

164 **Borja Rivero**
Iurdana Aizpitarte
Ainhoa Elvira
José Ramón Becerro

Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Donostia.
Donostia. Guipúzcoa. España.

Correspondencia:

Dra. I. Aizpitarte.
Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Donostia.
Paseo Doctor Beguiristain, 109. 20080 Donostia. Guipúzcoa. España.
Correo electrónico: iuohay@yahoo.es

Fecha de recepción: 14/9/2005.

Aceptado para su publicación: 29/11/2006.

Dismenorrea por útero unicornne con cuerno rudimentario

*Dysmenorrhea due to
unicornuate uterus with
rudimentary horn*

RESUMEN

La dismenorrea es muy frecuente en adolescentes y mujeres jóvenes, y afecta, de alguna manera, al 40-50% de la población.

El útero unicornne asociado a cuerno rudimentario con endometrio funcional puede ser causa de dismenorrea por la distensión provocada por la acumulación de sangre en la cavidad y posterior desarrollo de hematometra, hematosalpinx y menstruación retrógrada. El tratamiento debe ser necesariamente quirúrgico y la intervención recomendada es la excisión del cuerno rudimentario. El objetivo de este artículo es describir 3 casos de nuestro servicio que presentaron dismenorrea asociada a útero unicornne con cuerno rudimentario derecho no comunicado y endometrio funcional, poniendo especial énfasis en su diagnóstico y tratamiento.

PALABRAS CLAVE

Cuerno rudimentario. Cuerno accesorio.
Hematometra. Útero unicornne. Dismenorrea.

ABSTRACT

Dysmenorrhea is highly frequent in adolescents and young women, affecting 40-50% of this population to some degree.

Unicornuate uterus with rudimentary horn and functional endometrium can cause dysmenorrhea due to the distension produced by blood in a closed cavity and the consequent development of hematometra, hematosalpinx, and retrograde menstruation. Treatment is necessarily surgical and the recommended intervention is excision of the rudimentary horn.

The objective of this article is to describe three cases that associated dysmenorrhea and unicornuate uterus with a non-communicated right rudimentary horn and functional endometrium in our service, with special emphasis on diagnosis and treatment.

KEY WORDS

Rudimentary uterine horn. Accessory horn.
Hematometra. Unicornuate uterus. Dysmenorrhea.

INTRODUCCIÓN

La dismenorrea es una afección muy frecuente en las adolescentes y las mujeres jóvenes, ya que la presenta, en un mayor o menor grado, el 40-50% de ellas^{1,2}.

Según la etiología de la dismenorrea, se distinguen 2 tipos: primaria, también denominada esencial o funcional, y secundaria, debida a una enfermedad orgánica específica, entre otras, las malformaciones uterinas.

El útero unicorne con cuerno rudimentario y endometrio funcionante puede ser causa de dismenorrea debido a la distensión que produce la sangre en una cavidad cerrada y el desarrollo consecuente de hematometra, hematosalpinx y menstruación retrógrada. El tratamiento es necesariamente quirúrgico y la intervención recomendada es la exéresis del cuerno rudimentario³.

La incidencia de las malformaciones uterinas aunque es difícil de establecer, según la literatura médica actual, oscila entre el 0,1 y el 4% de las mujeres de la población general^{4,5}.

El objetivo de este artículo es describir 3 casos clínicos de nuestro servicio que asocian dismenorrea y útero unicorne con cuerno rudimentario derecho no comunicado y endometrio funcionante, haciendo especial hincapié en el diagnóstico y el tratamiento.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1

Paciente de 16 años de edad, que acude a la consulta externa de ginecología en noviembre de 1998 por presentar una dismenorrea intensa. Aporta una ecografía con diagnóstico de útero bicorne unicollis, con hematometra de 12 × 6 mm en la cavidad derecha. La exploración ginecológica es normal y el diagnóstico histeroscópico es de útero unicorne. Se propone la realización de una laparoscopia. La paciente, junto con sus padres, decide demorarla y hacerla si persisten los dolores. Reingresa en septiembre de 2000 por el mismo motivo, y ese mismo año, a causa de un dolor abdominal intenso en el hipogastrio y la fosa ilíaca derecha, se le practica una laparotomía fuera de nuestro hospital, con el único hallazgo de una tumoración dura de unos 5 cm en



Figura 1. Ecografía.

la porción superior derecha del útero, que no se extirpa. El 30 de enero de 2001 se le realizó una laparotomía con exéresis del cuerno rudimentario derecho. Desde entonces, se encuentra asintomática, sin dismenorrea (fig. 1).

Caso 2

Paciente que acude a la consulta externa de ginecología en abril de 2003, a la edad de 37 años, por presentar intensos dolores abdominales que, según ella, comenzaron en la menarquía y se han mantenido hasta la actualidad. Acude para tratamiento quirúrgico. Aporta ecografía informada de útero bicorne unicolis, con una cavidad normal y otra dilatada, y una imagen de 7 mm en su interior compatible con pólipo endometrial. Además, aporta histerosalpingografía (HSG) e histeroscopia que informan de un útero unicorne, y una resonancia magnética (RM), con informe de útero bicorne con dilatación de útero derecho en relación con el endometrio engrosado o hematocolpos. Tiene como antecedente 3 gestaciones: la primera, en el año 1985, que fue un aborto del primer trimestre con legrado uterino; la segunda, en el año 1995, un parto eutócico a las 34 semanas con un feto que pesó 1.950 g; la última, en el año 2000, tras una amenaza de parto prematuro tratada con tocólisis y corticoides, se le practicó una cesárea en la semana 38 por presentación de nalgas (el feto pesó 2.840 g). En la cesárea se hizo un diagnóstico de útero septo completo con gestación en hemiútero izquierdo. El he-



Figura 2. Pieza de histerectomía.



Figura 3. Pieza de histerectomía abierta.

miútero derecho era hipoplásico. El diagnóstico de la ecografía vaginal en nuestro servicio fue de útero doble con hematometra de 2 cm en el cuerno derecho. El diagnóstico definitivo es de útero unicorne



Figura 4. Resonancia magnética.

con cuerno rudimentario derecho y endometrio funcional. Se propuso realizar una exéresis del cuerno derecho, pero la paciente exigió una histerectomía, que fue practicada el 15 de mayo del mismo año (figs. 2 y 3).

Caso 3

Paciente de 13 años de edad, que acude a la consulta externa de ginecología el 21 de enero de 2005 por presentar un dolor intenso desde la menarquía. El dolor ha sido cíclico y se ha intensificado notablemente en los últimos meses, y en la actualidad es continuo e inaguantable. Aporta una ecografía con diagnóstico de útero bicorne unicollis, con cuerno rudimentario y hematometra de 4 cm. Se practica RM con el mismo diagnóstico. Se practicó una laparotomía con exéresis del cuerno rudimentario el 30 de enero (figs. 4-6).

DISCUSIÓN

La incidencia de las malformaciones uterinas es difícil de establecer, ya que en ocasiones cursan asintomáticas y, en parte, por las diferentes técnicas diagnósticas usadas (con una mayor o menor precisión). Las frecuencias obtenidas por diferentes estudios son las siguientes: el 0,1-4,3%⁶ de la población general, según la bibliografía, en la población no seleccionada, entre el 3,5^{5,6} y el 4%⁵ de las mujeres fértiles, y entre el 6,3⁷ y el 13%⁶ en las infértiles. La



Figura 5. Exéresis de cuerno rudimentario por laparotomía.



Figura 6. Cuerno rudimentario abierto.

malformación más frecuente es el útero septo⁶ (33,6%). El útero unicorne supone entre el 2,4%⁷ y el 13,7%^{4,6} de todas las malformaciones mullerianas.

El útero unicorne se engloba en el grupo II de la clasificación de la Sociedad Americana de Fertilidad⁸. Dentro de este grupo hay 4 subgrupos: *a)* con cuerno rudimentario comunicado; *b)* con cuerno rudimentario no comunicado y endometrio funcionando, que es al que nos referimos; *c)* con cuerno rudimentario sin cavidad, y *d)* sin cuerno rudimentario. La causa es una anomalía en el desarrollo de uno de los conductos de Müller⁴⁻⁹.

El diagnóstico del útero unicorne con hemato-metra es difícil de establecer, por desconocimiento, como lo demuestra los casos 1 y 2, donde las mujeres tuvieron una demora innecesaria e injustificada para obtener el tratamiento adecuado. Se debe sospechar ante una dismenorrea primaria especialmente intensa y duradera que no cede con la analgesia habitual o incluso puede aumentar de intensidad^{5,10}. La intensidad del dolor puede tener relación con el tamaño de la cavidad del cuerno rudimentario y con la funcionalidad del endometrio que la reviste¹¹.

Se ha observado que en el 74% de los uteros unicornes coexiste el cuerno rudimentario, no comunicante en el 90% de los casos^{3,12-14}. Tanto la ecografía como la RM han mostrado ser excelentes para el diagnóstico del útero unicorne con cuerno rudimentario funcional¹⁵⁻¹⁷. Ninguna de las técnicas destacó sobre la otra, aunque una de las ventaj

as que puede tener la ecografía es que es una prueba habitual en la práctica tocoginecológica rutinaria.

El útero unicorne también puede ser diagnosticado mediante HSG y/o histeroscopia, técnicas de manejo usual en nuestra especialidad.

La laparoscopia/laparotomía aislada como diagnóstico de útero unicorne puede ser insuficiente, ya que al ser una técnica que imposibilita la visión intracavitaria del útero; muchos de los úteros unicornes pueden ser confundidos con bicornes. Grimbizis recomienda la asociación de dichas técnicas con la histeroscopia para una clasificación correcta de las malformaciones.

Siempre que haya una malformación genital debe buscarse una anomalía renal y/o de vías urinarias, realizando para ello una ecografía abdominorrenal y/o urografía intravenosa⁵. En los casos clínicos descritos en este artículo se realizaron ecografías abdominales para descartar malformaciones renales coexistentes, que fueron normales (no se realizaron urografías).

Según la literatura médica, los úteros unicornes presentan una mayor prevalencia de endometriosis que el resto de malformaciones uterinas^{6,18-21} afirmación que no hemos podido confirmar.

En cuanto se refiere a enfermedad obstétrica, sólo una de nuestras pacientes ha estado embarazada, tuvo un aborto del trimestre, un parto prematuro en la semana 34 y una cesárea por presentación de nalgas tras una amenaza de parto prematuro. Todas

168 ellas son complicaciones descritas en el útero unicorne con una tasa de abortos del 37,1%, de parto pretérmino del 16,4% y de partos a término del 45,3%⁶.

Otra complicación descrita es la rotura uterina del útero unicorne rudimentario comunicado durante la gestación^{3,16,22}, que ocurre generalmente en el segundo trimestre. La causa es que el cuerno uterino comunicado no tiene una estructura normal como consecuencia del desarrollo anómalo del conducto de Müller, motivo que anima a la búsqueda de cuernos rudimentarios en úteros unicornes diagnosticados casualmente en pacientes con deseos genésicos en el curso de una histeroscopia y/o HSG.

Como tratamiento, es necesaria la exéresis del cuerno rudimentario no comunicado con endometrio funcional y, muy probablemente, también en el comunicado por el riesgo de rotura del útero gestante durante el embarazo. Nosotros hemos recurrido a la laparotomía pero también se utiliza la laparoscopia^{3,23-29}.

Como conclusión, en toda mujer con dismenorrea y hematometra en la ecografía o en la RM, se debe pensar que el diagnóstico es de útero unicorne con cuerno uterino rudimentario y hematometra, diagnóstico que se puede confirmar con histeroscopia y/o HSG. Confirmado el diagnóstico, el tratamiento es la exéresis del cuerno rudimentario por laparotomía o por laparoscopia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rapkin A. Dolor pélvico y dismenorrea. En: Ginecología de Novak. 12.^a ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 1996. p. 408-23.
2. Garrido Teruel R, Vargas Broquetas M. Malformaciones del aparato genital femenino y de la mama. En: Cabero Roura L, editor. Tratado de ginecología, obstetricia y medicina de la reproducción. Tomo II. 1.^a ed. Madrid: Médica Panamericana; 2003. p. 1272-85.
3. Jayasinghe Y. The presentation and early diagnosis of the rudimentary uterine horn. *Obstet Gynecol.* 2005;105:1456-67.
4. Akar ME, Bayar D, Yildiz S, Ozel M, Yilmaz Z. Reproductive outcome of women with unicornuate uterus. *Aust NZ J Obstet Gynaecol.* 2005;45:148-50.
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. Raga F, Bauset C, Remohi J, Bonilla-Musoles F, Simon C, Pellicer A. Reproductive impact of congenital Mullerian anomalies. *Hum Reprod.* 1997;12:2277-81.
7. Acien P. Incidence of Mullerian defects in fertile and infertile women. *Hum Reprod.* 1997;12:1372-6.
8. American Fertility Society. The American Fertility Society classifications of adnexal adhesions, distal tubal occlusion secondary to tubal ligation, tubal pregnancies, Mullerian anomalies and intrauterine adhesions. *Fertil Steril.* 1988;49:944-55.
9. Dadhwal V, Mittal S, Kumar S, Barua A. Hematometra in postmenarchal adolescent girls: a report of two cases. *Gynecol Obstet Invest.* 2000;50:67-9.
10. Fedele L, Marchini M, Baglioni A, Carinelli S, Zamberletti D, Candiani GB. Endometrium of cavity rudimentary horns in unicornuate uteri. *Obstet Gynecol.* 1990;75:437-40.
11. Suri V, Dhaliwal L, Prasad GR, Pathak N, Gupta I. Pregnancy in a noncommunicating horn of a unicornuate uterus with fetal salvage. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2002;81:473-4.
12. O'Leary JL, O'Leary JA. Rudimentary horn pregnancy. *Obstet Gynecol.* 1963;22:371-5.
13. Pentti K, Heinonen MD. Unicornuate uterus and rudimentary horn. *Fertil Steril.* 1997;68:224-30.
14. Fedele L, Dorta M, Vercellini P, Brioschi D, Candiani GB. Ultrasound in the diagnosis of subclasses of unicornuate uterus. *Obstet Gynecol.* 1988;71:274-7.
15. Console D, Tamburrini S, Barresi D, Notarangelo L, Bertucci B, Tamburrini O. The value of the MR imaging in the evaluation of Mullerian duct anomalies. *Radiol Med (Torino).* 2001;102:226-32.
16. Fedele L, Dorta M, Brioschi D, Guidici MN, Villa L. Magnetic resonance imaging of unicornuate uterus. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1990;69:511-3.
17. Fedele L, Bianchi S, Zanconato G, Berlanda N, Bergamini V. Laparoscopic removal of the cavitated noncommunicating rudimentary uterine horn: surgical aspects in 10 cases. *Fertil Steril.* 2005;83:432-6.
18. Fedele L, Bianchi S, Di Nola G, Franchi D, Candiani GB. Endometriosis and nonobstructive müllerian anomalies. *Obstet Gynecol.* 1992;79:515-7.

19. Olive DL, Henderson DY. Endometriosis and müllerian anomalies. *Obstet Gynecol.* 1987;69:412-5.
20. Matalliotakis IM, Goumenou AG, Koumantakis GE, Neonaki MA, Koumantakis EE, Arici A. Pulmonary endometriosis en a patient with unicornuate uterus and noncommunicating rudimentary horn. *Fertil Steril.* 2002;78:183-5.
21. Panayotidis C, Abdel-Fattah M, Leggott M. Rupture of rudimentary uterine horn of a unicornuate uterus at 15 weeks' gestation. *J Obstet Gynaecol.* 2004;24:323-4.
22. Soundararajan V, Rai J. Laparoscopic removal of a rudimentary uterine horn during pregnancy. A case report. *J Reprod Med.* 2000;45:599-602.
23. Perrotin F, Bertrand J, Body G. Laparoscopic surgery of unicornuate uterus with rudimentary uterine horn. *Hum Reprod.* 1999;14:931-3.
24. Nisolle M, Donnez J. Laparoscopic management of a unicornuate uterus with two cavitated, non-communicating rudimentary horns. *Hum Reprod.* 2000;15:1873-4.
25. Giatras K, Licciardi FL, Grifo J A. Laparoscopic resection of a noncommunicating rudimentary uterine horn. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 1997;4:491-3.
26. Canis M, Wattiez A, Pouly JL, Mage G, Manhes H, Bruhat MA. Laparoscopic management of unicornuate uterus with rudimentary horn and unilateral extensive endometriosis: case report. *Hum Reprod.* 1990;5:819-20.
27. Dicker D, Nitke S, Shoenfeld A, Fish B, Meizner I, Ben-Rafael Z. Laparoscopic management of rudimentary horn pregnancy. *Hum Reprod.* 1998;13:2643-4.
28. Durin L, Barjot P, Lucas J, Refahi N, Von Theobald P. Laparoscopic hemi-hysterectomy for pseudo unicornuate uterus: apropos of 3 cases. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2000;29:793-6.
29. Iglesias E. Malformaciones del aparato genital femenino. En: Usandizaga JA, De la Fuente P, editores. *Tratado de obstetricia y ginecología. Ginecología.* 1.^a ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1998. p. 202-11.