



UNIVERSIDAD MAYOR REAL Y PONTIFICIA DE
SAN FRANCISCO XAVIER
D E C H U Q U I S A C A

**“LA ULTRASONOGRAFIA TRANSVAGINAL COMO
METODO DE DIAGNOSTICO DEL UTERO
DIDELFO EN PACIENTE DE 27 AÑOS DE EDAD
CON EMBARAZO TEMPRANO EN LA GESTION
2025”**

Sarina Carol Rodriguez Huaquipa

Tutor :
Msc David Vedia Pacheco

Especialidad Superior en Ultrasonografía “SUCRE” Versión III

2026

Declaración de originalidad y derechos de autor

Como autora declaro que el presente trabajo académico es original, excepto donde he reconocido la información generada por otros autores por medio de citaciones en el estilo requerido.

En caso de existir información confidencial (*e.g.*, información proveniente de reportes gubernamentales, institucionales, privados o similares, personas naturales, *etc.*), manifiesto que he obtenido el permiso por escrito para incluir esa información en este trabajo académico.

Autorizo a las instancias competentes de la Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca (USFX) someter este trabajo académico a una evaluación de integridad académica por medio de una herramienta establecida para este propósito.

Autorizo a la USFX hacer de este trabajo académico un documento disponible para su lectura en el repositorio institucional.

Finalmente, manifiesto mi consentimiento para que este trabajo académico pueda ser publicado, total o parcialmente, respetando la propiedad intelectual del autor.



Sarina Carol Rodriguez Huaquipa

24 de enero 2026

Dedicatoria

A mi pequeña hija Alessia y mi pareja porque son mi fuente de inspiración detrás de cada esfuerzo en mi vida.

A mis queridos padres. Este logro académico es un reflejo del esfuerzo que han invertido para brindarme una educación. Cada sacrificio que han hecho, cada día de trabajo duro y cada decisión que tomaron en mi nombre son el fundamento de mi éxito. Esta tesis es un pequeño testimonio de que todo lo que hago, lo hago pensando en ustedes.

Agradecimientos

Mi gratitud a la Universidad San Francisco Javier de Chuquisaca que gracias a su centro de posgrado “CEPI-USFX” hizo posible llevar la especialidad en el área de ultrasonografía.

Con profunda estima y reconocimiento extendiendo mi más sincera gratitud a mis docentes que formaron parte de mi preparación.

A mi Tutor, el Lic. David Vedia Pacheco, extendiendo mi sincero agradecimiento por su orientación y apoyo constante mientras fue mi tutor. Ha sido un honor y un privilegio aprender bajo su tutela.

Contenido

	Página
Declaración de originalidad y derechos de autor	III
Dedicatoria.....	V
Agradecimientos.....	VII
Contenido.....	IX
Lista de figuras.....	XII
Lista de tablas.....	XIV
Lista de abreviaturas y símbolos	XV
Resumen.....	XVII
1. Introducción	1
1.1. Antecedentes	2
1.1.1. Definición	3
1.1.2. Embriología	3
1.1.3. Etiopatogenia	4
1.1.4. Epidemiología	5
1.1.5. Clasificación de anomalías Müllerianas ASRM 2021	5
1.1.6. Útero didelfo	9
▪ Síntomas	10
▪ Signos	11
▪ Tratamiento.....	11
1.1.7. Diagnostico	12
▪ Ecografía Transvaginal 2D	13
1.1.8. Conclusiones	14
1.2. Problema de investigación	15

1.3. Justificación	16
1.4. Pregunta de investigación	17
1.5. Objetivos	17
1.5.1. Objetivo general.....	17
1.5.2. Objetivos específicos	17
1.6. Hipótesis	18
2. Descripción del caso	19
2.1. Datos generales de la Paciente.....	19
2.2. Antecedentes gineco-obstetricos.....	19
2.2.1. Estudio imagenológico inicial.	20
2.2.2. Conocimiento previo de la malformación uterina	22
2.3. Evolución clínica y segundo control ecográfico	22
2.3.1. Hallazgos ecográficos transvaginales posteriores.....	23
2.3.2. Comunicación de resultados, conducta y seguimiento	25
3. Análisis y discusión de resultados	27
3.1. Importancia de la ecografía transvaginal en el diagnóstico del útero didelfo.....	27
3.1.1. Características ecográficas uterinas y endometriales.....	28
3.2. Antecedentes obstétricos y su influencia en el diagnostico	29
3.2.1. Limitaciones del diagnóstico previo mediante ecografía abdominal.....	29
3.3. Limitaciones diagnosticas de la ecografía abdominal	29
3.4. Confirmación del embarazo y complicaciones asociadas.....	30
3.4.1. Hematoma subcoriónico como hallazgo asociado	30
3.5. Confirmación de la malformación mülleriana	31
3.6. Seguimiento clínico y factores que condicionan la evolución.....	32
3.7. Consideraciones finales del análisis.....	32
Conclusiones y recomendaciones.....	35
Conclusiones	35
Recomendaciones	35
Referencias bibliográficas	1
A. Solicitudes médicas del estudio de caso.....	3
A.1. Solicitudes de ecografía ginecológica.....	4

A.1.1. Solicitud medica – julio 2025	4
A.1.2. Solicitud medica – septiembre 2025.	5
B. Informes ecográficos	1
B.1. Informe ecográfico ginecológico transvaginal – julio de 2025.....	2
B.1.1. Descripción general del informe.	2
B.1.2. Medidas uterinas y endometriales.	3
Tabla B.1.2.1. Resumen de medidas uterinas y endometriales obtenidas en ecografía transvaginal.	3
B.2. Informe ecográfico obstétrica – septiembre de 2025	4
B.2.1. Confirmación de embarazo intrauterino.....	4
C. Carta de Autorización Institucional	5
D. Aclaración sobre el consentimiento de la paciente.	6

Lista de figuras

	Página
Figura 1.1.1.1. Desarrollo del aparato urogenital en embrión de 7 semanas.	4
Figura 1.1.4.1. Clasificación de anomalías mülleriana.	7
Figura 1.1.4.2. Clasificación de anomalías mülleriana.	8
Figura 1.1.5.1. Características diferenciales entre un útero normal y un útero Didelfo. ...	9
Figura 1.1.6.1. Sección longitudinal de un útero subseptado en el plano medio sagital (A); plano transversal de un útero subseptado que muestra dos ecos endometriales (B); plano transversal de un útero bicorne que muestra dos ecos endometriales (C); plano transversal del útero didelfo que muestra dos cuerpos uterinos (D).	13
Figura 2.2.1.1. Ecografía transvaginal, corte transverso que evidencia duplicación uterina compatible con útero didelfo.	20
Figura 2.2.1.2. Ecografía transvaginal, corte longitudinal que evidencia duplicación uterina compatible con útero didelfo.	21
Figura 2.2.1.3. Ecografía transvaginal, que evidencia duplicación uterina y endometrial compatible con útero didelfo.	21
Figura 2.3.1.1. Ecografía transvaginal, que evidencia la presencia de saco gestacional y saco vitelino.	23
Figura 2.3.1.2. Ecografía transvaginal, que evidencia la presencia de embrión y un hematoma subcorionico.	24
Figura 2.3.1.3. Ecografía transvaginal, que evidencia duplicación uterina compatible con útero didelfo, y la presencia de un embarazo en curso en la cavidad endometrial derecha.	24
Figura 3.1.1. Ecografía transvaginal que muestra dos cuerpos uterinos completamente separados, compatibles con útero didelfo.	28

Figura 3.4.1. Ecografía transvaginal que muestra saco gestacional intrauterino con embrión en útero derecho.....	30
Figura 3.4.1.1. Imagen ecográfica que evidencia hematoma subcorionico adyacente al saco gestacional.	31
Figura 3.5.1. Ecografía transvaginal que evidencia útero derecho gestante y útero izquierdo sin contenido gestacional.....	32
Figura A.1.1.1. Solicitud médica para ecografía ginecológica transvaginal (4 de Julio 2025).	4
Figura A.1.2.1. Solicitud médica para ecografía ginecológica transvaginal (11 de septiembre 2025).....	5
Figura B.1.1.1. Informe ecográfico donde se reporta la duplicación uterina compatible con útero didelfo.	2
Figura B.2.1.1. Ecografía transvaginal que muestra saco gestacional con embrión y actividad cardiaca positiva en útero derecho.	4

Lista de tablas

	Página
Tabla 2.1.1. Datos generales del paciente.....	19
Tabla 2.2.1.1. Medidas uterinas y endometriales obtenidas mediante ecografía transvaginal	22
Tabla 2.3.1.1 Hallazgos ecográficos transvaginales	24
Tabla 3.1.1.1. Hallazgos ecográficos.	28
Tabla 3.4.1.1. Características del hematoma subcoriónico	31
Tabla B.1.2.1. Resumen de medidas uterinas y endometriales obtenidas en ecografía transvaginal.	3

Lista de abreviaturas y símbolos

Ejemplos de abreviaturas:

e.g.: exempli gratia - por ejemplo.

TGFCE: trabajo de grado formato caso de estudio.

AFS : American Fertility Society

MU: Malformaciones uterinas

US3D: Ecografía tridimensional.

Resumen

El presente estudio de caso describe el diagnóstico ecográfico de un **útero didelfo** en una paciente de 27 años que consulta por sospecha de embarazo en un centro médico del departamento de Potosí. El objetivo fue analizar la utilidad de la ecografía transvaginal en la identificación de malformaciones uterinas congénitas y su impacto en el diagnóstico temprano del embarazo y de complicaciones asociadas.

La metodología empleada correspondió a un estudio de caso descriptivo, basado en la recolección de información clínica mediante interrogatorio, revisión de antecedentes gineco-obstétricos y la realización de estudios ecográficos por vía abdominal y transvaginal. La ecografía transvaginal permitió identificar dos cuerpos uterinos completamente separados, compatibles con útero didelfo, y posteriormente confirmar un embarazo intrauterino localizado en el útero derecho, con actividad cardíaca embrionaria positiva y la presencia de un hematoma subcoriónico. La ecografía abdominal inicial presentó limitaciones para la correcta identificación de la malformación uterina y del embarazo temprano.

Los resultados evidencian que la ecografía transvaginal es una herramienta fundamental para el diagnóstico oportuno de malformaciones mullerianas, la adecuada localización del embarazo y la detección de complicaciones tempranas. Asimismo, el caso resalta que el útero didelfo puede cursar de forma asintomática y permitir embarazos previos sin complicaciones aparentes, lo que favorece su subdiagnóstico. Se concluye que el conocimiento previo de la malformación y el seguimiento ecográfico adecuada son determinantes para una correcta toma de decisiones clínica y obstétricas.

Palabras clave: Útero didelfo; ecografía transvaginal; malformaciones müllerianas; embarazo temprano; diagnostico ecográfico.

1. Introducción

Las malformaciones müllerianas son un grupo de patologías congénitas debidas a defectos de formación, desarrollo, fusión o reabsorción de los conductos müllerianos durante el desarrollo fetal, que producen un conjunto de anomalías del tracto reproductivo. La incidencia se estima en un 4,3 % de la población general y en un 3,5 % en pacientes estériles.

Un 50% de las malformaciones müllerianas son asintomáticas. En aquellas pacientes con síntomas, las manifestaciones clínicas variaran según el tipo de defecto anatómico: amenorrea, dismenorrea, disfunción sexual, alteraciones menstruales, infertilidad, abortos, parto prematuro, presentaciones distócicas, mala evolución obstétrica.

A pesar de existir varias clasificaciones, la clasificación más ampliamente utiliza es la establecida por la American Fertility Society (AFS) en 1998. Entre estas anomalías tenemos, el **útero didelfo** que representa el 11% de las malformaciones congénitas siendo una de las malformaciones müllerianas menos frecuentes. Se presenta como dos hemiúteros y en la forma completa también dos hemicanales cervicales. Son pacientes asintomáticos. Excepto en casos de obstrucción de la vagina o del cuello no precisan tratamiento corrección quirúrgica. Suelen ser las pacientes con mejor pronóstico reproductivo dentro de las malformaciones. Las complicaciones obstétricas más frecuentes son partos prematuros atribuidos a menor tamaño uterino y perfusión disminuida de cada hemiútero. siendo una de las malformaciones müllerianas menos frecuentes. (Márquez Guevara, 2021) .

El diagnóstico de estas malformaciones pueden llegar a ser desafiantes, especialmente en pacientes asintomáticas, ya que muchas mujeres con útero didelfo presentan ciclos menstruales regulares y pueden cursar embarazos sin complicaciones significativas. Por

este motivo los estudios de imagen, particularmente la **ecografía transvaginal**, desempeñan un rol importante en la identificación precisa de la anatomía uterina, permitiendo identificar malformaciones congénitas de otras patologías ginecológicas como miomas uterinos o masas anexiales.

El presente estudio de caso surge de la valoración ecográfica de una paciente joven en edad reproductiva, sin antecedentes clínicos de malformación uterina, en quien se identifica de manera incidental características ecográficas de un **útero didelfo** durante un estudio solicitado por sospecha de embarazo. La falta de detección previa de esta anomalía, pese a antecedentes obstétricos normales y controles ecográficos abdominales durante un embarazo anterior, pone en evidencia las limitaciones diagnósticas de ciertos métodos de imagen y la importancia de una evaluación ginecológica.

La importancia de este caso radica en la existencia de un embarazo intrauterino en uno de los cuerpos uterinos, acompañado de un hematoma subcorionico, así como en las implicaciones clínicas, diagnósticas, éticas con el seguimiento del embarazo y la toma de decisiones por parte de la paciente. Asimismo, el caso permite reflexionar sobre la necesidad de una adecuada comunicación médico-paciente y del acompañamiento clínico en situaciones de hallazgos congénitos inesperados.

1.1. Antecedentes

Las malformaciones uterinas (MU), así como las frecuentemente asociadas del tracto genital inferior, constituyen un grupo heterogéneo de anomalías congénitas. A menudo son asintomáticas e incluso se desconocen y otras veces dan lugar a clínica ginecológica u obstétrica de diversa índole según su naturaleza. El principal método utilizado para su diagnóstico es la ecografía tridimensional (US3D).

(Bermejo López, Puente Águeda, Graupera Nicolau, & Alcázar Zambrano, 2021)

1.1.1. Definición

Las anomalías congénitas mülleriana son las que afectan al desarrollo y la morfología de las trompas de Falopio, del útero y/o de la vagina, con o sin anomalías asociadas de ovario, del tracto urinario, esqueléticas o de otros órganos.

El desarrollo normal del tracto reproductivo femenino implica una serie de procesos complejos caracterizados por la diferenciación, la migración, la fusión y la posterior canalización del sistema mülleriano. Las anomalías müllerianas se caracterizan por un fallo en el desarrollo, la fusión o la canalización de los conductos de Müller y abarcan desde la agenesia del útero y/o trompas, a un leve defecto caracterizado por una leve indentación del fondo uterino.

Por lo tanto, no son anomalías adquiridas, sino que se tratan de defectos cuyo origen está en un desarrollo anómalo de los conductos de Müller durante la vida intrauterina del feto hembra, aunque hay que señalar que muchas de las anomalías müllerianas podrían originarse como defectos mesonefricos.

No incluyen anomalías o defectos de la determinación sexual, como alteraciones cromosómicas, o de la diferenciación sexual, como los pseudohermafroditismos.

La mayoría de estas anomalías afecta al útero, por lo que el presente protocolo se centrará en las anomalías congénitas del útero. (Obstetricia, Anomalías congénitas del útero, 2013)

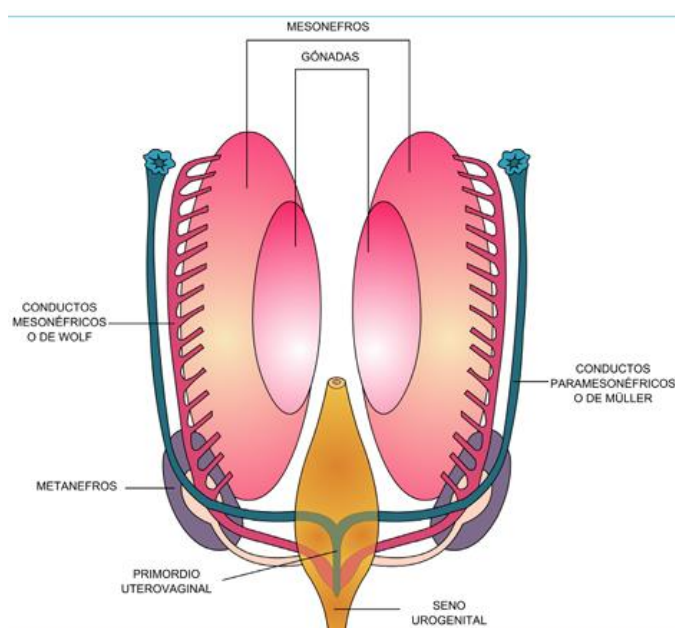
1.1.2. Embriología

Las trompas de Falopio, el útero y la parte superior de la vagina proceden de los conductos de Müller o paramesonéfricos (de ahí que este tipo de anomalías se denominen también müllerianas)

En la semana sexta de gestación comienzan su diferenciación para formar el útero en los embriones femeninos (hasta entonces son iguales que los masculinos). Discurren laterales a los conductos mesonéfricos o de Wolf hasta que ambos desembocan en el seno urogenital; en la zona media se incurvan hacia adentro (cruzando ventralmente a los conductos mesonéfricos) para fusionarse en la línea media, formando el primordio uterovaginal (Figura 1.1.1.1.). Esta teoría es discutida por autores como Acien que afirma que los

conductos de Müller no llegan al seno urogenital y, por tanto, que el tercio superior de la vagina no sería de origen mülleriano.

Posteriormente se reabsorbe el tabique de unión en sentido caudocraneal o, como teoría alternativa, de forma bidireccional, es decir, desde el centro en sentido craneal y caudal de forma simultánea, produciéndose la fusión y posterior reabsorción, explicando así algunas anomalías que no se podrían comprender con la teoría clásica.



▪ **Figura 1.1.1.1.** Desarrollo del aparato urogenital en embrión de 7 semanas.

(Bermejo López, Puente Águeda, Graupera Nicolau, & Alcázar Zambrano, 2021)

1.1.3. Etiopatogenia

Las MU se producen por falta de desarrollo de los conductos de Müller, por trastornos en su fusión y/o por alteraciones en la reabsorción del tabique intermülleriano. Insistimos en y/o porque cualquier combinación es válida y las distintas anomalías no siempre constituyen formas puras. Suelen ser de naturaleza esporádica, pero también pueden tener un origen multifactorial. Está descrito que la ausencia del gen Bcl2 está involucrada en la etiología de los úteros septos, pueden aparecer en el seno de distintos síndromes incluso cromosómicos, aunque habitualmente cursan con cariotipo normal y no se descarta un patrón de herencia mendeliana. Los teratógenos (fundamentalmente el dietilelbestrol

[DES]), infecciones víricas y otras causas diversas se han relacionado con su aparición. (Bermejo López, Puente Águeda, Graupera Nicolau, & Alcázar Zambrano, 2021)

1.1.4. Epidemiología

La prevalencia de las MU es difícil de establecer. Se estima que en la población general oscila entre el 3-5%, mientras que en la población estéril esta cifra sube al 8-13% y en aquella que presenta antecedentes de aborto se calcula en un 13% si son del primer trimestre y cercana al 25% si corresponde a abortos tardíos (8-11). La discrepancia en los datos recogidos en la literatura estriba en el empleo de técnicas distintas en los diferentes estudios, en muestras poblacionales no homogéneas y en la propia diversidad clínica de las MU. Estas pueden desde ser asintomáticas hasta producir grave sintomatología ginecológica (obstructivas con hematocolpos, hematometra) y/u obstétrica (abortos de repetición, fracasos de implantación, incompetencia cervical...). La MU más frecuente la constituye el útero septo, siendo el tipo que más se ha relacionado con pérdidas gestacionales recurrentes (PGR). A menudo se asocian a otras anomalías del tracto genital inferior, así como nefrourológicas debido a su origen embriológico paralelo.

(Bermejo López, Puente Águeda, Graupera Nicolau, & Alcázar Zambrano, 2021)

1.1.5. Clasificación de anomalías Müllerianas ASRM 2021

Hay muchos sistemas de clasificación propuestos para las anomalías müllerianas. La clasificación de la American Fertility Society (AFS) de 1988 ha sido la más reconocida y utilizada. Las ventajas de esta clasificación icónica incluyen su simplicidad, reconocibilidad y correlación con los resultados clínicos del embarazo. Sin embargo, la clasificación de la AFS ha sido criticada por centrarse principalmente en las anomalías uterinas, con exclusión de las de la vagina y el cuello uterino, su falta de criterios diagnósticos claros y su incapacidad para clasificar aberraciones complejas. A pesar de esta clasificación y otras, la amplia gama de anomalías müllerianas sigue siendo en gran parte desconocida y confusa para muchos proveedores. En consecuencia, las anomalías müllerianas pueden no diagnosticarse durante períodos prolongados, recibir intervenciones quirúrgicas inapropiadas o inadecuadas y dar lugar a problemas persistentes como dolor o pérdida de la función reproductiva. Se formó el Grupo de trabajo de la American Society

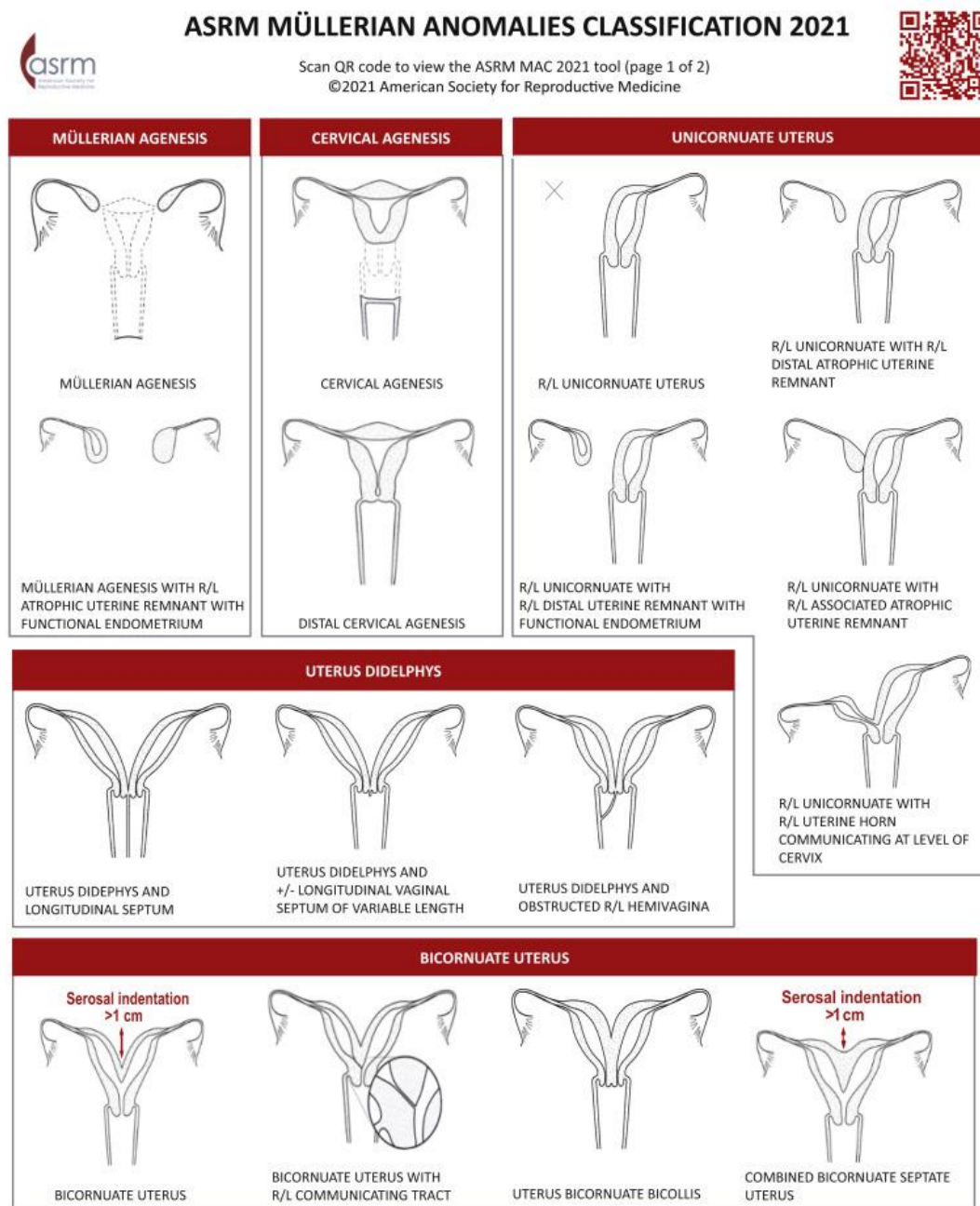
for Reproductive Medicine sobre la clasificación de las anomalías müllerianas y se le encargó diseñar una nueva clasificación. El Grupo de Trabajo estableció los objetivos para una nueva clasificación y optó por basarla en la icónica clasificación AFS de 1988 por su simplicidad y facilidad de reconocimiento, se revisaron todas las clasificaciones existentes y se evaluaron las ventajas y desventajas de cada una. Se determinó que una clasificación ideal debería mejorar la identificación de las anomalías müllerianas, optimizar la comunicación entre profesionales sanitarios e investigadores y, en última instancia, mejorar la atención clínica.

La Clasificación de Anomalías Müllerianas de la ASRM 2021 (MAC2021) clasifica las anomalías mullerianas en las nueve categorías siguientes. Dado que las anomalías mullerianas representan un continuo desarrollo y muchas presentan elementos combinados, algunas aparecen en más de una categoría. Esto es especialmente cierto en el caso de las anomalías vaginales, ya que a menudo se observan en combinación con anomalías uterinas y cervicales. Dependiendo de cómo se presente la anomalía, el profesional de la salud puede percibirla como principalmente vaginal o uterina; esta clasificación permite esta flexibilidad. En el caso de las anomalías difíciles de clasificar o para las existe desacuerdo sobre su categoría de pertenencia, la clasificación permite la referencia cruzada y la comparación entre categorías para ayudar a determinar las opciones de diagnóstico y tratamiento, ya que muchas serán similares. Por ejemplo, es posible diferenciar un útero unicornio con remanente ciego de un útero didelfo con hemiútero y cérvix atrófico. Además, cada anomalía puede describirse mediante términos anatómicos específicos que reflejan los hallazgos, lo que debería eliminar la confusión.

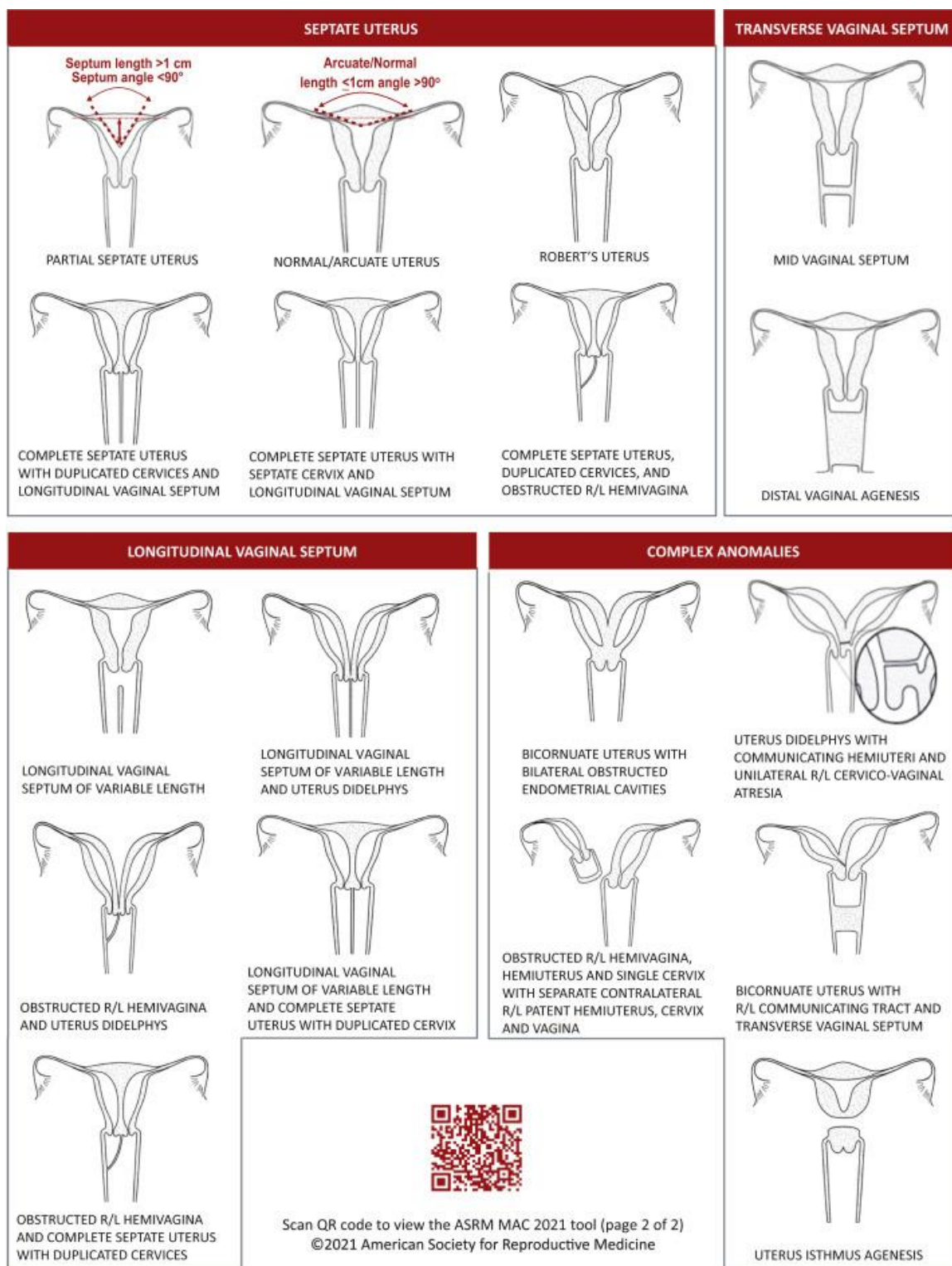
Se presenta aquí la nueva Clasificación de Anomalías Müllerianas de la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (AMS) de 2021. A diferencia de la clasificación AFS, las categorías de anomalías ya no se numeran, sino que se identifican mediante terminología descriptiva:

- Agenesia mülleriana
- Agenesia cervical
- Útero unicornio
- Útero didelfo

- Útero bicornue
- Útero septado
- Tabique vaginal longitudinal
- Tabique vaginal transverso
- Anomalías complejas



▪ **Figura 1.1.4.1.** Clasificación de anomalías mülleriana.



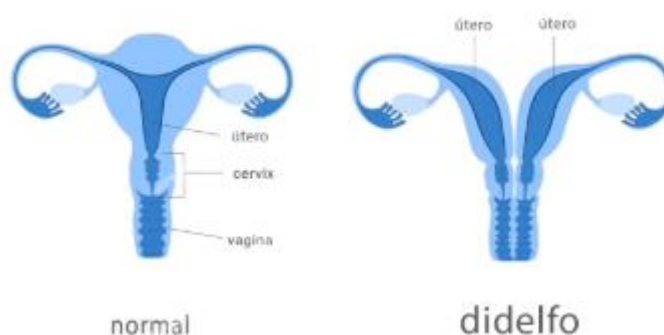
■ **Figura 1.1.4.2.** Clasificación de anomalías mülleriana.

(Pfeifer, y otros, 2021)

1.1.6. Útero didelfo

El útero didelfo es un tipo de malformación congénita del aparato reproductor femenino en la que el útero se divide en dos cavidades completamente separadas. Esto sucede cuando los conductos de Müller no se unen como debería durante el desarrollo embrionario. En lugar de crear una sola cavidad uterina, estas estructuras permanecen separadas y dan origen a:

- Dos úteros independientes (uno a cada lado).
- Dos cuellos uterinos (en muchos casos).
- Una o dos vaginas, dependiendo de si existe o no un tabique vaginal.



- **Figura 1.1.5.1.** Características diferenciales entre un útero normal y un útero Didelfo.

A esta condición también se le llama útero doble, útero didelfo o uterus didelphys en términos médicos.

El útero didelfo forma parte de los tipos de útero que pueden existir como variaciones anatómicas, junto con el útero bicornue, útero arcuato y útero unicornue.

Aunque no se conoce la causa exacta, se han identificado algunos factores de riesgo que podrían influir en su desarrollo:

- Antecedentes familiares o factores genéticos.
- Infecciones intrauterinas durante el embarazo.
- Exposición materna a radiación.
- Contacto con sustancias tóxicas.
- Uso prenatal de ciertos fármacos.

Sin embargo, la gran mayoría de los casos se presentan sin una causa claramente identificable.

▪ **Síntomas**

En la mayoría de los casos, las mujeres con útero didelfo no experimentan síntomas en su vida cotidiana. Sin embargo, pueden presentar algunas molestias o condiciones asociadas debido a la presencia del tabique vaginal o la anatomía duplicada. Entre las consecuencias más comunes están:

- **Molestias menstruales:** algunas mujeres presentan cólicos intensos, flujo menstrual irregular o salida de sangre por una cavidad mientras un tampón colocado en la otra cavidad vaginal no la retiene.
- **Relaciones sexuales dolorosas (dispareunia):** ocurre principalmente cuando existe un tabique vaginal grueso o rígido.
- **Problemas de fertilidad:** no todas presentan infertilidad, pero sí pueden existir mayores dificultades para lograr o mantener un embarazo debido a las características del útero.
- **Riesgos obstétricos:** el embarazo en un útero didelfo puede clasificarse como de alto riesgo, ya que existe mayor probabilidad de:
 - Parto prematuro.
 - Bebé en posición de nalgas.
 - Restricción del crecimiento fetal.
 - Abortos espontáneos.
 - Anomalías fetales.
 - Incompetencia cervical.
 - Nacimiento de bebés con bajo peso.
- **Trastornos renales asociados:** en algunas mujeres pueden coexistir anomalías en los riñones, ya que la estructura renal y las vías urinarias se desarrollan de manera paralela a los conductos de Müller.

Aun así, miles de mujeres con útero didelfo han logrado embarazos exitosos y partos sanos con un seguimiento adecuadamente especializado.

▪ Signos

Aunque muchas mujeres no presentan síntomas, existen algunas señales que pueden sugerir la presencia de un útero doble o de malformaciones müllerianas:

- Cólicos severos antes o durante la menstruación.
- Espasmos abdominales intensos.
- Molestia o dolor durante las relaciones sexuales.
- Dificultad para colocar tampones o salida de flujo menstrual a pesar de usarlos.
- Dolor cíclico en solo uno de los lados de la pelvis.
- Antecedentes de infertilidad o pérdidas gestacionales repetidas.
- Menstruación continua durante el embarazo (cuando se usa una cavidad uterina y la otra sigue ciclando).

En casos específicos, la paciente puede notar una estructura o tabique dentro de la vagina, lo que genera la impresión de tener dos vaginas, un hallazgo frecuente en el útero doble.

▪ Tratamiento

La mayoría de las mujeres con utero didelfo no requieren tratamiento si no presentan síntomas o problemas reproductivos. Sin embargo, cuando la anatomía duplicada causa dolor, molestias sexuales, dificultad menstrual o complicaciones en el embarazo, si puede ser necesario intervenir.

Opciones de tratamiento:

- **Sin tratamiento:** Cuando no hay síntomas, ni problemas de fertilidad, ni tabique vaginal obstructivo. El seguimiento ginecológico regular es suficiente.
- **Cirugía para tabique vaginal:** Si la paciente tiene dos vaginas o un tabique que causa molestias, se realiza una cirugía llamada histeroscopia o resección del tabique vaginal. Esta intervención mejora la calidad de vida sexual y menstrual y en algunos casos reduce complicaciones durante el embarazo.
- **Manejo del embarazo de alto riesgo:** Las mujeres embarazadas con útero doble requieren:
 - Ultrasonidos frecuentes.

- Control médico especializado.
- Evaluación cervical para prevenir parto prematuro.
- Manejo intensivo en caso de bebés en posición de nalgas.
- **Intervención quirúrgica reconstructiva:** Solo en casos extremadamente particulares donde el útero didelfo genera múltiples pérdidas gestacionales o complicaciones severas. No es el estándar, ya que muchas mujeres logran embarazos exitosos sin necesidad de reconstrucción uterina.

(Ostos, 2025)

1.1.7. Diagnostico

Durante un examen pélvico rutinario, es posible diagnosticar un útero doble. El médico puede observar dos cuellos del útero o notar un útero con una forma inusual. Para confirmar el diagnóstico de útero doble, necesitarás someterte a unas pruebas específicas:

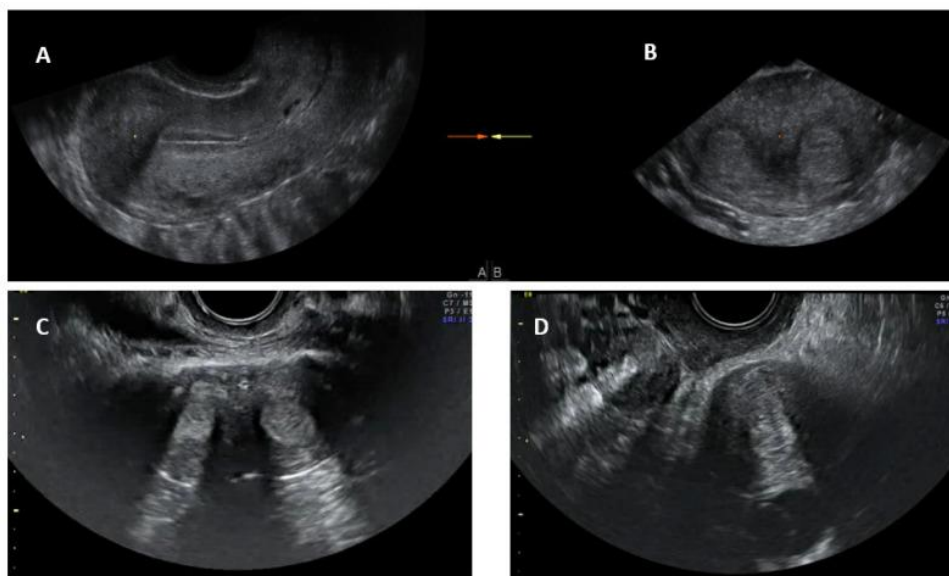
- **Ecografía:** Este examen usa ondas sonoras de alta frecuencia para crear imágenes del interior del cuerpo. Para capturar las imágenes, se presiona un dispositivo denominado transductor contra la parte exterior del bajo vientre. También se puede colocar el transductor en la vagina. Esto se denomina una ecografía transvaginal. Puede que sean necesarios ambos tipos de ecografía para obtener la mejor vista. Puede utilizar una ecografía en 3D si está disponible en tu centro.
- **Sonohisterografía:** La sonohisterografía es un tipo especial de ecografía. A través de un catéter, se inyecta un líquido en el útero. El líquido describe la forma del útero en la ecografía. Esto permite al médico detectar cualquier anomalía.
- **Resonancia Magnética:** La máquina de resonancia magnética parece un túnel con ambos extremos abiertos. Durante la prueba, te tumbas sobre una mesa móvil que se desliza hacia el interior del tubo por la abertura. Este examen sin dolor utiliza un campo magnético y ondas de radio para crear imágenes transversales del interior de tu cuerpo.
- **Histerosalpingografía:** Durante una histerosalpingografía, se inyecta un tinte especial en el útero a través del cuello del útero. Cuando el tinte se mueve por los órganos reproductores, se obtienen imágenes de rayos X. Estas

imágenes muestran la forma y tamaño del útero. También muestran si las trompas de Falopio están abiertas.

(Clinic, 2025)

▪ Ecografía Transvaginal 2D

La ecografía transvaginal convencional es mínimamente invasiva y una forma menos costosa de evaluar la morfología uterina y descartar anomalías uterinas. La evaluación ecográfica puede programarse en la fase secretora (lútea) del ciclo menstrual, ya que el endometrio, al ser brillante y ecogénico, es fácil de visualizar; por lo tanto, la ecografía es más apropiada para evaluar el útero en busca de anomalías congénitas. La visualización de un complejo endometrial doble en un plano transversal apunta hacia una anomalía uterina (Figura 1.1.6.1.) y el diagnóstico diferencial sería un útero bicorne, septado, subseptado o arqueado. Sin embargo, la ecografía 3D facilita la visualización simultánea de los contornos externos (superficie serosal) e internos (endometriales) del fondo uterino a través de su característica única de proporcionar el plano coronal del útero y puede clasificar correctamente la anomalía uterina en un útero bicorne, septado o subseptado, o arqueado.



- **Figura 1.1.6.1.** Sección longitudinal de un útero subseptado en el plano medio sagital (A); plano transversal de un útero subseptado que muestra dos ecos endometriales (B); plano transversal de un útero bicorne que muestra dos ecos endometriales (C); plano transversal del útero didelfo que muestra dos cuerpos uterinos (D).

El escaneo sistemático a través del plano longitudinal del útero puede revelar un complejo uterino que luego desaparece mientras se mueve al lado opuesto, seguido por la aparición de un segundo complejo uterino, lo que sugiere que el útero puede ser un útero bicorpóreo parcial o completo (bicorne o didelfo). El plano transversal proporciona más información y los ecos endometriales dobles ampliamente ubicados, especialmente en la porción superior del útero hacia el fondo (Figura 1.1.6.1. C), y una hendidura en el fondo en un plano oblicuo (si se puede obtener) son típicos de un útero bicorne. Los ecos endometriales dobles estarán más cerca en un útero septado (Figura 1.1.6.1. B) en contraste con los de un útero bicorne. La distancia entre la superficie serosa y el borde superior del eco endometrial en un plano longitudinal también puede dar una pista para distinguir entre el útero septado y el bicorne, aunque no es confirmatorio.

En el **útero didelfo**, se identifican cuernos uterinos divergentes separados con una gran hendidura uterina. Las cavidades endometriales están uniformemente separadas, sin evidencia de comunicación (Figura 1.1.6.1. D), y la demostración clínica de dos cérvix confirma el diagnóstico. Los dos cuernos uterinos pueden ser simétricos o asimétricos, y al examinarlos con espéculo vaginal se pueden observar dos vaginas separadas. (Lavoue & Nezhat, Diagnóstico de anomalías uterinas congénitas: consideraciones prácticas, 2022)

1.1.8. Conclusiones

Las anomalías uterinas se observan con frecuencia en mujeres con antecedentes de problemas reproductivos. Si bien la ecografía 2D y la HSG son adecuadas para la detección de anomalías uterinas, la ecografía 3D, la resonancia magnética y la laparoscopia e histeroscopia combinadas pueden clasificar correctamente el tipo de anomalía uterina gracias a su capacidad para mostrar los contornos externos e internos del útero. Si bien la ecografía 3D se considera actualmente la herramienta diagnóstica de referencia para las anomalías uterinas debido a su alta precisión diagnóstica, su naturaleza menos invasiva y su menor costo, la resonancia magnética se reserva para el diagnóstico de anomalías müllerianas complejas o en caso de dilema diagnóstico. La laparoscopia y la histeroscopia son modalidades invasivas con fines diagnósticos y solo deben ofrecerse en el contexto de un tratamiento quirúrgico concomitante tras una evaluación no invasiva exhaustiva de una anomalía mülleriana. Se recomienda la realización de pruebas de imagen para anomalías

renales si se diagnostica una anomalía uterina. (Lavoue & Nezhat, Diagnóstico de anomalías uterinas congénitas: consideraciones prácticas, 2022)

1.2. Problema de investigación

Según la literatura científica, las malformaciones congénitas del útero presentan una prevalencia estimada de alrededor del **5,5 % en la población femenina general**, aunque esto varía sustancialmente dependiendo de la técnica diagnóstica empleada y de los criterios utilizados en los estudios. En particular, el **útero didelfo se ha reportado en aproximadamente un 0,3 % de la población general**, lo que explica en parte su diagnóstico tardío o incidental. (Obstetricia, 2013)

Las anomalías uterinas congénitas constituyen alteraciones estructurales del aparato reproductor femenino que, en la mayoría de los casos, cursan de manera asintomática, lo que favorece su detección incidental durante estudios de imagen realizados por otras causas. Esta condición dificulta su identificación oportuna, especialmente en mujeres sin antecedentes ginecológicos o reproductivos desfavorables.

Si bien un porcentaje significativo de mujeres con anomalías uterinas presenta resultados reproductivos normales, existe evidencia de que algunas pueden experimentar complicaciones obstétricas, tales como abortos recurrentes, parto pretérmino, presentación fetal anómala o alteraciones en la implantación embrionaria. En este contexto, la ausencia de un diagnóstico previo puede generar dificultades en la interpretación de hallazgos ecográficos durante el embarazo temprano y limitar la planificación adecuada del seguimiento prenatal. (Lavoue & Nezhat, Diagnóstico de anomalías uterinas congénitas: consideraciones prácticas, 2022)

El desarrollo de técnicas modernas de imagen ha permitido una estimación más objetiva, precisa y no invasiva de la morfología uterina. Sin embargo, a pesar de estos avances tecnológicos, la correcta clasificación de las malformaciones uterinas continúa siendo un desafío clínico. La validez y aplicabilidad de los sistemas de clasificación tradicionales han sido cuestionadas debido a limitaciones en la categorización efectiva de las anomalías

genitales femeninas, lo que ha motivado la propuesta de nuevos enfoques clínicos basados en criterios anatómicos y embriológicos.

A pesar de la disponibilidad de métodos diagnósticos modernos, en la práctica clínica aún pueden presentarse limitaciones en la correcta caracterización morfológica cuando la evaluación inicial se realiza únicamente mediante ecografía abdominal. Esto puede dificultar la identificación exacta del tipo de malformación, generar confusión diagnóstica y afectar la interpretación de hallazgos en pacientes que consultan por sospecha de embarazo.

Por lo tanto, surge la necesidad de analizar, en el contexto de un estudio de caso, la importancia de una correcta valoración ecográfica en la identificación y clasificación del útero didelfo, considerando los sistemas actuales de categorización anatómica y su implicación en la práctica clínica. (Grimbizis, y otros, 2012)

1.3. Justificación

El presente estudio de caso resulta **conveniente**, ya que permite evidenciar la importancia de la ecografía transvaginal como método diagnóstico clave para la identificación de malformaciones congénitas uterinas, particularmente en mujeres en edad reproductiva que consultan por sospecha de embarazo.

Desde el punto de vista de la **relevancia social**, este caso pone de manifiesto una realidad frecuente en contextos donde el acceso a estudios especializados complementarios como la ecografía es limitado, lo que puede llevar a diagnósticos tardíos y a un seguimiento insuficiente de gestaciones consideradas de riesgo. La difusión de este tipo de casos contribuye a sensibilizar al personal de salud sobre la necesidad de solicitar estudios complementarios para un diagnóstico temprano y preciso.

En relación con las **implicaciones en el estado del arte**, el estudio aporta evidencia clínica sobre la evolución reproductiva en pacientes con útero didelfo, demostrando que pueden cursar embarazos previos sin complicaciones aparentes, lo que puede retrasar el

diagnóstico de la malformación. Asimismo, resalta las limitaciones de la ecografía abdominal para la detección de anomalías uterinas complejas.

Finalmente, desde la **utilidad metodológica**, este estudio de caso sirve como referencia para la correcta elección del método ecográfico, la interpretación de hallazgos en contextos de malformaciones müllerianas y la importancia de la anamnesis ecográfica detallada, contribuyendo a mejorar la práctica diagnóstica y el abordaje clínico en casos similares.

1.4. Pregunta de investigación

¿Cómo influye la falta de diagnóstico oportuno del útero didelfo mediante ecografía transvaginal en la identificación temprana del embarazo y en el seguimiento clínico de mujeres en edad reproductiva que no presentan síntomas ginecológicos ni antecedentes obstétricos adversos?

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo general

Analizar la utilidad de la ecografía transvaginal en el diagnóstico del útero didelfo y su impacto en la identificación temprana del embarazo y de complicaciones asociadas, a partir de un estudio de caso en una paciente en edad reproductiva sin antecedentes gineco-obstétricos sugestivos.

1.5.2. Objetivos específicos

- Describir los hallazgos ecográficos característicos del útero didelfo mediante ecografía transvaginal en una paciente que consulta por sospecha de embarazo.
- Analizar las diferencias en la capacidad diagnóstica entre la ecografía abdominal y la ecografía transvaginal en la identificación de malformaciones uterinas congénitas.
- Identificar las implicaciones clínicas y obstétricas del útero didelfo en el diagnóstico y seguimiento temprano del embarazo, incluyendo la detección de complicaciones asociadas.

- Analizar la importancia del conocimiento previo de las malformaciones uterinas congénitas en la adherencia al seguimiento ecográfico y en la toma de decisiones clínicas.

1.6. Hipótesis

La ecografía transvaginal permite identificar de manera oportuna el útero didelfo y el embarazo intrauterino asociado, mientras que la ausencia de su uso limita el diagnóstico temprano de la malformación uterina y condiciona un seguimiento clínico y obstétrico inadecuado en mujeres en edad reproductiva sin manifestaciones clínicas sugestivas.

2. Descripción del caso

2.1. Datos generales de la Paciente.

Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino que acude al centro médico “S. J.” ubicado en la provincia **Tomas Frías del departamento de Potosí**, en fecha **4 de julio de 2025**, por **sospecha de embarazo**.

Tabla 2.1.1. Datos generales del paciente	
Variable	Descripción
Nombre	C. M. M.
Sexo	Femenino
Edad	27 años
Lugar de Nacimiento	Potosí- Chaqui
Estado civil	Conviviente
Ocupación	Ama de casa
Número de hijos	Uno

Nota: Los datos presentados corresponden a la información clínica recolectada durante el estudio de caso.

2.2. Antecedentes gineco-obstetricos.

Durante la anamnesis inicial, la paciente asiste a consulta por sospecha de embarazo, refiere no haberse realizado pruebas de embarazo previas, ni en sangre ni en orina. Al interrogatorio gineco-obstetrico, señala como Fecha de ultima menstruación (FUM) el **28 de mayo 2025**.

No refiere antecedentes de ciclos menstruales irregulares, sangrados uterinos anormales, abortos espontáneos ni complicaciones ginecológicas previas.

Manifiesta haber cursado un embarazo anterior sin controles prenatales adecuados; con evolución aparentemente normal y parto normal, sin complicaciones referidas.

En la anamnesis previa la paciente no refiere tener conocimiento de la malformación congénita uterina que es diagnosticada posterior a la ecografía solicitada.

2.2.1. Estudio imagenológico inicial.

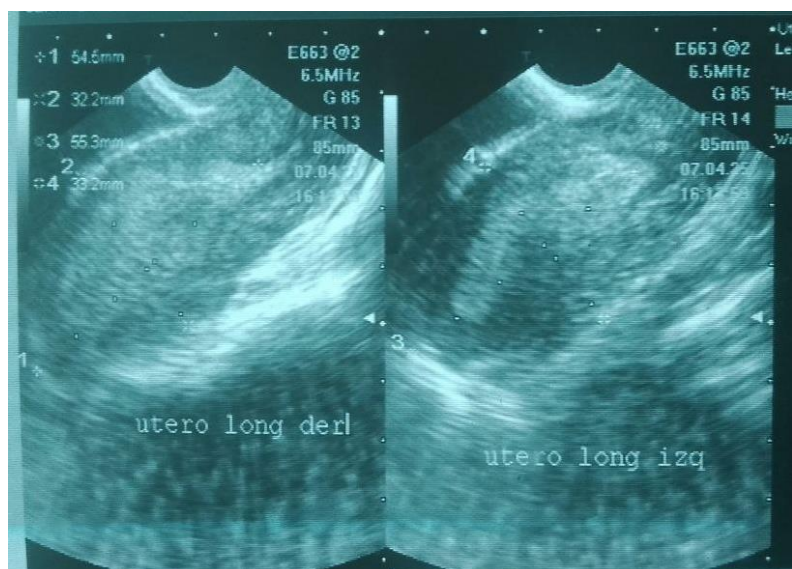
Por indicación médica, se realiza **ecografía transvaginal** con el objetivo de confirmar o descartar gestación. Durante el estudio se identifican dos cuerpos uterinos completamente separados, cada uno con miometrio y cavidad endometrial independiente, sin evidencia de comunicación entre ambas cavidades, hallazgos compatibles con **útero didelfo**.

El endometrio del útero derecho presenta un espesor de 15.9 mm, mientras que el útero izquierdo mide 12.8 mm, valores compatibles con fase secretora del ciclo menstrual. El miometrio de ambos úteros muestra ecogenicidad homogénea, sin lesiones focales evidentes. Los anexos visualizados no presentan alteraciones ecográficas significativas.

Se sugiere la posibilidad de duplicidad cervical, recomendándose correlación clínica y ginecológica.



- **Figura 2.2.1.1.** Ecografía transvaginal, corte transversal que evidencia duplicación uterina compatible con útero didelfo.



- **Figura 2.2.1.2.** Ecografía transvaginal, corte longitudinal que evidencia duplicación uterina compatible con útero didelfo.



- **Figura 2.2.1.3.** Ecografía transvaginal, que evidencia duplicación uterina y endometrial compatible con útero didelfo.

Tabla 2.2.1.1. Medidas uterinas y endometriales obtenidas mediante ecografía transvaginal

Estructura evaluada	Medida ecográfica
Útero derecho	Long: 54.5 mm, AP: 32.2 mm, Transv: 36.2 mm
Útero izquierdo	Long: 55.3 mm, AP: 33.2 mm, Transv: 38.2 mm
Cavidad Endometrial derecho	15.9 mm
Cavidad Endometrial izquierda	12.8 mm

Nota: Los valores endometriales son compatibles con fase secretora del ciclo menstrual. Los hallazgos ecográficos corresponden a una malformación congénita del conducto de Müller tipo útero didelfo, identificada mediante ecografía transvaginal.

2.2.2. Conocimiento previo de la malformación uterina

Ante los hallazgos ecográfico, se interroga a la paciente sobre conocimiento previo de la malformación uterina, refiriendo desconocer dicha condición, pese a haberse realizado ecografías previas durante su primer embarazo, las cuales fueron realizadas únicamente por vía abdominal.

2.3. Evolución clínica y segundo control ecográfico

En fecha 11 de septiembre de 2025, la paciente retorna al consultorio por nueva sospecha de embarazo, con **FUM:** 20 de julio de 2025. Inicialmente solicita una ecografía ginecológica abdominal, sin mencionar antecedentes de malformación uterina.

Durante este estudio se observa una estructura uterina de morfología aparentemente conservada, **sin evidencia de embarazo**. Posteriormente se identifica una imagen solida de contornos relativamente definidos, sugestiva de una posible formación tipo mioma, sin poder establecer un diagnostico concluyente, evidenciando las **limitaciones de la ecografía abdominal** para la identificación de anomalías uterinas congénitas.

Ante estos hallazgos, se sugiere la realización de ecografía transvaginal, tal como había sido solicitada por la médica tratante.

2.3.1. Hallazgos ecográficos transvaginales posteriores.

En la ecografía transvaginal se confirma nuevamente la presencia de útero didelfo, con dos cuerpos uterinos completamente separados. En el útero derecho se evidencia embarazo intrauterino, observándose saco gestacional, saco vitelino y embrión con actividad cardíaca positiva, correspondiente a una edad gestacional de 6 semanas 3 días.

Adyacente al saco gestacional se identifica una colección hipoeoica, compatible con hematoma subcorionico, que mide aproximadamente 9,7 mm x 7.1 mm. El miometrio presenta ecogenicidad conservada.

El útero izquierdo se visualiza sin contenido gestacional, con cavidad endometrial vacía. No se evidencia comunicación entre ambas cavidades uterinas. Los anexos no muestran alteraciones ecográficas significativas. Se mantiene la sospecha de duplicación cervical, compatible con malformación mülleriana.



▪ **Figura 2.3.1.1.** Ecografía transvaginal, que evidencia la presencia de saco gestacional y saco vitelino.



- **Figura 2.3.1.2.** Ecografía transvaginal, que evidencia la presencia de embrión y un hematoma subcorionico.



- **Figura 2.3.1.3.** Ecografía transvaginal, que evidencia duplicación uterina compatible con útero didelfo, y la presencia de un embarazo en curso en la cavidad endometrial derecha.

Tabla 2.3.1.1 Hallazgos ecográficos transvaginales

Estructura evaluada	Hallazgo
Útero derecho	Embarazo intrauterino
Edad gestacional	6 semanas + 3 días
Hematoma subcorionico	9,7 mm x 7.1 mm
Útero izquierdo	Cavidad vacía
Anexos	Sin alteraciones

Nota: Los datos presentados corresponden a la información de hallazgos ecográficos recolectada durante el estudio.

2.3.2. Comunicación de resultados, conducta y seguimiento

Finalización el estudio, se informa a la paciente sobre la presencia del embarazo y la malformación congénita. En esta oportunidad, la paciente refiere tener conocimiento previo de la anomalía, indicando que había sido evaluada en ocasiones anteriores en el mismo centro médico.

Se recomienda seguimiento ecográfico y control obstétrico estricto; sin embargo, la paciente no retorna para controles posteriores. Posteriormente manifiesta que no desea continuar con el embarazo y consulta sobre la posibilidad de intervenirlo, situación que podría explicar la falta de seguimiento médico recomendado.

3. Análisis y discusión de resultados

3.1. Importancia de la ecografía transvaginal en el diagnóstico del útero didelfo.

El presente estudio de caso evidencia la relevancia de la **ecografía transvaginal** como método diagnóstico fundamental para la identificación de malformaciones uterinas congénitas, específicamente el **útero didelfo**, así como para la identificación temprana del embarazo y de posibles complicaciones asociadas.

En la primera evaluación ecográfica realizada en julio de 2025, la ecografía transvaginal permitió identificar de manera clara la presencia de dos cuerpos uterinos completamente separados, cada uno con su propio miometrio y cavidad endometrial, sin comunicación entre ambas cavidades, hallazgos característicos de útero didelfo. Estos resultados concuerdan con lo descrito en la literatura, donde se señala que la ecografía transvaginal ofrece una mayor resolución anatómica y una mejor delimitación de las estructuras uterinas en comparación con la ecografía abdominal, especialmente en pacientes sin manifestaciones clínicas sugestivas.



- **Figura 3.1.1.** Ecografía transvaginal que muestra dos cuerpos uterinos completamente separados, compatibles con útero didelfo.

3.1.1. Características ecográficas uterinas y endometriales.

El espesor endometrial observa en ambos úteros fue compatible con la fase secretora del ciclo menstrual, lo que explica la ausencia de signos ecográficos de gestación en esa primera evaluación. Asimismo, la ecogenicidad homogénea del miometrio y la ausencia de alteraciones anexiales refuerzan el carácter incidental del diagnóstico, situación descrita con frecuencia en pacientes con útero didelfo que permanecen asintomáticas y con ciclos menstruales regulares.

Tabla 3.1.1.1. Hallazgos ecográficos.

Estructura evaluada	Medida/Descripción
Endometrio útero derecho	15.9 mm
Endometrio útero izquierdo	12.8 mm
Miometrio	Ecogenicidad homogénea
Comunicación entre cavidades	No se evidencia
Anexos	Sin alteraciones

Nota: Los espesores endometriales son compatibles con fase secretora del ciclo menstrual

3.2. Antecedentes obstétricos y su influencia en el diagnóstico

Un aspecto relevante del análisis es el antecedente de un embarazo previo con evolución aparentemente normal, sin complicaciones obstétricas significativas, lo que coincide con estudios que señalan que algunas mujeres con útero didelfo pueden cursar gestaciones exitosas. Este hecho contribuye a que el diagnóstico de malformación se retrase o pase desapercibido.

3.2.1. Limitaciones del diagnóstico previo mediante ecografía abdominal

Este antecedente influyó en el desconocimiento de la paciente sobre su condición, ya que durante su embarazo anterior no se identificó la anomalía uterina, debido a la realización exclusiva de ecografías abdominales, las cuales presentan menor sensibilidad para la detección de malformaciones uterinas complejas.

3.3. Limitaciones diagnósticas de la ecografía abdominal

Durante la segunda consulta, en septiembre de 2025, la ecografía ginecológica abdominal inicial mostró limitaciones diagnósticas evidentes. Si bien se identificó una estructura uterina aparentemente conservada, no fue posible visualizar el embarazo ni caracterizar adecuadamente una imagen sólida sugestiva de mioma, lo que generó incertidumbre diagnóstica.

Este hallazgo pone de manifiesto las limitaciones de la ecografía abdominal para la evaluación de malformaciones uterinas complejas y embarazos tempranos, tal como se describe en la literatura especializada.

3.4. Confirmación del embarazo y complicaciones asociadas

Posteriormente, la realización de la ecografía transvaginal permitió confirmar la presencia de un embarazo intrauterino localizado en el útero derecho, con visualización de saco gestacional de 6 semanas y 3 días.



- **Figura 3.4.1.** Ecografía transvaginal que muestra saco gestacional intrauterino con embrión en útero derecho.

3.4.1. Hematoma subcoriónico como hallazgo asociado

Además, se identificó un hematoma subcoriónico, complicación que puede presentarse en gestaciones tempranas y que, en pacientes con malformaciones uterinas, adquiere especial relevancia debido al aumento riesgo obstétrico.



- **Figura 3.4.1.1.** Imagen ecográfica que evidencia hematoma subcorionico adyacente al saco gestacional.

Tabla 3.4.1.1. Características del hematoma subcoriónico

Variable	Descripción
Ubicación	Adyacente al saco gestacional
Tamaño	9.7 mm x 7.1 mm
Relevancia Clínica	Riesgo obstétrico aumentado

3.5. Confirmación de la malformación mülleriana

La identificación de un útero no gestante con cavidad endometrial vacía y la ausencia de comunicación entre ambos úteros reafirmaron el diagnóstico de útero didelfo. Asimismo, la sospecha ecográfica de duplicación cervical coincide con lo descrito en este tipo de malformación mülleriana, reforzando la necesidad de correlación clínica y ginecológica.



- **Figura 3.5.1.** Ecografía transvaginal que evidencia útero derecho gestante y útero izquierdo sin contenido gestacional.

3.6. Seguimiento clínico y factores que condicionan la evolución

Desde el punto de vista del seguimiento, el caso evidencia una limitada adherencia a los controles ecográficos, a pesar de las recomendaciones realizadas, situación que puede estar influenciada por factores personales, sociales y emocionales.

La manifestación de la paciente de no desear continuar con el embarazo constituye un elemento relevante en la interpretación de los resultados, ya que condiciona la evolución clínica y limita la posibilidad de evaluar el curso completo de la gestación en el contexto de útero didelfo.

3.7. Consideraciones finales del análisis

El conjunto, los resultados obtenidos en este estudio de caso confirman que la ecografía transvaginal es determinante para el diagnóstico oportuno del útero didelfo, para la correcta localización del embarazo y para la detección temprana de complicaciones asociadas. Asimismo, el caso resalta la importancia del conocimiento previo de las malformaciones uterinas tanto por parte del personal de salud como de la paciente, ya que este influye

directamente en el seguimiento, la toma de decisiones clínicas y la interpretación adecuada de los hallazgos ecográficos.

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

El análisis del presente estudio de caso permitió evaluar la utilidad de la ecografía transvaginal en el diagnóstico de malformaciones uterinas congénitas y su impacto en la identificación temprana del embarazo y de posibles complicaciones asociadas. A partir de los hallazgos obtenidos y su análisis, se establecen las siguientes conclusiones:

- La ecografía transvaginal constituye el método diagnóstico más eficaz para la identificación del útero didelfo, ya que permite una visualización clara de la anatomía uterina, superando las limitaciones observadas en la ecografía abdominal.
- El útero didelfo puede cursar de manera asintomática y permitir embarazos previos sin complicaciones aparentes, lo que favorece el subdiagnóstico de esta malformación cuando no se realizan estudios ecográficos adecuados.
- La localización del embarazo en uno de los cuerpos uterinos y la detección de complicaciones tempranas, como el hematoma subcoriónico, solo fueron posibles mediante ecografía transvaginal, resaltando su importancia en el seguimiento inicial del embarazo.
- El desconocimiento previo de la malformación uterina y la limitada adherencia al seguimiento ecográfico influyen negativamente en la continuidad del control obstétrico y en la toma de decisiones clínicas oportunas.

Recomendaciones

El presente estudio de caso pone en evidencia ciertas limitaciones relacionadas con el diagnóstico oportuno, el seguimiento clínico y la adherencia a los controles médicos en

pacientes con malformaciones uterinas congénitas. A partir de los hallazgos obtenidos, se formulan las siguientes recomendaciones con el fin de fortalecer la practica diagnostica y orientar futuras investigaciones:

- Se recomienda priorizar la **ecografía transvaginal** como método de elección en la evaluación ginecológica y obstétrica temprana, especialmente en pacientes que consultan por sospecha de embarazo, a fin de mejorar la detección de malformaciones uterinas congénitas.
- Se sugiere reforzar la **anamnesis ecográfica y la revisión de antecedentes** en pacientes que acuden de manera recurrente al servicio, con el objetivo de evitar omisiones diagnósticas y facilitar la identificación de condiciones previamente detectadas.
- Se recomienda realizar estudios complementarios y seguimiento multidisciplinario en pacientes diagnosticadas con útero didelfo, para una adecuada orientación clínica, obstétrica y reproductiva, aun en ausencia de sintomatología.
- Se propone desarrollar futuros estudios de caso o investigaciones con mayor número de pacientes que permitan evaluar la evolución del embarazo, las complicaciones asociadas y la adherencia al seguimiento en mujeres con malformaciones müllerianas, contribuyendo a ampliar el conocimiento existente sobre esta patología.

Referencias bibliográficas

- Bermejo López, C., Puente Águeda, J., Graupera Nicolau, B., & Alcázar Zambrano, J. (2021). *Diagnóstico ecográfico de las malformaciones uterinas y anomalías del tracto*. Obtenido de https://sego.es/documentos/progresos/v64-2021/n2/05-Diagnostico_ecografico_de_las_malformaciones_uterinas_y_anomalias_del_tracto_genital_inferior.pdf
- Clinic, P. M. (25 de junio de 2025). *Utero doble* . Obtenido de Utero doble : <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/double-uterus/diagnosis-treatment/drc-20352265>
- Ćwiertnia, A., Borzyszkowska, D., Golar, A., Tuczyńska, N., Kozłowski, M., Kwiatkowski, S., & Cymbaluk-Płoska, A. (25 de Agosto de 2022). *El impacto del útero didelfo en la fertilidad y el embarazo*. Obtenido de <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/17/10571>
- Grimbizis, G., Campo, R., Gordts, S., Brucker, S., Gergolet, M., Tanos, V., . . . Spiezio Sardo, A. (10 de marzo de 2012). *Abordaje clínico para la clasificación de las malformaciones congénitas uterinas*. Obtenido de [https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3338910/#:~:text=Ecograf%C3%ADa%20bidimensional%20\(ECO%20D\)%20.,34%20%2C%20111%20%2C%20112%20%5D](https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3338910/#:~:text=Ecograf%C3%ADa%20bidimensional%20(ECO%20D)%20.,34%20%2C%20111%20%2C%20112%20%5D).
- Lavoue, V., & Nezhat, C. (25 de Febrero de 2022). *Diagnóstico de anomalías uterinas congénitas: consideraciones prácticas*. Obtenido de Diagnóstico de anomalías uterinas congénitas: consideraciones prácticas: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8911320/>
- Lavoue, V., & Nezhat, C. (25 de febrero de 2022). *Diagnóstico de anomalías uterinas congénitas: consideraciones prácticas*.
- Márquez Guevara, C. (18 de agosto de 2021). *Malformaciones uterinas congénitas*. Obtenido de <https://gravida.com/blog/malformaciones-uterinas-congenitas/>
- Obstetricia, S. E. (febrero de 2013). Obtenido de https://www.elsevier.es/pt-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-anomalias-congenitas-del-utero-S0304501314000077?utm_source=chatgpt.com

Obstetricia, S. E. (febrero de 2013). *Anomalías congénitas del útero*. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-anomalias-congenitas-del-utero-S0304501314000077>

Ostos, R. (4 de Diciembre de 2025). *¿Qué es el útero didelfo?* Obtenido de ¿Qué es el útero didelfo?: <https://centromedicoabc.com/padecimientos/utero-doble/>

Pfeifer, S., Attaran, M., Goldstein, J., Lindheim, S., Petrozza, J., Rackow, B., . . . Ramaiah, S. (29 de Octubre de 2021). *Clasificación de anomalías müllerianas ASRM 2021*. Obtenido de Clasificación de anomalías müllerianas ASRM 2021: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0015028221020719>

A. Solicitudes médicas del estudio de caso

En este anexo se presenta las solicitudes medicas correspondientes a las evaluaciones ecográficas realizadas durante el seguimiento del estudio de caso. Estos documentos respaldan la indicación clínica de los exámenes solicitados.

A.1. Solicitudes de ecografía ginecológica.

A.1.1. Solicitud medica – julio 2025

La presente solicitud medica corresponde a la indicación de una ecografía ginecológica transvaginal realizada el 4 de julio de 2025, cuyo objetivo fue la evaluación anatómica uterina en una paciente sin sintomatología ginecológica específica. La indicación clínica permitió la identificación incidental de una malformación uterina congénita.

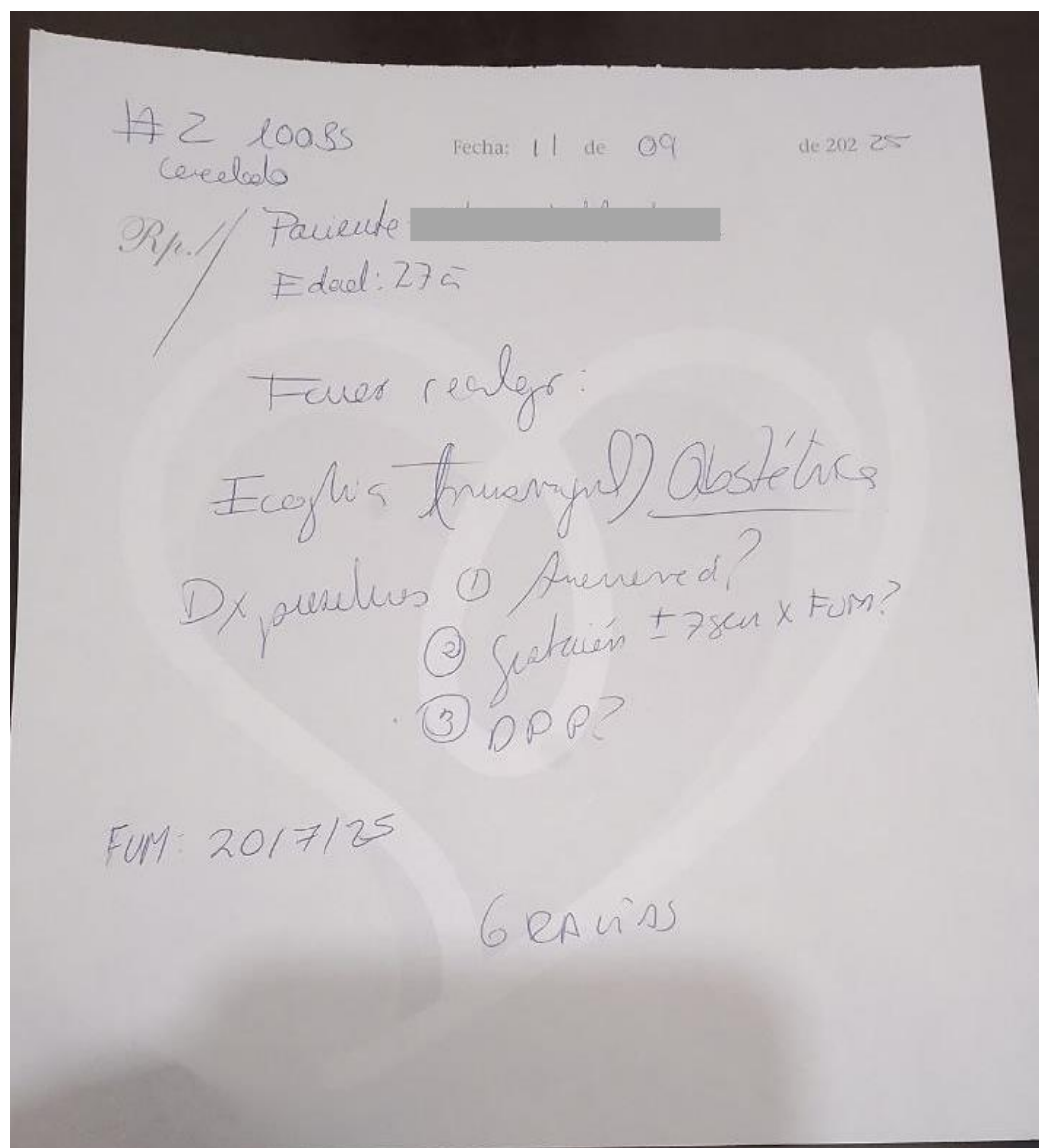
The image shows a handwritten medical request form on a white background with an orange vertical stripe on the right side. The text is written in black ink. At the top right, there is a logo for 'BRESKOT Pharma' with the tagline 'SCIENCE. LIFE. HOPE.' and 'BPh' in a purple circle. The form contains the following handwritten text:

Rp/ FUM: 28/5/25/
Paciente [redacted]
E: 26c # 3
Cancelado 100Bs
Fueres realgr:
Ecografía transvaginal
Diagnóstico: Ojokuan
IS en x PUM?
Embry aneuploidy
Fecha: 04/07/25
No acepto cambio de receta.

- **Figura A.1.1.1.** Solicitud médica para ecografía ginecológica transvaginal (4 de Julio 2025).

A.1.2. Solicitud medica – septiembre 2025.

Esta solicitud medica fue emitida en fecha 11 de septiembre del 2025 con el propósito de evaluar un presunto embarazo temprano. Inicialmente se solicita ecografia ginecológica abdominal, lo que posteriormente motivo la realización de una ecografia transvaginal complementaria.



▪ **Figura A.1.2.1.** Solicitud médica para ecografía ginecológica transvaginal (11 de septiembre 2025).

B. Informes ecográficos

Este anexo reúne los informes ecográficos de acuerdo a las imágenes obtenidas durante las evaluaciones realizadas a la paciente. Los documentos presentados respaldan los hallazgos descritos en el análisis y discusión de resultados, y constituyen evidencia diagnóstica del útero didelfo y del embarazo temprano.

B.1. Informe ecográfico ginecológico transvaginal – julio de 2025.

B.1.1. Descripción general del informe.

El informe ecográfico ginecológico transvaginal correspondiente a 4 de julio de 2025 describe la presencia de dos cuerpos uterinos completamente separados, cada uno con su propia cavidad endometrial, sin comunicación entre sí, hallazgos compatibles con útero didelfo.

CENTRO MÉDICO [REDACTED]

**ECOGRAFÍA GINECOLOGICA
TRANSVAGINAL**

NOMBRE: [REDACTED]	EDAD: 26 años
MEDICO Solicitante: [REDACTED]	FECHA: 04/07/2025
MOTIVO DE ESTUDIO: Sospecha de embarazo	
Método de estudio: Se realiza estudio por vía transvaginal con transductor endocavitario de alta frecuencia, obteniendo imágenes en planos longitudinales y transversales. Se observan los siguientes hallazgos:	
VEJIGA: Vacía	
UTERO: Se identifica la presencia de dos cuerpos uterinos con contornos lisos completamente separados, cada uno con su propio Miometrio de superficies homogéneas, sin identificación de masas sólidas ni quísticas. Se identifica doble eco endometrial independiente, ambas de ecogenicidad homogénea, compatible con fase secretora, sin evidencia de comunicación entre ambas cavidades. Características ecográficas subjetivas a malformación uterina congénita tipo útero didelfo.	
• Útero Derecho: ▪ Longitud: 54.5 mm ▪ Diámetro Anteroposterior: 32.2 mm ▪ Diámetro Transverso: 36.2 mm ▪ Espesor Endometrial: 15.9 mm • Útero Izquierdo: ▪ Longitud: 55.3 mm ▪ Diámetro Anteroposterior: 33.2 mm ▪ Diámetro Transverso: 38.2 mm ▪ Espesor Endometrial: 12.8 mm	
ANEXOS: Ovarios visualizados, de morfología conservada No se identifica líquido libre en saco de Douglas	
DIAGNOSTICO ECOGRAFICO : • HALLAZGOS ECOGRAFICOS COMPATIBLES CON UTERO DIDELFO • SIN EVIDENCIA ECOGRAFICA DE GESTACION INTRAUTERINA • POSIBLE DUPLICACION CERVICAL	
Nota: Correlacionar con clínica	
Consultorio: Av. Pando, Galería C&D primer piso of. 21...	

- **Figura B.1.1.1.** Informe ecográfico donde se reporta la duplicación uterina compatible con útero didelfo.

B.1.2. Medidas uterinas y endometriales.

Tabla B.1.2.1. Resumen de medidas uterinas y endometriales obtenidas en ecografía transvaginal.

Estructuras evaluada	Medida/Característica	Medida Long	Medida AP	Medida Transv
Útero derecho	-	54.5 mm	32.2 mm	36.2 mm
Útero izquierdo	-	55.3 mm	33.2 mm	38.2 mm
Endometrio útero derecho	15.9 mm	-	-	-
Endometrio útero izquierdo	12.8 mm	-	-	-
Miometrio	Ecogenicidad homogénea	-	-	-
Comunicación intrauterina	No se evidencia	-	-	-
Anexos	Sin alteraciones	-	-	-

Nota: Los espesores endometriales son compatibles con la fase secretora del ciclo menstrual. Este espacio posibilita aclarar la información en la tabla. En caso de no requerirse, esta línea debe ser eliminada.

B.2. Informe ecográfico obstétrica – septiembre de 2025

B.2.1. Confirmación de embarazo intrauterino.

El informe ecográfico transvaginal del 11 de septiembre de 2025 confirma la presencia de un embarazo intrauterino localizado en el útero derecho, con una edad gestacional estimada de 6 semanas y 3 días, observándose saco gestacional, saco vitelino y embrión.

CENTRO MÉDICO

ECOGRAFÍA GINECOLOGICA
TRANSVAGINAL

NOMBRE:	EDAD: 27 años
MEDICO Solicitante:	FECHA: 11/09/2025
MOTIVO DE ESTUDIO: Amenorrea	

Método de estudio: Se realiza estudio por vía transvaginal con transductor endocavitario de alta frecuencia.

VEJIGA: Vacía

UTERO: Se identifica la presencia de dos cuerpos uterinos completamente separados, cada uno con Miometrio y cavidad endometrial independientes, sin evidencia de comunicación entre ambas cavidades. Características ecográficas subjetivas a malformación uterina congénita tipo útero didelfo.

- **Útero Derecho:** Aumentado de volumen, ocupado por saco gestacional único, saco vitelino perceptible 5.1 mm y polo embrionario perceptible con actividad cardíaca positiva.

BIOMETRIA:
SG: 19.5 mm
LCC: 8 mm.

Se identifica colección hipoeoica adyacente al saco gestacional, compatible con hematoma subcorionico, que mide aprox 9.7 mm x 7.1 mm.Ç

- **Útero Izquierdo:** Cavidad endometrial vacía, sin evidencia de contenido gestacional y Miometrio de ecogenicidad homogénea.

ANEXOS: Ovarios visualizados, de morfología conservada

No se identifica líquido libre en saco de Douglas

DIAGNOSTICO ECOGRAFICO :

- EMBARAZO INTRAUTERINO UNICO, LOCALIZADO EN UTERO DERECHO
- EDAD GESTACIONAL: 6 sem y 3 días
- HEMATOMA SUBCORIONICO
- HALLAZGOS ECOGRAFICOS COMPATIBLES CON UTERO DIDELFO
- DUPLICACION CERVICAL POR DEFINIR

Nota: Valoración gineco- obstétrico y seguimiento ecográfico

Consultorio: Av. Pando, Galería C&D primer piso of. 21..

- **Figura B.2.1.1.** Ecografia transvaginal que muestra saco gestacional con embrión y actividad cardíaca positiva en útero derecho.

C. Carta de Autorización Institucional

Este anexo presenta la autorización del Centro Medico “S. J.” para el uso académico y científico de la información clínica presentada en este estudio de caso. Asimismo, se garantizó la confidencialidad de la paciente mediante la anonimización de todos los datos identificatorios.

Potosí, 25 de Junio de 2026

CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE CASO CLÍNICO

A quien corresponda:

Por medio de la presente, el **Centro Medico [REDACTED]**, representado por su Gerente, **Dra. [REDACTED]**, autoriza a la profesional **Lic. Sarina Carol Rodríguez Huaquipa** a utilizar la información correspondiente al caso clínico desarrollado durante sus actividades profesionales en nuestra institución para fines académicos y científicos, incluyendo su publicación en revistas científicas, repositorios institucionales o cualquier otro medio de difusión académica.

Esta autorización se concede bajo la condición de que se mantenga en todo momento la confidencialidad y el anonimato de la paciente, cumpliendo con los principios éticos y normativas vigentes relacionadas con la protección de datos personales y la investigación en salud.

Asimismo, se deja constancia de que la publicación del caso tiene fines exclusivamente académicos, científicos y de contribución al conocimiento en el área de la salud, sin vulnerar los derechos de la paciente ni revelar información que permita su identificación.

Sin otro particular, extendemos la presente autorización para los fines que la interesada considere convenientes.

Atentamente,


 Dra. [REDACTED]
 Gerente Propietaria
 "Centro Medico [REDACTED]"

Dra. [REDACTED]
 M. P. T. S. S. N.
 CENTRO MEDICO [REDACTED]

D. Aclaración sobre el consentimiento de la paciente.

Se adjunta el formulario de consentimiento y autorización elaborado para la paciente con el propósito de obtener su autorización para la publicación del presente estudio de caso.

No obstante, pese a las gestiones realizadas para establecer contacto con la paciente, no fue posible ubicarla mediante los medios de contacto disponibles, razón por la cual el documento no pudo ser suscrito.

En consecuencia, la información presentada en este estudio de caso ha sido completamente anonimizada, suprimiéndose cualquier dato que pudiera permitir la identificación de la paciente, en cumplimiento de los principios éticos de confidencialidad y protección de datos personales.

Potosí, 25 de Junio de 2026

CARTA DE CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE CASO CLÍNICO

Yo, _____, mayor de edad, con C.I.
N.º _____, en calidad de paciente atendida en el Centro de
Salud San Jorge, manifiesto que he sido informada sobre el uso académico y científico
de la información relacionada con mi atención médica.

Por la presente, autorizo de manera libre, voluntaria e informada a la **Lic. Sarina Carol Rodríguez Huaquipa** para utilizar la información clínica correspondiente a mi caso en la elaboración, presentación y publicación de un estudio de caso con fines académicos, científicos y de investigación.

Asimismo, declaro que comprendo que toda la información que permita mi identificación personal será mantenida en estricta confidencialidad y que los datos presentados serán tratados de forma anónima, respetando mi privacidad y los principios éticos aplicables.

Esta autorización comprende la presentación del caso en trabajos académicos, repositorios institucionales, revistas científicas, congresos y otros medios de difusión científica relacionados con las ciencias de la salud.

Firmo la presente en señal de conformidad y aceptación de los términos descritos anteriormente.

Sra. _____

CI:
FIRMA