

CERPO

Centro de Referencia Perinatal Oriente

Facultad de Medicina, Universidad de Chile



Seminário N°127

Malformaciones Mulleriana y Embarazo

Dra. Mayrana Azevedo, Dr. Daniel Martin,
Dr. Juan Guillermo Rodríguez, Dr. Sergio De
la Fuente G. Ginecología y Obstetricia
Universidad de Chile

Introducción



- Las **malformaciones müllerianas (MM)** son un **conjunto de anomalías del desarrollo de útero, trompas de Falopio y vagina** que se originan, durante el período embrionario, por un **defecto de la fusión de conductos embrionarios conocidos como Conductos de Müller.**

- La prevalencia informada varía según la población estudiada.
- 5.5 % en población no seleccionada
- 8 % en mujeres infértiles
- 12.3 % en mujeres con antecedentes de aborto espontáneo
- 24.5 % en mujeres con aborto espontáneo e infertilidad
- **Frecuencia de MM específicos en mujeres afectadas:** septado (35 %), bicorne (26%), arcuato (18 %), unicornne (10 %), didelfo (8 %) y agenesia (3 %)
- No hay estudios retrospectivos, randomizado en población embarazada con MM.

Fisiopatología

- **Desarrollo uterina normal**

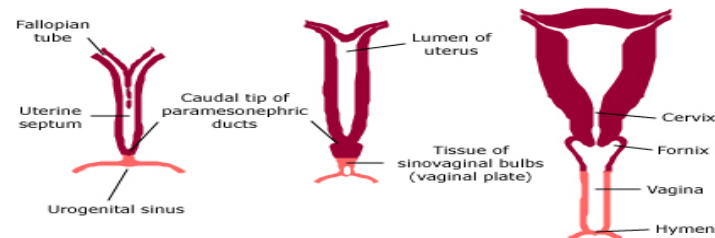
6 sem
Conductos de Müller

7 sem
Tabique uorrectal separa recto del seno urogenital

12 sem
Fusión de los conductos de Muller (canal uterovaginal)

20 sem
canalización interna
Absorción tabique en sentido cefálico

Diagrama esquemático de la formación del útero y la vagina.



Desarrollo uterino anormal



Los tres mecanismos principales :

- **Agenesia o hipoplasia** : ausencia congénita de la vagina, denominado síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH).
- **Defecto de fusión lateral**: desarrollo de órganos simétricos o asimétricos (Útero bicorne, útero didelfo). Falla de reabsorción que resulta en un tabique vaginal uterino
- **Defecto de fusión vertical**: conduce al desarrollo de un tabique vaginal transversal, agenesia vaginal segmentaria, agenesia o disgenesia cervical.

Diagnóstico

- Sospechar por ecografía o histerosalpingografía (HSG)
- Resonancia magnética nuclear (RNM) sensibilidad del 100 % (Gold standard no invasivo)
- Ecografía transvaginal 3D sensibilidad del 92 %
- La histeroscopia es un método invasivo que se debe reservar para el tratamiento

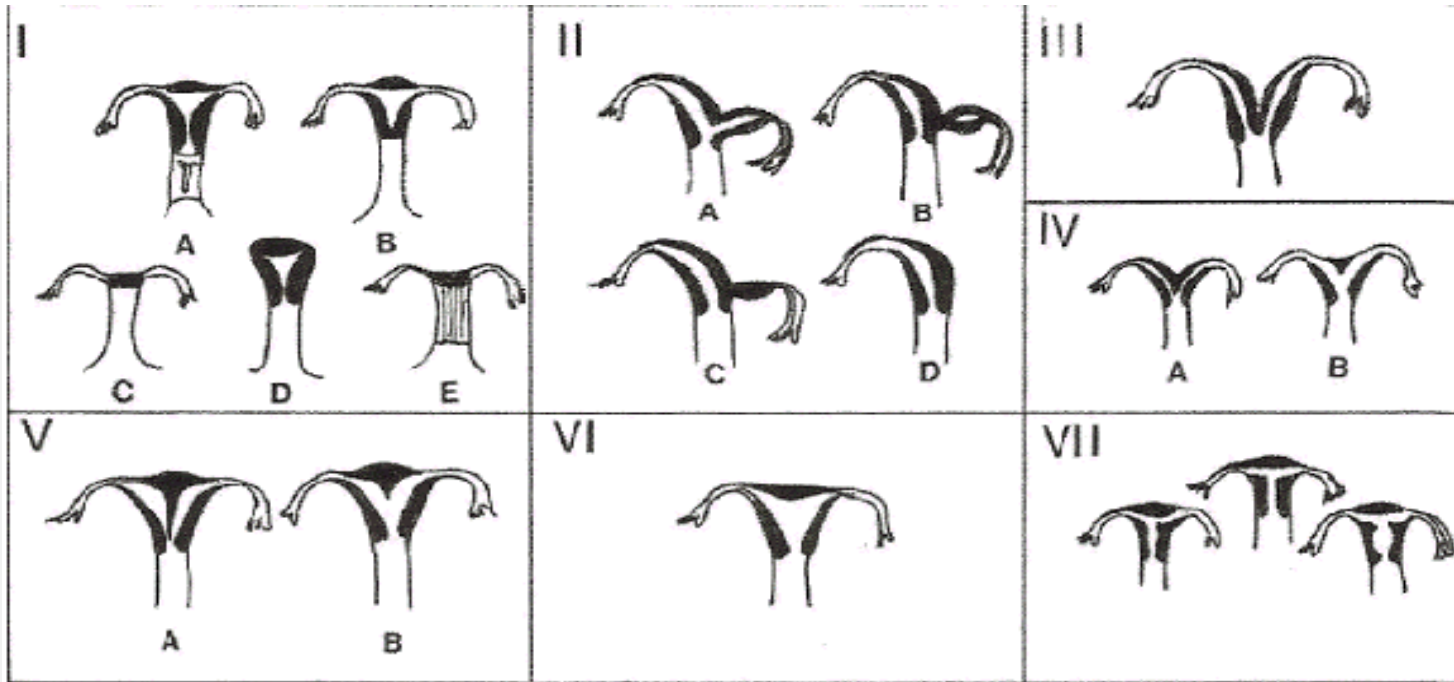


Figura 1. Clasificación de las anomalías müllerianas según la ASRM (1988)

I. Hipoplasia/agenesia. A. vaginal. B. Cervical. C. Fúndico. D. Tubárico.
 E. Combinado. II. Unicornes: A. Comunicante. B. No comunicante.
 C. Sin cavidad. D. Sin cuerno. III. Didelfos. IV. Bicornes: A. Completo.
 B. Parcial. V. Septado: A. Completo. B. Parcial.
 VI. Arcuato. VII. Relacionado con DES.

Sociedad Americana de Fertilidad 1988



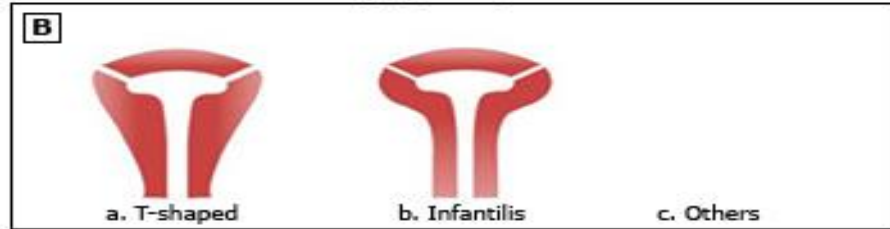
CERPO

Anomalías del tracto genital femenino: sistema de clasificación ESHRE ESGE

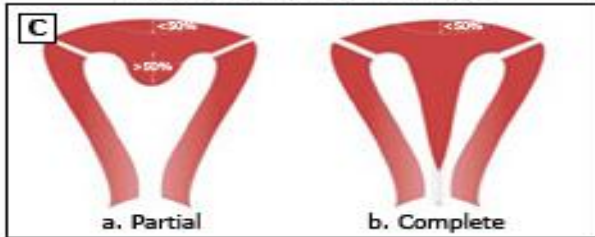
Class U0/normal uterus



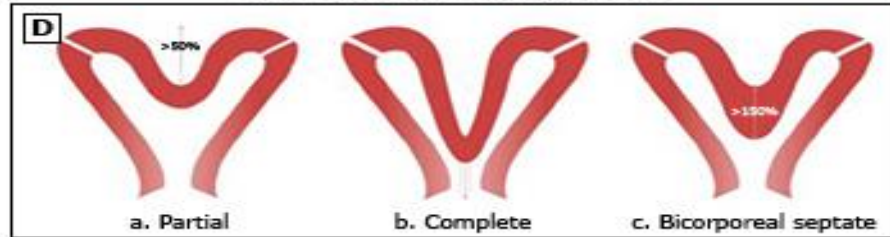
Class U1/dysmorphic uterus



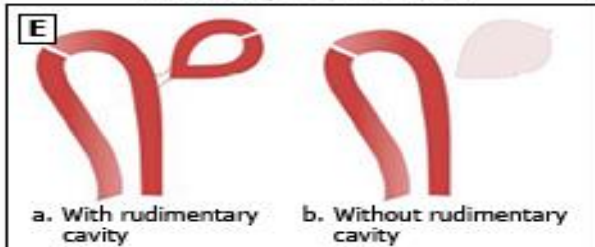
Class U2/septate uterus



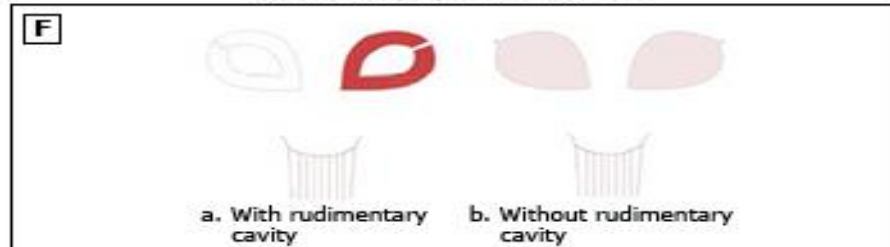
Class U3/bicorporeal uterus



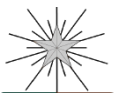
Class U4/hemi uterus



Class U5/aplastic uterus



Clasificación Sociedad Europea de Reproducción y Embriología Humana y Sociedad Europea de Endoscopia Ginecológica

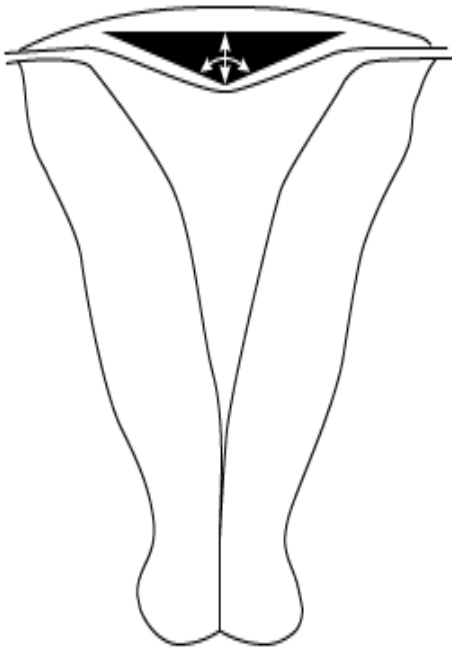


CERPO

A

Normal/arcuate

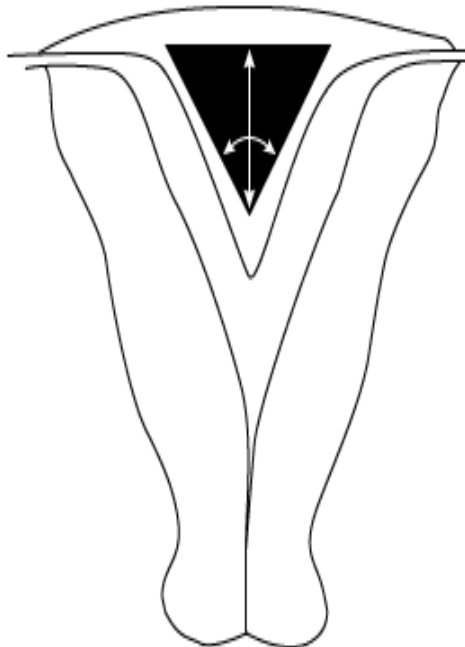
Depth <1 cm
Angle >90°



B

Septate

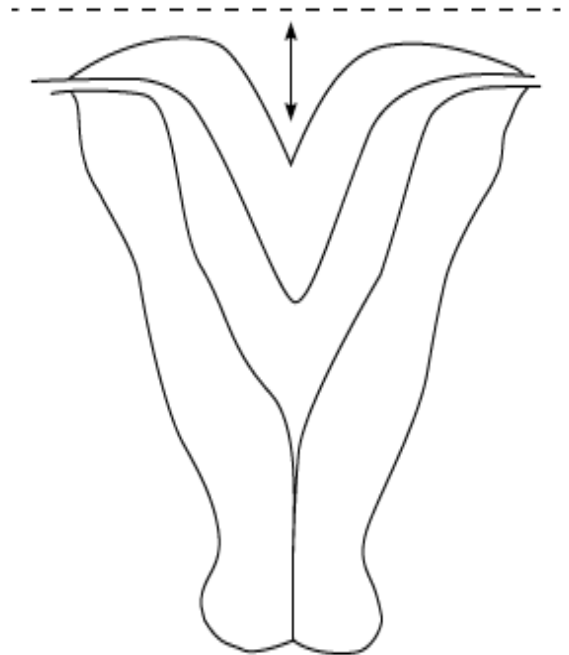
Depth >1.5 cm
Angle <90°



C

Bicornuate

Depth indentation
>1 cm



Malformaciones asociadas



- Se encuentran anomalías renales en 20 - 30 %de las mujeres con MM.
- Doble sistema colector renal, riñón en herradura, el riñón pélvico y la agenesia renal unilateral se han asociado con Útero Unicorne, hemivagina y a tabiques vaginales transversales.
- Cuando hay una anomalía renal, generalmente es ipsilateral al la MM.

Female genital anomalies affecting reproduction Paul C. Lin
FERTILITY AND STERILITY 2007; 87:355

Asociación



- Aborto espontáneo
- Aborto espontáneo recurrente
- Parto prematuro
- Restricción del crecimiento intrauterino
- Sangrado preparto y posparto
- Anormalidades de inserción placentaria
- Insuficiencia cervical
- Presentación fetal
- Hipertensión asociada al embarazo
- Parto por cesárea

Clinical implications of congenital uterine anomalies: a meta-analysis of comparative studies

Christos A Venetis, Stamatis P Papadopoulos, Rudi Campo, Stephan Gordts, Basil C Tarlatzis and Grigoris F Grimbizis

Reproductive BioMedicine Online, 2014-12-01, Volume 29, Issue 6, Pages 665-683, Copyright © 2014 Reproductive Healthcare Ltd.




Revisión sistemática con aumentos estadísticamente significativos en los riesgos relativos (RR)

- Aborto espontáneo en el primer trimestre: Septado (RR 2.65), Bicorne (RR 2.32)
- Aborto espontáneo en el segundo trimestre: Septado (RR 2.95), Bicorne (RR 2.90)
- Parto prematuro: **Didelfo (RR 3.39)**, **Unicorne (RR 3.14)**, Bicorne (RR 2.16), Septados (RR 2.11)
- Restricción del crecimiento fetal: **Didelfo (RR 4.94)**, Bicorne (RR 2.80), Septado (RR 2.54)
- Distocia de presentación fetal: Bicorne (RR 4.65), Septado (RR 4.35), Unicorne (RR 3.12), Didelfo (RR 2.62)
- Reducción del embarazo espontáneo - Septado (RR 0,86)

Conclusión: La extirpación histeroscópica de un tabique puede reducir la probabilidad de un aborto espontáneo (RR 0,37; IC del 95%: 0,25 a 0,55)

The association of Mullerian anomalies and placenta abruption: a meta-analysis

Salman Khazaei, Ensiyeh Jenabi  & Yousef Veisani

Pages 512-516 | Received 03 Sep 2017, Accepted 09 Sep 2017, Accepted author version posted online: 11 Sep 2017, Published online: 19 Sep 2017

 Download citation  <https://doi.org/10.1080/14767058.2017.1379072>



- Metanálisis evaluar la asociación entre desprendimiento de placenta y anomalías mullerianas
- 732 estudios con 653.146 participantes
- OR 3.10 (IC 95%: 1.47, 4.74)

Tratamiento Preconcepcional



- En el tratamiento quirúrgico los mejores resultados se obtienen en el útero septado y en el bicorne en mujeres con abortos a repetición.
- la resección del tabique histeroscópico es un procedimiento profiláctico en pacientes asintomáticos para mejorar sus posibilidades de un parto exitoso.

Clinical implications of uterine malformations and hysteroscopic treatment results Grigoris F.

<https://doi.org/10.1093/humupd/7.2.161>

Recomendaciones Expertos



- Evaluar los riñones para detectar anomalías asociadas
- Cervicometría Screening 22-24 sem permite predecir de forma sensible el parto prematuro espontaneo
- Vigilancia con Cervicometría
- Vigilancia del crecimiento fetal (28, 32, 36 semanas)
- Uso de progesterona para disminuir el riesgo de parto prematuro si Cervicometría < 25 mm e/o parto prematuro previo