

Útero Didelfo com Gravidez Gemelar

“Uterus didelphys with pregnancy”

Jules White, Paulo Cesar Serafini, Idélio Miguel Sterza, Sergio Antônio Faria Onofre
Huntington Centro de Medicina Reprodutiva –

Vitória/ES

Recebido em: 09/09/2004

Avalido e aceito em: 10/12/2004

Abstract

This is the first birth in Brazil of twin pregnancy in didelphys uterus (one fetus in each half). The diagnosis from this uterine anomaly was performed during the investigation of primary sterility. The gynecological exam as well as complementary exams was performed (transabdominal and vaginal ultrasound and hysterosalpingogram). The pregnancies evolution was described from the prenatal care to the delivery and puerperium.

Key words: *uterus didelphys, twin pregnancy, case report*

Introdução

As más-formações uterinas advêm de falha completa da fusão medial dos ductos de Müller durante a embriogênese, por volta do segundo mês de vida intra-uterina. Se os ductos não tiverem tamanhos equivalentes, ou tiverem graus de desenvolvimento diferentes, pode-se desenvolver um útero unicorno. Ocorrendo uma fusão anormal, pode-se originar um útero bicornio ou didelfo. Se o septo mediano não for absorvido, a cavidade uterina pode ser dividida em duas partes, formando um útero

septado. Sua incidência é de aproximadamente um caso em cada 2.000 nascimentos (Mascarenhas, 2001). As estatísticas são muitas falhas, pois no passado a terminologia utilizada era imprecisa ou inconsistente, somando-se a isto as dificuldades existentes.

Jarcho, em 1946, e Buttram & Gibbons, em 1979, propuseram classificações das más-formações do útero com o objetivo de uniformizar a nomenclatura e, com isso, tornar mais fiéis as estatísticas e os relatos dos casos. O útero didelfo caracteriza-se pela presença de dois hemiúteros, dois colos uterinos, podendo ou não haver septo duplicando a vagina. É quase universal a assertiva de que a fertilidade reduz-se nos casos de útero didelfo. As mulheres com anomalia mullerianas são responsáveis por 10 a 15% dos casos de abortamento habitual (Golan *et al.*, 1992) e a alteração que mais dificulta a evolução da

Correspondência para:

Jules White

Avenida Vitória, 3175 – Bento Ferreira

29050-141 – Vitória – ES

Tel: (27) 3325-3390

Fax: (27) 3325-9564

e-mail: huntingt@uol.com.br

gravidez é o útero septado. Em contrapartida, o útero didelfo apresenta menores índices quanto à reprodução. No útero didelfo, a vascularização está bem próxima do ideal, uma vez que na maioria dos casos a espessura da parede uterina média é igual ou duas vezes maior que a lateral. No entanto, a insuficiência istmo-cervical pode aumentar as chances de abortamento.

Para chegar a um diagnóstico podemos utilizar vários métodos propedêuticos. Pode haver queixas de dificuldade durante a atividade sexual ou até na utilização de absorventes internos. Durante o exame ginecológico podemos detectar septo longitudinal e/ou duplicidade do colo uterino. Podemos utilizar como exames complementares a ultra-sonografia, histerossalpingografia, histerossalpingografia, video-histeroscopia, videolaparoscopia e, mais recentemente, a ressonância magnética (Tyagi *et al.*, 2001). Na maioria das vezes a má-formação manifesta-se pela queixa de infertilidade ou no tratamento do aborto espontâneo, durante a realização de uma curetagem uterina.

A frequência de gestação em pacientes com diagnóstico de útero didelfo varia de 1:20.000 a 1:28.000, ocorrendo a gravidez em um dos hemiúteros. A gravidez gemelar onde cada feto ocupa cada hemiútero tem frequência de 1:1.000.000 (Nhan *et al.*, 1983), e, em revisão na literatura mundial, encontramos apenas 20 casos relatados nessa situação. Uma nova revisão acrescentou apenas mais um caso, ocorrido no Chile no ano de 2001. O nosso caso representa o primeiro da literatura médica brasileira e o 22º caso da literatura mundial.

A via de resolução dos partos é preferencialmente a cesariana. Manesch *et al.* (1983), em vários estudos, mostraram gestações múltiplas em paciente com esta anomalia mulleriana. A maior frequência de multigestacionalidade foi a condição de trigêmeos (Ahmad *et al.*, 2000). Na maioria dos casos não foi decorrente de fertilização *in vitro*. Quase sempre foram gestações monozigóticas e no mesmo hemiútero (Brown, 1999; Clarke, 1977).

As complicações nas gestações gemelares em útero didelfo são: abortamento, podendo chegar até 38%, distórcias de apresentação, em torno de 43%, e amniorrexe prematura das bolsas amnióticas, em até 53%.

Relato do Caso

R. F. A., feminina, branca, 26 anos, casada, manicura, natural e procedente de Venda Nova do Imigrante, no Estado do Espírito Santo, procurou atendimento médico em 26/06/2002 com desejo de engravidar e com ultra-sonografia endovaginal com diagnóstico de útero didelfo com vagina única. Menarca aos 12 anos, ciclos menstruais regulares, Gesta 0, Para 0, nega tabagismo, uso de álcool ou drogas. Antecedentes familiares de hipertensão arterial (pai). Nega ainda antecedente familiar de câncer.

As mamas, de tamanho médio, assimétricas, com aréolas, papilas e tecido tegumentar íntegro, apresentavam parênquima mamário homogêneo, descarga papilar negativa e ausência de gânglios axilares. Abdômen com discreto abaulamento em região suprapúbica, tecido tegumentar e cicatriz umbilical íntegros. Vulva com pilificação ginecóide, rima vulvar fechada, grandes lábios, pequenos lábios e região perineal íntegros. Ao exame especular, paredes vaginais com pregueamentos íntegros, úmidas, colos com orifício externo puntiforme. Realizada colpocitologia oncótica. No toque bimanual combinado, encontramos útero de volume aumentado, indolor à palpação, superfície irregular, fibroelástico, com mobilidade conservada, paramétrios e anexos não palpáveis. Foram solicitadas ultra-sonografia abdominal (descartar possível agenesia renal unilateral) e histerossalpingografia para maior precisão diagnóstica.

Em 23/09/2002, a paciente retornou para nova consulta, com atraso menstrual. Os resultados dos exames anteriormente solicitados foram: classe II de Papanicolaou, cavidade abdominal sem alterações e útero didelfo (hemiútero direito e esquerdo, dois colos uterino e vagina única). Foi solicitado teste de BhCG devido ao atraso menstrual. No dia 29/09/02 retornou à consulta com resultado de BhCG positivo e ultra-sonografia endovaginal que mostrava dois sacos gestacionais, um feto em cada hemiútero e batimentos cardíofetais presentes em ambos os fetos. A paciente foi orientada quanto a hábitos alimentares e atividade física durante o período de gestação.

As consultas foram mensais até a 30ª semana de gestação, quando passaram a ser quinzenais. No primeiro



Foto 1 – Hemiútero direito e esquerdo com prova de cottle positivo bilateral.

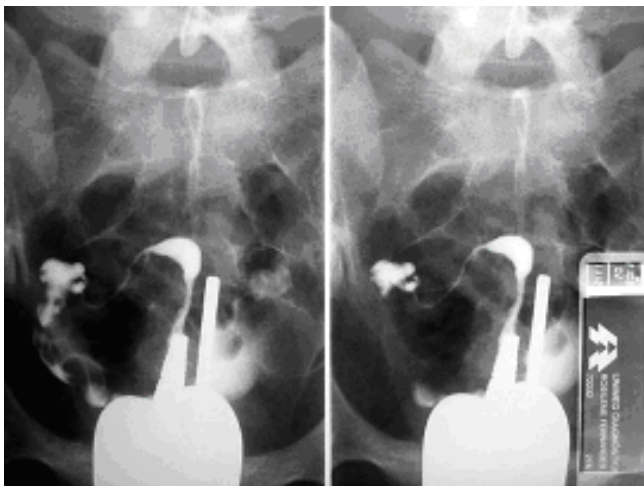


Foto 2 – Hemiútero direito com prova de cottle positivo.



Foto 3 – Hemiúteros esquerdo com prova de cottle positivo bilateral.

trimestre foram realizados os exames de ultrassonografia endovaginal, morfológico e Doppler (ductos venosos e artérias uterinas), realizados na 12^a semana de gravidez. Na 21^a semana solicitamos ultrassonografia morfológica com Doppler das artérias uterinas para avaliação da função placentária, e ultrassonografia endovaginal para predição de possível parto prematuro. Na 34^a semana de gravidez realizamos ultrassonografia morfológica para atestar as vitalidades fetais mediante o Doppler das artérias umbilical e cerebral média.

No dia 07/05/03 ocorreu amniorrexe prematura da bolsa amniótica do feto localizado no hemiútero esquerdo. Foi decidida a realização do parto via abdominal através da operação cesariana. A abordagem cirúrgica se fez através de incisão mediana, abertura das cavidades por planos. Realizou-se a histerotomia segmentar transversa do hemiútero esquerdo, ocorrendo o nascimento da criança de sexo masculino com 2.425 gramas, 47 cm de altura e índice de Apgar 1^o minuto: 8 e 5^o minuto: 9; a seguir realizou-se a histerotomia segmentar transversa do hemiútero direito, com nascimento de criança do sexo feminino com 1.935 gramas, 45 cm de altura e índice de Apgar 1^o minuto: 7 e 5^o minuto: 8. Realizou-se extração manual de ambas as placentas e revisão de cada cavidade uterina. Procedeu-se a histerorrafia separada de cada hemiútero. Após revisão da cavidade pélvica e das suturas, procedeu-se à síntese dos demais planos cirúrgicos. O puerpério transcorreu sem complicações materno-fetais. No dia 10/05/03 deu-se a alta hospitalar da mãe e dos recém-nascidos.

Discussão

A ocorrência de gravidez gemelar com um feto em cada hemiútero do útero didelfo é extremamente rara, com incidência estimada de 1:1.000.000 de gravidezes. Na literatura, há pouco mais de 20 casos relatados (Nhan *et al.*, 1983, e Girón *et al.*, 2001). Podemos explicar esta situação em que ocorreu ovulação espontânea em cada ovário em um mesmo ciclo menstrual e em que ambos foram fecundados. Outro ponto interessante seria de esperar que, no caso de gestação múltipla, as alterações da cinética uterina cau-

sassem a inviabilidade da gravidez, ou pelo menos o parto de conceptos prematuros extremos (< 28 semanas), não sendo, porém, a regra na literatura. Assimale-se, ainda, que a gestação múltipla no útero didelfo parece exacerbar outras alterações, entre elas o descolamento prematuro de placenta (Brown, 1999). Em nosso caso, o desenvolvimento de ambos os fetos transcorreu sem diferenças significativas. A gravidez evoluiu até a 36ª semana, quando ocorreu a amniorrexe da bolsa amniótica do hemiútero esquerdo. A resolução da gestação foi através de parto via abdominal, com operação cesariana com boa evolução clínica. Parece conduta plausível, uma vez que se espera discinesia uterina durante o trabalho de parto. Na maioria dos relatos, o parto via abdominal foi realizado anteriormente ao trabalho de parto. É possível que, em alguns casos, a condução do trabalho de parto possa não confirmar a necessidade de operação cesariana. Acreditamos ser muito importante, nesta situação, a assistência de equipe multidisciplinar para uma adequada resolução materno-fetal.

Resumo

Apresentamos o primeiro nascimento no Brasil de gravidez gemelar em útero didelfo (com um feto em ca-

da hemiútero). O diagnóstico dessa anomalia uterina foi realizado durante investigação de esterilidade primária, através de exame ginecológico, ultra-sonografia endovaginal, ultra-sonografia de abdômen superior e histerossalpingografia. Discutimos a evolução das gestações durante o pré-natal e a resolução do parto e puerpério.

Referências

1. Ahmad FK, Sherman SJ, Hagglund KH – Twin gestation in a woman with a uterus didelphys. A case report. J Reprod Med, 45:357-9, 2000.
2. Brown O – Twin pregnancy in a uterus didelphys, with unilateral placental abruption and onset of labour. Aust N Z J Obstet Gynaecol, 39:506-8, 1999.
3. Charke GC – Uterus didelphys with a pregnancy in each horn. Case report. Br J Obstet Gynaecol, 84:720, 1977.
4. Ginseberg NA, Storm C, Verlinsky Y – Management of a triplet gestation complicated by uterus didelphys. Fetal Diag Ther, 12:59-60, 1997.
5. Golan A, Langer R, Neuman M, Segev E, Wexler S, David MP – Obstetric outcome in women with congenital uterine malformations. J Reprod Med, 37:233-6, 1992.
6. Manesch I, Manesch F, Parlato M, Fuca G, Inacandela S – Reproductive performance in women with uterus didelphys. Acta Eur Fertil, 20:121-4, 1989.
7. Mascarenhas G – Útero didelfo e gravidez. GO Atual, 33-4, 2001.
8. Penna AI, Monteiro DLM, Araguel PM, Canella PRB – Fertilidade nas pacientes portadoras de útero didelfo. Femina, 121-24, 2003.
9. Nhan VU, Huisjes HJ – Double uterus with pregnancy in each horn. Obstet Gynecol, 61:115-7, 1983.
10. Tyagi A, Minocha B, Prateek S – Delayed delivery of second twin in uterus didelphys. Int J Gynaecol Obstet, 73:259-60, 2001.

“Não recebo a revista.”

Você é sócio?
Seu pagamento está em dia?
Seu endereço mudou?

Se há dúvidas, consulte o seu cadastro e fale conosco

www.sbra.com.br