sangrado en el contexto de una vagina obstruida, por lo que la sospecha inicial es de un himen imperforado e hidrometrocolpos. Ante el conjunto de los hallazgos, y para descartar una malformación uterina, se realizó una resonancia magnética nuclear. Se visualizó un útero bicorporal completo, abundantemente ocupado por contenido ligeramente hiperintenso en relación con detritus, acumulación o sangrado (fig. 1). Parecía existir un único cérvix y la vagina no parecía distendida.

Se solicitó valoración ginecológica y se decidió hacer una exploración bajo anestesia general. Se confirmó que no se trataba de un himen imperforado. Seguidamente, en la histeroscopia diagnóstica se objetivó un cérvix único lateralizado a la izquierda con el canal cervical cíclico; orificio cervical interno con ligera estenosis, que se vencía con medio líquido sin incidencias y, al llegar a la cavidad, se sospechó perforación uterina, por lo que se detuvo



Figura 1 RMN de útero bicorporal.

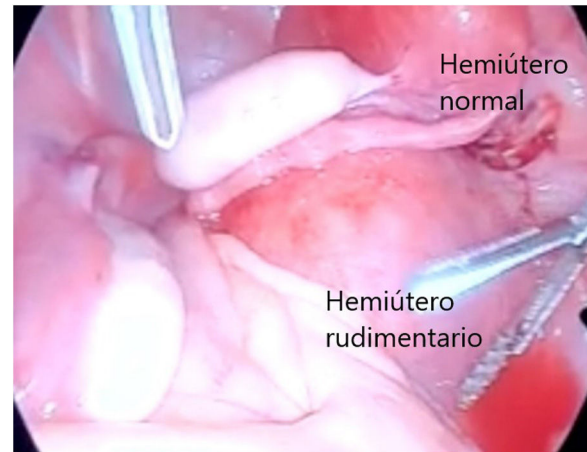


Figura 2 Hemihisterectomía laparoscópica.

la técnica, sin visualizar sangrado en cavidad ni salida de material a través del cérvix, así que se decidió una laparoscopia en un segundo tiempo.

Durante la laparoscopia, se visualizó la presencia de 2 hemiúteros (fig. 2), uno en el lado derecho y anterior, y otro en el lado izquierdo y posterior de la paciente. El primer hemiútero tenía un tamaño aproximado de unos 8 cm, de aspecto normal, blando y móvil; dependiendo de él se encontraba una trompa y un ovario derecho de aspecto macroscópicamente normales. El hemiútero posterior estaba aumentado de tamaño, de unos 12 cm, adherido a la cara posterior de la pelvis. La serosa de la cara anterior de este hemiútero se continuaba con el peritoneo presacro. Se observaron, igualmente, una trompa y ovario dependientes

de él, de aspectos macroscópicamente normales. En ninguno de los 2 hemiúteros se identificó la perforación sospechada. Se visualizó un útero rudimentario aumentado de tamaño: se procedió a punzarlo para drenaje del supuesto hematometra, pero se objetivó salida de abundante material purulento, que se aspiró. Se remitió muestra para estudio microbiológico (con resultado de abundante colonización por polimorfonucleares). La hemihisterectomía se efectuó mediante sellado y sección con Ligasure. Se evitó una actitud radical para no lesionar el hemiútero anterior, por lo que en la unión de ambos úteros quedaron fragmentos de miometrio, formando cuerpo con el hemiútero conservado. No se visualizó la cérvix en el útero rudimentario. La trompa del hemiútero extirpado quedó adherida a la serosa, que era no funcionante. La intervención finalizó sin complicaciones.

El postoperatorio cursó sin complicaciones y afebril. La paciente fue tratada con antibioterapia mediante metronidazol y ceftriaxona. Permaneció en ingreso hospitalario 6 días debido a su corta edad. Antes del alta se realizó una ecografía abdominal de control en la que se objetivaron los cambios posquirúrgicos propios, con dilatación de pequeña cavidad uterina rudimentaria restante, sin hallazgos ecográficos significativos. Continuaron los controles en consulta de pediatría y ginecología. Pasadas 6 semanas desde la cirugía, se hizo el control en la consulta de ginecología hospitalaria. Con ecografía transperineal y transabdominal de control se visualizó el cuerpo uterino en extensión, con diámetro mayor de 30 mm. Se dio de alta sin incidencias, con recomendación de iniciar controles tras la menarquia.

## Discusión

Las malformaciones uterinas congénitas son hallazgos incidentales. Una revisión sistemática reciente mostró una prevalencia del 5,5% en la población general<sup>1</sup>. El útero bicorporal presenta una tasa de prevalencia del 0,2 al 0,6%, aunque su asociación con la atresia o estenosis cervical es inusual, ya que suele tratarse de una anomalía mülleriana de tipo no obstructivo<sup>3</sup>.

Los síntomas que aparecen con frecuencia son la amenorrea asociada a características sexuales normales y dolor pélvico cíclico que empeora en la pubertad y no siempre responde a analgésicos, lo que puede afectar a la calidad de vida de las pacientes<sup>6</sup>. También pueden aparecer síntomas inespecíficos o ser asintomáticos, lo que lleva a diagnósticos tardíos y a una alta tasa de incidencia de complicaciones<sup>7</sup>. La exploración física ayuda a descartar un himen imperforado o un fondo de saco vaginal ciego. Se puede objetivar una masa pélvica correspondiente a un hematometra o metatosalpinx como resultado de la obstrucción del flujo menstrual<sup>8</sup> o un piometra que infecta la obstrucción de contenido mucoso, como ocurre en nuestro caso.

Las técnicas de imagen utilizadas en el diagnóstico de las malformaciones uterinas incluyen la ecografía y la resonancia magnética nuclear; esta última es la técnica de referencia. La ecografía ha sido propuesta como la exploración diagnóstica inicial en pacientes con sospecha de alteraciones müllerianas por su bajo coste y la posibilidad de realizarla por vía vaginal y en 3D<sup>9</sup>. En nuestro caso, tratándose de una niña de 10 años, la resonancia magnética nuclear no solo fue clave, sino menos invasiva.

El tratamiento del útero bicorporal con atresia cervical es controvertido y consiste en técnicas quirúrgicas como histerectomía o canalización cervical<sup>5,6</sup>. En nuestro caso, inicialmente se empleó la histeroscopia con el fin de identificar y canalizar el cérvix para drenar el contenido de la cavidad. Algunos autores recomiendan este procedimiento, en especial si existe endometrio funcional en la cavidad, para prevenir la endometriosis y las complicaciones durante la gestación tanto en pacientes sintomáticas como asintomáticas<sup>8</sup>. La laparoscopia ofrece resultados anatómicos y reproductivos similares a la cirugía laparotómica, pero con la ventaja adicional de la cirugía mínimamente invasiva, con menos adherencias y postoperatorio más corto<sup>8</sup>.

En cuanto a la fertilidad, puede verse comprometida no solo por la malformación en sí, sino también por varios factores como la falta de moco cervical, reestenosis cervical, adherencias posquirúrgicas y endometriosis causada por las menstruaciones retrógradas antes de la cirugía<sup>10</sup>.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

## Financiación

No se ha recibido financiación.

## Conflicto de intereses

No hay conflicto de intereses entre los autores.

## Bibliografía

1. Acien P. Incidence of Müllerian defects in fertile and infertile woman. *Hum Reprod.* 1997;12:1372.
2. 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.
3. 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.
4. Gasim T, Al Jama FE. Massive hematometra due to congenital cervicovaginal agenesis in an adolescent girl treated by hysterectomy: A case report. *Obstet Gynecol.* 2013;2013:1–3.
5. Xie Z, Zhang X, Liu J, Zhang N, Xiao H, Liu Y, et al. Clinical characteristics of congenital cervical atresia based on anatomy and ultrasound: A retrospective study of 32 cases. *Eur J Med Res.* 2014;19:10.

6. Feteih VF, Dimala CA, Njim T, Fuka B. Post term pregnancy in a non-communicating rudimentary horn of a unicornuate uterus. *BMC Res Notes*. 2016;9:209.
7. Radhouane A, Mohamed B, Imen BA, Aymen F, Khaled N. Successful pregnancy by IVF in a patient with congenital cervical atresia. *Asian Pac J Reprod*. 2015;4:249–50.
8. Liatsikos SA, Tsikouras P, Souftas V, Ammari A, Prassopoulos P, Tsikos SA, et al. Diagnosis and laparoscopic management of a rudimentary uterine horn in a teenage girl, presenting with haematometra and severe endometriosis: Our experience and review of literature. *Minim Invasive Ther Allied Technol*. 2010;19:241–7.
9. Woelfer B, Salim R, Banerjee S, Elson J, Regan L, Jurkovic D. Reproductive outcomes in women with congenital uterine anomalies detected by three-dimensional ultrasound screening. *Obstet Gynecol*. 2001;98:1099–103.
10. Caserta D, Mallozzi M, Meldolesi C, Bianchi P, Moscarini M. Pregnancy in a unicornuate uterus: A case report. *J Med Case rep*. 2014;8:130.