

**Útero didelfo: relato de caso - uma anomalia de fusão dos ductos müllerianos***Didelphys uterus: case report - a fusion anomaly of müllerian ducts*

Rafael Emídio Da Costa<sup>1</sup>, Francisco Caetano Rosa Neto<sup>2</sup>, Camila Luz Costa<sup>3</sup>, João Paulo Cavalcante Roriz Teixeira<sup>4</sup>, Thais Reggiani Cintra<sup>5</sup>, Izabela Luíza de Azevedo de Souza<sup>6</sup>, Demétrio Antônio Gonçalves da Silva Gomes<sup>7</sup>

**RESUMO**

O útero didelfo é uma das malformações uterinas que ocorre devido a falha da fusão lateral dos canais müllerianos, formando dois colos uterinos e dois corpos uterinos. Em 75% dos casos forma-se um septo longitudinal localizado nos dois terços proximais da vagina. Polimenorreia, menometrorragia e dispareunia são sintomas presentes na anamnese ginecológica da paciente com útero didelfo. Além disso, deve-se valorizar o histórico obstétrico com abortamento de repetição e partos prematuros. Nos casos suspeitos de malformações müllerianas deve-se solicitar exames de imagem. A ultrassonografia permite avaliação do útero e anexos de forma não-invasiva. A Ressonância Magnética Nuclear é um método com 100% de especificidade e sensibilidade para malformações müllerianas. O caso de uma paciente de 39 anos com alterações do ciclo menstrual devido ao útero didelfo foi relatado. Na anamnese, refere irregularidade menstrual, dismenorreia, polimenorreia e menometrorragia desde os 17 anos associados à queixa de lipotimia durante o período menstrual. Afirma melhora da dismenorreia com medicação endovenosa na seguinte posologia: Tenoxicam 40mg + Escopolamina 20mg. Foi prescrito anticoncepcional oral com Desogestrel 75 mcg. Aos 30 anos, afirma quadro de dor, intensa, em hipogástrio, com piora ao acordar e que melhora ao longo do dia após utilização de analgésicos endovenosos. Procura o médico, o qual solicitou Ultrassonografia Pélvica e Ressonância Magnética para esclarecimento do caso. O resultado foi conclusivo para o diagnóstico de útero didelfo por anomalia difusão dos ductos de Müller caracterizada por útero septado completo, até o orifício externo do colo uterino e septação vaginal longitudinal, até o terço inferior da vagina.

<sup>1</sup> Interno do Curso de Medicina da Universidade Católica de Brasília. Pesquisador-acadêmico sobre exercício de força sobre os parâmetros cardiometabólicos de pacientes hipertensos. Bolsista de Iniciação científica - CNPQ. Membro do Grupo de Estudos em Treinamento de Força na Saúde e Reabilitação. E-mail do primeiro autor: [rafaelemidio18@gmail.com](mailto:rafaelemidio18@gmail.com)

<sup>2</sup> Acadêmico do 10<sup>º</sup> período do Curso de Medicina da Universidade Católica de Brasília - UCB e Presidente da Liga de Nefrologia da Universidade Católica de Brasília.

<sup>3</sup> Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade Católica de Brasília -UCB. Presidente da Liga Acadêmica de Saúde Coletiva da UCB. Diretora da Região Centro-Oeste da Associação de Ligas Acadêmicas de Saúde da Família- ALASF.

<sup>4</sup> Interno do Curso de Medicina da Universidade Católica de Brasília.

<sup>5</sup> Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade Católica de Brasília. Bolsista de iniciação científica do CNPq. Pesquisadora-acadêmica sobre os efeitos da terapia expressiva nos distúrbios de sono em idosos, com ênfase em insônia.

<sup>6</sup> Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade Católica de Brasília.

<sup>7</sup> Graduação em Medicina pela Universidade Federal de Alagoas. Mestre em Gerontologia pela Universidade Católica de Brasília. Doutor em Ginecologia pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP). Ginecologista e Obstetra da UGO do Hospital Regional de Samambaia (SES DF). Professor da Universidade Católica de Brasília na disciplina de Ginecologia. Pesquisador da Universidade Católica de Brasília. Membro do Núcleo Docente Estruturante (NDE) do Curso de Medicina da Universidade Católica de Brasília.

**Palavras-Chaves:** Ductos Paramesonéfricos, Anormalidades Urogenitais, Doenças Uterinas, Hemorragia Uterina, Imagem, Anticoncepcionais Orais.

## **ABSTRACT**

The didelphys uterus is one of the uterine malformations that occurs due to a lateral failure of the Mullerian ducts, forming two uterine cervix and two uterine bodies. In 75% of cases, a longitudinal septum is used in the proximal two-thirds of the vagina. Polymenorrhoea, menometrorrhagia and dyspareunia are symptoms present in the gynecological anamnesis of the patient with didelphys uterus. In addition, obstetric history should be assessed with repeat abortions and preterm deliveries. In suspected Mullerian malformation cases, imaging should be ordered. Ultrasonography allows evaluation of the uterus and non-invasive attachments. Nuclear Magnetic Resonance is a method with 100% specificity and sensitivity for Mullerian malformations. The case of a 39-year-old woman with changes in the menstrual cycle due to the didelphys uterus was reported. In the anamnesis, she refers to menstrual irregularity associated with dysmenorrhea, polymenorrhoea and menometrorrhagia since the age of 17 years associated with the complaint of lipotimia during the menstrual period. It affirms improvement of dysmenorrhea with intravenous medication in the following dosage: Tenoxicam 40mg + Escopolamina 20mg. Oral Contraceptive was prescribed with Desogestrel 75 mcg. At 30 years old, she reported severe pain in the hypogastrium, worsening on waking and improving throughout the day after the use of intravenous analgesics. she sought the doctor, who requested Pelvic Ultrasonography and Magnetic Resonance to diagnosis the case. The result was conclusive for didelphys uterus by anomalous diffusion of the Mullerian ducts characterized by complete septate uterus from the external orifice to the uterine cervix, with longitudinal septation up to the lower third of the vagina.

**Keywords:** Mullerian Ducts, Urogenital Abnormalities, Uterine Diseases, Uterine Hemorrhage, Imaging, Oral Contraceptives.

## INTRODUÇÃO

O útero é o maior órgão do trato genital feminino e tem função associada ao recebimento do embrião e do seu desenvolvimento até o momento do nascimento. Anatomicamente pesa cerca de 0,05 kg em mulheres nulíparas em idade reprodutiva, porém durante a gestação esse pode chegar a pesar 1 kg.<sup>1</sup> A ação constante de diferentes hormônios, sobretudo o estrogênio e a progesterona, fazem transformações histológicas e estruturais mensais no útero, a fim de adequá-lo a reprodução e gestação. Diferentes patologias podem acometê-lo: Tumores, infecções e anomalias congênitas.<sup>1</sup> As anomalias congênitas uterinas são entidades raras na clínica ginecológica. Sua prevalência na população varia de 1 até 5%.<sup>2</sup> Entretanto, nas mulheres com abortamento de repetição, as malformações müllerianas (MUs) podem expressar de 13 a 25% dos casos.<sup>2</sup> Essas malformações têm origem no período gestacional, a partir da 6ª semana de vida, na qual há a invaginação e fusão do epitélio de revestimento celômico, que formam os ductos müllerianos laterais, também chamados de paramesonéfricos.<sup>3</sup> No desenvolvimento normal, os ductos müllerianos (MDs) crescem no sentido caudal e penetram a pelve, sofrendo uma fusão dos ductos direito e esquerdo na linha média.<sup>3</sup> As porções mais cefálicas dos ductos dão origem as tubas

uterinas, enquanto as porções caudais se fundem e promovem a formação do útero e do terço superior da vagina. Posteriormente inicia-se o processo de apoptose, a fim de formar a cavidade uterina e a cavidade vaginal.<sup>3</sup> Qualquer perturbação da embriogênese associada ao desenvolvimento, fusão e apoptose dos MDs geram anomalias do trato genital feminino.<sup>3,4</sup> As causas são descritas como multifatorial e podem ser explicadas através de diferentes teorias: distúrbios da apoptose associados a deficiência do componente anti-apoptótico da família do gene BCL-2, hipóxia fetal, uso de drogas teratogênicas como Talidomida e Dietilestilbestrol, infecções congênitas por rubéola, exposição a radiação ionizante alfa e gama durante a gestação e as mutações gênicas.<sup>4</sup>

Estudos experimentais com modelos animais ratos *knockout* elucidaram diferentes genes que são associados a anomalias dos sistemas müllerianos: HFN1B, HOXA13 e WNT4.<sup>5</sup> O gene HFN1B localiza-se no cromossomo 17q12 e está associado ao desenvolvimento dos néfrons, pâncreas e do útero. Devido a isso é comum a associação de pacientes que possuam MUs com diabetes e anomalias renais.<sup>4,5</sup>

No ano de 1988, a Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva (ASMR) criou uma classificação a fim de orientar critérios

diagnósticos e de tratamento para as MUs. Essa é a classificação mais aceita pela comunidade científica, para o manejo das malformações uterinas. De acordo com ASMR se têm 7 grupos: 1) Agenesia ou hipoplasia uterina 2) útero Unicorno 3) útero didelfo 4) útero Bicorno 5) útero Septado 6) útero arqueado 7) anomalias associadas ao uso de Dietilestibestrol.<sup>4, 5</sup> Na prática clínica diferentes sinais e sintomas podem sugerir MUs do trato genital feminino. Os principais quadros clínicos são de interesse obstétrico como infertilidade, abortamento de repetição, apresentações pélvicas e parto prematuro.<sup>6, 7</sup> Sintomas ginecológicos também podem estar presentes como amenorreias, dispareunia e dismenorreia.<sup>6</sup> A partir da suspeita clínica, que preferencialmente deve ocorrer na adolescência, deve-se solicitar exames de imagem para avaliação da anatomia do útero e das lojas renais. Destaca-se o papel da Histeroscopia, Laparotomia, Ultrassonografia (USG) Transvaginal (USG-TV) e Abdominal 2D ou 3D e Ressonância Magnética (RNM).<sup>8,9,10</sup> O objetivo deste relato de caso consiste em apresentar os aspectos embriológicos, anatômicos, clínicos e de imagem, das anomalias müllerianas de uma paciente apresentando útero didelfo correlacionando-se com a Literatura Médica.

## RELATO DE CASO

DAT, 39 anos, feminina, G0P0A0, refere fluxo menstrual irregular e menorragia, desde

menarca aos 14 anos. Aos 17 anos iniciou quadro de dismenorreia, polimenorreia e menorragia. Os ciclos tinham intervalo de 15 dias, e a menstruação durava 10 dias, com volume aumentado e coágulos. Afirma lipotimia durante a menstruação com frequência de 12 vezes ao ano, uma em cada ciclo. Devido a intensidade e a duração da hemorragia uterina foi necessário o uso de fraldas geriátricas. A melhora da dor acontecia apenas com Tenoxicam 40mg + Escopolamina 20mg endovenoso (EV). Nega anemia, cefaleia ou outros sintomas associados. A paciente procurou atendimento médico para investigação e tratamento, no qual foi solicitada ultrassonografia transvaginal com impressão diagnóstica de ovários com aspecto policístico e útero bicorno. Foi prescrito Anticoncepcional Oral (ACO) com progestágeno de 3ª geração, Desogestrel 75 mcg, utilizando-o por 4 anos. A paciente apresentou bom resultado para o controle da hemorragia uterina apresentando apenas *spotting*. Aos 20 anos afirma nova consulta com ginecologista para troca do ACO, para implante de Etonogestrel. Entretanto, após o uso do implante a paciente cursou com cefaleia e dor em membros inferiores, levando a interrupção do anticoncepcional por 1 ano. Após esse período refere amenorreia de 4 meses. Devido ao quadro retorna ao médico que sugeriu que tal irregularidade poderia ser causada pela síndrome do ovário policístico. Foi prescrito

ACO com 3 mg de Drospirenona + 0,03mg de Etinilestradiol (EE). Aos 30 anos, inicia quadro de dor em hipogástrio em aspecto de cólica intensa, 8 na escala de 0 a 10, com piora ao acordar e com melhora ao longo do dia, após utilização de Analgésicos EV e aplicação de compressas quentes em hipogástrio. Procura o médico ginecologista o qual solicitou Ultrassonografia Pélvica e RNM para esclarecimento diagnóstico.

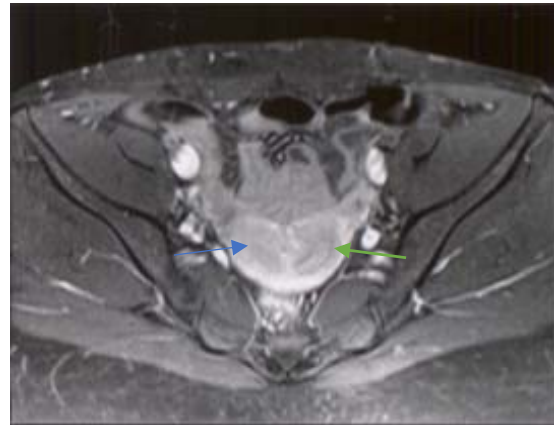
A Ressonância Magnética Nuclear foi feita em sequência ponderada T2, T1 e T1 com saturação de gordura antes e após a infusão endovenosa do agente paramagnético (GD-DTPA).



**FIGURA 1.** Ressonância Magnética da Pelve da paciente relatada em sequência coronal ponderada em T2 demonstrando presença de septação longitudinal (seta preta) e duas cavidades vaginais (setas amarelas).

Ao exame observou-se útero ântero-vertido de morfologia externa e dimensões normais, medindo 7,4x 3,3 x 8 cm com volume estimado de 75 cm<sup>3</sup>. Notou-se anomalia de difusão dos ductos de Müller caracterizada por septação completa dividindo a cavidade endometrial em duas, estendendo-se até o

orifício externo do colo uterino, sendo as duas cavidades endometriais simétricas apresentando endométrio funcionante, com espessura e intensidade de sinal normais.



**FIGURA 2.** Ressonância Magnética da Pelve da paciente relatada em sequência axial ponderada em T1 demonstrando útero didelfo. A seta azul indica o hemiútero direito e a seta verde o hemiútero esquerdo.

Nota-se ainda septação vertical na vagina estendendo-se por 7,3 cm, a partir do colo uterino até o terço inferior da cavidade vaginal. Concluiu-se o diagnóstico de útero didelfo por anomalia difusão dos ductos de Müller caracterizado por útero septado completo até o orifício externo do colo uterino, associado a septação vaginal longitudinal, até o terço inferior da vagina.

## DISCUSSÃO

O útero didelfo é uma das malformações müllerianas que ocorre devido a falha da fusão lateral dos MDs, formando dois colos uterinos e dois corpos uterinos. Em 75% dos casos forma-se um septo longitudinal localizado nos dois terços proximais da vagina,<sup>10</sup> além disso cada hemiútero recebe

apenas uma trompa.<sup>9</sup> A sua causa não é bem estabelecida, porém, teorias associadas a hipóxia fetal, mutações genéticas e fatores ambientais como exposição a drogas teratogênicas, radiação e infecções congênitas, possam alterar a embriogênese uterina.<sup>4,9</sup>

A falha da fusão lateral dos MDs ocorre entre a 10<sup>a</sup> e a 12<sup>a</sup> semanas, e pode estar associada a anomalias do trato urinário em 25% dos pacientes.<sup>9, 11</sup> As principais alterações são agenesia renal,<sup>4,12</sup> ptose renal, duplicação uretérica e sistema calicial duplo.<sup>11, 12</sup> Outras malformações menos frequentes são do trato intestinal e do sistema musculoesquelético em até 12% dos casos. As malformações uterinas são mais diagnosticadas em mulheres com histórico de infertilidade.<sup>4</sup>

A prevalência das malformações uterinas na população geral é de 7,0% e 18% nas mulheres com histórico de abortamento habitual.<sup>5</sup> O útero septado é a malformação mais frequente e tem os piores resultados relacionados a reprodução, representando cerca de 55 % dos casos de malformações müllerianas.<sup>9</sup> O útero didelfo representa 11,1 % dos casos, sendo um dos mais raros na clínica ginecológica e, embora não tenha resultados negativos sobre a fertilidade, ele tem um impacto importante sobre a gestação, como partos prematuros e abortamentos.<sup>4,18</sup>

O quadro clínico é variável e pode ser assintomático. Dor pélvica cíclica,

dismenorreia e aumento do volume abdominal, se houver obstrução, podem ser compatíveis com útero didelfo.<sup>6</sup> Queixas como amenorreia, polimenorreia, menometrorragia e dispareunia podem estar presentes na anamnese ginecológica da paciente com MUs.<sup>13</sup> Além disso, deve-se valorizar o histórico obstétrico com abortamento de repetição e partos prematuros. Ao exame especular é possível a visualização de dois colos uterinos, o que é importante no diagnóstico diferencial com útero bicorno, no qual só se visualiza um único colo uterino.<sup>5</sup>

Após a suspeita clínica de útero didelfo é importante descartar a possibilidade da paciente, sobretudo se for adolescente, de apresentar a Síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich.<sup>2</sup> Essa síndrome é definida pela trílogia de sintomas: septo hemivaginal, útero didelfo e agenesia renal ipsilateral.<sup>14, 15</sup> Nessa situação, como apenas um corno uterino está obstruído, a paciente pode ter ciclos menstruais normais. Assim, o diagnóstico tardio envolve complicações importantes devido ao fluxo menstrual retrógrado, como endometriose, piocolpo e aderências pélvicas.<sup>2, 14, 15</sup>

Nos casos de suspeita de malformação mülleriana deve-se solicitar exames de imagem do útero, uma vez que se trata de uma alteração anatômica.<sup>8,9,13</sup> A USG permite uma avaliação do útero e anexos de forma não-invasiva, multiplanar e volumétrica.<sup>8</sup> Se

possível, deve-se solicitar a via abdominal e endovaginal, pois a primeira permite a visualização do fundo do útero, da bexiga e dos jatos urinários. A via transvaginal permite dos colos e da cavidade(s) endometrial(is). Assim a associação da Ultrassonografia Endovaginal e Abdominal permite o diagnóstico diferencial do útero didelfo com bicorno e septado.<sup>8</sup>

A USG pode ser feita pelo método de 2 ou 3 dimensões. Se for realizado o método 2D, sugere-se que a bexiga urinária esteja quase vazia e que o transdutor seja colocado transversalmente ao abdome da paciente e movimente-o na direção cranial.<sup>8</sup> O método 3D é obtido pela união das imagens bidimensionais com secções transversais pela via endovaginal. O computador integra os dados e forma uma imagem tridimensional dos planos longitudinais, axiais e coronais que permite valores de até 100% para sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e negativo.<sup>8</sup> A grande vantagem dessa modalidade é a concordância de resultados entre diferentes examinadores. No entanto, essa forma de avaliação possui custo mais elevado que a forma 2D e baixa disponibilidade, sobretudo no Sistema Único de Saúde.<sup>8,9</sup>

A melhor fase do ciclo para solicitar a USG é a fase secretória. Isso porque na 2ª fase do ciclo há melhor visualização do endométrio. Logo, favorece a delimitação da cavidade

uterina, além de permitir analisar a interface endométrio-miométrio. Caso a paciente não esteja nessa fase, uma opção seria solicitar a Histerendossonografia.<sup>8</sup>

A Histeroscopia Diagnóstica é um excelente método para avaliação da cavidade uterina direta. Pode-se utilizar como meio, o soro fisiológico ou o dióxido de carbono.<sup>16</sup> A grande desvantagem consiste em não permitir a análise da região uterina externa. Isso favorece falsos diagnósticos de útero unicórneo, sobretudo quando houver septos com extensão cervical. Esse método é contraindicado caso haja infecção genital aguda por possibilitar infecção ascendente. Além disso, caso haja perdas hemáticas significantes pode dificultar a avaliação e a conclusão diagnóstica.<sup>16</sup>

A Histeroscopia associada a Laparoscopia Diagnóstica é considerada método *Gold-Standard* tendo 100% em todos os critérios de sensibilidade e especificidade,<sup>9</sup> uma vez que a Histeroscopia faz a análise da cavidade uterina interna e a Laparoscopia da cavidade pélvica e da anatomia uterina externa. Contudo, esse método é considerado invasivo e por isso tem sido substituído por exames que simultaneamente possuam o mesmo valor diagnóstico e tenha menores riscos de perfuração uterina ou complicações como hemorragias ou doença inflamatória pélvica aguda (DIPA). Nesse sentido, sugere-se então a RNM.<sup>9, 17</sup>

Embora a Ultrassonografia ou Histeroscopia sejam exames iniciais a serem solicitados,<sup>5,9</sup> a RNM é o método que permite maior descrição da anatomia pélvica da paciente.<sup>10</sup> Haja vista que a USG é um método examinador dependente e pode não conseguir determinar completamente a extensão das anomalias septais e vaginais.<sup>8</sup> Por outro lado, a histeroscopia não consegue diferenciar o útero septado do bicorno, por não visualizar a parte externa do fundo uterino.<sup>9</sup>

A RNM é um exame com 100% de especificidade e sensibilidade para malformações müllerianas.<sup>10</sup> Todavia, devido ao alto custo não costuma ser a prática rotineira nos diferentes serviços de ginecologia, a menos que haja dúvida diagnóstica ou programação cirúrgica. Nos casos de útero didelfo observam-se duas cavidades uterinas amplamente divergentes em relação ao útero bicorno e colo do útero duplicado.<sup>5, 10</sup> A anatomia de cada útero é considerada normal e não deve existir comunicações entre eles. Novamente destaca-se a importância da avaliação das lojas renais da paciente, devido ao risco de malformação associada.<sup>10</sup>

As malformações müllerianas podem ter um grande impacto sobre a fertilidade e a gestação. Isso porque alteram a morfologia, a vascularização, a contratilidade e a espessura do útero. Além disso, incompetência cervical pode estar presente nas malformações

müllerianas devido ao desequilíbrio entre o número de fibras do tecido conjuntivo e muscular, o que pode gerar um relaxamento prematuro do colo hipermuscular.<sup>9</sup>

Em comparação com as outras malformações müllerianas, o útero didelfo não apresenta resultado expressivo negativo sobre a fertilidade.<sup>18</sup> Pode até mesmo ocorrer um fenômeno denominado de Superfetação, no qual ocorre gravidez em uma metade do útero em um período, depois que a outra metade já esteja grávida.<sup>8</sup> Além disso, são frequentes sangramentos durante a gestação da metade uterina não grávida. As principais complicações obstétricas do útero didelfo são os abortamentos e os partos prematuros. Uma possível explicação para isso é a falha na vascularização dos dois endométrios medial que é compartilhada por pequenas artérias radiais não comunicantes e com pouca capacidade de irrigação.<sup>9</sup> Além disso pode haver necessidade de cirurgia cesárea devido a apresentação fetal.<sup>4,9,18</sup>

O tratamento das MUs é variável desde uma abordagem clínica, cirúrgica ou expectante. Deve ser avaliado de forma individualizada as queixas ginecológicas e o interesse reprodutivo da paciente.<sup>4, 9</sup> Em pacientes assintomáticas e sem interesse reprodutivo a conduta expectante é indicada. Se houver histórico de infertilidade pode ser prescrito uso de ACO, combinados com estrogênio e progestágeno, por um período de até 1 ano, a



fim de melhorar as condições uterinas para uma possível gestação.<sup>4</sup>

Outra possível intervenção clínica se dá quando a paciente chega ao pronto-atendimento devido a queixa de sangramento uterino anormal (SUA). Nessa situação indica-se realizar exame físico adequado, no intuito de avaliar a volemia da paciente e solicitar o hemograma. Se suspeito algum distúrbio da coagulação, deve-se estudar o coagulograma.<sup>19, 20</sup> O exame físico ginecológico e a USG-TV ou Pélvica ajudam a descartar causas morfológicas como útero didelfo. Se necessário, deve-se iniciar reposição volêmica e suplementação de ferro na paciente.<sup>19</sup>

O controle do SUA na fase aguda no pronto-socorro pode ser feito através do uso de anticoncepcional. Uma opção seria o uso do ACO combinado com EE 50mcg, tomar 1 comprimido(CP) de 6 em 6 horas até parar o sangramento, depois manter 1 cp de 8 em 8 horas por 2 a 7 dias, posteriormente 1 cp de 12 em 12 horas por 2 a 7 dias e, por fim, 1 cp ao dia. Esse mesmo esquema posológico pode ser feito com o EE de 30 a 35mcg. Quando houver contraindicação ao uso do estrogênio deve ser prescrito o progestogênio isolado, como Medroxiprogesterona, com a dose de 60 a 120 mg/ dia até parar o sangramento, com uso de pelo menos 2 dias, seguido de 20 a 40 mg/dia por 3 a 6 semanas. Outra opção é a terapia não hormonal com o Ácido

tranexâmico, com a dose de 1,3g, 3 vezes ao dia, por até 5 dias.<sup>19,20</sup>

A cirurgia pode ser indicada em pacientes com malformações müllerianas, a fim de restaurar a arquitetura uterina normal e adequada para fertilidade. A metroplastia cirúrgica é indicada principalmente para o útero septado, devido a sua associação com a infertilidade.<sup>4, 18</sup> Entretanto, para o útero didelfo não existe evidência clara que indique a cirurgia, com ganho na melhora da fertilidade. De maneira geral, pacientes com útero didelfo não precisam de cirurgias,<sup>18</sup> no entanto, quando indicadas, uma possível abordagem é a unificação uterina por metroplastia de Strassman, através de uma abordagem laparoscópica, porque há menos riscos cirúrgicos e obstétricos.<sup>4</sup>

## CONCLUSÃO

As malformações müllerianas são perturbações associadas ao desenvolvimento, fusão e apoptose dos MDs que geram alterações na anatomia uterina. O útero didelfo é uma malformação rara e representa aproximadamente 11% dos casos das MUs. É caracterizada pela presença de dois úteros, dois colos e até presença de septo vaginal. Pode ser assintomática ou cursar com dismenorreia, polimenorreia e dispareunia. De maneira geral não apresenta impacto significativo sobre a fertilidade, no entanto são frequentes complicações obstétricas como parto prematuro e abortamento. A

investigação imagiológica é fundamental, sobretudo, devido ao risco de malformações renais associadas e pode ser feita com USG, RNM ou associação da Histeroscopia-Laparoscopia. Por fim, no tratamento devem ser individualizadas as necessidades de cada paciente, sugerindo-se uma abordagem expectante em pacientes assintomáticas e sem interesse reprodutivo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kumar V, Abbas A, Fausto N. Bases Patológicas das Doenças. 9 Ed. Rio de Janeiro. Elsevier; 2013
2. Yi L, Phelps A, Zapala MA, Mackenzie JD, Mackenzie TC, Courtier J. Magnetic resonance imaging of Müllerian duct anomalies in children. *Pediatr Radiol* 2016 Mai; 46(6): 796-805
3. Torgal I, Carvalho MJ. 02. Embriologia do Aparelho Genital Feminino. In: Manual de Ginecologia - Volume I. Lisboa: Permanyer Portugal 2009; 29-37
4. Bagnoli VR, Fonseca AM, Fassolas G, Arie MHA, Arie WMY, Baracat EC. Conduta frente às malformações genitais uterinas: revisão baseada em evidência. *Femina* 2010 Abr; 38(4): 217-228
5. Bhagavath B, Ellie G, Griffiths KM, Winter T, Alur-Gupta S, Richardson C, Lindheim SR. Uterine malformations: An update of diagnosis, management, and outcomes. *Obstet Gynecol Surv* 2017; 72:377-392
6. Rezai S, Bisram P, Alcantara IL, et al. Didelphys Uterus: A case report and review of the literature. *Case Rep Obstet Gynecol*. 2015; 1-5
7. Al Yaqoubi HN, Fatema N. Successful Vaginal Delivery of Naturally Conceived Dicavitary Twin in Didelphys Uterus: A Rare Reported Case. *Case Rep Obstet Gynecol* 2017 Ago; 1-4
8. Ferreira AC, Mauad FF, Nicolau LG, Gallarreta FMP, Paula WM, Gomes DC. Ultra-sonografia tridimensional em ginecologia: malformações uterinas. *Radiol Bras*. 2007 Abr;40(2): 131-136
9. Antunes HRP. Malformações uterinas - do diagnóstico ao tratamento: artigo de revisão. Coimbra. Tese[Mestrado Integrado em Medicina]. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2016
10. Fukunaga T, Fujii S, Inoue C, Mukuda N, Murakami A, Tanabe Y, Harada T, Ogawa T. The spectrum of imaging appearances of müllerian duct anomalies: focus on MR imaging. *Jpn J Radiol*. 2017 Dez;35(12):697-706.
11. Saravelos SH, Cocksedge KA, Li TC. Prevalence and diagnosis of congenital uterine anomalies in women with reproductive failure: A critical appraisal. *Hum. Reprod. Update* 2008;14(5):415-429
12. Li S, Qayyum A, Coakley FV, Hricak H. Association of Renal Agenesis and Mullerian Duct Anomalies. *Journal of Computer Assisted Tomography*. 2000 Nov; 24(6):829-834
13. Ribeiro SC, Tormena RA, Peterson TV, Gonzáles Mde O, Serrano PG, Almeida JA, Baracat EC. Müllerian duct anomalies: review of current management. *São Paulo Med J*. 2009;127(2):92-6
14. Selter JH, Christianson MS, Washington CI, Resetkova N, Kolp L. Hydronephrosis: A Rare Presentation of Uterine Didelphys with Obstructed Hemivagina and Ipsilateral Renal Anomaly. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2016 Jun;29(3):53-55
15. Piccinini PS, Doski J. Herlyn-Werner-Wunderlich syndrome: a case report. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2015 Abr; 37(4): 192-196.
16. Martins FN, Martins NN. 42. Histeroscopia diagnóstica. In: Manual de Ginecologia - Volume II. Lisboa: Permanyer Portugal 2011; 359-371

17. Iverson RE, DeCherney AH, Laufer MR: Clinical manifestations and diagnosis of congenital anomalies of the uterus. In: UpToDate. Rose BD (Ed.). Waltham, MA, USA (2007) Associações de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO. Sangramento Uterino Anormal agudo. [acesso em 23 de Jun de 2018]. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/noticias/item/335-sangramento-uterino-anormal-agudo-suaa>
18. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Infertilidade por Fator Uterino -Projeto Diretrizes. São Paulo: Associação Médica Brasileira; 20 de junho de 2013
19. Benetti-Pinto CL, Yela DA, Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Endócrina da Federação Brasileira de 20. James AH, Kouides PA, Abdul-Kadir R, Dietrich JE, Edlund M, Federici AB, et al. Evaluation and management of acute menorrhagia in women with and without underlying bleeding disorders: consensus from an international expert panel. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2011; 158:124–134.