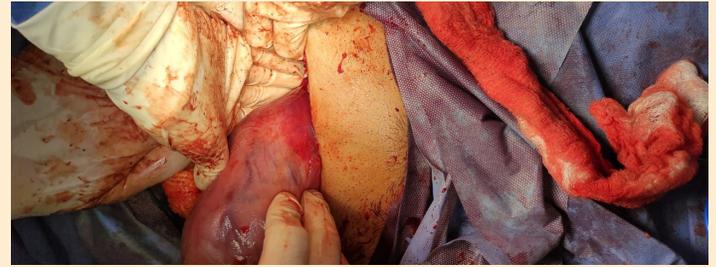


EMBARAZO DE 33.6 SDG EN PACIENTE CON ÚTERO DIDELFO UNICOLLIS

DATOS PERSONALES

Dr. Héctor González Flores, Residente segundo año.
Dra. Grecia Verónica Martínez García, Residente
tercer año.
ISSSTE, Hospital Dr. Valentín Gómez Farías.
Av. Soledad Orozco, El Capullo, 45100, Zapopan,
Jalisco.
3335593073
hectorglez94@hotmail.com



PRESENTACION DE CASO

En un estudio observacional retrospectivo se selecciono a una paciente de 30 años primigesta con embarazo pretérmino de 33.6 semanas de gestación (sdg). La cual se presenta al servicio de urgencias por referir salida de liquido trasvaginal claro en cantidad moderada así como actividad uterina irregular, percibiendo de manera adecuada movimientos fetales, Con producto único vivo cefálico dorso derecha, fcf 148 lpm, sin datos de irritación peritoneal aparente, peristalsis presente. A la especuloscopia se observa variante vaginal anatómica con presencia de lengüeta en pared vaginal anterior, al tacto vaginal, cérvix anterior, reblandecido con 1 cm de dilatación y 70% borrarriamiento, no se palpa amnios. Resto sin alteraciones. Con índice de gruber baumgarten de 4 puntos con 38% de probabilidad de uteroinhibición, Se inicia tocolisis a base de nifedipino hasta dosis máxima de 40 mg por lo cual se decide iniciar con orciprenalina llevándola a dosis tope sin lograr útero inhibición. Actualmente con índice de gruber de 7 puntos con 0% de posibilidad de útero-inhibición. Se pasa a sala a cesárea previa maduración pulmonar completa y manejo antibiótico. Donde posterior a la revisión de correderas parietocolicas se evidencia una segunda cavidad uterina rudimentaria izquierda unicollis.



CONCLUSION

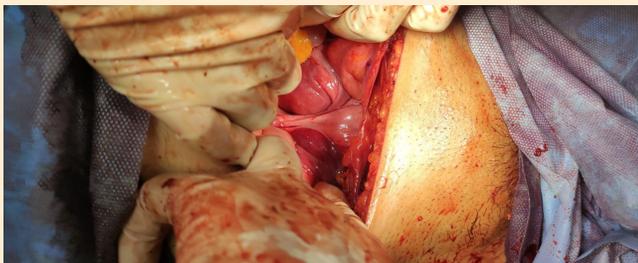
Los embarazos en pacientes con malformaciones mullerianas son embarazos de alto riesgo los cuales se deben de diagnosticar de forma temprana y enviar al tercer nivel de atención desde el primer trimestre. En el caso de nuestra paciente nos podemos dar cuenta que entro dentro de la estadística de 12% de presentar rotura de membranas así como de finalizar en parto pretérmino 24% y por interrupción abdominal 64%. Estas pacientes, posterior a la finalización de su embarazo es recomendable acudir a consulta preconcepcional para explicar los riesgos de un embarazo posterior.

ANTECEDENTES

La presencia de un útero didelfo se debe a una alteración mulleriana asociada a defectos poligénicos multifactoriales siendo el cariotipo normalmente 46XX en el 92%. Estos defectos mullerianos se asocian en 20 a 30 % con anomalías renales (doble sistema colector, riñón en herradura, agensia renal unilateral y tabiques vaginales transversos). En el 76% el embarazo ocurre en el lado derecho. Siendo de mejor pronóstico en cuanto a la función reproductora, por contar con mejor irrigación.

Los riesgos estimados fueron del 25% de parto prematuro, el 40% de mala presentación fetal, el 64% de parto por cesárea, el 12% de rotura de membranas pretérmino, el 15% de retraso del crecimiento intrauterino, el 4% de desprendimiento de placenta, el 5% de preeclampsia, el 13% de incompetencia cervical y el 2% de placenta previa.

Se analizaron 101 embarazos con malformaciones uterinas durante un período de 8 años en el cual se observó que el 60% de los embarazos en útero didelfo llegaron a término.



OBJETIVO

Dar a conocer el reporte de un caso de embarazo de 33.6 sdg en una paciente primigesta de 30 años con útero didelfo diagnosticado transquirúrgica postparto.



BIBLIOGRAFIA

- López-Olmos, J., & Vizuete del Río, J. (2014). Útero didelfo, bicollis y tabique vaginal longitudinal, causa de aborto habitual. *Clinica e investigación en ginecología y obstetricia*, 41 (3), 134-137. <https://doi.org/10.1016/j.gine.2013.03.002>.
- Olivia, Y., Meraz, G., Hajj, MC, Guadalupe, M., García, H., Carlos Torres España, J., Residente De Ginecología, M., Del, O., Médico, C., & Adscrito De Ginecología, M. (s/f). Embarazo en paciente con útero didelfo, bicollis con vagina septada y colocación de cerclaje cervical profi láctico
- Complicaciones obstétricas en mujeres con anomalías uterinas congénitas según la clasificación de la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología de 2013 y la Sociedad Europea de Endoscopia Ginecológica: revisión sistemática y metanálisis. *Australia. Panagiotopoulos M, Tseke P, Michala L. Obstet Gynecol. 2022;139(1):138.*
- Resultado del embarazo de pacientes con anomalías uterinas no corregidas manejadas en un entorno obstétrico de alto riesgo. *Australia Ludmir J, Samuels P, Brooks S, Mennuti MT. Obstet Gynecol. 1990;75(6):906.*
- Chan YY, Jayaprakasan K, Zamora J, et al. La prevalencia de anomalías uterinas congénitas en poblaciones no seleccionadas y de alto riesgo: una revisión sistemática. *Hum Reprod Actualización 2011; 17:761.*