

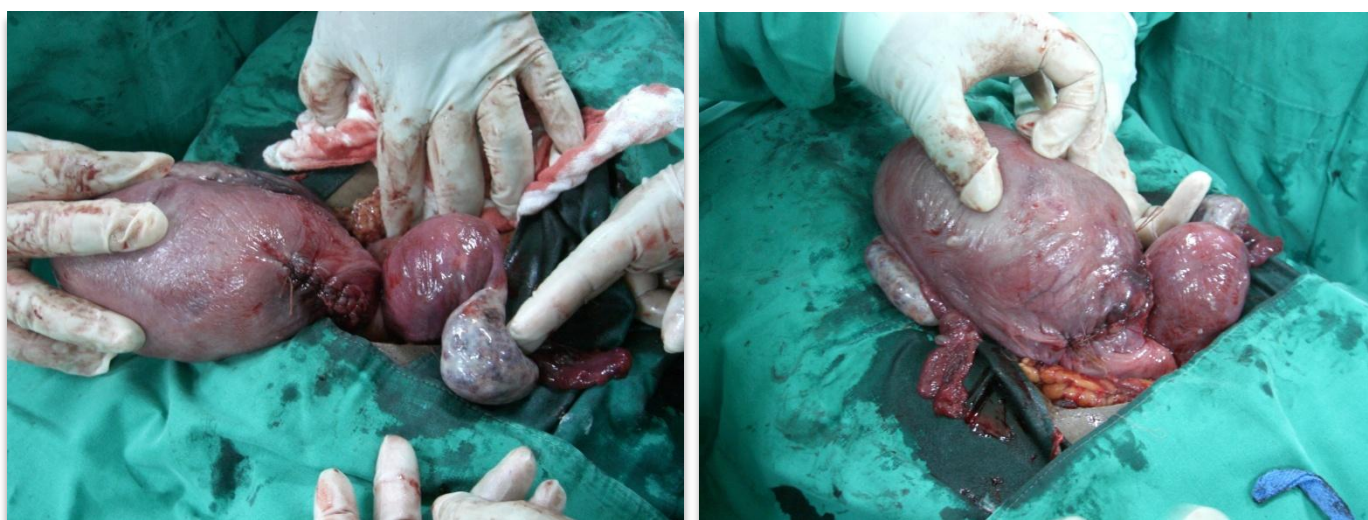
ÚTERO DIDELFO UTERUS DIDELPHYS

Stanley Wu Tai. *

* Estudiante de Medicina del XII semestre de la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá

Recibido: 12 de septiembre de 2008

Aceptado: 25 de septiembre de 2008



Paciente Femenina de 31 años, G1P0C1A0, con diagnóstico de admisión de embarazo a término con Distocia de presentación pélvica. Cumpliendo con todo el protocolo preoperatorio, se programa para una cesárea. Durante la operación quirúrgica se encuentra una anomalía congénita, útero didelfo.

Antes de hablar de útero didelfo, debemos saber que esta se encuentra entre el grupo de patología englobadas en anomalías de los conductos mullerianos. Se ha estimado que ocurren alrededor de 0.1 a 0.5 % de la mujeres. Aunque la verdadera prevalencia se desconoce debido a que la anomalía usualmente se descubre en pacientes con infertilidad. Pero puede ocurrir embarazo a término en paciente con útero bicorne, septato o didelfo. Pero *Simon et al* encontró que en la población fértil el defecto mulleriano tiene una prevalencia 3.5 % (1).

La Sociedad Americana de Fertilidad (AFS) han clasificado las anomalías de 7 clases (2): Clase I, hipoplasia o agenesia; Clase II, útero unicornio; Clase III, útero didelfo; Clase IV, útero bicorne; Clase V, útero septado; Clase VI, útero arcuato; Clase VII, anomalías relacionado con dietilstilbestrol

Útero didelfos o útero doble, ocurre cuando existe un defecto de fusión lateral de los conductos mullerianos o paramesonéfricos, produciendo una duplicación de las estructuras reproductivas. Generalmente esta duplicación es limitada al útero y cérvix (útero didelfo y bicollis), aunque también puede haber una duplicación de la vulva, vejiga, uretra, vagina y ano.

REFERENCIAS

1. Simon C, Martinez L, Pardo F, et al. Mullerian defects in women with normal reproductive outcome. *Fertil Steril*. Dec 1991;56(6):1192-3.
2. AFS. The American Fertility Society classifications of adnexal adhesions, distal tubal occlusion, tubal occlusion secondary to tubal ligation, tubal pregnancies, mullerian anomalies and intrauterine adhesions. *Fertil Steril*. Jun 1988;49(6):944-55.