Rev Obstet Ginecol Venez. 2026; 86 (2): 347-353.
https://doi.org/10.51288/00860216

Alteraciones müllerianas (útero didelfo) y embarazo. Prevalencia, complicaciones y manejo

Drs. Juan Caripidis Staveris,[1] Pedro Martínez Poyer,[2] Evelyn Álvarez,[3] Maryori Coromoto Zapata Rodríguez.[3]

RESUMEN

Las malformaciones müllerianas constituyen un espectro de patologías congénitas resultantes de defectos del desarrollo, fusión o canalización de los conductos de Müller durante la embriogénesis. Frecuentemente es descubierto durante la investigación de casos de infertilidad o tras experimentar complicaciones obstétricas. Entre ellas, el útero didelfo se presenta como un órgano duplicado, es decir, existe un par de úteros completamente separados. Es fundamental diferenciarlo del útero septado, ya que estas dos condiciones, a menudo confundidas, conllevan pronósticos reproductivos distintos. Su reconocimiento y manejo adecuados son cruciales para optimizar los resultados reproductivos y minimizar las complicaciones asociadas, dada su implicación directa en la capacidad gestacional y el bienestar maternofetal. Se presenta un caso clínico de una paciente de 40 años de edad, quien fue estudiada por infertilidad, realizando el diagnóstico de útero didelfo, posteriormente cursó con un embarazo único espontáneo en el útero derecho, que culminó sin complicaciones, vía cesárea segmentaria.

***Palabras clave**: Malformaciones mullerianas, Útero Didelfo, Embarazo.*

Müllerian alterations (didelphic uterus) and pregnancy. Prevalence, Complications, and Management

SUMMARY

Müllerian malformations encompass a spectrum of congenital pathologies resulting from defects in the development, fusion, or canalization of the Müllerian ducts during embryogenesis. It is frequently discovered during the investigation of infertility cases or after experiencing obstetric complications. Among them, the didelphys uterus is presented as a duplicate organ, that is, there is a pair of completely separate uteruses. It is crucial to differentiate it from a septate uterus, as these two conditions, though often confused, carry very different reproductive prognoses. Their appropriate recognition and management are crucial for optimizing reproductive outcomes and minimizing associated complications, given their direct implication in gestational capacity and maternal-fetal well-being. We present a clinical case of a 40-year-old patient diagnosed with uterus didelphys who had a single spontaneous pregnancy in the right uterus, which culminated without complications via segmental cesarean section.

***Keywords:** Müllerian malformations, Uterus Didelphys, Pregnancy.*

INTRODUCCIÓN

Las malformaciones de los conductos de Müller, también conocidas como anomalías congénitas del útero y los dos tercios superiores de la vagina, representan un espectro de defectos del desarrollo que resultan de la falla en la formación, fusión o reabsorción septal de los conductos paramesonéfricos durante la embriogénesis. Estos conductos son los precursores de las trompas de Falopio, el útero, el cuello uterino y los dos tercios superiores de la vagina en la mujer.

Aunque a menudo asintomáticas, estas anomalías pueden tener un impacto significativo en la salud reproductiva, manifestándose como infertilidad, abortos recurrentes, parto pretérmino u otras complicaciones obstétricas (1). Las malformaciones müllerianas en general no son raras, se ha descrito una prevalencia promedio en la población general de 6,7 %, y en población infértil de 7,3 %, siendo aún más alta en pacientes con pérdida gestacional recurrente (16,7 %) (2).

Hospital de Clínicas Caracas. [1] Especialista en Perinatología. [2] Especialista en Cirugía de mínima invasión, laparoscópica y robótica. [3] Especialista en Obstetricia y Ginecología.
Correo para correspondencia: juancaripidisstaveris@gmail.com

Forma de citar este artículo: Caripidis Staveris J, Martínez Poyer P, Álvarez E, Zapata MC. Alteraciones müllerianas (útero didelfo) y embarazo. Prevalencia, complicaciones y manejo. Rev Obstet Ginecol Venez. 86(2):347-353. DOI: 10.51288/00860216

Dentro de este complejo grupo de malformaciones, el útero didelfo (del griego *di*, dos, y *delphys*, útero) es una de las presentaciones más distintivas y anatómicamente evidentes. Caracterizado por la presencia de dos úteros completamente separados, cada uno con su propio cérvix y a menudo asociado con una duplicación de la vagina, esta condición surge de una interrupción temprana en la fusión de los conductos müllerianos. El útero didelfo es un hallazgo relativamente infrecuente; su prevalencia es del 5 % (3), aunque hay variaciones en la literatura, describiéndose que representa hasta el 8 % de las anomalías de los conductos paramesonéfricos, asociándose en 15 % a 30 % de los casos con anomalías unilaterales, por ejemplo: obstrucción de hemivagina y agenesia renal ipsilateral (4).

El útero didelfo se clasifica como clase III (trastornos de la fusión lateral de los conductos de Müller) según el sistema de la American Fertility Society (AFS). Esta anomalía surge debido a la falla en la fusión completa de los conductos de Müller durante el desarrollo embrionario (entre las semanas 12 y 16 de gestación). Como consecuencia, cada conducto forma un hemiútero independiente, cada uno con su propia trompa de Falopio y ovario. Cabe destacar que no existen registros de casos en los que un hemiútero presente dos trompas. Si la separación es total, la malformación incluirá dos cérvix y un tabique vaginal en su porción superior. Esta condición se distingue del útero bicorne (clase IV de la AFS), donde la división de los conductos no es completa ni profunda. A diferencia del didelfo, el útero bicorne suele presentar un solo cérvix, mientras que el didelfo se caracteriza por dos cérvix. Además, en el útero arcuato (una variante), se observa un tabique central y un fondo uterino ligeramente hundido (3, 5).

Para diagnosticar las diversas malformaciones uterinas, es esencial considerar tanto las manifestaciones clínicas como el estudio integral de la morfología externa e interna del útero. Actualmente, el método de referencia combina histeroscopia con laparoscopia, ya que permite una evaluación directa y detallada de la cavidad uterina y su estructura externa. Además, la inspección vaginal con espéculo, puede aportar información valiosa en casos seleccionados. Sin embargo, también existen técnicas no invasivas que desempeñan un papel clave en el diagnóstico, como la histerosalpingografía que evalúa la forma de la cavidad uterina y la permeabilidad tubárica, el ultrasonido transvaginal o abdominal, útil para una primera aproximación, especialmente con tecnología 3D, y la resonancia magnética nuclear pélvica, que es el estándar de oro por su alta precisión en la visualización de tejidos blandos y anomalías asociadas. Estos métodos complementarios permiten una evaluación integral, minimizando riesgos cuando la cirugía no es la primera opción (6, 7).

Las pacientes con útero didelfo pueden tener la fertilidad afectada, o normal, en algunos casos se han documentado problemas como infertilidad primaria, abortos recurrentes, pérdidas gestacionales, partos prematuros o complicaciones mecánicas durante el parto (distocias). Cuando no existe obstrucción anatómica, los embarazos en estas mujeres suelen evolucionar sin complicaciones, y muchas veces la malformación se descubre de manera incidental durante el parto vaginal o la cesárea (8, 9).

Algunas fuentes han demostrado que la fertilidad de mujeres con útero de didelfo no tratado es mejor que la de aquellas con otras anomalías del conducto de Müller, pero aún inferior a la de mujeres con anatomía uterina normal. También existe un mayor riesgo de aborto espontáneo, retraso del crecimiento fetal y prematuridad, y se ha reportado una probabilidad estimada del 45 % (o menos) de llevar un embarazo a término en comparación con un útero normal, similar al de un útero unicorne. Esto indica un bajo rendimiento reproductivo, pero aún no tan malo como un septo o útero bicorne, que son más comunes entre las anomalías de los ductos müllerianos (10).

El estudio de estas anomalías es crucial, ya que permite ampliar las opciones diagnósticas y terapéuticas disponibles, mejorar el pronóstico reproductivo de las afectadas y optimizar su calidad de vida mediante un manejo personalizado.

CASO CLÍNICO

Se trata de paciente de 39 años de edad, I gesta, I aborto, fecha de última regla (FUR): 25/04/2024, dos meses antes de la consulta, quien acudió para control ginecológico, donde fue evaluada y al examen físico se evidenció, al examen con espéculo, una vagina de trayecto libre, con la presencia de dos cuellos uterinos, macroscópicamente sanos.

Se realizó ecografía transvaginal tridimensional (eco TV3D), evidenciando útero didelfo, endometrios trilaminares, ovarios con actividad folicular, sin evidencia de patología orgánica; se concluyó como una patología mülleriana: útero didelfo (imagen 1).

Se solicitó resonancia magnética nuclear (RMN) de pelvis en donde se observó malformación uterina mülleriana, a considerar útero didelfo, lesión de ocupación de espacio heterogénea con principal componente líquido ubicado en ovario izquierdo, imágenes foliculares en el ovario derecho, discreto líquido en fondo de saco posterior, formación quística que sugiere pequeño quiste de la glándula de Bartholin, adyacente a introito vaginal del lado izquierdo (imagen 2).

El día 16/07/2024, tres semanas después de la consulta, se realizó histeroscopia diagnóstica apreciándose vagina elástica, con pliegues transversales, sin lesiones, se aprecian dos cuellos uterinos derecho e izquierdo, con orificio cervical externo circular, abundante moco, canal endocervical eritematoso, con pliegues longitudinales, de superficie lisa; se realizó hidrodilatación hasta permeabilizar orificio cervical interno, la cavidad endometrial derecha era de aproximadamente 30 mm longitudinal x 15 mm transversal, se observó imagen ovoidea nacarada de 1,5 mm de diámetro, con vascularización periférica

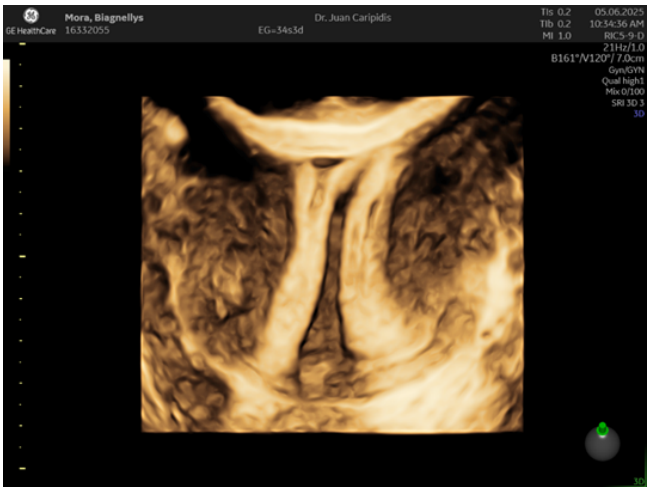


Imagen 1. Ecografía transvaginal 3D: evidencia de útero didelfo.



Imagen 2. RMN: evidencia de útero didelfo.

en cara anterior de región ístmica; la cavidad endometrial izquierda midió 30 mm x 15 mm con ostium aparentemente cerrado. Los ostium tubáricos, el derecho permeable y el izquierdo cerrado. Se concluyó como un mioma uterino FIGO (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia) 2, en hemiútero derecho.

En vista de los hallazgos en la histeroscopia diagnóstica se preparó a la paciente para miomectomía por histeroscopia, la cual se realizó sin complicaciones y se obtuvo mioma de 3 mm de útero derecho.

Luego de dos ciclos menstruales regulares posterior a la histeroscopia quirúrgica, la paciente acudió por amenorrea, con fecha de última menstruación (FUM) 07/10/2024, teniendo 40 años de edad, se le realizó un eco transvaginal y se evidenció en útero derecho saco gestacional con vesícula vitelina, botón embrionario con actividad cardiaca visible, correspondiente con embarazo de 5 semanas + 4 días por longitud cráneo-rabadilla (LCR), por lo cual se inició el control prenatal (imagen 3).

A las 13 semanas + 2 días, acudió para la realización del ecosonograma morfogenético del primer trimestre, con marcadores ecográficos de cromosomopatías alterados, dados por translucencia nucal aumentada en 5 mm, motivo por el cual se solicitó realizar ADN fetal en sangre materna. Se realizó el screening de preeclampsia evidenciando el índice de resistencia de la arteria uterina derecha mayor al percentil 95, por lo que se asoció aspirina hasta la semana 36 de embarazo. Se obtuvo el resultado de ADN fetal en sangre materna con ausencia de aneuploidía.

A las 20 semanas + 5 días acudió a consulta para la realización de la ecografía morfológica del segundo trimestre, todos los hallazgos resultaron dentro de la normalidad, los marcadores ecográficos de comosomopatías estuvieron negativos. Se realizó eco doppler materno fetal a las 28 semanas + 4 días, normal para los vasos estudiados. El resto del control prenatal se realizó con total normalidad.

A las 36 semanas + 2 días acudió para la realización de un ecosonograma obstétrico evidenciando feto único, situación longitudinal, presentación podálica. Diámetro biparietal (DBP): 89,82 mm, circunferencia cefálica (CC): 319,05 mm, longitud del fémur (LF): 71,48 mm, circunferencia cefálica (CA): 330,87 mm, peso estimado fetal (PEF): 3003 g. Ubicación placentaria: cara posterior, superior media, grado II/III. Sin evidencia ecográfica de malformaciones (imagen 4).

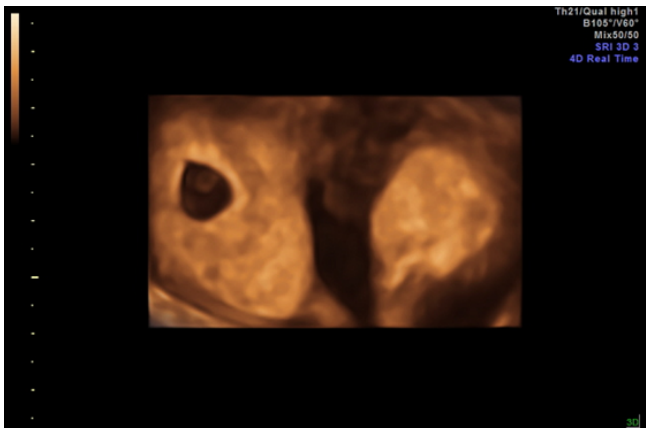


Imagen 3. Ecografía obstétrica 3D: evidencia de saco gestacional en útero derecho.



Imagen 4. Ecografía obstétrica 3D: cara fetal (36 semanas + 2 días).

En vista de presentación podálica del producto de la concepción, se planificó para una cesárea segmentaria a las 39 semanas, la cual se realizó el día 09/07/2025, sin complicaciones. Se evidenció útero didelfo intraoperatorio (imagen 5). Se obtuvo recién nacido, sexo femenino, quien respiró y lloró espontáneamente al nacer, y pesó 3300 g. Durante el acto operatorio se evidenciaron múltiples adherencias pélvicas y focos de endometriosis.

La evolución de la paciente fue favorable, no se presentaron complicaciones durante su estancia intrahospitalaria ni posterior al procedimiento operatorio (tanto en la paciente como en el recién nacido). Ambas egresaron a los dos días después del procedimiento quirúrgico.

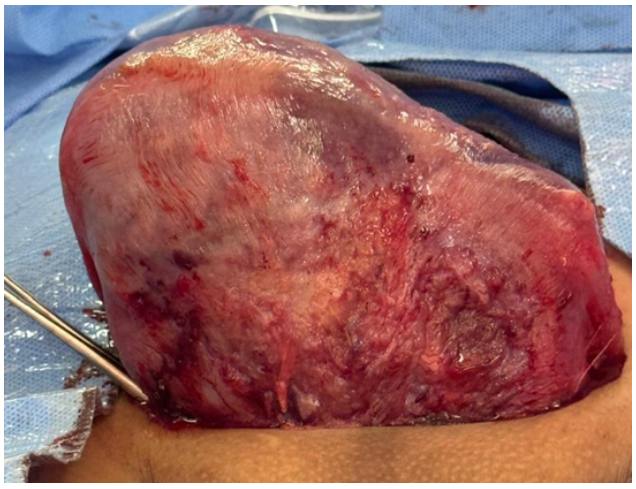


Imagen 5. Intraoperatorio:
se observa ambos cuerpos uterinos.

DISCUSIÓN

Las malformaciones de los conductos müllerianos son un conjunto de patologías congénitas que surgen por un fallo en el desarrollo de los conductos paramesonéfricos. En el caso específico del útero didelfo, cada conducto se desarrolla de manera independiente, resultando en dos cuerpos uterinos de tamaño casi normal, cada uno con su propio cérvix. El diagnóstico de estas anomalías depende en gran medida de las técnicas de imagen, que son esenciales, no solo para confirmar la condición, sino también para planificar el tratamiento y ofrecer un adecuado consejo reproductivo (1, 4). El papel de los estudios por imagen, ayuda a detectar, diagnosticar y diferenciar las formas quirúrgicamente corregibles de alteraciones de los conductos de Müller, de las formas inoperables. La ultrasonografía transvaginal, como la utilizada en este caso, es un método diagnóstico inicial con alta especificidad para detectar estas malformaciones, tal como lo respalda la literatura, pero el estándar de oro sigue siendo la resonancia magnética, la cual ayudó a corroborar el diagnóstico (6, 11).

Aunque el útero didelfo se asocia con el mejor pronóstico reproductivo entre todas las anomalías uterinas, posiblemente debido a un adecuado flujo sanguíneo, no está exento de riesgos (12). En el caso descrito, la gestación evolucionó en el hemiútero mejor desarrollado.

En la práctica clínica, el principal desafío con estas malformaciones es el diagnóstico precoz. Un alto porcentaje de casos pasan completamente inadvertidos hasta que surgen complicaciones o se realizan estudios por otras razones, dificultando un manejo preventivo. Sin embargo, en este caso clínico ya se conocía el diagnóstico preconcepcional por lo cual se pudo manejar el control prenatal de la manera más minuciosa posible.

Los embarazos en pacientes con útero didelfo requieren especial vigilancia debido al incremento del riesgo de parto prematuro, una complicación cuya incidencia varía según el tipo de malformación uterina. Un estudio de Khander y cols. (13), en 283 mujeres, reveló que el riesgo de parto prematuro en nulíparas con defectos uterinos mayores (didelfo, unicorne, bicorne) es del 26,1 %, mientras que en mujeres con antecedentes de

parto a término fue del 25 %, elevándose al 71,4 % si ya han tenido un parto prematuro.

Otra investigación detalló estos riesgos de parto pretérmino por tipo de malformación: útero unicorne: el 60 %, útero didelfo: el 40 %, útero bicorne: el 18 % y útero septado: el 13 % (14). En este caso, el embarazo de gestante de 40 años con útero didelfo culminó en la fecha prevista de 39 semanas.

El útero didelfo, cuando se presenta como una anomalía aislada, no justifica por sí mismo una intervención quirúrgica ni la interrupción del embarazo mediante cesárea. Sin embargo, la particular anatomía de esta condición, caracterizada por la completa incapacidad de los conductos de Müller para fusionarse, conduce a cavidades uterinas separadas y dos cuellos uterinos (10). En general, la duplicación en el útero didelfo se limita al útero y al cuello uterino, aunque también puede ocurrir la duplicación de la vulva, la vejiga, la uretra, la vagina y el ano (4); la presencia del tabique vaginal longitudinal puede variar desde delgado y fácilmente desplazable hasta grueso e inelástico (10).

La reducción del espacio vaginal y su partición podrían aumentar el riesgo de complicaciones neonatales y prolongar la segunda fase del parto. En este sentido, Slavchev y cols. (15) han sugerido que la presencia de un tabique vaginal podría hacer que la cesárea sea un método de parto más seguro en estas pacientes, enfatizando la necesidad de más investigación para evaluar la seguridad del parto natural con útero didelfo. Por otro lado, Rezai y cols. (10) plantean que el útero didelfo solo sería una indicación de cesárea si el tabique vaginal es grueso e inelástico, lo que incrementaría el riesgo de distocia vaginal. En este caso particular, la paciente no presentaba tabique vaginal, pero la presentación fetal era podálica, por lo que se decidió parto por cesárea.

En pacientes con útero didelfo, la posición de nalgas se ha observado hasta en 43 % de los casos, y la cesárea es más común que el parto vaginal (16).

El correcto funcionamiento de la placenta es esencial para la adecuada progresión del embarazo hasta su terminación y también se traduce en el resultado perinatal. En el caso descrito de una paciente de 40 años, la placenta se encontraba localizada en la pared posterior, sin características de separación. La historia de la gestante no incluye enfermedades que afecten la vasculatura y por ende la circulación uteroplacentaria. No se observaron exponentes sugestivos de insuficiencia placentaria durante el embarazo. El neonato nació en buen estado general y la adaptación fue normal, sin complicaciones.

CONCLUSIONES

El útero didelfo, una rara anomalía de los conductos de Müller, presenta resultados reproductivos y gestacionales más variables que otras malformaciones uterinas. Aún se debate su impacto real en la concepción. La corrección quirúrgica no suele estar indicada por la falta de datos que la respalden. Esta condición no es, por sí misma, una razón para realizar una cesárea, sin embargo, es de elección por los obstetras. Por otro lado, no se ha establecido una relación entre el útero didelfo y la incompetencia cervical. La RMN es una herramienta fundamental en la evaluación de la anatomía útero-vaginal y en el diagnóstico no invasivo de las anomalías müllerianas, permitiendo una adecuada caracterización y clasificación, pero, actualmente, la utilización de la ecografía transvaginal 3D ha sido bastante aceptada y de elección.

El embarazo progresó sin complicaciones obstétricas, lo que permitió que el mismo se llevara a cabo hasta la fecha programada del parto por cesárea.

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Escalona-García B, Pichardo-Cuevas M, Miranda-Rodríguez JA, Ramírez-Montiel ML, Contreras-Carreto NA. Malformaciones müllerianas e infertilidad femenina. Rev Invest Med Sur Mex [Internet]. 2012 [consultado el 20 de septiembre de 2025];19: 200-202. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/medsur/ms-2012/ms124a.pdf
2. Jauregui RA, Alanis J. Estado actual de la clasificación, diagnóstico y tratamiento de las malformaciones mullerianas. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2013 [consultado el 20 de septiembre de 2025];81(1):34-46. Disponible en: https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=39806
3. Pardo-Novak AJ, Vidal-Gonzales M, Villarroel-Paredes IL. Gestación en útero didelfo: reporte de un caso. Rev Méd Cient "Luz Vida" [Internet]. 2013 [consultado el 20 de septiembre de 2025];4: 54-57. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/3250/325029251011.pdf
4. Gómez-Meraz YO, Hajj MC, Hugues-García MG, Torres JC. Embarazo en paciente con útero didelfo, bicollis con vagina septada y colocación de cerclaje cervical profiláctico. An Med Mex [Internet]. 2015 [consultado el 20 de septiembre de 2025];60: 151-155. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2015/bc152m.pdf
5. The American Fertility Society classifications of adnexal adhesions, distal tubal occlusion, tubal occlusion secondary to tubal ligation, tubal pregnancies, müllerian anomalies and intrauterine adhesions. Fertil Steril. 1988;49(6):944-55. DOI: 10.1016/s0015-0282(16)59942-7.
6. Medina, Aguirre J, Montecinos J, Schiappacasse G. Revisión pictográfica de las anomalías de los conductos de Müller por resonancia magnética. Rev Chil Obste Ginecol. 2015;80(2):181-190. DOI:10.4067/S0717-75262015000200014
7. Montañez DTI, Mariscal MLF, Chabat MMP, González CJ, Solano SR, Navarro MC. Prevalencia de malformaciones müllerianas en pacientes de la Clínica de Ginecología y Reproducción Humana del Centro Médico ABC. An Med Asoc Med Hosp [Internet]. 2012 [consultado el 20 de septiembre de 2025]; 57: 300-306. Disponible en: https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=38411
8. Toro AM. Viabilidad de los embarazos y partos en pacientes con anomalías müllerianas. Univ Méd [Internet]. 2015 [consultado el 20 de septiembre de 2025];56: 356-365. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/2310/231042610010.pdf
9. Piña-García A, Afrashtehfar CU. Hemivagina obstruida y agenesia renal ipsilateral como presentación de un caso de síndrome de Herlyn-Werner Wünderlich. Revisión de la bibliografía. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2013 [consultado el 20 de septiembre de 2025]; 81(10): 616-620. Disponible en: https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=46390
10. Rezai S, Bisram P, Lora I, Upadhyay R, Lara C, Elmadjian M. Didelphys Uterus: A Case Report and Review of the Literature. Case Rep Obstet Gynecol. 2015; 2015:865821. DOI: 10.1155/2015/865821.
11. Madureira AJ, Mariz CM, Bernardes JC, Ramos IM. Case 94: Uterus didelphys with obstructing hemivaginal septum and ipsilateral renal agenesis. Radiology. 2006;239(2):602-6. DOI: 10.1148/radiol.2392031187.
12. Quintana HD, Pérez AI, Quiñones RI, Fuentes GE. Útero doble asociado a atresia esofágica con fístula traqueoesofágica. Rev Habanera Cienc Méd [Internet]. 2015 [consultado el 20 de septiembre de 2025];21: 125-129. Disponible en: https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=58392
13. Khander A, Stern E, Gerber RS, Fox NS. The association between obstetrical history and preterm birth in women with uterine anomalies. J Matern Fetal Neonatal Med. 2018;31(19):2550-2554. DOI: 10.1080/14767058.2017.1347625.
14. Hughes KM, Kane SC, Haines TP, Sheehan PM. Cervical length surveillance for predicting spontaneous preterm birth in women with uterine anomalies: A cohort study. Acta Obstet Gynecol Scand. 2020;99(11):1519-1526. DOI: 10.1111/aogs.13923.
15. Slavchev S, Kostov S, Yordanov A. Pregnancy and Childbirth in Uterus Didelphys: A Report of Three Cases. Medicina (Kaunas). 2020;56(4):198. DOI: 10.3390/medicina56040198.
16. Heinonen PK. Uterus didelphys: a report of 26 cases. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1984;17(5):345-50. DOI: 10.1016/0028-2243(84)90113-8.

Recibido 22 de octubre de 2025
Aprobado para publicación 10 de junio de 2026