

Anomalia mülleriana rara em paciente múltipara pós-menopausa com útero didelfo: relato de caso

Ana Laura Lourenço Vieira Manzan¹; Igor Machado Gontijo¹; Júlia Ribeiro e Lima¹; Júlia Wenzel Braga¹; Mel Carneiro de Ávila Mendonça¹; Sara Cristina Santos Corrêa¹; Constanza Thaise Xavier Silva²

1. Discente do curso de Medicina da Universidade Evangélica de Goiás - UniEVANGÉLICA.

2. Docente curso de Medicina da Universidade Evangélica de Goiás - UniEVANGÉLICA.

RESUMO: As anomalias müllerianas representam um grupo de malformações congênitas do trato reprodutor feminino, resultantes de alterações no desenvolvimento embrionário dos ductos de Müller. Entre elas, o útero didelfo destaca-se por sua baixa incidência e pela duplicação completa da cavidade uterina e dos colos, podendo ou não estar associada à duplicação vaginal. Este trabalho descreve um caso raro de útero didelfo em paciente múltipara pós-menopausa diagnosticado de forma incidental aos 56 anos durante avaliação ginecológica de rotina. A paciente, atualmente com 81 anos, apresentou histórico obstétrico favorável, com quatro gestações — duas a termo — e ausência de sintomas ginecológicos significativos ao longo da vida. O achado anatômico, identificado por ultrassonografia transvaginal, não esteve associado a infertilidade ou complicações relevantes. O caso reforça que, embora o útero didelfo possa cursar com riscos aumentados de abortamento, parto prematuro e malapresentação fetal, nem todas as portadoras apresentam prejuízo reprodutivo. O manejo é predominantemente conservador, com conduta individualizada conforme os sintomas e o desejo reprodutivo. O diagnóstico por métodos de imagem de alta precisão e o acompanhamento clínico periódico são fundamentais para o manejo adequado e prevenção de complicações. Este relato contribui para ampliar o conhecimento sobre a variabilidade clínica e prognóstica do útero didelfo, evidenciando a possibilidade de evolução benigna e função reprodutiva preservada mesmo em casos de duplicação uterina completa.

Palavras-chave:

Útero didelfo; Anomalias müllerianas; Malformações uterinas; Saúde da mulher

INTRODUÇÃO

O útero é um órgão central do sistema reprodutor feminino, desempenhando papel essencial na reprodução, desde a implantação embrionária até o parto. O desenvolvimento embrionário do útero é um processo delicado e altamente regulado, que se inicia por volta da 6ª semana de gestação, com a formação dos ductos de Müller, também chamados de paramesonéfricos. Essas estruturas embrionárias, inicialmente pares e simétricas, sofrem um processo de

crescimento, aproximação, fusão e reabsorção do septo medial para formar a cavidade uterina única¹.

Qualquer falha em uma dessas etapas pode resultar em anomalias müllerianas, que englobam um amplo espectro de malformações uterinas congênitas com diferentes apresentações anatômicas e implicações clínicas¹. Essas anomalias apresentam prevalência estimada entre 0,1% e 3% na população geral, podendo alcançar até 13% em mulheres com abortamento de repetição ou infertilidade¹. Ainda que muitas vezes sejam assintomáticas e identificadas incidentalmente em exames de imagem, essas alterações estruturais podem estar associadas a repercussões reprodutivas relevantes, como infertilidade, abortamento espontâneo recorrente, parto prematuro, restrição de crescimento fetal e anormalidades na apresentação do feto³.

As principais alterações müllerianas são agenesia cervical, aplasia mülleriana, útero unicorne, útero bicorno, útero septado, septo vaginal (longitudinal e transverso), além do útero didelfo¹.

Nesse sentido, o útero de didelfo é uma das formas mais raras e bem caracterizadas, resultante da falha completa de fusão dos ductos de Müller entre a 10^a e a 13^a semana de desenvolvimento embrionário¹. Nessa condição, cada ducto se desenvolve de forma independente, originando dois úteros completamente formados, com cavidades, miométrios e endométrios próprios, além de colos uterinos distintos⁴. Essa malformação representa cerca de 5% de todas as anomalias müllerianas e pode, em alguns casos, estar associada à duplicação parcial ou completa da vagina^{3,4}.

O diagnóstico do útero didelfo é geralmente realizado por meio de métodos de imagem avançados, como ultrassonografia tridimensional, ressonância magnética ou histerossalpingografia, sendo a ultrassonografia 3D considerada o método de escolha por sua alta acurácia e caráter não invasivos^{1,3}. A maioria das pacientes apresenta função menstrual normal e ausência de sintomas significativos, embora algumas possam manifestar dismenorrea, distúrbios menstruais ou complicações obstétricas^{4,6}.

Apesar de sua natureza congênita, as manifestações clínicas do útero didelfo variam amplamente, e muitas mulheres portadoras conseguem manter vida reprodutiva normal, inclusive com gestações a termo⁵. Estudos recentes destacam que o prognóstico obstétrico depende da

extensão da anomalia e da integridade funcional do endométrio, sendo fundamental a avaliação individualizada e o acompanhamento ginecológico contínuo⁶.

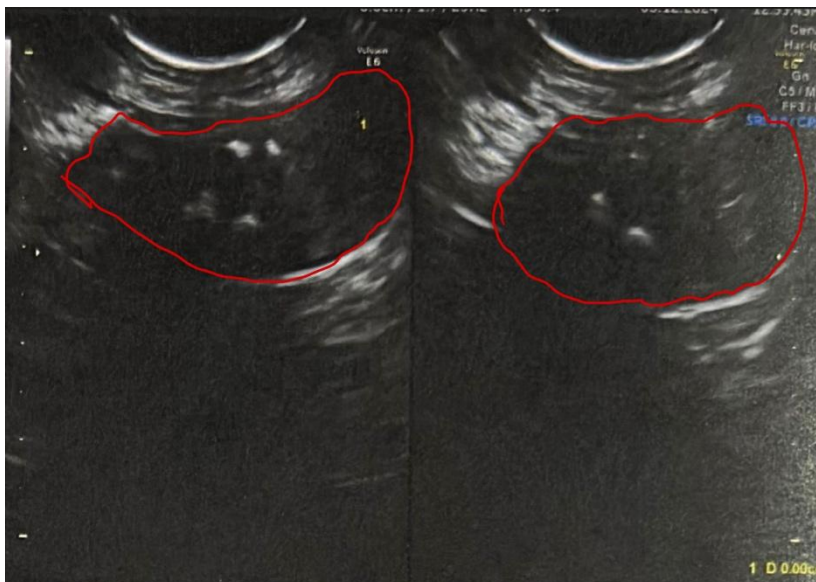
Diante desse contexto, compreender as bases embriológicas, anatômicas e clínicas do útero didelfo é essencial não apenas para o diagnóstico preciso, mas também para o manejo adequado e para a prevenção de complicações reprodutivas, contribuindo para o aprimoramento da prática ginecológica e obstétrica contemporânea¹.

Assim, o objetivo do presente estudo é relatar um caso raro de útero didelfo em paciente idosa.

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente do sexo feminino, atualmente aos 81 anos, viúva e aposentada. Aos 56 anos de idade, a partir de exame de ultrassonografia transvaginal realizado durante uma avaliação ginecológica de rotina foi diagnosticada com útero didelfo (Figura 1)

Figura 1. Ultrassonografia/ressonância via transvaginal evidenciando o útero didelfo (corte transversal). **Fonte:** arquivo pessoal.



Apresentou menarca aos 14 anos, sexarca aos 17 anos e menopausa aos 48 anos. A paciente relatou não apresentar sintomas ginecológicos significativos ao longo da vida, negando dor pélvica crônica, dismenorreia, irregularidades menstruais, dispareunia ou corrimentos anor-

mais. O achado anatômico foi, portanto, incidental, não havendo suspeita prévia de malformação uterina antes do exame. Apresenta histórico obstétrico de quatro gestações, sendo dois abortos espontâneos. A primeira gestação ocorreu aos 26 anos, evoluindo com aborto no oitavo mês de gravidez, seguido de parto normal. Na segunda gestação, aos 28 anos, teve um filho nascido vivo por parto cesáreo. A terceira gestação, aos 30 anos, resultou em novo aborto espontâneo no sétimo mês, com retirada fetal por meio de fórceps. Por fim, a quarta gestação, aos 31 anos, evoluiu com parto normal, culminando no nascimento de uma filha viva. Relata não ter realizado acompanhamento ginecológico regular antes do diagnóstico da malformação, visto que não apresentava queixas clínicas. Desde o diagnóstico, permanece assintomática e sem complicações ginecológicas ou urológicas associadas.

Aspectos Éticos: O presente estudo será submetido ao comitê de ética em pesquisa (CEP/uniEVANGÉLICA) seguindo a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e Carta Circular 166/2018 que dispõe sobre Relato de Caso. A partir do caso supracitado, os riscos do presente relato são a exposição do caso e possível constrangimento, e para minimizá-los não foi exposto nenhum dado que possa identificar o paciente e todos os dados do prontuário foram coletados em sala reservada, sem a presença de outros indivíduos que não os pesquisadores. Como benefício do estudo, para a comunidade científica, é importante para ampliar o conhecimento sobre a variabilidade clínica e reprodutiva das malformações müllerianas, em especial o útero didelfo. Este caso ilustra uma evolução atípica e favorável, com diagnóstico tardio e ausência de sintomas, além da ocorrência de duas gestações a termo, evidenciando que nem todas as portadoras apresentam disfunção reprodutiva significativa.

DISCUSSÃO

O útero didelfo representa uma das anomalias müllerianas mais incomuns e pode estar relacionado a complicações ginecológicas e obstétricas, como infertilidade, dismenorreia, dispareunia e restrição do crescimento fetal. Por ser uma condição rara, as informações disponíveis na literatura sobre seus desfechos clínicos e reprodutivos são escassas².

A frequência estimada dessa anomalia varia entre 0,3% e 5% na população geral, porém sua verdadeira incidência permanece incerta, uma vez que os estudos existentes apresentam grande diversidade metodológica, utilizam critérios diagnósticos distintos e não há um consenso internacional sobre a classificação dessas malformações.¹

As malformações uterinas congênicas decorrem de alterações no processo embrionário de diferenciação, união ou reabsorção dos ductos müllerianos, estruturas responsáveis pela formação do trato genital feminino. Quando ocorre ausência completa da fusão entre os ductos müllerianos bilaterais (paramesonéfricos), desenvolve-se o útero didelfo, caracterizado pela duplicação total da cavidade uterina e dos colos, podendo haver uma ou duas vaginas.¹

O diagnóstico costuma ser realizado por métodos de imagem, sendo a ultrassonografia bidimensional o exame inicial de escolha para a avaliação morfológica uterina e anexial. Em casos de gestação, recomenda-se que mulheres com anomalias de desenvolvimento mülleriano (ADM) recebam acompanhamento obstétrico rigoroso, dada a maior probabilidade de intercorrências durante o ciclo gestacional².

A maioria dos diagnósticos de útero didelfo ocorre durante a idade reprodutiva, quando a paciente é avaliada por queixas como infertilidade, abortamento recorrente ou complicações obstétricas, como parto prematuro e malapresentação fetal^{4,5}. Portanto, a identificação dessa anomalia em mulheres fora do período fértil, como no presente caso, torna-se menos comum e adiciona relevância clínica ao relato, uma vez que evidencia que tais malformações podem permanecer assintomáticas ou subdiagnosticadas por muitos anos^{2,5}.

Embora o útero didelfo não determine infertilidade absoluta, estudos recentes demonstram que mulheres com anomalias müllerianas apresentam, em média, menor chance de nascido vivo e maior probabilidade de perda gestacional precoce quando comparadas a pacientes com útero anatômico normal⁴. Essa diferença pode ser atribuída a alterações na morfologia da cavidade uterina e no padrão de vascularização, fatores que interferem na implantação embrionária e na manutenção gestacional^{4,5}, resultando em maior incidência de abortamento no primeiro trimestre⁴.

Quando a gestação evolui, observa-se aumento significativo do risco de parto prematuro e de mal apresentação fetal, o que eleva a necessidade de resolução gestacional por cesariana^{3,5}. Um estudo populacional recente demonstrou que o útero didelfo está entre as anomalias uterinas com maior taxa de prematuridade, ultrapassando 30% dos casos³. Além disso, há maior probabilidade de restrição de crescimento intrauterino e de insuficiência cervical, reforçando a importância de acompanhamento pré-natal especializado^{1,5}. Ainda assim, muitas pacientes com útero didelfo conseguem alcançar desfechos gestacionais favoráveis, sobretudo quando acompanhadas de modo adequado e contínuo².

Dessa forma, apesar de rara, a condição permanece clinicamente relevante por seu potencial impacto sobre a fertilidade e os desfechos obstétricos. A identificação tardia, como no caso descrito, reforça a importância de manter o diagnóstico diferencial de malformações uterinas mesmo em mulheres que não se encontram mais em idade fértil ou não apresentam queixas ginecológicas evidentes^{2,5}.

Embora o útero didelfo continue sendo uma condição rara e pouco documentada, o caso apresentado contribui de forma relevante para a ampliação do conhecimento sobre suas manifestações clínicas e reprodutivas. O diagnóstico incidental em uma paciente pós-menopáusia, multípara e assintomática mostra que a presença dessa anomalia nem sempre está associada a infertilidade ou desfechos adversos, contrapondo-se à visão tradicional de que o útero didelfo implica necessariamente em limitação funcional. Esse tipo de relato amplia o espectro de apresentações conhecidas e ajuda a refinar a compreensão médica sobre a diversidade fenotípica e prognóstica das anomalias müllerianas¹⁵.

Do ponto de vista da medicina reprodutiva, o caso reforça a importância de considerar o potencial compensatório uterino e endometrial em pacientes com estruturas anatômicas duplicadas. O histórico obstétrico da paciente, com duas gestações a termo, sugere que fatores como vascularização preservada, integridade endometrial e resposta hormonal adequada podem mitigar os efeitos morfológicos da duplicação uterina. Essa observação contribui para a discussão sobre fatores protetores que favorecem a manutenção da gestação em anomalias estruturais e estimula novas investigações sobre os mecanismos adaptativos do útero didelfo¹³.

Além disso, a ausência de sintomas ginecológicos significativos e de intercorrências urológicas demonstra que nem todos os casos requerem intervenção cirúrgica ou reprodutiva imediata. Isso reforça a necessidade de individualização da conduta clínica, valorizando uma abordagem expectante e segura em pacientes sem disfunções associadas. O caso em questão ilustra a importância do acompanhamento periódico e da avaliação de risco personalizada, destacando como relatos clínicos bem documentados podem orientar decisões terapêuticas mais prudentes e baseadas em evidência¹⁴.

Por outro lado, a literatura ainda carece de protocolos clínicos padronizados para o manejo reprodutivo de pacientes com útero didelfo. A escassez de dados populacionais e a ausência de critérios diagnósticos uniformes limitam a elaboração de diretrizes sólidas sobre seguimento e prognóstico. O relato aqui apresentado colabora para preencher parte dessa lacuna, oferecendo um exemplo de evolução clínica estável e funcionalmente satisfatória, o que reforça a

necessidade de estudos multicêntricos e colaborativos que abordem a heterogeneidade da condição e aprofundem o entendimento de seus determinantes prognóstico¹⁶.

O manejo do útero didelfo deve ser individualizado, levando em consideração a sintomatologia, o desejo reprodutivo e a presença de complicações associadas. Em grande parte dos casos, o tratamento é conservador, uma vez que essa anomalia geralmente não compromete de forma significativa a fertilidade ou o prognóstico gestacional^{1,2}.

Pacientes assintomáticas e sem interesse reprodutivo podem ser conduzidas de forma expectante. Já aquelas com sintomas ginecológicos, como dismenorreia ou sangramento uterino anormal, podem se beneficiar do uso de anticoncepcionais hormonais combinados, que auxiliam na regulação do ciclo e na redução do volume menstrual¹. Nos casos de sangramento agudo, podem ser utilizados esquemas hormonais de altas doses ou antifibrinolíticos, como o ácido tranexâmico, para controle hemostático¹.

A intervenção cirúrgica é reservada a situações específicas, como presença de septo vaginal sintomático, hematocolpo ou obstrução do fluxo menstrual, sendo a ressecção do septo vaginal o tratamento de escolha². Já os procedimentos reconstrutivos, como a metroplastia de Strassmann, têm uso limitado devido aos riscos de hemorragia intraoperatória e histerectomia, além da falta de evidências consistentes sobre benefícios reprodutivos^{1,2}.

Durante a gestação, o manejo é predominantemente expectante, mas requer acompanhamento obstétrico rigoroso, com vigilância ultrassonográfica seriada para avaliação do crescimento fetal e da integridade cervical. Pacientes com útero didelfo apresentam maior risco de parto prematuro, má apresentação fetal e necessidade de cesariana, sendo esta frequentemente a via de parto mais indicada².

Dessa forma, o sucesso terapêutico depende do diagnóstico precoce, do acompanhamento clínico e obstétrico contínuo e da adequação das condutas às necessidades individuais da paciente, visando minimizar complicações e promover desfechos maternos e neonatais favoráveis^{1,2}.

CONCLUSÃO

O útero didelfo é uma anomalia mülleriana rara, resultante de falha na fusão dos ductos paramesonéfricos, e geralmente cursa de forma assintomática. Apesar de, na maioria dos casos, não comprometer de maneira significativa a fertilidade, está associado a maior risco de complicações obstétricas, como parto prematuro e malformações fetais. O diagnóstico precoce, por

meio de métodos de imagem adequados, é essencial tanto para o manejo clínico quanto para a identificação de possíveis anomalias associadas. O tratamento deve ser individualizado conforme os sintomas e o desejo reprodutivo da paciente, sendo o manejo conservador a conduta mais frequente. O acompanhamento multidisciplinar e o seguimento obstétrico rigoroso durante a gestação são fundamentais para otimizar os desfechos maternos e neonatais.

REFERÊNCIAS

1. DIXIT, R.; DUGGIREDDY, C. S.; PRADHAN, G. S. Mullerian anomalies: revisiting imaging and classification. **Insights into Imaging**, v. 16, art. 40, 2025.
2. GRIMBIZIS, G. F. et al. The ESHRE/ESGE consensus on the classification of female genital tract congenital anomalies. **Human Reproduction**, v. 28, n. 8, p. 2032–2044, 2013.
3. LUDWIN, A. et al. Congenital uterine malformation by experts (CUME): diagnostic criteria for T-shaped uterus. **Ultrasound in Obstetrics & Gynecology**, v. 55, n. 6, p. 815–829, 2020.
4. YAYNA, A. A. et al. A rare case report of uterine didelphys, in which one uterus carried a pregnancy while the other prolapsed, with a successful pregnancy outcome resulting in an alive-term delivery. **SAGE Open Medical Case Reports**, 2023.
5. HUANG, W.; FANG, X.; DU, X. Uterus didelphys and pregnancy: a case study of successful outcomes amidst obstetric complexity. **Asian Journal of Surgery**, v. 46, n. 12, p. 5464–5465, 2023.
6. KHAN, D. A. et al. Uterine didelphys with transverse vaginal septum – a complex rare müllerian anomaly. **Acta Medica Lituanica**, v. 28, n. 2, p. 367–373, 2021.
7. WANG, Q. et al. A rare case report of uterine didelphys, in which one uterus carried a pregnancy while the other carried twice, with a successful pregnancy outcome resulting in an alive-term delivery. **Open Access Library Journal**, v. 10, e10930, 2023.
8. CROWLEY, C. M. et al. Uterine didelphys: diagnosis, management and pregnancy outcome. **BMJ Case Reports**, 2021.
9. GAILY, A. S. et al. A term pregnancy in a patient with uterus didelphys. **Cureus**, v. 16, n. 8, e66937, 2024.
10. MANDELBAUM, R. S. et al. Obstetric outcomes of women with congenital uterine anomalies in the United States. **American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM**, 2024.
11. KIM, M.-A. et al. Reproductive and obstetric outcomes in women with congenital uterine anomalies: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Clinical Medicine**, 2021.

12. ĆWIERTNIA, A. et al. The impact of uterus didelphys on fertility and pregnancy. **Journal of Clinical Medicine**, 2022.
13. BUICU, C. F. et al. Birth outcomes in pregnancies with uterine malformations. **Journal of Clinical Medicine**, v. 14, n. 7, p. 2379, 2025.
14. CAI, P. et al. Pregnancy outcome after IVF/ICSI in women with uterine didelphys. **Ultrasound in Obstetrics & Gynecology**, v. 60, n. 4, p. 482–488, 2022.
15. KANG, J. et al. Impact of congenital uterine anomalies on reproductive outcomes. **European Journal of Medical Research**, v. 29, n. 8, p. 105–115, 2024.
16. SOLA-LEYVA, A. et al. Uterus didelphys: molecular and clinical insights. **Reproductive Biology and Endocrinology**, v. 23, n. 4, p. 117–125, 2025.
17. DA COSTA, R. E. et al. Útero didelfo: relato de caso – uma anomalia de fusão dos ductos müllerianos. **Revista de Medicina e Saúde de Brasília**, v. 7, n. 3, p. 318–328, 2018.
18. MWAGOBELE, L. et al. Três gestações bem-sucedidas em paciente com didelfo uterino: relato de caso. **International Journal of Surgery Case Reports**, v. 131, p. 111396, 2025.