

11. Malformaciones uterinas

INTRODUCCIÓN

Las malformaciones uterinas, conocidas ya desde hace más de trescientos años, son importantes en la vida de la mujer como origen de alteraciones menstruales, infertilidad (aborto, parto inmaduro o prematuro) y esterilidad con sus manifestaciones clínicas y complicaciones, así como por su asociación a otras malformaciones del aparato genito-urinario. No obstante, hay algunos casos asintomáticos, incluso con gestación y parto normales, que son hallazgos fortuitos o producto de una investigación determinada⁽¹⁾.

FISIOPATOLOGÍA

El motivo principal de los fracasos de la gestación en estas malformaciones se entendió inicialmente como simple defecto de distensión uterina, que su alteración morfológica y estructural implican. Pero sin duda, también puede influir el estado de vascularización endometrial, que pueda ser anómalo en estos casos⁽²⁾. Esta es la razón que invocan algunos autores en el mayor índice de abortos precoces en los úteros septos, y que sería un hecho peculiar de este tipo de anomalía⁽³⁾.

Además, desde 1963⁽⁴⁾ se comprobó una alta incidencia en estos casos de gestación tardía, perdidos por incompetencia cervical. Después, se ha confirmado y visto, que aunque pueda darse esta incompetencia en todas las variedades de malformaciones corporales, principalmente se manifiesta en el tipo T⁽⁵⁻⁶⁾ o en el útero bicorne⁽⁷⁻⁸⁾.

CLÍNICA

Fundamentalmente este tipo de anomalías producen la interrupción anticipada de la gestación con abortos precoces y tardíos y, sobre todo, con partos prematuros. Dentro de esta patología no hay una clara distinción en lo que sucede en cada uno de los tipos de malformación que se pueden encontrar. Sin embargo, en los úteros septos hay más frecuencia de pérdidas gestacionales recurrentes en el primer trimestre de gestación que en otras malformaciones⁽³⁾.

Además de esta patología típica, se observan, con más frecuencia de la habitual, gestaciones ectópicas en todos los tipos de malformación⁽⁹⁾, pero con más frecuencia en el tipo uterino T⁽¹⁰⁻¹¹⁾, a veces por transmigración intraperitoneal. Igualmente más frecuentes son las hemorragias preparto por placenta previa o *abruptio placentae*^(8,10), de acuerdo a los factores patológicos que las condicionan y que aquí son más frecuentes. Por último, son más frecuentes

también, las alteraciones de las contracciones uterinas al parto⁽⁷⁾, y las anomalías de la estática fetal intrauterina (presentación podálica, situación transversa, malposición cefálica, etc.).

En las malformaciones uterinas son más frecuentes los abortos tardíos, los partos prematuros, las gestaciones ectópicas, la hemorragia del tercer trimestre, las malposiciones fetales y las disdinamias.	C
En los úteros septos son también más frecuentes los abortos precoces.	C

DIAGNÓSTICO

Hasta la práctica de la histerosalpingografía (HSG), no se podía hacer un diagnóstico correcto de estas malformaciones uterinas, que antes sólo se podían intuir o asegurar por la exploración manual intrauterina postparto o instrumental.

Como complemento diagnóstico de la histerosalpingografía tenemos otros medios diagnósticos como la laparoscopia con visión externa del útero, la ultrasonografía y la histeroscopia. Por último, la resonancia nuclear magnética, que con su mayor precisión permite puntualizar hechos de interés, no sólo de la calidad del útero sino del cuello, e incluso vagina.

La principal prueba diagnóstica para el estudio de las malformaciones uterinas es la histerosalpingografía.	B
---	----------

SÍNDROME DE MAYER-ROKITANSKY-KUSTER

Este síndrome es la máxima anomalía mülleriana por la ausencia del útero, en tanto se mantienen con buen desarrollo ambas trompas y ovarios, incluso puede haber un normal desarrollo de la vagina baja, de pocos centímetros, pero con genitales externos normales.

Por su naturaleza, en este síndrome solamente hay una solución en relación a un embarazo, y ello mediante la gestación subrogada, en caso de que la paciente desee el embarazo en su momento oportuno. Esta indicación supone el 15% aproximadamente de todas las gestaciones subrogadas que se han practicado hasta la fecha⁽¹¹⁾, al menos en estos años de su práctica más limitada (prohibición legal; no aceptación, etc.). Este es uno de los casos de más justificada indicación⁽¹²⁾.

En la actualidad la única alternativa reproductiva en las mujeres con síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster es la maternidad subrogada.	C
---	----------

BIBLIOGRAFÍA

1. Simón C, Martínez L, Pardo F, et al. Müllerian defects in women with normal reproductive outcome. *Fertil Steril* 1991; 56: 1192-3.
2. Alpizar, Palmer AR. Long term results of 66 cases of hysteroplasty bifid uterus. *Compt Rend Soc Franc Gynec* 1970; 40: 179-88.
3. Proctor JA, Haney AF. Recurrent first trimester pregnancy loss is associated with uterine septum but not with bicornuate uterus. *Fertil Steril* 2003; 80: 1212-5.
4. Keettel WC, Stein RJ. The viability of the cast-off endometrium. *Am J Obstet Gynecol* 1951; 440-2
5. Andrews MC, Jones HW. Jr. Impaired reproductive performance of the unicornuate uterus: intrauterine growth retardation, infertility, and recurrent abortion in five cases. *Am J Obstet Gynecol* 1982; 144: 173-6.
6. Rock JA, Schlaff WD. The obstetric consequences of uterovaginal anomalies. *Fertil Steril* 1985; 43: 681-92.
7. Davis WA, Cullimore J. Entrapment of the fetal head in a unilateral imperforate vagina in association with complete duplication of uterus and cervix. Case report. *Br J Obstet Gynaecol* 1985; 92: 986-8.
8. Golan A, Langer R, Neuman M, et al. Obstetric Outcome in women with congenital uterine malformations. *J Reprod Med* 1992; 37:233-6.
9. Ombelet W, Verswijvel G, De Jonge E. Ectopic ovary and unicornuate uterus. *N Engl J Med* 2003; 348: 667-8.
10. Abramovici H, Faktor JH, Pascal B. Congenital uterine malformations as indication for cervical suture (cerclage) in habitual abortion and premature delivery. *Int J Fertil* 1983; 28: 161-4.
11. Goldfarb JM, Austin C, Peskin B, Lisbona H, Desai N, de Mola JR. Fifteen years experience with an in-vitro fertilization surrogate gestational pregnancy programme. *Hum Reprod* 2000; 15: 1075-8.
12. Caballero A, Caballero JL. Gestación subrogada. *Acta Ginecol* 2002; 59: 232-9.