

**PARTO VAGINAL EM GESTANTE COM ÚTERO DIDELFO E SEPTO VAGINAL
LONGITUDINAL COMPLETO: UM RELATO DE CASO**

NATÁLIA PUERARI

Foz do Iguaçu
2022

**PARTO VAGINAL EM GESTANTE COM ÚTERO DIDELFO E SEPTO VAGINAL
LONGITUDINAL COMPLETO: UM RELATO DE CASO**

NATÁLIA PUERARI

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Instituto Latino-Americano de
Ciências da Vida e da Natureza da
Universidade Federal da Integração Latino-
Americana, como requisito parcial à obtenção
do título de Bacharel em Medicina.

Orientador: Prof. Dra. Carolina Leão Oderich

Foz do Iguaçu
2022

NATÁLIA PUERARI

**PARTO VAGINAL EM GESTANTE COM ÚTERO DIDELFO E SEPTO VAGINAL
LONGITUDINAL COMPLETO: UM RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Instituto Latino-Americano de
Ciências da Vida e da Natureza da
Universidade Federal da Integração Latino-
Americana, como requisito parcial à obtenção
do título de Bacharel em Medicina.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dra. Carolina Leão Oderich
UNILA

Prof. Me. Rodrigo Juliano Grignet
UNILA

Prof. Me. Rosana Alvarez Callejas
UNILA

Foz do Iguaçu, ____ de ____ de ____.

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor(a): Natália Puerari

Curso: Medicina

	Tipo de Documento
(x) graduação	(.....) artigo
(.....) especialização	(x) trabalho de conclusão de curso
(.....) mestrado	(.....) monografia
(.....) doutorado	(.....) dissertação
	(.....) tese
	(.....) CD/DVD – obras audiovisuais
	(.....) _____

Título do trabalho acadêmico: PARTO VAGINAL EM GESTANTE COM ÚTERO DIDELFO E SEPTO VAGINAL LONGITUDINAL COMPLETO: UM RELATO DE CASO

Nome do orientador(a): Carolina Leão Oderich

Data da Defesa: ____/____/____

Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

a) Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que o detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.

b) Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à UNILA – Universidade Federal da Integração Latino-Americana os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue.

Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Universidade Federal da Integração Latino-Americana, declara que cumpriu quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.

Na qualidade de titular dos direitos do conteúdo supracitado, o autor autoriza a Biblioteca Latino-Americana – BIUNILA a disponibilizar a obra, gratuitamente e de acordo com a licença pública *Creative Commons Licença 3.0 Unported*.

Foz do Iguaçu, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Responsável

Dedico este trabalho à minha mãe, que nunca soltou minha mão. Dedico também àqueles que estiveram no meu caminho me ensinando e inspirando a ser uma profissional mais hábil e humana.

*Acima de tudo ame
como se fosse a única coisa que você sabe fazer
no fim do dia isso tudo não significa nada
esta página onde você está
seu diploma
seu emprego
o dinheiro
nada importa
exceto o amor e a conexão entre as pessoas
quem você amou
e com que profundidade você amou
como você toucou as pessoas à sua volta
e quanto você se doou a elas
Rupi Kaul*

RESUMO

O útero didelfo é uma anomalia uterina congênita rara, resultado da completa falha na fusão embriológica dos ductos müllerianos. Caracteriza-se pela formação de duas cavidades uterinas e dois colos. Um septo vaginal longitudinal está presente em grande parte das mulheres com essa alteração uterina. Apesar do aumento no risco de desfechos obstétricos desfavoráveis, o útero didelfo possui um prognóstico relativamente bom. A autora relata a seguir o caso de uma gestante com diagnóstico pré-concepcional de útero didelfo e septo vaginal longitudinal completo realizado por ressonância magnética. O pré-natal de alto risco foi iniciado na quinta semana de gestação após concepção natural. Com 40 semanas de idade gestacional e situação materno fetal favorável foi induzido trabalho de parto com misoprostol e ocitocina, evoluindo para parto vaginal sem episiotomia com uso fórceps a vácuo. Houve ruptura do septo vaginal e laceração vaginal grau I, suturados após o parto. Recém-nascido apresentou Apgar 9/10 e pesou 3450g. Poucos casos de gestação em útero didelfo com septo vaginal completo e evolução para parto vaginal foram descritos na literatura. Dessa forma, a relevância deste relato encontra-se na importância de indicar um parto vaginal para pacientes com esta anomalia e sem outros entraves, oportunizando um parto natural, humanizado e seguro para a mãe e para o bebê.

Palavras-chave: Útero; anormalidades urogenitais; gravidez de alto risco; parto normal; ductos de Müller.

RESUMEN

El útero didelfo es una rara anomalía uterina congénita resultante del fracaso completo de la fusión embriológica de los conductos müllerianos. Se caracteriza por la formación de dos cavidades uterinas y dos colonos. En la mayoría de las mujeres con esta alteración uterina está presente un tabique vaginal longitudinal. A pesar del mayor riesgo de resultados obstétricos desfavorables, el útero didelfo tiene un pronóstico relativamente bueno. El autor informa abajo el caso de una mujer embarazada con diagnóstico preconcepcional de útero didelfo y tabique vaginal longitudinal completo realizado por resonancia magnética. El cuidado prenatal de alto riesgo se inició en la quinta semana de gestación tras la concepción natural. A las 40 semanas de edad gestacional y con una situación materno-fetal favorable, se indujo el parto con misoprostol y oxitocina, evolucionando a un parto vaginal sin episiotomía mediante fórceps de vacío. Hubo rotura del tabique vaginal y laceración vaginal de grado I, suturado después del parto. El recién nacido tenía una puntuación de Apgar de 9/10 y pesaba 3450g. En la literatura se han descrito pocos casos de embarazo en útero didelfo con tabique vaginal completo y evolución a parto vaginal. Por lo tanto, la relevancia de este informe es la importancia de indicar un parto vaginal para las pacientes con esta anomalía y sin otros obstáculos, proporcionando un parto natural, humanizado y seguro para la madre y el bebé.

Palabras clave: Útero; anomalías urogenitales; embarazo de alto riesgo; parto normal; conductos Müllerianos

ABSTRACT

Didelphys uterus is a rare congenital uterine anomaly resulted from complete failure of embryological fusion of the Müllerian ducts. It is characterized by the formation of two uterine cavities and two cervix. A longitudinal vaginal septum is present in most women with this uterine alteration. Despite the increased risk of unfavorable obstetric outcomes, didelphys uterus has a relative good prognosis. The author reports below the case of a pregnant woman with a preconceptional diagnosis of didelphys uterus and complete longitudinal vaginal septum diagnosed by magnetic resonance imaging. High-risk prenatal care started in the fifth week of pregnancy after natural conception. At 40 weeks of pregnancy and a favorable maternal and fetal situation, labor was induced with misoprostol and oxytocin, evolving to vaginal delivery without episiotomy, using vacuum forceps. There was vaginal septum rupture and grade I vaginal laceration, sutured after delivery. Newborn had Apgar 9/10 and weighed 3450g. Few cases of pregnancy in a didelphys uterus with complete vaginal septum and evolution to vaginal delivery have been described in the literature. Therefore, the relevance of this report stands in the importance of indicating a vaginal delivery for patients with this anomaly and without other obstacles, providing a natural, humanized and safe childbirth for the mother and the baby.

Palavras-chave: Uterus; urogenital abnormalities; pregnancy, high-risk; natural childbirth; Müllerian ducts.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 DESENVOLVIMENTO	12
2.1 DESCRIÇÃO DO CASO	12
2.2 DISCUSSÃO	13
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	16
REFERÊNCIAS	17
APÊNDICES	18
APÊNDICE A - FORMATAÇÃO PRONTA PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA	
BRASILEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (RBGO)	19

1 INTRODUÇÃO

Em 1988, a Sociedade Americana de Fertilidade (SAF) apresentou uma classificação das anomalias uterinas Müllerianas em sete classes, a qual ainda é utilizada atualmente. O útero didelfo é uma anomalia uterina congênita rara que corresponde à classe III desta classificação (GRIMBIZIS, 2001).

As malformações uterinas são diversas e são resultado de falhas em estágios específicos do desenvolvimento embrionário. Se há uma falha completa ou parcial do desenvolvimento do ducto de Müller, ocorre a agenesia uterina ou útero unicorno sem corno rudimentar. Se a falha ocorre na canalização destes ductos, como consequência ocorre o útero unicorno com corno rudimentar sem cavidades adequadas. Se a fusão dos ductos for incompleta, tem-se o útero bicorno ou didelfo. Já se a falha se der na reabsorção incompleta do septo uterino, pode ocorrer o útero septado ou arqueado (REZAI, 2015).

Especificamente tratando-se do útero didelfo, quando há uma falha completa na fusão dos ductos de Müller pareados, ocorre uma duplicação das estruturas reprodutivas, sendo elas o corpo e o colo uterinos. Em decorrência desta duplicação, na maioria dos acometimentos, um septo vaginal longitudinal pode coexistir. Como os ductos de Wolff se desenvolvem frequentemente em associação aos de Müller, em 23% dos casos alguma anomalia de trato urinário também pode estar presente (TAYLOR E & GOMEL V, 2008).

Poucos casos de gestação em pacientes com útero didelfo com septo vaginal longitudinal completo que evoluíram para parto vaginal a termo foram descritos na literatura. Desta forma, há carência de evidências que orientem o manejo apropriado do trabalho de parto em gestações com úteros malformados.

A autora relata a seguir o caso de uma gestante com útero didelfo e septo vaginal longitudinal completo que evoluiu com parto vaginal induzido a termo, sem complicações materno-fetais.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente feminina de 38 anos, secundigesta, iniciou pré-natal de alto risco na quinta semana de gestação, após concepção natural.

Relatou histórico de aborto espontâneo e diagnóstico pré-concepcional de útero didelfo e septo vaginal longitudinal completo constatado por ressonância magnética e histerossalpingografia. Nega outras comorbidades, uso de medicamentos e história familiar contributiva.

Ao exame físico foram identificados atrofia em tireóide, dois colos uterinos e septo vaginal longitudinal completo.

A primeira ultrassonografia foi realizada na sétima semana de gestação, confirmando gravidez única evolutiva em útero direito. Não houveram intercorrências clínicas ou analíticas no 1º trimestre, inclusive em dosagens de TSH, T4 livre e anti-TPO. Sendo assim, foi programada avaliação do crescimento fetal seriada com concomitante avaliação cervical. Neste período, a paciente fez uso somente de ácido fólico.

No 2º trimestre de gestação, a paciente seguiu sem queixas. Realizado estudo morfológico fetal, que revelou desenvolvimento normal, implantação placentária posterior e ausência de encurtamento no colo uterino direito. Realizada análise laboratorial sanguínea, que quantificou hormônio tireoestimulante (TSH) de 5,7 mg/dL, sendo orientada a utilizar Levotiroxina 25mcg e a avaliação seriada dos níveis de TSH. Demais exames laboratoriais não apresentaram alterações.

No início do 3º trimestre de gestação, paciente relatou sensação de peso e pressão em baixo ventre, foi solicitada ultrassonografia com doppler, que não revelou anormalidades. Na 36ª semana de gestação, paciente evoluiu com apagamento do colo uterino, sendo orientada avaliação pré-anestésica e retorno semanal para quantificação do índice de líquido amniótico (ILA). Com 38 semanas de idade gestacional, paciente relatou cansaço intenso, percepção de contrações fracas e boa movimentação fetal. Além disso, apresentou cultura positiva para *Streptococcus b.* e TSH 4,43, sendo alterada a Levotiroxina para 50mcg.

Com 40 semanas de idade gestacional e situação materno-fetal favorável, foi induzido trabalho de parto com Misoprostol e Ocitocina. A paciente evoluiu para parto vaginal sem episiotomia, com uso de fórceps a vácuo. Houve ruptura do septo vaginal e laceração vaginal grau I, que foram suturados após o parto. Recém-nascido do sexo feminino apresentou Apgar 9/10 e pesou 3450g. Devido à boa evolução dos parâmetros puerperais e neonatais a alta hospitalar foi realizada em 48 horas.

Na avaliação puerperal realizada 30 dias após o parto, a paciente relatou cessamento da loquiação e ausência de dor. Ao exame físico, foram observadas mamas lactantes, vagina sem alterações com septo reimplantado em fundo vaginal e obstruindo parcialmente os colos uterinos, além de leve distopia em bexiga. Ao toque bimanual, o útero apresentou-se móvel e elástico.

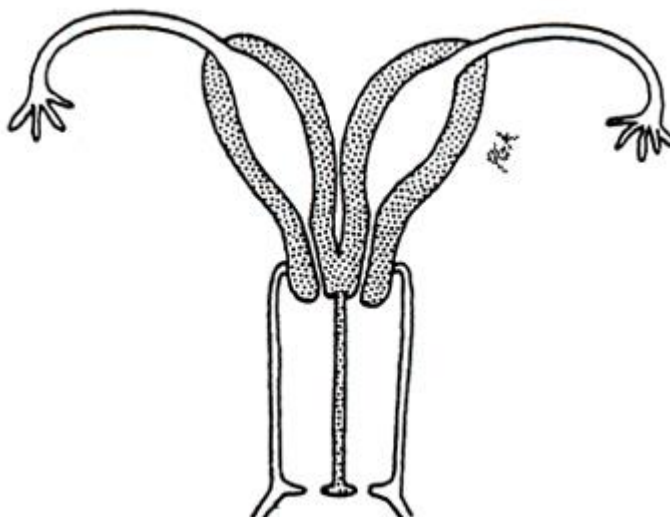
2.2 DISCUSSÃO

Avaliar a prevalência de útero didelfo na população feminina e suas consequências ginecológicas e obstétricas é um desafio, visto que muitas pacientes são assintomáticas. Algumas apresentam dispareunia ou dismenorreia. Raramente, apresentam dor abdominal inferior por hematocolpo e hematometocolpos, que produz efeito de massa por conta da obstrução (REZAI *et al.*, 2015).

Também pode apresentar anomalias renais associadas, como no caso da Síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich, em que o útero didelfo se apresenta com hemivagina obstruída e agenesia renal ipsilateral (REZAI *et al.*, 2015).

Em 75% dos casos de útero didelfo há um septo vaginal longitudinal relacionado (Desenho 1), o que aumenta a prevalência de diagnósticos comparado a outras anomalias Müllerianas, pois é facilmente identificável em exame especular (REZAI *et al.*, 2015). Deve-se sempre suspeitar de útero didelfo em pacientes com septo vaginal ou dois colos uterinos (HOFFMAN *et al.*, 2014).

Desenho 1 – Útero didelfo com septo vaginal longitudinal completo



Fonte: EMANS S. J. *et al.*, 2012

Quando há gravidez em uma metade de um útero pode ocorrer sangramento proveniente da metade sem gestação. Além disso, um fenômeno raro chamado superfetação pode ocorrer, que consiste na gravidez de uma metade do útero enquanto a outra metade já está gestando (FERREIRA *et al.*, 2007).

A ultrassonografia 2D costuma ser o primeiro exame complementar realizado e identifica alterações anatômicas, entretanto gera um viés de confiança na diferenciação entre as variedades de anomalias Müllerianas. Na modalidade 3D, a ultrassonografia tem elucidado diferenças morfológicas e entregado diagnósticos confiáveis de forma pouco invasiva. Também consistem em excelentes ferramentas diagnósticas a histeroscopia, histerossalpingografia, laparoscopia/laparotomia e a ressonância magnética, sendo preferível a última por não ser uma técnica invasiva e por propiciar a análise morfológica renal simultaneamente (REZAI *et al.*, 2015).

A literatura diverge entre as estatísticas de desempenho reprodutivo das anomalias Müllerianas. Pacientes com anomalias uterinas possuem maior risco de abortamento de primeiro e segundo trimestre, maior risco de parto prematuro com menos de 37 e de 34 semanas, maior risco de baixo e muito baixo peso ao nascer, de apresentações anômalas, descolamento de placenta e mortalidade perinatal (VENETIS *et al.*, 2014).

O útero didelfo está mais associado à dificuldade de manutenção da gestação do que à redução da capacidade de concepção, com taxa de parto a termo entre 29 e 45%. Estudos indicam taxa de aborto de 21% a 45% de partos pré-termo,

sendo a principal complicação nas gestações a incompetência istmo-cervical (GRIMBIZIS *et al.*, 2001; CARANGUI *et al.*, 2020). Apesar desta estatística, possui um prognóstico relativamente bom para gravidez com bons desfechos comparados a outras anomalias uterinas (TAYLOR E & GOMEL V, 2008; CARANGUI *et al.*, 2020).

Uma metanálise de Venetis *et al.*, mostrou que as diferenças só foram estatisticamente significativas entre pacientes com útero didelfo e pacientes com outras anomalias nos casos de abortamento e restrição de crescimento intrauterino.

Pacientes com útero didelfo possuem menor risco de abortamento de primeiro e segundo trimestre comparado a pacientes com outras anomalias uterinas, como útero bicornio e septado (VENETIS *et al.*, 2014).

Tratando-se de restrição de crescimento intrauterino, o estudo mostrou que há uma diferença estatisticamente significativa desta condição em pacientes com útero didelfo e septado comparado a grupos controle. A principal hipótese é que isso se deve à redução da cavidade uterina e vascularização anormal do útero, que levam a um leito de implantação trofoblástica desfavorável ao desenvolvimento fetal (VENETIS *et al.*, 2014).

A correção cirúrgica do útero didelfo não parece melhorar os desfechos gestacionais. A metroplastia objetiva unificar os dois úteros na linha média por meio do descolamento das cavidades uterinas, mas os colos não são unificados por conta do alto risco de incompetência cervical (LIN *et al.*, 2002; FEBRASGO, 2019). É realizada em casos selecionados, com perdas repetidas no final da gravidez ou partos prematuros sem outra etiologia evidente (HOFFMAN *et al.*, 2014).

A presença de útero didelfo e/ou de septo vaginal longitudinal não são indicações para cesariana. Alguns septos vaginais podem ser deslocados lateralmente para facilitar o parto vaginal, entretanto, alguns se apresentam de forma espessa e inelástica, o que aumenta o risco de distócia vaginal, sendo indicada excisão do septo nesses casos. Outros casos onde a excisão longitudinal do septo pode ser indicada são na vigência de dispareunia ou hematometocolpos (REZAI *et al.*, 2015). As indicações de parto por via alta são, portanto, as mesmas de gestações sem qualquer anormalidade uterina ou vaginal, como apresentação pélvica.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora a literatura disponível sobre útero didelfo seja limitada e por vezes divergente, sabe-se que pacientes com anomalias Müllerianas possuem maiores riscos gestacionais, entretanto, por si só, a alteração não impossibilita um parto vaginal a termo. O diagnóstico pré-concepcional é importante pois permite a investigação de outras alterações que possam estar associadas e permite a correta orientação da paciente sobre as possíveis intercorrências gestacionais. Com o caso clínico apresentado, espera-se difundir cientificamente que pacientes com útero didelfo não possuem indicação direta de cesariana e que o parto vaginal e puerpério são seguros nestas condições.

REFERÊNCIAS

- CARANGUI, Diego Armando Auqui *et al.* Útero Didelfo. Relato de um caso. **Recimundo**, v. 4, n. 1, p. 434-441, 2020.
- EMANS, S. J. *et al.* **Goldstein's Pediatric and Adolescent Gynecology**. 2012.
- FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia **Tratado de obstetrícia**. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.
- FERREIRA, Adilson Cunha *et al.* Ultrassonografia tridimensional em ginecologia: malformações uterinas. **Radiologia Brasileira online**, v. 40, n. 2, p. 131-136. Maio 2007.
- GRIMBIZIS, Grigoris F. *et al.* Implicações clínicas das malformações uterinas e resultados do tratamento histeroscópico. **Atualização em reprodução humana**, v. 7, n. 2, pág. 161-174, 2001.
- HOFFMAN, Barbara L. *et al.* **Ginecologia de Williams**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- LIN, Paul C, *et al.* Anomalias genitais femininas que afetam a reprodução. **Fertilidade e esterilidade**, v. 78 n. 5, p.899-915, 2002.
- REZAI, Shadi *et al.* Útero Didelphys: relato de caso e revisão da literatura. **Relatos de casos em obstetrícia e ginecologia**, v. 2015, 2015.
- TAYLOR, Elizabeth; GOMEL, Victor. O útero e a fertilidade. **Fertilidade e esterilidade**, v. 89, n. 1, pág. 1-16, 2008.
- VENETIS, Christos A. *et al.* Implicações clínicas das anomalias uterinas congênitas: uma meta-análise de estudos comparativos. **Biomedicina reprodutiva online**, v. 29, n. 6, pág. 665-683, 2014.

APÊNDICES

**APÊNDICE A – FORMATAÇÃO PRONTA PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA
BRASILEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (RBGO)**

**FULL-TERM VAGINAL DELIVERY IN A PREGNANT WOMAN WITH
DIDELPHYS UTERUS AND COMPLETE LONGITUDINAL VAGINAL
SEPTUM: A CASE REPORT**

*PARTO VAGINAL A TERMO EM GESTANTE COM ÚTERO DIDELO E
SEPTO VAGINAL LONGITUDINAL COMPLETO: UM RELATO DE CASO*

Natália Puerari¹ (Orcid ID 0000-0001-7131-3053); Carolina Leão Oderich¹ (Orcid ID 0000-0002-7619-437X).

1.Universidade Federal da Integração
Latino-Americana, Foz do Iguaçu, PR,
Brazil.

Address for correspondence: Natália
Puerari, Universidade Federal da
Integração Latino-Americana - UNILA,
Avenida Tarquínio Joslin dos Santos,
1000, Loteamento Universitário das
Américas, 85870650, Foz do Iguaçu,
Paraná, Brazil (e-mail:
natalia_puerari@hotmail.com)

FULL-TERM VAGINAL DELIVERY IN A PREGNANT WOMAN WITH DIDELPHYS UTERUS AND COMPLETE LONGITUDINAL VAGINAL SEPTUM: A CASE REPORT

PARTO VAGINAL A TERMO EM GESTANTE COM ÚTERO DIDELO E SEPTO VAGINAL LONGITUDINAL COMPLETO: UM RELATO DE CASO

Natália Puerari¹ (Orcid ID [0000-0001-7131-3053](#)); Carolina Leão Oderich¹ (Orcid ID [0000-0002-7619-437X](#)).

1.Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, PR, Brazil.

Address for correspondence: Natália Puerari, Universidade Federal da Integração Latino-Americana - UNILA, Avenida Tarquínio Joslin dos Santos, 1000, Loteamento Universitário das Américas, 85870650, Foz do Iguaçu, Brazil (e-mail: natalia_puerari@hotmail.com)

ABSTRACT

Didelphys uterus is a rare congenital uterine anomaly resulted from complete failure of embryological fusion of the Müllerian ducts. It is characterized by the formation of two uterine cavities and two cervix. A longitudinal vaginal septum is often associated. Despite the increased risk of unfavorable obstetric outcomes, didelphys uterus has a relative good prognosis. We report the case of a pregnant woman with a preconceptional diagnosis of didelphys uterus and complete longitudinal vaginal septum. At 40 weeks of pregnancy and a favorable maternal and fetal situation, labor was induced and evolved to vaginal delivery with use of vacuum forceps. Few cases of pregnancy in a didelphys uterus with complete vaginal septum and evolution to vaginal delivery have been described in the literature. Therefore, the relevance of this report stands in the importance of indicating a vaginal delivery for these patients, providing a natural and safe childbirth for mother and baby.

Key-words: Uterus; urogenital abnormalities; pregnancy, high-risk; natural childbirth; Müllerian ducts.

RESUMO

O útero didelfo é uma anomalia uterina congênita rara, resultado da completa falha na fusão embriológica dos ductos müllerianos. Caracteriza-se pela formação de duas

cavidades uterinas e dois colos. Um septo vaginal longitudinal está frequentemente associado. Apesar do aumento no risco de desfechos obstétricos desfavoráveis, possui um prognóstico relativamente bom. Relatamos o caso de uma gestante com diagnóstico pré-concepcional de útero didelfo e septo vaginal longitudinal completo. Com 40 semanas de idade gestacional e situação materno fetal favorável foi induzido trabalho de parto e evoluiu para parto vaginal com uso fórceps a vácuo. Poucos casos de gestação em útero didelfo com septo vaginal completo e evolução para parto vaginal foram descritos na literatura. Dessa forma, a relevância deste relato encontra-se na importância de indicar um parto vaginal para pacientes com esta anomalia e sem outros entraves, oportunizando um parto natural, humanizado e seguro para mãe e bebê.

Palavras-chave: Útero; anormalidades urogenitais; gravidez de alto risco; parto normal; ductos de Müller.

INTRODUCTION

In 1988, the American Fertility Society (AFS) presented a classification of Müllerian uterine anomalies into seven classes, which is still used nowadays. The didelphys uterus is a rare congenital uterine anomaly that corresponds to class III of this classification.¹

Uterine malformations are diverse and they are the result of failures in specific stages of embryonic development. If there is a complete or partial failure of the development of Müller's duct, an uterine agenesis or unicornuate uterus without rudimentary horn occurs. If the failure occurs in the canalization of these ducts, a unicornuate uterus with rudimentary horn without proper cavities occurs as a consequence. If the fusion of the ducts is incomplete, there is a bicornuate or didelphys uterus. If the failure occurs by the incomplete reabsorption of the uterine septum, the septate or arcuate uterus can happen.²

Specifically in regard to didelphys uterus, when there is a complete failure in the fusion of the paired Müller ducts, there is a duplication of the reproductive structures, which are the uterine body and cervix. As a result of this duplication, in most cases a longitudinal vaginal septum may coexist. As Wolff's ducts often develop in association with Müller's ducts, in 23% of cases some urinary tract abnormality may also be present.³

Few cases of pregnancies in patients with didelphys uterus with complete longitudinal vaginal septum that evolved to term vaginal delivery have been described

in the literature. That way, there is a lack of evidence to guide the appropriate management of labor in pregnancies with malformed uteri.

The author reports the case of a pregnant woman with a didelphys uterus and complete longitudinal vaginal septum who evolved to term induced vaginal delivery without maternal-fetal complications.

CASE REPORT

A 38-year-old, female, secundigravida patient started high-risk prenatal care at fifth gestational week after natural conception.

She reported a history of miscarriage and preconceptional diagnosis of didelphys uterus and complete longitudinal vaginal septum diagnosed by magnetic resonance imaging and hysterosalpingography. She denied other comorbidities, medication use and contributing family history.

The physical examination identified thyroid atrophy, two uterine cervix and complete longitudinal vaginal septum.

The first ultrasonography was done at the seventh week of gestation, confirming a single evolutive pregnancy in the right uterus. There were no clinical or analytical events in the first trimester, including TSH, free T4 and anti-TPO levels. Thus, serial fetal growth evaluation with concomitant cervical evaluation was scheduled. During this period, the patient took only folic acid.

In the second trimester of gestation, the patient had no complaints. A fetal morphological study was realized and revealed normal development, posterior placental implantation and absence of shortening of the right cervix. A blood laboratory analysis was performed, which quantified the thyroid stimulating hormone (TSH) at 5.7 mg/dL. The patient was advised to take Levothyroxine 25mcg and to serially evaluate TSH levels. Other laboratory tests showed no changes.

At the beginning of the third trimester of pregnancy, the patient reported the feeling of weight and pressure in the lower abdomen, so a Doppler ultrasound was requested, which revealed no abnormalities. In the 36th week of gestation, the patient evolved with cervical effacement, being guided to a pre-anesthetic evaluation and weekly return for amniotic fluid index (ALI) quantification. At 38 weeks gestational age, the patient reported intense fatigue, perception of weak contractions and good fetal

movements. In addition, she presented positive culture for *Streptococcus b.* and TSH 4.43, so Levothyroxine was changed to 50mcg.

At 40 weeks gestational age and with a favorable maternal-fetal situation, labor was induced with Misoprostol and Oxytocin. The patient evolved to vaginal delivery without episiotomy, using vacuum forceps. There was a rupture of the vaginal septum and grade I vaginal tear, which were sutured after delivery. The female newborn had an Apgar score of 9/10 and weighed 3450g. Due to the good evolution of puerperal and neonatal parameters, the baby was discharged from hospital within 48 hours.

In the puerperal evaluation performed 30 days after delivery, the patient reported cessation of lochia and absence of pain. On physical examination, it was observed lactating breasts, unchanged vagina with reimplanted septum in vaginal fundus and partially obstructing uterine cervix, and light bladder dystopia. In bimanual touch, the uterus was mobile and elastic.

DISCUSSION

To assess the prevalence of didelphys uterus in female population and its gynecological and obstetric consequences is a challenge, since many patients are asymptomatic. Some present dyspareunia or dysmenorrhea. Rarely, they present lower abdominal pain from hematocolpos and hematometocolpos, which produces mass effect because of the obstruction.²

It can also present associated renal anomalies, as in the case of Herlyn-Werner-Wunderlich Syndrome, in which the didelphys uterus presents with obstructed hemivagina and ipsilateral renal agenesis.²

In 75% of didelphys uterus cases there is a related longitudinal vaginal septum (Figure 1), which increases the prevalence of diagnosis compared to other mullerian anomalies because it is easily identifiable on specular examination.² A didelphys uterus should always be suspected in patients with a vaginal septum or two uterine cervix.⁴

When there is pregnancy in one half of a uterus, bleeding may occur from the unpregnant half. In addition, a rare phenomenon called superfetation can occur, which consists in the pregnancy of one half of the uterus while the other half is already pregnant.⁵

2D ultrasound is usually the first complementary exam performed and it identifies anatomical changes, however it generates a confidence bias in distinguishing among the varieties of Müllerian anomalies. In the 3D modality, ultrasound has elucidated morphological differences and delivered reliable diagnoses in a low-invasive way. Hysteroscopy, hysterosalpingography, laparoscopy/laparotomy, and magnetic resonance imaging are also excellent diagnostic tools, being preferable the last one because it is a non-invasive technique which provides simultaneous renal morphological analysis.²

The literature diverges on the reproductive performance statistics of Müllerian anomalies. Patients with uterine anomalies have a higher risk of first and second trimester miscarriage, a higher risk of premature delivery at less than 37 and 34 weeks, a higher risk of low and very low birth weight, anomalous presentations, placental abruption and perinatal mortality.⁶

The didelphys uterus is more associated with difficulty in maintaining pregnancy than with reduced ability to conceive, with a term delivery rate between 29 and 45%. Studies indicate abortion rate of 21% to 45% of preterm births, with the main complication in pregnancies being isthmus-cervical incompetence.^{1,7} Despite this statistic, it has a relatively good prognosis for pregnancy with good outcomes compared to other uterine anomalies.^{3,7}

A meta-analysis by Venetis et al showed that differences were only statistically significant between patients with didelphys uterus and patients with other anomalies in cases of miscarriage and intrauterine growth restriction.

Patients with didelphys uterus have a lower risk of first and second trimester abortion compared to patients with other uterine anomalies, such as bicornuate and septate uterus.⁶

When it comes to intrauterine growth restriction, the study showed that there is a statistically significant difference of this condition in patients with didelphys and septate uterus compared to control groups. The main hypothesis is that this is due to the reduction of the uterine cavity and abnormal vascularization of the uterus, which lead to an unfavorable trophoblastic implantation bed for fetal development.⁶

Surgical correction of the didelphys uterus does not seem to improve gestational outcomes. Metroplasty aims to unify the two uteri in the midline by detaching the uterine cavities, but the cervixes are not unified because of the high risk of cervical

incompetence.^{8,9} It is performed in selected cases with repeated losses in late pregnancy or premature births with no other evident etiology.⁴

The presence of a didelphys uterus and/or a longitudinal vaginal septum are not indications for cesarean section. Some longitudinal vaginal septums can be moved laterally to facilitate vaginal delivery, however, some are thick and inelastic, which increases the risk of vaginal dystocia, so septal excision is indicated in these cases. Other cases where longitudinal excision of the septum may be indicated are in the presence of dyspareunia or hematometocolpos.² The indications for cesarean section are, therefore, the same as for pregnancies without any uterine or vaginal abnormality, such as pelvic presentation.

CONCLUSIONS

Although the available literature on didelphys uterus is limited and sometimes divergent, it is known that patients with müllerian anomalies have higher gestational risks, however, by itself, this abnormality does not preclude a term vaginal delivery. The preconceptional diagnosis is important because it allows the investigation of other disorders that may be associated and allows the right orientation of the patient about possible pregnancy complications. With the clinical case presented, it is expected to spread scientifically that patients with didelphys uterus have no direct indication for cesarean section and that vaginal delivery and puerperium are safe in these conditions.

REFERENCES

1. Grimbizis GF, et al. Clinical implications of uterine malformations and hysteroscopic treatment results. *Human reproduction update* [Internet]. 2001 [cited 2022 Jul 31];7(2):161-174. DOI 10.1093/humupd/7.2.161. Available from: <https://doi.org/10.1093/humupd/7.2.161>
2. Rezai S, et al. Didelphys Uterus: A Case Report and Review of the Literature. *Case Reports in Obstetrics and Gynecology* [Internet]. 2015 [cited 2022 Jul 31];2015 DOI 10.1155/2015/865821. Available from: <https://doi.org/10.1155/2015/865821>

3. Taylor E, Gomel V. The uterus and fertility. Fertility and sterility [Internet]. 2008 [cited 2022 Jul 31];89(1):1-16. DOI 10.1016/j.fertnstert.2007.09.069. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2007.09.069>
4. Hoffman BL, et al. Williams Gynecology. 4th ed. Porto Alegre: Artmed; 2014. ISBN: 9788580553109
5. Ferreira AC, et al. Three-dimensional ultrasound in gynecology: uterine malformations. Radiologia Brasileira [Internet]. 2007 [cited 2022 Jul 29];40(2):131-136. DOI 10.1590/S0100-39842007000200013. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0100-39842007000200013>
6. Venetis CA, et al. Clinical implications of congenital uterine anomalies: a meta-analysis of comparative studies. Reproductive biomedicine [Internet]. 2014 [cited 2022 Jul 29];29(6):665-683. DOI 10.1016/j.rbmo.2014.09.006. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2014.09.006>
7. Carangui DAA. Didelphys Uterus: A case report. Recimundo [Internet]. 2020 [cited 2022 Jul 27];4(1):434-441. DOI 10.26820/recimundo/4.(1).enero.2020.434-441. Available from: [https://doi.org/10.26820/recimundo/4.\(1\).enero.2020.434-441](https://doi.org/10.26820/recimundo/4.(1).enero.2020.434-441)
8. Lin PC, et al. Female genital anomalies affecting reproduction. Fertility and sterility [Internet]. 2002 [cited 2022 Jul 28];78(5):899-915. DOI 10.1016/S0015-0282(02)03368-X. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(02\)03368-X](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(02)03368-X).
9. Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO. Tratado de Obstetrícia. 1st ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2019. 1160 p. ISBN: 9788535233032..

