

UNIVERSIDADE DO GRANDE
RIO ESCOLA DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE CURSO DE MEDICINA

GABRIELA LEVANDEIRA ARES

LUIZA FONSECA GONZALEZ BRUNO

ÚTERO DIDELFO E MALFORMAÇÃO RENAL: RELATO DE CASO

RIO DE JANEIRO
2022

UNIVERSIDADE DO GRANDE
RIO ESCOLA DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE CURSO DE MEDICINA

GABRIELA LEVANDEIRA ARES

LUIZA FONSECA GONZALEZ BRUNO

ÚTERO DIDELO E MALFORMAÇÃO RENAL: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Unigranrio como requisito para a
obtenção do grau de médico

Orientador: Professora Adriana do Valle Graça

RIO DE JANEIRO

2022

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

GABRIELA LEVANDEIRA ARES

LUIZA FONSECA GONZALEZ BRUNO

ÚTERO DIDELFO E MALFORMAÇÕES RENAIAS :RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Unigranrio como requisito para a
obtenção do grau de médico

Aprovado por: Prof. _____
Prof. _____

Em _____ de _____ de _____

RIO DE JANEIRO
2022

DEDICATÓRIA

Dedicamos o nosso trabalho aos familiares que sempre nos apoiaram desde a decisão de ingressar no curso de medicina, sem eles nada disso seria possível.

Dedicamos, também, aos amigos pelos momentos, apoio e carinho

À nossa orientadora Dra. Adriana Do Valle e à coorientadora Dra. Valeria Fonseca Bruno, sem sua paciência, confiança, conhecimento e incentivo não teríamos conseguido.

AGRADECIMENTOS

O desenvolvimento deste trabalho de curso contou com ajuda de diversas pessoas, dentre as quais agradeço:

Aos professores orientadores Adriana do Valle, Hedi marinho e Luís César, que durante 12 meses acompanharam pontualmente, dando todo o auxílio necessário para a elaboração do projeto.

Aos professores do Curso de Medicina da Unigranrio que através dos seus ensinamentos permitiram que nós pudéssemos concluir este trabalho.

À Mônica Levandeira Ares e Valéria Fonseca Bruno, mães que com toda a paciência incentivaram a cada momento e não permitiram que desistíssemos.

À Deus, por no momento em que foi pensado que não seria possível, deu sinais para continuarmos.

*"Não há limite para o que nós,
como mulheres, podemos realizar."*

Michelle Obama

RESUMO

O Útero Didelfo é uma malformação uterina rara e complexa, caracterizada pela presença de dois corpos uterinos, dois colos e duas vaginas. A fisiopatologia tem início na embriogênese e sua origem tem forte associação com a predisposição genética, apresentando grande vínculo com a endometriose e com a malformação renal. O curso da doença inicia-se a partir do momento que a mulher tem dificuldade para engravidar, dores abdominais recorrentes e dismenorreia, cujos sintomas a levam a procurar atendimento médico. O diagnóstico é obtido através de exames de imagem como a Ultrassonografia (USG) Transvaginal e a Ressonância Nuclear Magnética (RNM) de pelve. O tratamento definitivo pode ser feito com laparoscopia ou laparotomia, caso a mulher tenha desejo reprodutivo ou endometriose profunda.

PALAVRAS-CHAVE: Malformação Uterina, Útero Didelfo e Malformação Renal

ABSTRACT

Uterus Didelfo is a rare and complex uterine malformation, characterized by the presence of two uterine bodies, two cervixes and two vaginas. The pathophysiology begins in embryogenesis and its origin is strongly associated with genetic predisposition, showing a strong link with endometriosis and with renal malformation. The course of the disease begins when the woman has difficulty getting pregnant, recurrent abdominal pain and dysmenorrhea, whose symptoms lead her to seek medical attention. The diagnosis is obtained through imaging tests such as Transvaginal Ultrasonography (USG) and Magnetic Nuclear Resonance (MRI) of the pelvis. Definitive treatment can be done with laparoscopy or laparotomy, if the woman has reproductive desire or deep endometriosis.

KEYWORDS: Uterine Malformation, Didelphus Uterus and Renal Malformation

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

AFS	American Fertility Society
AMH	Hormônio anti mulleriano
ESGE	The European Society for Gynecological Endoscopy
ESHRE	The European Society of Human Reproduction and Embryology
GDNF	Fator neurotrófico derivado de uma linha de células da glia
GnRH	Hormônio Liberador de Gonadotrofina
MDs	Ductos Mullerianos
OH-VIRA	Hemivagina obstruída e agenesia renal ipsilateral
RNM	Ressonância Nuclear Magnética
SRY	Região determinante do sexo no Y
USG	Ultrassonografia

LISTA DE FIGURAS E ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –Ductos genitais na sexta semana no homem (A) e na mulher (B).....	16
Figura 2: Ductos genitais na mulher, no fim do segundo mês (A) e ductos genitais após a descida do ovário (B).....	17
Figura 3: Cortes transversais através da crista urogenital em níveis progressivamente inferiores.....	18
Figura 4: Formação do útero e da vagina.....	19
Figura 5: Cortes sagitais mostrando a formação do útero e da vagina em vários estágios do desenvolvimento.....	19
Figura 6: Malformações uterinas.....	20
Figura 7: Secção longitudinal da porção do colo uterino em sua abertura na vagina.....	22
Figura 8: Útero, vagina, ovário e tuba uterina.....	23
Figura 9: Classificação das malformações Müllerianas de acordo com o sistema da Sociedade Americana de Fertilidade.....	25
Figura 10: Esquema para a classificação das malformações do trato genital feminino de acordo com o novo sistema de classificação da ESHRE/ESGE.....	26
Figura 11: Útero Didelfo em imagem laparoscópica.....	36
Figura 12: Hemiútero direito.....	37
Figura 13: Massa que pode corresponder ao rim ectópico.....	37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Características demográficas gerais das 892 pacientes com confirmação anatomopatológica de endometriose pélvica.....	27
Tabela 2: Distribuição das principais queixas relatadas pelas pacientes com endometriose...	29
Tabela 3: Distribuição dos sintomas referidos pelas pacientes.....	30
Tabela 4: Classificação Revisada de Endometriose - Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva.....	32

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO.....	13
2- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
3- MATERIAL E MÉTODOS.....	34
3.1-DESENHO.....	34
3.2- METODOLOGIA DE PESQUISA BIBLIOGRÁFICA.....	34
4- RELATO DE CASO.....	35
5- DISCUSSÃO.....	38
6- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
8- APÊNDICE.....	43

1 – INTRODUÇÃO

As malformações congênitas do trato genital feminino são definidas como alterações da anatomia normal resultantes do mau desenvolvimento embriológico dos ductos müllerianos ou paramesonéfricos. Eles representam uma condição benigna com uma prevalência de 1-7%. Além disso, dependendo do tipo e do grau de distorção anatômica, estão associados a problemas de saúde e reprodutivos.¹

O útero didelfo (dois colos, dois corpos e duas vaginas), pode-se apresentar com septo vaginal completo e agenesia renal. A associação entre essas anormalidades uterinas e malformações do trato urinário é bem estabelecida e, possivelmente, tem sua explicação na origem embrionária mesodérmica comum dos dois sistemas.²

Independentemente dos aspectos reprodutivos, as malformações uterinas assumem importância pela sua associação com anomalias de outros órgãos, que se expressam por agenesia renal, hipoplasia nasal, onfalocele, defeitos em membros, teratomas e acardia-anencefalia. As alterações estruturais do útero podem manifestar-se, ainda, aumentando a morbidade obstétrica, causando retenção placentária, atonia uterina e hemorragia, bem como gerar queixas ginecológicas que incluem oligomenorréia, dismenorréia, sangramento uterino disfuncional e dispareunia.³

É importante pensar no diagnóstico de malformação uterina em jovens com amenorreia primária, dismenorreia e dispareunia, e em mulheres, considerando-se infertilidade, abortamentos tardios e de repetição ou partos prematuros. A prevalência de anomalias uterinas congênitas foi de, aproximadamente, 6,7% (IC=6,0-7,4%) na população geral, de 7,3% (IC=6,7-7,9%) na população de mulheres estéreis e de 16,7% (IC=14,8-18,6%) nas mulheres com abortamento habitual.⁴

Além dos problemas na concepção, elas têm maiores taxas de aborto espontâneo, parto prematuro, formação fetal anormal e distocia no parto em relação às demais mulheres. Cerca de 25% dos indivíduos com malformação uterina apresentam algum aborto durante a vida, em comparação com 10% na população geral. Além da malformação uterina, elas apresentam causas extra uterinas que corroboram para a infertilidade conjugal, como por exemplo a endometriose.

O presente trabalho tem como objetivo apresentar um relato de caso de uma mulher

jovem com clínica de dor abdominal e exames de imagem compatíveis com diagnóstico de útero didelfo, malformação renal e endometriose associados. Salienta-se o fato dessa condição ser benigna e de curso indolente, porém em alguns casos, como a da paciente em questão, há necessidade de instituir um tratamento mais agressivo. A partir disso, analisamos uma série de referências bibliográficas, a fim de compreender e transmitir conhecimento sobre as patologias apresentadas pela enferma.

2 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

As malformações uterinas decorrem da falha de desenvolvimento, reabsorção ou fusão dos ductos de Müller (MDs) em fases distintas da embriogênese feminina, que se completa por volta da 12ª semana de gestação. Dentre as anomalias congênitas estão o útero septado, útero bicornio, útero unicorno, útero arqueado, útero didelfo, hipoplasia e agenesia uterina. O útero didelfo é originado quando ocorre falha completa da fusão dos MDs e representa cerca de 11,1 % dos casos de malformação. ⁶

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 à radiação ionizante alfa e gama durante a gestação e as mutações gênicas. ⁷

É importante ressaltar que as malformações uterinas possuem grande associação com anomalias de outros órgãos, principalmente a renal, e a associação entre essas anormalidades uterinas e malformações do trato urinário. Ademais, a endometriose é uma entidade clínica a qual pode estar associada às malformações, apresentando sintomas clássicos que corroboram para a hipótese diagnóstica. ⁶

EMBRIOLOGIA

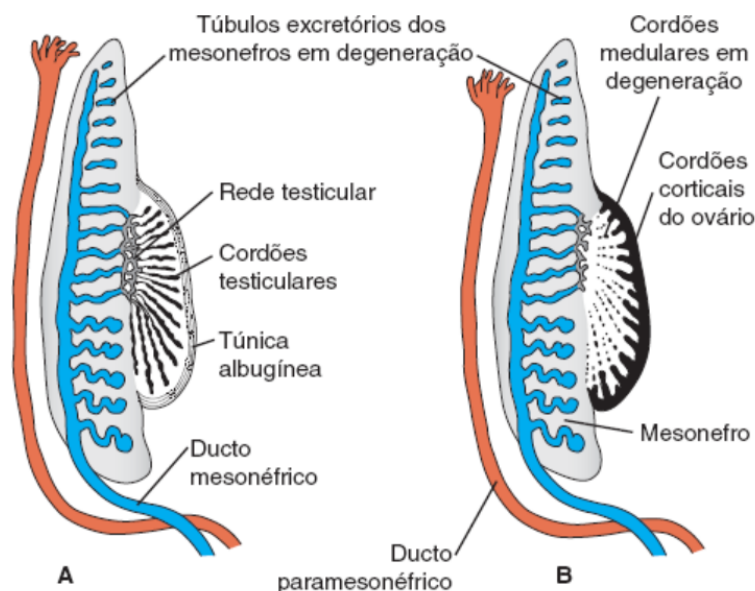
No que tange à funcionalidade, o sistema urogenital pode ser dividido em dois componentes distintos: o sistema urinário e o sistema genital. Entretanto, embriológica e anatomicamente, eles estão intimamente relacionados. Ambos se desenvolvem a partir do mesoderma intermediário ao longo da parede posterior da cavidade abdominal e, inicialmente, os ductos excretores de ambos os sistemas entram em uma cavidade comum, a cloaca. ⁸

A diferenciação sexual é um processo complexo que envolve muitos genes, incluindo alguns autossômicos. A chave para o dimorfismo sexual é o cromossomo Y, que contém o

gene determinante de testículos chamado região determinante do sexo no Y (SRY). O produto proteico desse gene é um fator de transcrição que inicia uma cascata de genes que determinam o destino dos órgãos sexuais rudimentares, em sua ausência, se estabelece o desenvolvimento feminino.⁸

Inicialmente, tanto os embriões masculinos quanto os femininos têm dois pares de ductos genitais: os ductos mesonéfricos (wolffianos) e os ductos paramesonéfricos (müllerianos). O ducto paramesonéfrico surge como uma invaginação longitudinal do epitélio na superfície ântero lateral do sulco urogenital (Figura 1).⁸

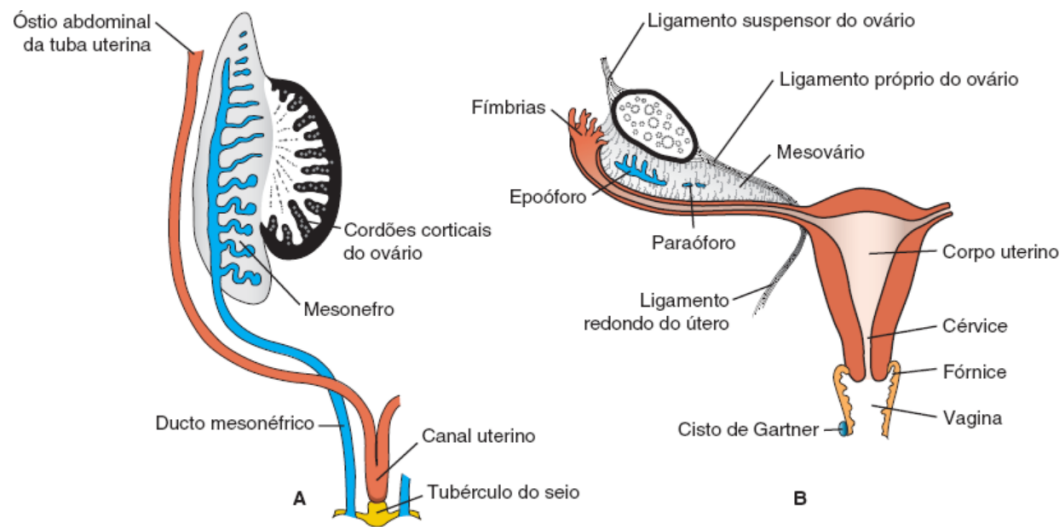
Figura 1: Ductos genitais na sexta semana no homem (A) e na mulher (B)



Fonte: Sadler TW. *Langman Embriologia Médica*. (14ª edição). Grupo GEN; 2021

Na linha média, ele se encontra em contato íntimo com o ducto paramesonéfrico do lado oposto. A ponta caudal dos ductos combinados se projeta na parede posterior do seio urogenital, onde causa uma pequena protuberância, o tubérculo do seio (Figura 2). Os ductos mesonéfricos se abrem no seio urogenital em cada lado do tubérculo do seio.⁸

Figura 2: Ductos genitais na mulher, no fim do segundo mês (A) e ductos genitais após a descida do ovário (B)

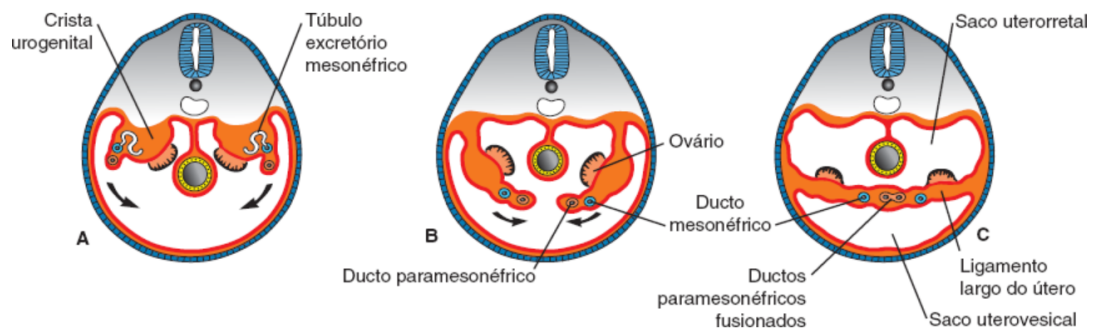


Fonte: Sadler TW. *Langman Embriologia Médica*. (14ª edição). Grupo GEN; 2021

Na presença do estrogênio e na ausência de testosterona e hormônio antimulleriano (AMH), os ductos paramesonéfricos desenvolvem-se nos ductos genitais principais na mulher. Com a descida dos ovários, as duas primeiras partes se desenvolvem na tuba uterina (Figura 2), e as partes caudais se fusionam para formar o canal uterino.⁸

Quando a segunda parte dos ductos paramesonéfricos se move médio caudalmente, as cristas urogenitais se aproximam gradualmente em um plano transversal (Figura 3). Após a fusão dos ductos na linha média, se estabelece uma prega pélvica transversal larga. Essa prega, que se estende das porções laterais dos ductos paramesonéfricos fusionados até a parede da pelve, é o ligamento largo do útero. A tuba uterina se encontra em sua borda superior, e o ovário, em sua superfície posterior. O útero e o ligamento largo dividem a cavidade pélvica em cavidade retouterina e cavidade vesicouterina. Os ductos paramesonéfricos fusionados dão origem ao corpo e ao colo do útero e à porção superior da vagina. Na ausência de testosterona, os ductos mesonéfricos na mulher degeneram.⁸

Figura 3: Cortes transversais através da crista urogenital em níveis progressivamente inferiores.

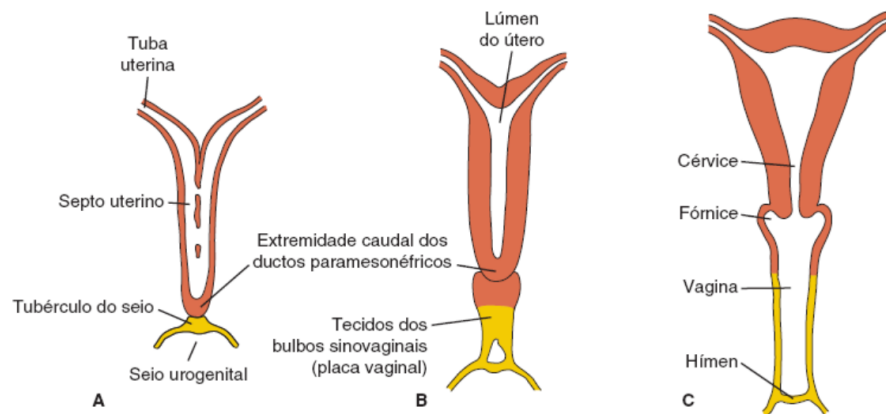


Fonte: Sadler TW. *Langman Embriologia Médica*. (14ª edição). Grupo GEN; 2021

Com a formação dos ovários e produção de estrógenos, ocorre a diferenciação sexual, e, sob sua influência, os ductos paramesonéfricos (müllerianos) são estimulados a formar as tubas uterinas, o útero, o colo do útero e a porção superior da vagina. Além disso, os estrógenos agem sobre a genitália externa no estágio indiferenciado para formar os grandes lábios, os pequenos lábios e a porção inferior da vagina.⁸

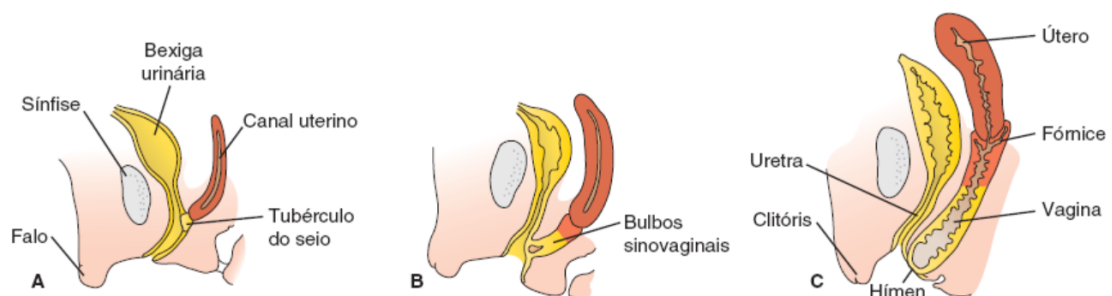
Logo após a extremidade sólida dos ductos paramesonéfricos entrarem em contato com o seio urogenital (Figuras 4), duas evaginações sólidas crescem para fora da porção pélvica do seio (Figuras 4). A proliferação continua na extremidade cranial da placa, aumentando a distância entre o útero e o seio urogenital. No quinto mês, a protuberância vaginal está completamente canalizada. As expansões em formato de asa da vagina ao redor da extremidade do útero, os fôrnices vaginais, são de origem paramesonéfrica (Figura 5). Assim, a vagina tem origem dupla, com a porção superior oriunda do canal uterino e a porção inferior derivada do seio urogenital.⁸

Figura 4: Formação do útero e da vagina.



Fonte: Sadler TW. *Langman Embriologia Médica*. (14ª edição). Grupo GEN; 2021

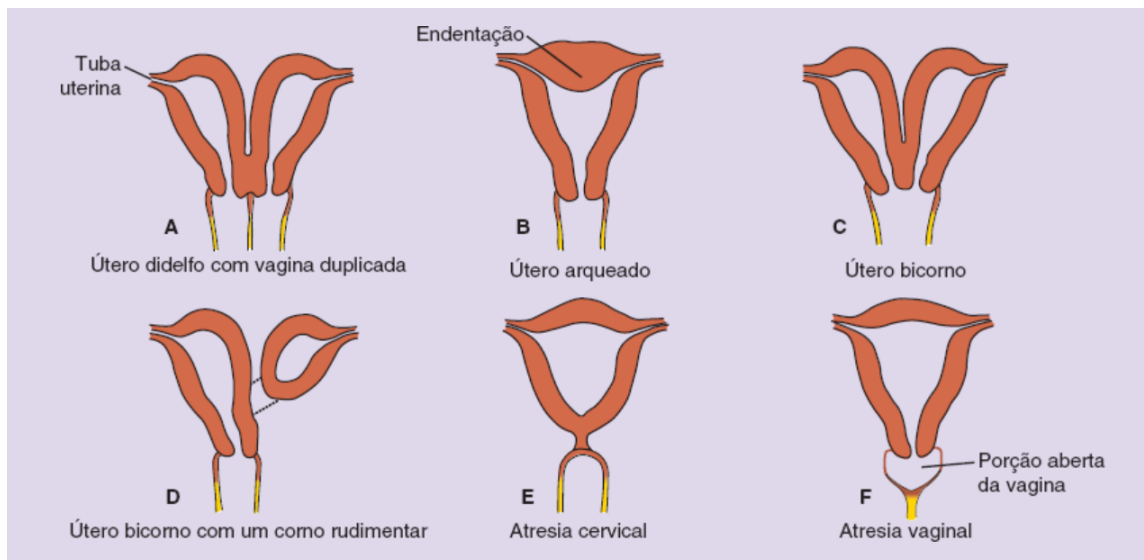
Figura 5: Cortes sagitais mostrando a formação do útero e da vagina em vários estágios do desenvolvimento



Fonte: Sadler TW. *Langman Embriologia Médica*. (14ª edição). Grupo GEN; 2021

As malformações uterinas resultam da falta de fusão dos ductos paramesonéfricos em uma área específica ou em toda a sua linha de fusão normal. Em sua forma mais extrema, o útero é completamente duplicado (útero didelfo); na forma menos grave, o útero apenas apresenta uma discreta endentação na porção média (útero arqueado). Uma das anomalias relativamente mais comuns é o útero bicornio, que tem dois cornos com uma vagina em comum (Figura 6).⁸

Figura 6: Malformações uterinas



Fonte: Sadler TW. *Langman Embriologia Médica*. (14ª edição). Grupo GEN; 2021

Em pacientes com atresia parcial ou completa dos ductos paramesonéfricos, a porção rudimentar se encontra como um apêndice do lado mais bem desenvolvido. Uma vez que seu lúmen geralmente não se comunica com a vagina, complicações são comuns (útero bicornio com um corno rudimentar). Se a atresia envolver ambos os lados, pode resultar em atresia do colo uterino. Se os bulbos sinovaginais não se fusionarem ou se nem chegarem a se desenvolver, o resultado é vagina dupla ou atresia vaginal, respectivamente (Figura 6). No último caso, uma pequena bolsa vaginal originária dos ductos paramesonéfricos circunda a abertura do colo do útero.⁸

O sistema renal é formado por três sistemas que se sobrepõem levemente em uma sequência crânio caudal durante a vida intrauterina nos seres humanos: pronefro, mesonefro e metanefro. O primeiro desses sistemas é rudimentar e não é funcional; o segundo funciona por um intervalo curto de tempo durante o período fetal inicial; e o terceiro origina os rins permanentes.⁸

Displasias e agenesias renais são um espectro de malformações graves; são as principais causas de doença exigindo diálise e transplante nos primeiros anos de vida. Em alguns casos, os néfrons não conseguem se desenvolver e o broto ureteral não se ramifica, de modo que os ductos coletores nunca se formam. Esses defeitos causam involução dos rins e agenesia renal. Ela também pode ocorrer se a interação do mesoderma metanéfrico com o

broto ureteral não ocorrer. Normalmente, durante a interação, o fator neurotrófico derivado de uma linha de células da glia (GDNF) produzido pelo mesoderma metanéfrico origina a ramificação e o crescimento do broto ureteral. Dessa forma, mutações nos genes que regulam a expressão da sinalização de GDNF podem causar agenesia renal.⁸

HISTOLOGIA

A parede do útero é relativamente espessa e formada por três camadas. Externamente, há uma delgada serosa (perimétrio) – constituída de mesotélio e tecido conjuntivo – ou, dependendo da porção do órgão, uma adventícia – constituída de tecido conjuntivo sem revestimento de mesotélio. As outras camadas uterinas são o miométrio, uma espessa camada de músculo liso, e o endométrio ou mucosa uterina, revestindo a cavidade do útero.¹⁰

O endométrio é formado por epitélio simples colunar, composto por células secretoras e por células ciliadas. Do epitélio superficial partem glândulas tubulosas que se estendem por toda a espessura da lâmina própria. Esta é constituída por tecido conjuntivo frouxo muito celularizado por fibroblastos e células transitórias, especialmente linfócitos. Apresenta fibras colágenas delgadas, compostas principalmente de colágeno tipo III.¹¹

O miométrio, camada mais espessa do útero, é composto de pacotes ou grandes feixes de fibras musculares lisas separadas por tecido conjuntivo. Os pacotes de músculo liso se distribuem em quatro camadas não muito bem definidas. A primeira e a quarta camadas são compostas principalmente de fibras dispostas longitudinalmente. Pelas camadas intermediárias passam os grandes vasos sanguíneos que irrigam o órgão.¹⁰

Os vasos sanguíneos que irrigam o endométrio são muito importantes para o fenômeno cíclico de perda de parte do endométrio durante a menstruação. Das artérias arqueadas, que se orientam circunferencialmente nas camadas médias do miométrio, partem dois grupos de artérias que proveem sangue para o endométrio: as artérias retas, que irrigam a camada basal, e as artérias espirais, que irrigam a camada funcional.¹⁰

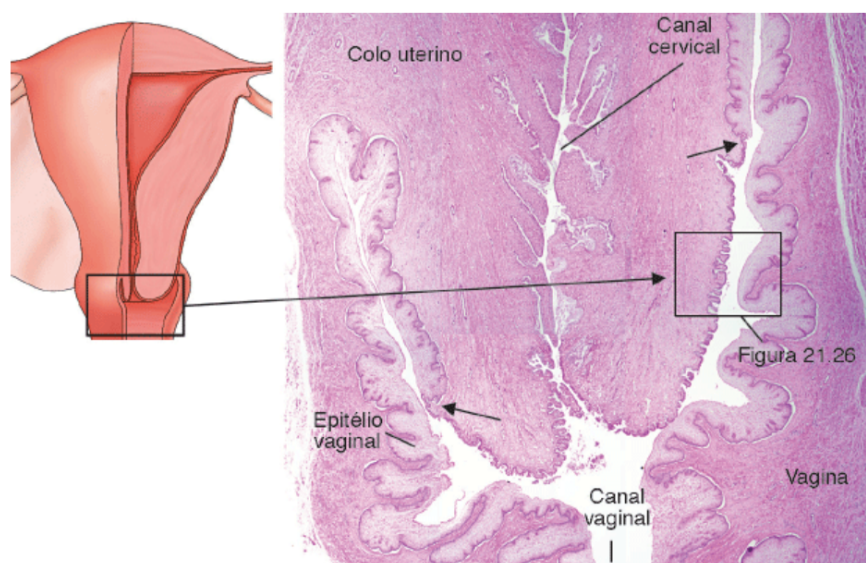
O perimétrio não reveste totalmente a superfície externa do útero, pois se reflete

formando dobras e sacos na cavidade abdominal. Ele, onde estiver presente, é formado por um folheto de peritônio e por tecido conjuntivo subjacente ao mesotélio. Onde não há perimétrio, a superfície externa do útero é revestida por uma adventícia de tecido conjuntivo. Em vários locais em torno do útero, há duplos folhetos de peritônio, que têm em seu interior espessos feixes de colágeno que formam ligamentos que prendem e suspendem o órgão na cavidade pélvica.¹¹

O colo do útero é um canal com parede de tecido conjuntivo e muscular revestido internamente por mucosa e, externamente, por uma adventícia de tecido conjuntivo.¹¹

Apesar de se continuar com o endométrio, a mucosa que reveste o interior do canal cervical (também denominado endocérvice) não tem a mesma constituição. É revestida por um epitélio simples colunar, secretor de mucina. Esta mucosa apresenta criptas profundas e ramificadas revestidas pelo mesmo epitélio, que vários autores classificam como glândulas ramificadas (Figura 7).¹¹

Figura 7: Secção longitudinal da porção do colo uterino em sua abertura na vagina



Fonte: Abrahamsohn P. *Histologia*. Grupo GEN; 2016. Disponível em Minha Biblioteca

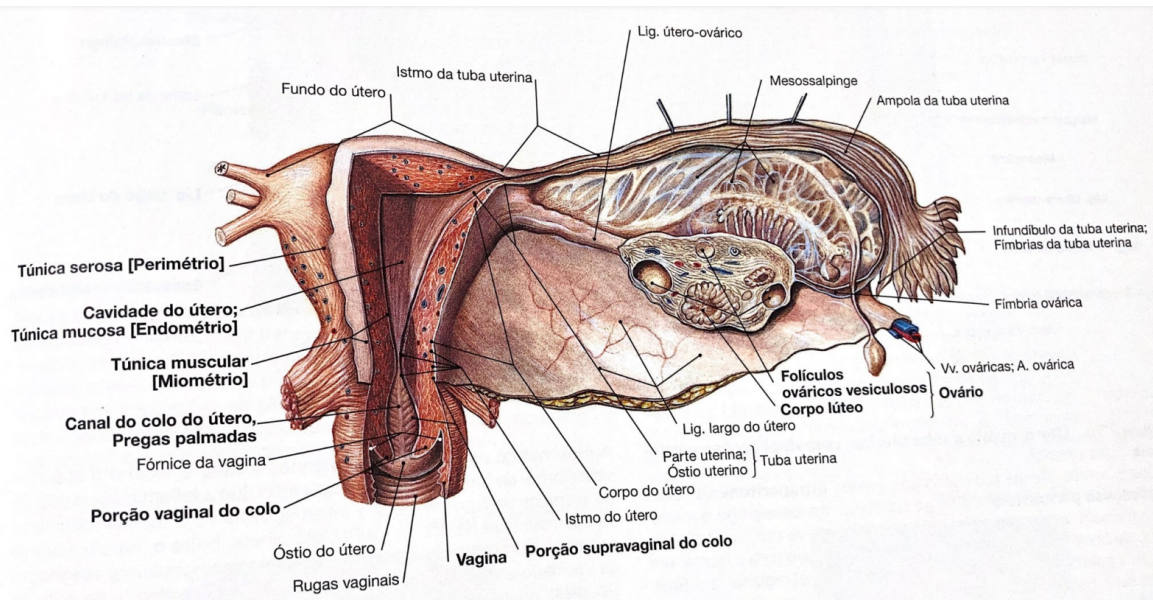
A mucosa vaginal é revestida por epitélio estratificado pavimentoso não queratinizado sustentado por tecido conjuntivo. Sua parede é composta de tecido conjuntivo contendo muitas fibras elásticas e feixes de músculo liso.¹¹

ANATOMIA

O útero tem cerca de 8 cm de comprimento, 5 cm de largura e 2 a 3 cm de espessura. Ele está dividido em corpo, com o fundo direcionado para cima e colo; entre o corpo e o colo do útero encontram-se as tubas uterinas, que permitem a conexão do útero com os ovários.¹²

O útero, as tubas uterinas e os ovários (Figura 8) têm posição intraperitoneal e apresentam por isso, algumas duplicações peritoneais recobertas por uma túnica serosa.¹²

Figura 8: Útero, vagina, ovário e tuba uterina



Fonte: SOBOTTA, J. e BECHER, H. - Atlas de anatomia humana. 23ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2015, Volume 2.

O espaço interno do útero (cavidade uterina) é dividido em corpo do útero e canal do colo do útero. O colo do útero desemboca, por meio do seu segmento inferior, na vagina; por isso, esse segmento inferior é denominado porção vaginal do colo do útero. O segmento superior é a porção supravaginal do colo do útero, a vagina é um órgão oco muscular, com comprimento de 10 cm, que se encontra em posição subperitoneal. Podem ser distinguidas uma parede anterior e uma parede posterior da vagina, ambas apresentando, na superfície interna, uma série de pregas transversais (rugos vaginais).¹²

O útero didelfo (dois corpos, dois colos e duas vaginas) pode se apresentar com septo vaginal completo e agenesia renal. Essa anomalia mülleriana rara, usualmente se apresenta

após a menarca com dor abdominal cíclica, leucorréia ou massa paravaginal. Tende a não ser reconhecida prontamente, pois a hemivagina patente permite menstruações regulares e intercuro sexual, sendo necessário um alto grau de suspeita para um pronto diagnóstico.¹²

Útero didelfo com obstrução de hemivagina geralmente requer tratamento para resolução dos sintomas clínicos. O método cirúrgico tradicional requer ressecção transvaginal do septo, a qual continua sendo a modalidade mais usada. Contudo, a ressecção histeroscópica guiada por ultrassonografia abdominal é simples e rápida e não necessita de técnica cirúrgica especializada.¹²

CLASSIFICAÇÃO DAS MALFORMAÇÕES UTERINAS

As malformações congênitas do aparelho genital feminino são conceituadas como desvios da anatomia normal resultantes do desenvolvimento embriológico anormal, que surgem da não fusão, da fusão incompleta, ou reabsorção incompleta, dos ductos müllerianos ou paramesonéfricos. Apresentam prevalência entre 1-7% e, dependendo do tipo e grau da malformação, podem estar associados com problemas de saúde e na vida reprodutiva. Pode causar infertilidade, endometriose, abortos recorrentes, e sintomas decorrentes de uma obstrução do trato reprodutivo.¹³

Até recentemente, sistemas de classificação haviam sido propostos para a categorização das malformações do trato genital feminino: a classificação da American Fertility Society (Figura 9), a classificação embriológica das malformações do sistema genito-urinário. No entanto, todas essas classificações estavam associadas com importantes limitações em termos de categorização efetiva das anomalias, utilidade clínica e simplicidade. Assim, ao longo dos anos, diferentes investigadores adotaram seus próprios critérios subjetivos para a categorização de anomalias uterinas que variam amplamente de um estudo para outro.¹³

Figura 9: Classificação das malformações Müllerianas de acordo com o sistema da Sociedade Americana de Fertilidade

Tipo I: Agenesia ou Hipoplasia
A. Vaginal
B. Cervical
C. Fúndica
D. Tubária
E. Combinada
Tipo II: Útero unicorno
A1a. Comunicante (cavidade endometrial presente)
A1b. Não Comunicante (cavidade endometrial presente)
A2. Corno sem cavidade endometrial
B. Corno não rudimentar
Tipo III: Útero Didelfo
Tipo IV: Útero bicornio
A. Completo (divisão para baixo para orifício interno)
B. Parcial
C. Arqueado
Tipo V: Útero Septado
A. Completo (septo até orifício interno)
B. Parcial
Tipo V: Dietil
A. Útero em forma de T
B. Útero em forma de T "chifres" dilatados

Fonte: Revista brasileira de ultrassonografia. / Waldemar Naves do Amaral (org.): Sociedade Brasileira de Ultrassonografia (SBUS). - Goiânia: Versailles Comunicação, 2017

Em 2013, um novo sistema de classificação das malformações do aparelho genital feminino foi concebido e desenvolvido com base em revisão crítica da literatura dos sistemas de classificação utilizados e elaboração de proposta para um novo sistema. O consenso ESHRE/ESGE recomenda a USG 2D, USG 3D, RNM e histeroscopia como os métodos que devem ser utilizados para a investigação das malformações do trato genital feminino. Cada um desses métodos diagnósticos deve, idealmente, fornecer informações objetivas e mensuráveis sobre o estado anatômico: (i) da vagina, (ii) do colo uterino, (iii) da cavidade uterina, (iv) da parede uterina, (v) do contorno externo do útero e (vi) das outras estruturas intraperitoneais (Figura 10).

Figura 10: Esquema para a classificação das malformações do trato genital feminino de acordo com o novo sistema de classificação da ESHRE/ESGE

Malformação Uterina			Malformação cervical / vaginal
Principais Classes		Sub-class	Classes coexistentes
Classe 0 (U0)	Útero normal		C0 Cervice normal C1 Cervice septada
Classe I (U)	Útero dismórfico	a. Forma de T b. Infantil c. Outros	C2 Cervice dupla e normal C3 Cervice
Classe II (U2)	Útero Septado	a. Parcial b. Completo	C4 Cervice
Classe III (U3)	Útero dismórfico	a. Parcial b. Completo c. Bicorporal septado	
Classe IV (U4)	útero unilateralmente formado	a. Com cavidade rudimentar (comunicante ou não com corno) b. Sem cavidade rudimentar (corno sem cavidade/ sem corno)	V0 vagina normal V1 Septo longitudinal não obstrutivo V2 Septo longitudinal com obstrução V3 Septo transversal e/ou hímen imperfurado V4 Aplasia vaginal
Classe V (U5)	Aplasia ou displasia	a. Com cavidade rudimentar (Corno uni ou bilateral) b. Sem cavidade rudimentar(uni ou bilateral renascente uterino/ aplasia)	
Classe VI (U6)	Malformações não classificadas		
Desenho esquemático			

Fonte: Grimbizis et al., 2013

ENDOMETRIOSE

Endometriose representa uma afecção ginecológica comum, atingindo de 5%-15% das mulheres no período reprodutivo e até 3%-5% na fase pós-menopausa. Estima-se que o número de mulheres com endometriose seja de sete milhões nos EUA e de mais de 70 milhões no mundo. Em países industrializados, é uma das principais causas de hospitalização ginecológica.¹⁴

Um estudo feito com 892 pacientes com endometriose mostrou uma média de idade de $33,2 \pm 6,3$ anos, com uma predominância da população branca (78,7%) e de mulheres casadas ou com união estável (69,5%). Importante destacar a maior prevalência de mulheres com alto grau de instrução, sendo que 76,9% possuíam 2º ou 3º graus completos (Tabela 1).¹⁴

Tabela 1: Características demográficas gerais das 892 pacientes com confirmação anatomopatológica de endometriose pélvica

	Nº de pacientes	Porcentagem
Raça		
Branca	702	78,7%
Negra	143	16,0%
Amarela	41	4,6%
Não Consta	6	0,7%
Estado civil		
Casada / Estável	620	69,5%
Separada	40	4,5%
Solteira	224	25,1%
Viúva	5	0,6%
Não Consta	3	0,3%
Escolaridade		
1º Grau	189	21,2%
2º Grau	223	25,0%
3º Grau	463	51,9%
Nenhum	7	0,8%
Não Consta	10	1,1%
Total	892	100,0%

Fonte: BELLELIS, Patrick et al. Aspectos epidemiológicos e clínicos da endometriose pélvica: uma série de casos. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 56, n. 4, p. 467-471, 2010.

Além da anatomia alterada que a condição útero didelfo proporciona, este pode vir acompanhado de outras alterações ginecológicas como a endometriose. Esta é uma doença ginecológica conhecida desde o século XVII e descrita detalhadamente pela primeira vez em 1860 por Von Rokitansky. Pode ser definida pela presença de tecido que se assemelha à glândula e/ou estroma endometrial fora da cavidade uterina, com predomínio, mas não exclusivo, na pelve feminina. Caracterizada por ser uma doença benigna, crônica, estrogênio-dependente e de natureza multifatorial, acomete principalmente mulheres em idade reprodutiva. Existem três tipos de endometriose: peritoneal, ovariana e profunda.¹⁴

A fisiopatologia da endometriose não tem uma explicação clara e na literatura apresenta diversas controvérsias e discussões sobre ser uma origem única ou distinta dependendo do seu tipo. Várias teorias foram propostas baseadas em evidências clínicas e experimentais, sendo a mais aceita atualmente a proposta por Sampson, conhecida como menstruação retrógrada. O fluxo menstrual que deveria sair pela vagina reflui pelas tubas uterinas pervias e assim acumula líquido livre na cavidade pélvica no período menstrual. Assim sendo, células endometriais se implantam no peritônio e demais órgãos pélvicos, iniciando a doença. O que explica o fato de algumas mulheres apresentarem e outras não seria a influência de um ambiente hormonal favorável e de fatores imunológicos que não eliminam essas células desse local impróprio.¹⁴

Outra teoria proposta é a da metaplasia celômica que sugere a transformação do tecido indiferenciado do ovário e peritônio em tecido endometrial a partir de estímulos hormonais. A teoria da menstruação em neonatos tem sido discutida também, a hipótese sugere que o sangramento uterino neonatal, que refluir pelas tubas uterinas, visto a obstrução da cérvix, levaria consigo fragmentos de tecido endometrial composto por células progenitoras do epitélio endometrial. Essas células poderiam aderir ao peritônio e permanecer quiescentes até mudanças estrogênicas associadas à menarca. A teoria das alterações genéticas ou epigenéticas vem ganhando força nos últimos anos, em uma tentativa de explicar as principais alterações da endometriose.¹⁴

A doença pode acometer a mulher durante toda a menarca, mas é mais comum ao redor da terceira década de vida. Entre as queixas principais incluem-se a dismenorreia – com prevalência estimada em 62,2% como principal sintoma relacionado à doença, dor pélvica crônica ou acíclica – pode ocorrer de forma imprevisível ou intermitente ao longo do ciclo

menstrual. Apresenta características diversas, como desconforto, dor pulsante e aguda, a qual frequentemente piora no decorrer do tempo; dispareunia – mais frequente de profundidade e está relacionada principalmente com lesões profundas na vagina e ligamentos uterossacros; alterações urinárias – normalmente há relação positiva entre o tamanho da lesão vesical e a intensidade da queixa clínica, disúria, hematúria, polaciúria e urgência miccional que ocorrem durante o fluxo menstrual são os sintomas observados; alterações intestinais – alterações do hábito intestinal com distensão abdominal, sangramento nas fezes, constipação, disquezia e dor anal, normalmente de forma cíclica em época menstrual. Além disso, as alterações anatômicas causadas pela doença avançada ou pelo processo inflamatório, o qual libera prostaglandinas, gera um ambiente hostil no útero e podem ter como consequência a infertilidade. Na tabela 2 e 3 pode-se observar a distribuição dos sintomas e das principais queixas relatadas pelas pacientes.¹⁴

Tabela 2: Distribuição das principais queixas relatadas pelas pacientes com endometriose

Queixa Principal	n	%
Alteração Urinária Cíclica	1	0,1%
Alteração Intestinal Cíclica	33	3,7%
Assintomática	23	2,6%
Dismenorréia	555	62,2%
Dispareunia de Profundidade	19	2,1%
Dor Pélvica Crônica	119	13,3%
Infertilidade	125	14,0%
Total	892	100,0%

Fonte: BELLELIS, Patrick et al. Aspectos epidemiológicos e clínicos da endometriose pélvica: uma série de casos. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 56, n. 4, p. 467-471, 2010

Figura 3: Distribuição dos sintomas referidos pelas pacientes

Sintomas Referidos	n	%
Dismenorreia Incapacitante	253	28,4%
Dor Pélvica Crônica	507	56,8%
Infertilidade	355	39,8%
Alteração Intestinal Cíclica	431	48,3%
Alteração Urinária Cíclica	104	11,7%
Dispareunia de Profundidade	488	54,7%

Fonte: BELLELIS, Patrick et al. Aspectos epidemiológicos e clínicos da endometriose pélvica: uma série de casos. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 56, n. 4, p. 467-471, 2010

O exame físico pode ser normal, principalmente nos estágios iniciais, ou revelar dor à palpação localizada, sobretudo no fundo de saco posterior ou nos ligamentos uterossacros, fixação dos órgãos pélvicos pelas aderências que acompanham a doença, dor ao toque principalmente de útero /anexos e fundo de saco, dor à mobilização do colo, aumento anexial- quando há acometimento ovariano com formação de endometriomas- e empastamentos nodulares em fundo de saco ou espessamento dos ligamentos útero sacros.¹⁴

Apesar de a suspeita diagnóstica se iniciar com a anamnese e o exame clínico, esses métodos apresentam limitações para estabelecer o diagnóstico e a extensão das lesões de endometriose, tornando necessária a utilização de outros métodos auxiliares para o estadiamento da doença. A videolaparoscopia teve, por muito tempo, papel muito importante como único método diagnóstico, porém, a partir do final da década de 90, exames de imagem conseguem sugerir com alta acurácia a presença de endometriose profunda e endometriomas, trazendo, assim, uma investigação diagnóstica menos invasiva.¹⁴

Os exames de imagem podem ser de grande importância no diagnóstico, entre eles temos a ultrassonografia pélvica e transvaginal, tomografia computadorizada da pelve, ressonância magnética, e colonoscopia ou ultrassonografia transretal e videolaparoscopia. Nenhum deles pode fornecer o diagnóstico final, o qual só pode ser obtido com a realização de videolaparoscopia. Nos últimos anos, houve intenso desenvolvimento e aperfeiçoamento de técnicas de interpretação, além da própria melhora dos equipamentos, o que permite pré

diagnosticá-las, com boa acurácia, as lesões endometriais.¹⁴

A ultrassonografia pélvica ou transvaginal pode-se mostrar normal ou revelar cistos ovarianos de conteúdo espesso homogêneo, com aspecto em “vidro moído”, achado característico do endometrioma. Atualmente, dá-se preferência à ultrassonografia com preparo intestinal, que permite a visualização dos focos ectópicos e determina a extensão intestinal da doença, facilitando a abordagem cirúrgica. A ressonância magnética é considerada técnica de segunda linha, sendo solicitada após a USG transvaginal. É útil antes da cirurgia para estadiamento pré-operatório adequado.¹⁴

A videolaparoscopia é o padrão-ouro para o diagnóstico. É ideal, pois permite o estadiamento e pode ser utilizada como arma terapêutica. A visualização de toda a cavidade pélvica e abdominal, portanto, dos implantes endometrióticos, é possível por intermédio dessa técnica. Os implantes podem ser negros, castanhos ou marrons pelo depósito de hemossiderina (descrição clássica da lesão endometriótica) ou ter formas como lesões brancas, lesões vermelhas “em chama de vela”, aderências e defeitos peritoneais.¹⁴

Em 1979, a American Fertility Society (AFS) propôs uma classificação inovadora. Esta classificação dividiu a endometriose em mínima, moderada, severa e extensa e utilizou pela primeira vez um sistema de pontos que avaliava a extensão da doença de forma bidimensional e a presença de aderências em peritônio, ovários e tubas. Avaliou ainda a bilateralidade da doença, além de pontuar com pesos diferentes o tamanho do endometrioma ovariano e a presença de aderências pélvicas finas ou densas. Este sistema trouxe as vantagens da facilidade de aplicação, clareza de comunicação e a descrição pormenorizada da pelve. No entanto, esta classificação ainda apresentava problemas como a baixa correlação com o prognóstico em relação à fertilidade, além de não determinar com precisão os achados cirúrgicos e a presença de sintomas algícos.¹⁵

Estágios da classificação:

- Estágio 1- doença mínima: implantes isolados e sem aderências significativas.
- Estágio 2- doença leve: Implantes superficiais com menos de 5 cm agregados e espalhados, sem aderências significativas.
- Estágio 3- doença moderada: múltiplos implantes superficiais e profundos, aderências peritubárias e periovarianas evidentes.
- Estágio 4- doença grave: múltiplos implantes superficiais e profundos, incluindo

endometriomas e aderências densas e firmes.¹⁰

O estágio 4 corresponde à doença mais extensa, sem correlação, porém com o prognóstico e o nível da dor. A dor é influenciada pela profundidade de implantação endometriótica e sua localização em áreas de maior inervação. Histologicamente, ainda se divide a endometriose em superficial e profunda. A profunda é definida como uma massa de endometriose sólida situada a mais de 5 mm de profundidade no peritônio. Encontra-se, geralmente, no septoretovaginal (também conhecido como septo retocervical), reto, cólon retosigmoide, bexiga, ureter e outras estruturas fibromusculares pélvicas, como os ligamentos uterinos e a vagina. (Tabela 4).¹⁵

Tabela 4: Classificação Revisada de Endometriose - Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva

PERITÔNIO	ENDOMETRIOSE	< 1 cm	1 - 3 cm	> 3 cm
	Superficial	1	2	4
	Profunda	2	4	6
OVÁRIO	D Superficial	1	2	4
	Profunda	4	16	20
	E Superficial	1	2	4
	Profunda	4	16	20
	OBLITERAÇÃO POSTERIOR	Parcial		Completa
		4		40
OVÁRIO	ADERÊNCIAS	< 1/3 cercado	1/3 - 2/3 cercado	> 2/3 cercado
	D Tênuo/fino	1	2	4
	Denso	4	8	16
	e Tênuo/fino	1	2	4
	Denso	4	8	16
TUBA	D Tênuo/fino	1	2	4
	Denso	4	8	16
	e Tênuo/fino	1	2	4
	Denso	4	8	16

Fonte: PODGAEC, Sergio et al. Manual de endometriose. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria 2014 (Adaptado).

- Nível 1 (Mínimo) 1-5 pontos
- Nível 2 (suave) 6-15 pontos
- Nível 3 (moderado) 16-40 pontos
- Nível IV (grave) > 40 pontos

O tratamento da endometriose tem se apresentado como um desafio para os profissionais da saúde, pois como não se sabe ao certo a sua causa, torna-se mais difícil escolher a melhor intervenção terapêutica. Portanto, o tratamento deve ser individualizado e levar em consideração qual é o objetivo do tratamento: aliviar a dor e outros sintomas relacionados à endometriose; bloquear a progressão da doença; restaurar a fertilidade nas pacientes que desejam gestar ou preservar a função reprodutiva nas que ainda não querem engravidar.¹⁶

Os tratamentos mais difundidos, atualmente, são os medicamentosos, ou cirúrgicos ou a combinação de ambos. O tratamento farmacológico tem como objetivo levar a uma estabilização ou regressão das lesões, incluindo o uso de progestágenos, os anticoncepcionais orais combinados, os análogos do Hormônio Liberador de Gonadotrofina (GnRH) e o danazol. Entretanto, como mostram diversos estudos os dados relacionados à sua eficácia ainda são bastante conflitantes, a taxa de recorrência dos sintomas é alta após a parada do tratamento clínico e o manejo mais definitivo dessa doença normalmente necessita de um tratamento cirúrgico.¹⁶

O tratamento cirúrgico pode ser feito com laparotomia ou laparoscopia. Os implantes de endometriose são destruídos por coagulação à laser, vaporização de alta frequência ou bisturi elétrico. O tratamento cirúrgico pode ser conservador ou radical, sendo que o conservador é que resguarda a fertilidade e o radical é aquele que realiza histerectomia e salpingo ou ooforectomia bilateral. Estudos evidenciam uma redução da sintomatologia da doença após o tratamento conservador em até 80% dos casos.¹⁶

3 – MATERIAL E MÉTODO

3.1 – DESENHO

O desenho deste estudo é observacional e descritivo do tipo relato de caso associado a revisão bibliográfica a partir do acompanhamento de uma paciente feminina de 20 anos com diagnóstico confirmado de Útero Didelfo, internada no Hospital Geral do Município do Rio de Janeiro. Foram coletados dados de anamnese, exame físico e exames complementares no prontuário.

3.2 – METODOLOGIA DE PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

A pesquisa bibliográfica foi realizada nas plataformas Pubmed e Scielo, nos idiomas português e inglês. O intervalo de publicação utilizado para a inclusão dos artigos foi de 2005 a 2022. Utilizamos para critério de exclusão e inclusão de artigos: o ano de publicação, o nível de evidência científica, o intervalo de confiança, o número de pacientes utilizado em cada estudo e a forma como os subtemas destes foram abordados.

4 – RELATO DE CASO

Mulher, 20 anos, casada, foi encaminhada para o serviço de ginecologia do Hospital Geral do Município do Rio de Janeiro em dezembro de 2018 apresentando dor pélvica de forte intensidade sem melhora com uso de analgésicos simples associada a dispareunia de profundidade de longa data e aumento do fluxo menstrual. Trouxe consigo Ultrassonografia de abdome total com resultado discutível de Útero Didelfo com rim único à esquerda. Para investigação da clínica apresentada pela paciente foi solicitado RNM de abdome total e pelve por suspeita de endometriose e avaliação da anatomia pélvica. Em um primeiro momento foi prescrito Gestodeno + Etinilestradiol Cifarma 0,075mg + 0,03mg, para controle dos sintomas.

Retornou ao serviço em janeiro de 2019 trazendo resultado da RNM, cujo laudo revela útero didelfo com hemicolo direito de aspecto atrófico. Ambos hemi úteros apresentavam contornos normais. O endométrio do hemi-útero direito encontrava-se espessado (22mm), heterogêneo, contendo material hemático, provavelmente secundário à estenose do canal endocervical. Já o hemiútero esquerdo encontrava-se de aspecto normal. Cavidade vaginal única, sem septações. Espessamento tecidual com sinal hipointenso em T2, infiltrativo, sugerindo implante de endometriose em região retrocervical de hemiútero direito, infiltrando o miométrio em toda a sua espessura medindo 2,4 x 1,5 cm, determinando efeito retrátil sobre o ovário deste lado sugerindo implante de endometriose. Imagem cística alongada sugerindo conteúdo hemático, em íntimo contato com implante de endometriose tocando a face lateral do ovário direito de aspecto inespecífico, sendo interrogado endometrioma. Ausência de linfonodomegalias. Na ressonância magnética não foi visualizado rim direito e o rim esquerdo estava de aspecto vicariante (suprindo a função do outro rim ausente).

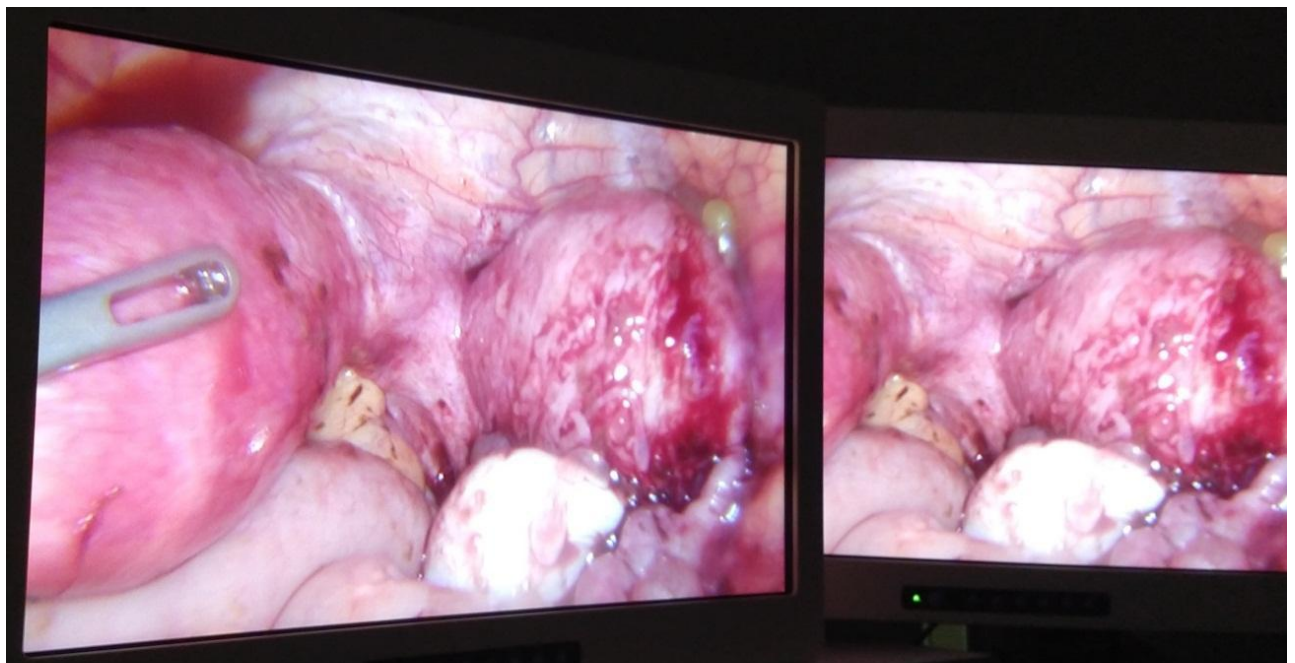
Em fevereiro de 2019, a paciente deu entrada na emergência ginecológica com dor abdominal intensa e encontrava-se no período menstrual. Ao exame especular foi observado secreção hemática achocolatada se exteriorizando por um colo e toque vaginal doloroso. A paciente prontamente foi encaminhada ao centro cirúrgico onde foi realizada uma curetagem uterina fracionada a fim de aliviar o quadro álgico da paciente e retirar o sangue que estava retido na cavidade. Tal procedimento não obteve muito sucesso e a paciente ficou

internada para analgesia, controle menstrual com dienogeste e preparo cirúrgico para realizar um tratamento definitivo. Em março de 2019, foi submetida a videolaparoscopia diagnóstica onde foi visualizado o útero didelfo com hemiútero esquerdo sem alterações e hemiútero direito com aspecto infiltrativo, espessamento e aderência na região retrocervical e anexial ipsilateral, sugestivo de endometriose. Foram observados ainda focos de endometriose em ovário direito e peritônio parietal com presença de sangue achocolatado em pequena quantidade na cavidade.

Devido às aderências e dificuldade de acesso ao hemiútero direito, a cirurgia foi convertida para laparotomia. O procedimento foi realizado com sucesso e o hemiútero direito e o colo atrófico foram retirados, o material foi enviado para análise histopatológica. Além disso, foi evidenciado uma pequena massa discoide, que pode corresponder a um rim ectópico.

Dois meses após a cirurgia, a paciente recuperou a qualidade de vida, retornando às suas atividades normais, sem queixas álgicas. A mesma manterá o anticoncepcional contínuo (dienogeste) e acompanhamento ambulatorial na ginecologia a cada 6 meses.

Figura 11: Útero Didelfo em imagem laparoscópica



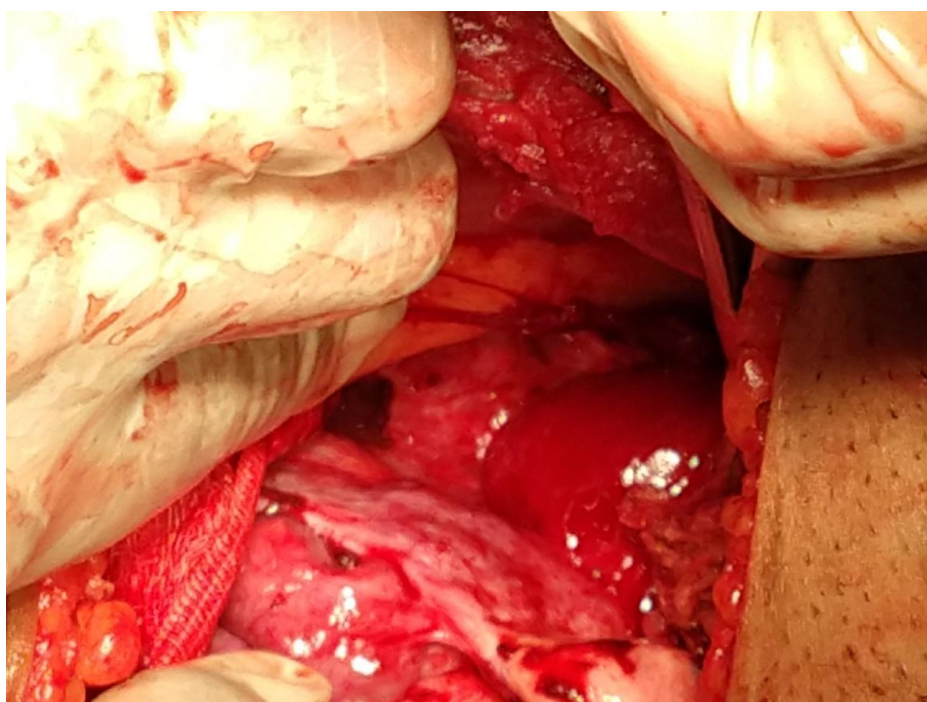
Fonte: Prontuário da paciente

Figura 10: Hemiútero direito



Fonte: Prontuário da paciente

Figura 11: Massa que pode corresponder ao rim ectópico



5 – DISCUSSÃO

Quando nos deparamos com uma paciente feminina em idade fértil com queixa de dor abdominal que a leva à emergência deve-se, primeiramente, descartar as causas de maior morbimortalidade, como abdome agudo inflamatório, perfurativo, isquêmico ou obstrutivo, além de complicações gestacionais como abortamento e gestação ectópica rota. A partir do momento em que estes e outro diagnósticos diferenciais são excluídos, a paciente, por ser jovem e do sexo feminino, a qual apresenta sintomas do trato genital, é encaminhada ao ambulatorio de ginecologia, onde as dores abdominais serão investigadas.¹⁸

No decorrer do enredo clínico ginecológico, será perguntado se a paciente apresenta algum outro sintoma, sendo a dispareunia de profundidade, dificuldade urinária, alterações intestinais, dor pélvica crônica e dismenorreia muitas das vezes mencionados, sugerindo então a hipótese de endometriose. Além disso, deve-se valorizar o histórico obstétrico como abortamento de repetição e partos prematuros. No momento do exame físico especular, é possível visualizar dois colos uterinos, diferentemente do útero bicornu, no qual só se visualiza um único colo. Em seguida, os exames de imagem (USG e RNM) mostram de maneira mais detalhada a anatomia pélvica. No caso da doente em questão foi visualizado a presença de endometrioma, endometriose intestinal, espessamento nodular hipointensos em T2, glândulas endometriais ectasiadas com foco de sangramento de permeio.¹⁷

Já o útero didelfo, na RNM de pelve, pode ser descrito como presença de fenda profunda maior que 10mm de profundidade (achado quase 100% sensível e específico para diferenciá-lo do útero bicornu, septado ou arqueado). Ainda é descrito na literatura a associação de anomalias renais, geralmente no lado ipsilateral ao septo vaginal. Tal manifestação, encontrada no relato de caso descrito, foi nomeada como OH-VIRA (obstructed hemivagina and ipsilateral renal agenesis).⁷

As mulheres que apresentam algum tipo de malformação uterina têm maiores chances de apresentar endometriose do que as mulheres da população geral, porém o motivo pelo qual isso ocorre não é completamente elucidado. Acreditamos que, pelo fato do útero didelfo ser anatomicamente mais propício ao acúmulo de sangue em sua cavidade, é plausível a associação dessa malformação com a formação de focos endometriais, como na teoria de menstruação retrógrada criada por Sampson. Nota-se então que a hipótese de útero didelfo

associada a endometriose é uma das últimas pressuposições indagadas.¹⁴

O útero didelfo tem uma clínica benigna, estando relacionados principalmente a problemas futuros relacionados a gestação como abortos e parto prematuro. Caso essa seja uma causa de impedimento à gestação pode-se tentar o reparo cirúrgico. Já a endometriose é a principal causa de infertilidade no mundo, além de causar dor abdominal pélvica crônica, sendo o seu diagnóstico/ tratamento definitivo feito somente com a laparoscopia. Como a paciente no caso apresentava ambas patologias, optou-se pelo tratamento cirúrgico uma vez que o tratamento sintomático com estrogênio e progesterona; e curetagem uterina não foram eficazes.¹⁵

Em relação a classificação, a paciente encontra-se no tipo III de acordo com a ASF e ESHRE/ESGE. Foi preferível usar a classificação da ASF, uma vez que é mais simples de se entender e de classificar a paciente do caso. Vale ressaltar também que na maioria dos diagnósticos de útero septado, de acordo com o sistema ESHRE/ESGE, correspondeu ao útero arqueado ou normal diagnosticado pela ASF. Assim, percebe-se que a classificação ESHRE/ESGE está associada a um sério risco de superdiagnóstico e iatrogenia sobre tratamento de pacientes. O tratamento cirúrgico, nesses casos, poderia ser desnecessário e não fornecer os benefícios esperados.¹⁵

6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo foi realizado a fim de atentar os médicos generalistas sobre a prevalência das malformações na população, uma vez que cerca de 5% das mulheres apresentam algum tipo de alteração anatômica do sistema reprodutor que acarreta diminuição da qualidade de vida.

A análise da bibliografia se justifica com base no atual cenário em que a medicina busca evidências científicas para tratar o paciente da melhor forma possível. A fim de solucionar o problema do atraso do diagnóstico e das frequentes idas à emergência por essas pacientes, buscamos realizar um estudo que una o uso consciente, explícito e judicioso da melhor evidência clínica disponível ao tomar decisões sobre a terapêutica adequada. Nesse sentido a proposta foi fazer uma união de dados, de forma coerente e coesa, para entendermos a linha de cuidado de uma paciente que entra com dores abdominais na emergência e tem o diagnóstico final de útero didelfo.

Assim sendo, é essencial a compreensão dos processos de doença aqui envolvidos, desde a sua embriologia à sua apresentação fenotípica, com variadas alterações da anatomia. Além disso, é importante analisar como é que estas malformações podem ser referenciadas e organizadas, através de sistemas de classificação, de forma a facilitar a comunicação entre os médicos e investigadores que lidam com este tipo de patologias. A avaliação dos métodos mais eficazes na sua detecção, diagnóstico e classificação é possível, assim como possibilitou a discussão da linha de cuidado e tratamento dos casos semelhantes com o da paciente.

7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Grimbizis, G, Gordes, S. **O consenso ESHRE / ESGE sobre a classificação de anomalias congênitas do trato genital feminino.** Agosto de 2013. Disponível em: <<https://websurg.com/fr/doi/lt03ptgrimbizis003/>>.
- 2- Emidio C, Rafael et al. **Útero didelfo: relato de caso-uma anomalia de fusão dos ductos mullerianos.** Revista de Medicina e Saúde de Brasília, v. 7, n. 3, 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/gabia/Downloads/9686-Texto%20do%20artigo-47033-3-10-20211104.pdf>.
- 3- Aguiar, A . **ÚTERO DIDELO NA GESTAÇÃO: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA.** São Paulo 2012. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/sms-sp/2011/sms-3724/sms-3724-2332.pdf>>
- 4- Bagnoli, V et al. **Conduta frente às malformações genitais uterinas: revisão baseada em evidências.** Femina, 2010. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-546449>>.
- 5- Troiano, R , Shirley M. **Anomalias do ducto mulleriano: imagem e questões clínicas.** Radiologia , v. 233, n. 1, pág. 19-34, 2004. Disponível em: <<https://pubs.rsna.org/doi/abs/10.1148/radiol.2331020777>>.
- 6- Opplet,V, Have, et al. **Female genital malformations and their associated abnormalities.** FertilSteril 2007; 87:335. <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17126338/>>
- 7- Li Y, Phelsa, Zapala et l. **Magnetic resonance imaging of Müllerian duct anomalies in children.** Pediatr Radiol. 2016. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27229498/>>.
- 8- Sadler Tw. **Langman Embriologia Médica .** (14ª edição). Rio de Janeiro. Grupo GEN; 2021. Disponível em: Minha Biblioteca.
- 9- Torgal, Isabel, Carvalho. **Embriologia do aparelho genital feminino. Manual de Ginecologia,** v. 1, p. 109-118, 2009. Disponível em: <http://www.fspog.com/fotos/editor2/cap_02.pdf>.
- 10- Junqueira LCU, Carneiro J. **Histologia Básica - Texto e Atlas. (13ª edição).** Rio de Janeiro. Grupo GEN; 2017. Disponível em: Minha Biblioteca.
- 11- Abrahamsohn P. **Histologia.** Rio de Janeiro. Grupo GEN; 2016. Disponível em: Minha Biblioteca.
- 12- Sobotta, J. e BECHER, H. - **Atlas de anatomia humana.** 21ª ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2000, Vols
- 13- Amaral, Waldermar. **Revista brasileira de ultrassonografia.** Sociedade Brasileira de Ultrassonografia (SBUS). Goiânia: Versailles Comunicação, 2017. Disponível em: <<https://revista.sbus.org.br/wp-content/uploads/rbus-marco-de-2017-v1-22ed.pdf>>.

- 14-Belleis, P et al. **Aspectos epidemiológicos e clínicos da endometriose pélvica: uma série de casos**. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 56, n. 4, p. 467-471, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ramb/a/Mq6n7NhkhNVGmdyNS79WHYv/?format=pdf&lang=pt>>.
- 15- Podcaec, S et al. **Manual de endometriose**. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), v. 1, p. 1-104, 2014. Disponível em: <<http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/13162/material/Manual%20Endometriose%202015.pdf>>.
- 16- Conceição, H et al. **Endometriose: aspectos diagnósticos e terapêuticos**. Revista Eletrônica Acervo Saúde, n. 24, p. e472-e472, 2019. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/472/458>>.
- 17- Oliveira, J et al. **Ultrassonografia transvaginal na endometriose profunda: ensaio iconográfico**. Radiologia Brasileira , v. 52, p. 337-341, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rb/a/QDLJcBvqnssR9mgD6YwCYDM/?lang=pt#>>.
- 18- Queiroz, C. **Como fazer todos os diagnósticos** - 1ª edição. Salvador, BA: Editora Sanar, 2020.

8- APÊNDICE

SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Data: 28/08/2021

Título: Útero Didelfo e Malformação Renal: relato de caso

Pesquisadora responsável: Adriana do Valle Graça

Pesquisadores assistentes: Gabriela Levandeira Ares e Luiza Fonseca Gonzalez Bruno

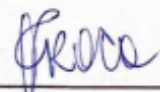
Solicitamos ao Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição, a isenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) deste projeto encaminhado para vossa apreciação.

O projeto intitulado ÚTERO DIDELO E MALFORMAÇÃO RENAL: RELATO DE CASO é apenas um estudo observacional e, portanto, não intervencionista e que dispensa a coleta de informação direta com o participante da pesquisa.

As razões para solicitação da isenção do TCLE são enumeradas abaixo:

1. Levantamento retrospectivo de dados em prontuário, o que não interfere no cuidado recebido pelo paciente;
2. Não há riscos físicos e/ou biológicos para o paciente uma vez que o estudo é meramente observacional;
3. Inviabilidade e impossibilidade de acesso individual/pessoal, ou via telefone ao participante da pesquisa de forma a convidá-lo a participar, sendo que a sua forma de participação seria conceder a autorização para coletar dados do seu prontuário. O motivo que impede o contato é o fato do paciente ser de difícil localização, de não haver seguimento do paciente na unidade onde o mesmo esteve internado e pela falta de recursos humano e financeiro.
4. A confidencialidade da identificação pessoal dos pacientes é garantida pelo pesquisador principal e pelas técnicas de levantamento e guarda dos dados: o paciente será identificado apenas através de iniciais e números de registro que servem apenas para validar a individualidade da informação. Esses dados não serão objetos de análise.

Por esses motivos e como o uso e destinação dos dados coletados durante este projeto de pesquisa estão descritos no mesmo, solicitamos a dispensa do referido documento.



Adriana do Valle Graça
Pesquisadora Principal

