

---

# Útero Didelfo Como Hallazgo Incidental en Paciente con Dolor Pélvico Agudo. Reporte de Caso



Rev Guatem Cir Vol. 29 (2) - 2023

Elena Galindo, Andrea Ajcip, Lorena Aguilera MACG

Departamento de Cirugía, Hospital General San Juan de Dios. Autor Correspondiente: Elena María Elisa Galindo Morataya. Correo electrónico: egalindo2449@medicina.usac.edu.gt

## RESUMEN

El dolor pélvico agudo es uno de los síntomas más comunes de consulta en las emergencias de los hospitales y en el caso de pacientes femeninas, se encuentra una amplia gama de diagnósticos diferenciales los cuales deben ser considerados, dentro de los cuales el más común es el quiste hemorrágico del ovario. Sin embargo, la patología más encontrada en abdomen quirúrgico es apendicitis aguda el cual tiene incidencia del 7% en la población general, con síntomas y signos que, a pesar de ser sensibles, no son específicos. Las malformaciones müllerianas se ven en el 1% de las mujeres como población en general, y dentro de estas, un 5-11% son representadas por el útero didelfo, el cual es una malformación que ocurre en el periodo de embriogénesis, cuando los dos conductos paramesonéfricos no logran fusionarse, se presentan una cavidad dividida y si se asocia a un quiste en el ovario localizado en la porción uterina que se encuentre en la fosa iliaca derecha puede confundirse con la clínica de una apendicitis aguda. Este es un reporte de caso de una paciente que acude a la Emergencia de Cirugía del Hospital General San Juan de Dios en Julio 2022 por sospecha de apendicitis aguda con un puntaje de Alvarado de 8 puntos cuyos hallazgos transoperatorios fueron un quiste hemorrágico roto en un útero didelfo ubicado en correa derecha de la paciente.

**Palabras clave:** Útero didelfo, apendicitis.

## ABSTRACT

### Uterus Didelphys as an Incidental Finding in a Patient with Acute Pelvic Pain. Case Report

Acute pelvic pain is one of the most common symptoms of consultation in hospital emergencies and in the case of female patients, there is a wide range of differential diagnoses which must be considered, among which the most common is the hemorrhagic cyst of the ovary. However, the most common pathology found in the surgical abdomen is acute appendicitis, which has an incidence of 7% in the general population, with symptoms and signs that, despite being sensitive, are not specific. Müllerian malformations are seen in 1% of women as a general population, and within these, 5-11% are represented by the didelphic uterus, which is a malformation that occurs in the period of embryogenesis, when the two paramesonephric ducts fail to fuse, they present a divided cavity and if it is associated with a cyst in the ovary located in the uterine portion that is in the right iliac fossa It can be confused with the clinical symptoms of acute appendicitis. This is a case report of a patient who came to the Surgery Emergency Department of the San Juan de Dios General Hospital in July 2022 for suspected acute appendicitis with an Alvarado score of 8 points whose transoperative findings were a ruptured hemorrhagic cyst in a didelphic uterus located in the patient's right paracolic slide.

**Key words:** Uterus didelphys, appendicitis.

---

## INTRODUCCIÓN

Evaluar a un paciente que acude a la emergencia por dolor abdominal puede ser todo un reto, en especial cuando se trata de una paciente femenina. Existen ciertos factores que nos pueden confundir y hacernos tomar una decisión incorrecta para el manejo de estos pacientes debido a la amplia gama de diagnósticos diferenciales en la población femenina con dolor abdominal, sin embargo, es importante descartar apendicitis aguda, embarazo ectópico y torsión ovárica ya que estas son urgencias quirúrgicas.<sup>1</sup> Los mé-

dicos deben tener en cuenta todas las etiologías posibles con información y tiempo limitado, dando prioridad a las etiologías que amenazan la vida y que ameritan una toma de decisión inmediata para evitar la morbilidad y mortalidad como en el caso de la apendicitis aguda, la cual es la etiología quirúrgica más común en el abdomen agudo de ambos sexos.

Las malformaciones müllerianas son un grupo de alteraciones ginecológicas, que se caracterizan por anomalías en la formación embriológica del aparato reproductor femenino, tanto de

**Timeline:**



trompas uterinas, el útero, ovario, órganos del sistema urinario, vagina e introito. El 1% de mujeres en la población general presenta malformaciones müllerianas. De estas, el útero didelfo tiene una presentación infrecuente, se reporta aproximadamente del 5 a 11% del total de las malformaciones müllerianas y se ha documentado con una frecuencia de 1 en 1000-30,000 mujeres. De acá parte la relevancia de este caso.<sup>2</sup>

**REPORTE DEL CASO**

Información de paciente: paciente femenina de 29 años, originaria y residente de Guatemala, alfabeta, casada. Religión cristiana. Motivo de consulta: dolor abdominal de 3 días de evolución. Historia de la enfermedad: paciente refiere que inicia con dolor en epigastrio que migra a fosa iliaca derecha asociado a náuseas y vómitos, el cual se torna insoportable por lo que decide consultar. Antecedentes: Médicos: fístula rectovaginal congénita, VIH+. Quirúrgicos: cierre de fístula rectovaginal al año de vida y cierre de colostomía a los 12 años. Ginecobstétricos: Gestas 2 CSTP 2 FUR 2/6/2022

Hallazgos clínicos: Signos vitales de ingreso: P/A 110/70mmhg FC90lpm FR 18rpm T 37.5 SO2 98%. Paciente normocéfala, mucosas húmedas, normocoloreadas, consciente orientada en tiempo espacio y persona, pupilas isocóricas y reactivas, cuello móvil y simétrico, no se palpan adenopatías, tórax expandible con adecuada

entrada de aire bilateral, no se auscultan sonidos patológicos, corazón rítmico y sincrónico con pulsos distales, abdomen blando depresible doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha, rebote positivo, Bloomberg +, Ruidos gastrointestinales presentes, extremidades móviles y simétricas, tacto rectal con heces en ampolla, no masas ni sangrado, genitales con fístula rectovaginal, no sangrado vaginal, neurológico conservado.

Evaluación diagnóstica: Se ingresa a paciente a clínica de Emergencia de Cirugía del Hospital General San Juan de Dios con plan de realizar estudios de laboratorio y evaluación por jefe de grupo quien por puntaje de alvarado de 8 puntos decide conducta de ser llevada a sala de operaciones para apendicectomía por Rockey Davis. Laboratorios de ingreso: Hematología: Leucocitos 18.57k Neutrófilos 76.06% Hemoglobina 10.45 g/dL Hematrocrito 32.02 plaquetas 266.70 k/UL.

La paciente fue llevada a sala de operaciones para una Laparotomía Exploradora por sospecha de apendicitis aguda vs quiste ovárico hemorrágico roto. Indicación: Abdomen agudo. Incisión: Línea media supra-para-infraumbilical. Hallazgos: líquido inflamatorio 250cc. Bridas y adherencias. Apéndice normal macroscópicamente. Anatomía colónica aberrante con ciego móvil y apéndice en fosa iliaca izquierda. Útero didelfo, quiste ovárico derecho hemorrágico sangrante.



Figura 1. Útero didelfo con quiste hemorrágico en ovario derecho.

Ovario izquierdo con quistes foliculares simples (Figura 1). Procedimiento: se incide piel, tejido celular subcutáneo, en abordaje Rockey Davis, divulsionando músculos, se ingresa a cavidad, no se identifican adecuadamente estructuras por lo que se decide convertir a línea media, se incide piel, tcsc, línea alba, peritoneo, se ingresa a cavidad peritoneal, se realiza Laparotomía exploradora evidenciando hallazgos descritos, se liberaron adherencias, se realizó apendicectomía más doble ligadura, se electrofulguró quiste hemorrágico y se marsupializó, se dio manejo conservador al resto de quistes. Se lavó cavidad con solución salina 0.9%, se verificó hemostasia, recuento completo. Se cerró fascia de ambas incisiones con vicryl 1 continuos y piel con nylon 2-0. McMillan simples. Procedimiento concluyó sin complicaciones inmediatas.

Seguimiento: La paciente fue evaluada por ginecología transoperatoriamente quienes indicaron manejo conservador de quistes. Fue evaluada para seguimiento a los 7 días con adecuada evolución, herida limpia sin signos de infección. El estudio patológico del apéndice reportó un apéndice normal, sin signos de inflamación. Es importante recalcar que al abordar a la paciente por una incisión de Rockey Davis como primera incisión, era necesario realizar la apendicectomía para prevenir nuevos errores diagnósticos en el futuro si la paciente presenta nuevo dolor abdominal para no sospechar apendicitis aguda. Se citó a paciente a los 14 días postoperatorios, se decidió retirar puntos de herida operatoria. Se brindó amplio plan educacional y se concluyó el caso.

## DISCUSIÓN

En el caso de dolor abdominopélvico en una paciente femenina, se debe considerar todos los diagnósticos diferenciales de origen ginecológico para la correcta toma de decisiones terapéuticas.

En la literatura actual, el quiste hemorrágico es la causa más frecuente de dolor pélvico agudo de origen ginecológico en la mujer joven. Suele presentarse como un dolor intenso y súbito en la región pélvica, hipogastrio o una de ambas fosas ilíacas. El punto de mayor dolor coincide con la localización del quiste. Es casi exclusivo de mujeres en edad fértil, o que estén bajo tratamiento hormonal.<sup>3</sup>

Su causa es por sangrado de un quiste folicular o, más frecuentemente, de un cuerpo lúteo.

El ultrasonido abdominal se considera la técnica de evaluación inicial de la paciente con dolor abdominopélvico ya que nos ayuda a identificar causas ginecológicas y no ginecológicas, ya que es altamente sensible y específico para las causas ginecológicas urgentes.

Las malformaciones müllerianas son un grupo de entidades que resultan de la falla en el desarrollo de los conductos paramesonéfricos, o por una mala fusión vertical o falta de reabsorción del tabique medio durante la semana 6-12 de gestación.

Según la literatura, se ha reportado que aproximadamente el 1% de las mujeres en general posee una malformación de los conductos müllerianos (MCM) y hasta en el 3% de las mujeres con abortos recurrentes son debido a estas malformaciones uterovaginales.<sup>2</sup>

El útero didelfo tiene una presentación infrecuente, se reporta aproximadamente del 5 a 11% del total de las malformaciones müllerianas y se ha documentado con una frecuencia de 1 en 1000-30,000 mujeres. De acá parte la relevancia de este caso.<sup>4,5</sup>

## CONCLUSIONES

Se debe tener siempre una variedad amplia de diagnósticos diferenciales en el caso del dolor abdominal o pélvico en la población femenina.

De ser posible y si la estabilidad hemodinámica de la paciente lo permite, siempre que se tenga sospecha de patología ginecológica se debe realizar un estudio de ultrasonido previo a la toma de conducta quirúrgica.

De ser posible, el manejo multidisciplinario puede ser de utilidad en pacientes en quienes transoperatoriamente se encuentre con un hallazgo incidental de anatomía aberrante como en este caso.

Lección principal del caso: si el estado clínico de la paciente lo permite, se debe confirmar por medio de todas las herramientas disponibles el diagnóstico que provoca el dolor abdominal para utilizar el abordaje más acorde a la etiología del cuadro que presenta el o la paciente. Siempre y cuando la paciente no curse con un abdomen agudo que obligue a la toma de una decisión quirúrgica expedita.

## REFERENCIAS

1. Rivera Dominguez. A. Dolor pélvico de origen ginecológico como patología urgente. Elsevier. Volume 59, Issue 2, March–April 2017, Pages 115-127
2. Marin DP. Burgos JL. Malformación de los conductos müllerianos; útero didelfo y lesiones asociadas. Caracterización por resonancia magnética. Acta Médica Grupo Ángeles. Volumen 8, No. 4, octubre-diciembre 2010.
3. Rodríguez M. Enfoque agudo del dolor abdominal. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica. LXX (608) 731 - 741, 2013
4. Chiriboga, R. Et, al. Útero didelfo, bicollis con embarazo gemelar: revisión de la literatura a propósito de un caso. REV CHIL OBSTET GINECOL 2019; 84(1): 75 – 81.
5. Vidal Hernandez R. Et al. Útero didelfo y hemivagina ciega. Una causa de dolor abdominal en la adolescencia. Prog Obstet Ginecol. 2007;50(12):696-9