

UNIVERSIDADE FRANCISCANA – UFN

CURSO DE MEDICINA

LUANA GISLON CECHELLA

**RELATO DE CASO: ABORTO DE REPETIÇÃO EM UMA MULHER
COM ÚTERO UNICORNO**

**CASE REPORT: RECURRENT MISCARRIAGE IN A WOMAN WITH
UNICORN UTERUS**

Santa Maria, dezembro de 2020

LUANA GISLON CECHELLA

**RELATO DE CASO: ABORTO DE REPETIÇÃO EM UMA MULHER
COM ÚTERO UNICORNO**

**CASE REPORT: RECURRENT MISCARRIAGE IN A WOMAN WITH
UNICORN UTERUS**

Trabalho Final de Graduação,
apresentado para obtenção do grau de
médica no Curso de Medicina da
Universidade Franciscana, UFN.

Orientador: Prof. Dr. Felipe Costa

Santa Maria, dezembro de 2020

LUANA GISLON CECHELLA

**RELATO DE CASO: ABORTO DE REPETIÇÃO EM UMA MULHER
COM ÚTERO UNICORNO**

Trabalho Final de Graduação,
apresentado para obtenção do grau de
médica no Curso de Medicina da
Universidade Franciscana, UFN.

Orientador: Prof. Dr. Felipe Costa

Santa Maria, novembro de 2020

BANCA EXAMINADORA

Prof. Felipe Costa

Prof. Marcio Saciloto

Profa. Cassia dos Santos Wippel

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. DESCRIÇÃO DO CASO	7
3. DISCUSSÃO	8
3.1 ABORTO DE REPETIÇÃO	8
3.2 MALFORMAÇÕES MULLERIANAS.....	9
3.2.1 Prevalência.....	9
3.2.2 Embriologia.....	10
3.2.3 Etiologia.....	10
3.2.4 Classificação.....	11
3.3 ÚTERO UNICORNO	12
3.4 DIAGNÓSTICO	13
3.5 TRATAMENTO	15
4. CONCLUSÃO	16
5. REFERÊNCIAS	18

RESUMO

As anomalias Mullerianas representam cerca de 0,001 a 10% na população geral e 8-10% em mulheres com história reprodutiva adversa. Ademais, cerca de 10-15% das mulheres com história de aborto de repetição apresentam diagnóstico de malformações Mullerianas. O aborto de repetição afeta 1% dos casais que tentam a concepção e é definido como três ou mais perdas gestacionais consecutivas. Dessa forma, as anormalidades uterinas representam um dos grupos de etiologia desses eventos, sendo o útero unicorno uma das classificações que apresentam complicações obstétricas como o aborto de repetição.

Este trabalho consiste em um relato de caso e revisão de literatura. A análise foi realizada através de um estudo retrospectivo de prontuário. A revisão de literatura foi feita através de referências atuais sobre o tema abordado, por meio da análise sistemática das referências bibliográficas das principais bases de dados da literatura médica.

Palavras-chave: Anomalias Mullerianas, aborto de repetição, útero unicorno.

ABSTRACT

Mullerian anomalies represent about 0.001 to 10% in the general population and 8-10% in women with an adverse reproductive history. In addition, about 10-15% of women with a history of recurrent abortion are diagnosed with Mullerian malformations. Repetitive abortion affects 1% of couples who attempt conception and is defined as three or more consecutive pregnancy losses. Thus, uterine abnormalities represent one of the etiology groups of these events, with the unicorn uterus being one of the classifications that present obstetric complications such as repeated abortion.

This work consists of a case report and literature review. The analysis was carried out through a retrospective medical record study. The literature review was carried out using current references on the topic addressed, through the systematic analysis of the bibliographic references of the main databases of the medical literature.

Keywords: Mullerian anomalies, recurrent miscarriage, unicorn uterus.

LISTA DE ABREVIATURAS

DES – Dietilestradiol

HOX – Homeobox

HSG – Histerossalpingografia

RNM – Ressonância nuclear magnética

SAAF – Síndrome do anticorpo antifosfolípide

USG – Ultrassonografia

VV – Via vaginal

1. INTRODUÇÃO

O útero unicorno é resultado de anomalias Mullerianas sendo um conjunto de malformações estruturais que decorrem de um desenvolvimento embriológico anormal dos ductos de Muller ou paramesonéfricos. Esse desenvolvimento anormal pode decorrer de anomalias genéticas, por vezes ligadas aos genes HOXA 13 e HOXA 10, que são expressados nos ductos paramesonéfricos. Também, pode ser oriundo de eventos na gestação como o uso de alguns medicamentos, incluindo metotrexato e o dietilestradiol (DES).

As anomalias Mullerianas representam cerca de 0,001 a 10% na população geral e 8-10% em mulheres com história reprodutiva adversa. (RIBEIRO *et al*; 2009). Ademais, cerca de 10-15% das mulheres com história de aborto de repetição apresentam diagnóstico de malformações Mullerianas. (GIMENEZ *et al*; 2015). O aborto de repetição afeta 1% dos casais que tentam a concepção e é definido como três ou mais perdas gestacionais consecutivas. As anormalidades uterinas representam um dos grupos de etiologia desses eventos.

Dentre as malformações, destaca-se neste relato de caso o útero unicorno, que representa 0,3-4% das anomalias Mullerianas. Essa malformação origina-se de um desenvolvimento anormal de um dos ductos paramesonéfricos e ocorre uma falha unilateral que irá preceder o crescimento de apenas um corno uterino e uma tuba uterina. Em detrimento disso, a gestação em uma mulher com essa anomalia dificilmente chegará a termo, podendo apresentar partos prematuros, insuficiência istmo-cervical, restrição do crescimento fetal, aborto de repetição.

Este relato de caso tem por objetivo conhecer as malformações Mullerianas e identificá-las como causas de desfechos obstétricos desfavoráveis. Sendo assim, relatamos o caso de uma paciente com histórico de aborto de repetição e diagnóstico de útero unicorno.

2. DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente de 31 anos, primigesta, proveniente de Júlio de Castilhos, recebeu o diagnóstico de óbito embrionário em 31/10/2014, sendo necessária a realização de curetagem uterina, cujo anatomopatológico evidenciou restos placentários de 1º trimestre, não molares. Em novembro de 2015 engravidou novamente e a gestação evoluiu para novo quadro de óbito embrionário. O diagnóstico revelou embrião compatível com 8 semanas e 3 dias de gestação, em ultrassonografia de rotina em 20/01/2016, sendo realizada curetagem uterina posteriormente, por aborto retido. O anatomopatológico não evidenciou anormalidades.

Seguiu-se, então, uma investigação para abortamento habitual, com cariótipo do casal, pesquisas de trombofilias, endocrinopatias e doenças infecciosas, as quais não evidenciou anormalidades. Causas anatômicas foram investigadas somente por ultrassonografia transvaginal, que se apresentou normal.

Em 31/10/2016, a paciente realizou um teste de gravidez que foi positivo, iniciou então o pré-natal. Em 23/02/2017, fez ultrassonografia obstétrica morfológica de 2º trimestre, com 22 semanas de gestação, que evidenciou colo uterino medindo 3mm, ficou então internada em repouso absoluto e com uso de progesterona natural micronizada 200mg via vaginal e corticoterapia para maturação pulmonar fetal.

A paciente entrou em trabalho de parto com 26 semanas de gestação, sendo realizada cesariana pela prematuridade extrema. Durante a cesariana, identificou-se que ela possuía útero unicorno. O recém-nascido evoluiu para óbito.

Em 10/08/2018, teve teste de gravidez positivo novamente. Realizou a primeira ultrassonografia em 17/08/2018 que evidenciava gestação gemelar dicoriônica e diamniótica de 6 semanas e 5 dias. A paciente foi orientada a ficar em repouso absoluto e fazer uso de progesterona natural micronizada via vaginal. Durante a ultrassonografia obstétrica morfológica de 1º trimestre, em 04/10/2018, evidenciou-se morte fetal do 2º gemelar. Foi realizada cerclagem do colo uterino com 14 semanas de gestação, seguindo-se com o repouso absoluto e uso da progesterona natural micronizada. O pré-natal transcorreu bem, com a paciente em repouso, sendo

realizado corticoterapia para maturação pulmonar fetal com 28 semanas de gestação, período em que foi internada para melhor observação e pelo fato da paciente morar em outra cidade.

Com 34 semanas de gestação, começou com contrações e pequeno sangramento vaginal, sendo realizada cesariana, com o nascimento de uma menina saudável, pesando 2.170g. A recém-nascida não precisou de cuidados intensivos, ganhando alta 4 dias após o nascimento.

3. DISCUSSÃO

3.1 ABORTO DE REPETIÇÃO

O aborto de repetição afeta 1% dos casais que tentam a concepção e é definido como três ou mais perdas gestacionais consecutivas. No entanto, alguns especialistas consideram duas perdas consecutivas o suficiente para investigação diagnóstica. Ele pode ser classificado em primário ou secundário. O primário se refere a múltiplas perdas gestacionais em que o paciente nunca teve um nascido vivo, e secundário são múltiplas perdas gestacionais em pacientes que já tiveram nascidos vivos anteriormente. (SHAHINE & LATHI, 2015)

Muitos são os fatores de risco para o desenvolvimento de abortos, entre eles estão incluídas as anormalidades genéticas, causas anatômicas como as malformações Mullerianas, disfunções imunológicas como SAAF e trombofilias congênitas, infecções, anormalidades metabólicas e endocrinológicas. No caso relatado, após dois abortos consecutivos iniciou-se uma investigação mais detalhada para avaliar a possível causa dessa ocorrência. Foi realizado o cariótipo do casal para pesquisa de anormalidades genéticas, pesquisa para trombofilias, endocrinopatias e doenças infecciosas.

Paralelo a isso, as malformações uterinas congênitas são detectadas em aproximadamente 10-15% das mulheres com histórico de aborto de repetição.

(GARRIDO-GIMENEZ *et al*; 2015). Esses fatores uterinos estão consistentemente associados com perdas gestacionais de primeiro e segundo trimestre, além de outras complicações que incluem parto prematuro, má apresentação fetal e aumento das taxas de parto cesariana. Em mulheres com útero unicorno, as taxas de aborto espontâneo no primeiro trimestre são de 24,3% e as taxas de nascimento pré-termo de 20%. (TUROCY & RACKOW; 2019).

3.2 MALFORMAÇÕES MULLERIANAS

3.2.1 Prevalência

As malformações Mullerianas são um conjunto de malformações estruturais que decorrem de um desenvolvimento embriológico anormal dos ductos de Muller ou paramesonéfricos. Essas anormalidades podem ser assintomáticas ou causar consequências na saúde reprodutiva da mulher como infertilidade, abortamentos tardios e de repetição ou partos prematuros.

A prevalência dessas anomalias varia de 0,001 a 10% na população geral e de 8-10% em mulheres com história reprodutiva adversa. (RIBEIRO *et al*; 2009). Um outro estudo para apresentar a prevalência e diagnóstico de anomalias uterinas congênitas em mulheres com problemas reprodutivos, feita por Saravelos *et al*; 2008, apresentou as seguintes porcentagens: 6,7% na população geral, 7,3% nas mulheres com infertilidade e 16,7% em pacientes com aborto espontâneo recorrente. Além disso, também foi observado que o útero septado é a anomalia mais comum entre as mulheres inférteis, enquanto que o útero arqueado é o mais comum entre aquelas que tem aborto de repetição. (PASSOS *et al*; 2020)

3.2.2 Embriologia

O aparelho urogenital do embrião apresenta-se indiferenciado entre a 3ª e 8ª semana da embriogênese, mas é a partir da 6ª semana que surgem os canais de Muller (paramesonéfricos), por meio da invaginação longitudinal do epitélio celômico na face ântero-externa dos mesonefros, em posição paralela e externa aos canais de Wolff (mesonéfricos). Paralelo a isso, ocorre o desenvolvimento do sistema urinário, onde na 4ª semana os ductos mesonéfricos desenvolvem o botão ureteral que se diferenciará em ureter, e na 5ª semana ocorrerá a embriogênese do rim a partir do sistema tubular metanefro – entre os mesonefros e o seio urogenital. Visto que o desenvolvimento dos aparelhos genital e urinário se encontram associados, por vezes, interferências no desenvolvimento de um dos aparelhos pode afetar o outro. Em detrimento disso, é comum encontrar agenesias e/ou malformações renais junto a malformações mullerianas. (ANTUNES; 2016)

No desenvolvimento dos ductos de Muller a ausência de testosterona leva a uma involução dos ductos de Wolff, enquanto que a ausência do hormônio anti-mulleriano permite a diferenciação dos ductos de Muller. A porção caudal desses ductos se fundem para formar o canal urovaginal, que mais tarde dará origem à cérvix e ao útero, bem como o terço superior da vagina. A porção cranial do ducto, a parte que não se funde, abre para a cavidade peritoneal dando origem as tubas uterinas. (RIBEIRO *et al*; 2009)

As porções caudais mantêm-se divididas pelo septo inter-mulleriano e na 11ª semana, esse septo, será reabsorvido bidirecionalmente (a partir da região onde vai ser o futuro istmo). Na 12ª semana, em condições normais de desenvolvimento, o septo já estará desaparecido por completo. (ANTUNES; 2016)

3.2.3 Etiologia

As malformações congênitas do trato genital feminino ocorrem quando há falha em algum estágio da embriogênese e a maioria delas ainda têm origem desconhecida. Acredita-se, que a etiologia da maior parte das malformações uterinas seja

multifatorial. Alguns estudos apontam para casos esporádicos, enquanto outros, relatam casos familiares.

De acordo com Hammoud *et al* 2008, 10% da causalidade pode ser atribuída à afiliação familiar, um termo usado para englobar fatores genéticos e ambientais compartilhados nas famílias. Eles relatam um risco 12 vezes maior para parentes de primeiro grau em relação a incidência de segundo e terceiro graus. Levando isso em consideração, foi observado que os familiares poderiam ter o mesmo ou diferentes tipos de malformações. Isso aponta para uma malformação uterina com penetração e expressividade variáveis dos genes. (JACQUINET, *et al*; 2016)

Dessa forma, os fatores de transcrição codificados pelos genes da homeobox (HOX) atuam para determinar o padrão anteroposterior de vários órgãos. Nesse sentido, o HOXA 10 é mais expressado no útero enquanto que o HOXA 13 é na vagina superior. Ainda tem o HOXA 9, expressados nas tubas uterinas e o HOXA 11 que se apresenta no útero e colo uterino. (JACQUINET, *et al*; 2016). A maioria dos estudos mostram uma associação das malformações mullerianas com a mutação desses genes, e os mais citados são o HOXA 13 (Síndrome Mão-pé-genitália) e HOXA 10, expressado nos ductos paramesonéfricos embrionários. (PASSOS *et al*; 2020)

Ademais, fala-se no gene Wnt4. A invaginação de células epiteliais celômicas, durante a primeira etapa do desenvolvimento do ducto mulleriano, requer a sinalização Wnt4, e a ausência leva à agenesia do ducto de Muller em embriões masculinos e femininos. (JACQUINET, *et al*; 2016)

Além disso, fatores epigenéticos também estariam envolvidos no desenvolvimento de malformações dos ductos de Muller. Nesse sentido, eventos como hipóxia durante a gestação, uso de medicamentos como metotrexato e dietilestradiol (DES), radiação ionizante e infecções virais podem contribuir para a ocorrência de malformações mullerianas. (HOMER; 2000)

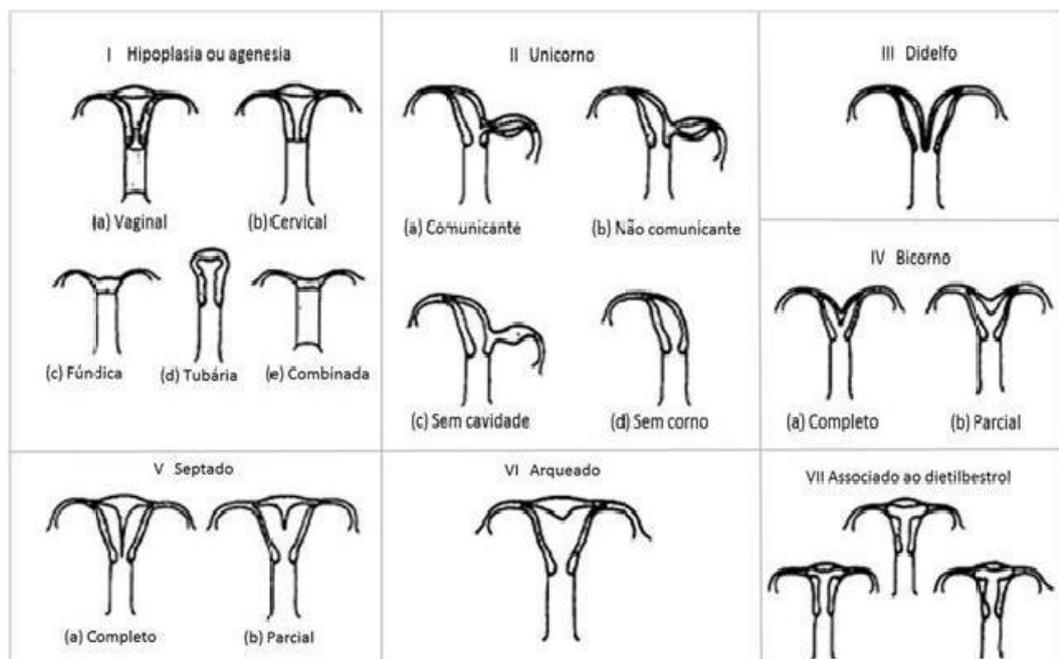
3.2.4 Classificação

O desenvolvimento normal dos ductos de Muller depende da ocorrência de três fases: organogênese, fusão e reabsorção septal. A organogênese é caracterizada pela

formação dos dois ductos de Muller, ou seja, uma falha nesse processo resulta em uma agenesia/hipoplasia uterina ou em útero unicorno. A fusão é caracterizada pela união dos ductos para formar o útero. Uma falha nesse seguimento resulta em um útero bicorno ou útero didelfo. Por fim tem-se a reabsorção septal, que envolve uma reabsorção do septo central após a fusão dos ductos e um defeito nesse estágio resulta em útero septado ou útero arqueado. (CHANDLER *et al*; 2009)

Sendo assim, as anomalias podem ser classificadas de acordo com a American Society for Reproductive Medicine, 1988, em sete categorias (Figura 1): I- hipoplasia e agenesia uterina, II- útero unicorno, III- útero didelfo, IV- útero bicorno, V- útero septado, VI- útero arqueado e VII- sequelas do uso de DES.

Figura 1: Classificação das anomalias mullerianas pela American Society for Reproductive Medicine (Buttram et al., 1988).



3.3 ÚTERO UNICORNO

O útero unicorno ocorre quando um dos ductos de Muller não migra para o lugar correto, ocorrendo uma falha do desenvolvimento unilateral. Como já foi visto na classificação, pode-se ter agenesia completa unilateral ou ainda um corno rudimentar

que pode ter cavidade endometrial e ser comunicante ou não. Sendo assim, quando a mulher apresenta sintomas ginecológicos como dor abdominal, dismenorrea, menstruação retrógrada e infertilidade existe uma suspeita de corno rudimentar não comunicante. Isso, porque a cavidade endometrial sofre a ação hormonal e o fluxo menstrual fica retido na cavidade gerando esses sintomas.

Pacientes que possuem útero unicorno têm um mau prognóstico reprodutivo e podem ter complicações obstétricas como aborto de repetição, restrição do crescimento fetal, trabalho de parto prematuro. (PASSOS *et al*, 2020)

Aproximadamente 1 em cada 76mil gestações desenvolvem-se em útero unicorno que tenha um corno rudimentar, com gravidez ectópica associada em 83% dos casos. Quando a gravidez ocorre em corno rudimentar, ela raramente chega a um parto a termo. Outras complicações obstétricas são a ruptura uterina em 50-80% dos casos, assim como incompetência istmo-cervical, hipertensão gestacional e sangramento pós-parto. (SOUZA *et al*, 2017)

Além disso, a presença de uma única artéria uterina e a pequena contribuição das arteríolas contralaterais compromete a irrigação sanguínea, reduzindo a massa muscular do órgão, isso pode ser a causa das complicações obstétricas como o aborto, restrição do crescimento fetal, partos prematuros. O útero unicorno representa 0,3-4% das anomalias uterinas, ocorrendo em 1/5400 mulheres e 74-90% tem um corno rudimentar associado. (PASSOS *et al*, 2020)

Mulheres com esse tipo de malformação uterina precisam de um monitoramento com ultrassonografia mais cuidadosa durante a gravidez para avaliar a restrição do crescimento intrauterino. (LOVELACE, 2016)

3.4 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico das malformações mullerianas, muitas vezes, é feito em exames ginecológicos de rotina porque na maioria dos casos são assintomáticas, podendo ser diagnosticado na gestação em consequência das complicações obstétricas.

Devido à complexidade das apresentações, o diagnóstico de malformações mullerianas requer o uso de mais de um método de imagem em 62% dos casos. A histerossalpingografia (HSG) é um método tradicionalmente usado para avaliar a cérvix, cavidade uterina e tubas uterinas. A especificidade varia de 6 a 60% dependendo da malformação investigada e da habilidade técnica. (RIBEIRO, *et al*, 2009). Quando se trata de útero unicorno, a HSG irá demonstrar colo uterino e útero pequenos, sendo o útero frequentemente desviado “em forma de banana”, conectado a apenas uma tuba uterina. A desvantagem desse procedimento consiste na falha em demonstrar quando há a presença de um corno rudimentar não comunicante, pois este não se opacifica com o contraste. (BHAGAVATH, *et al*, 2017)

A ultrassonografia (USG) tem uma especificidade de 44% variando de acordo com o tipo de malformação, a composição corporal da paciente, a experiência do radiologista e o tipo de transdutor utilizado. A USG transvaginal mostra uma análise mais detalhada do endométrio, cavidade uterina e colo uterino. Recentemente, o ultrassom tridimensional mostrou uma alta especificidade e sensibilidade na avaliação de anomalias uterinas, incluindo malformações mullerianas. (RIBEIRO *et al*, 2009). Isso porque ele reconstrói imagens no plano coronal, permitindo a representação do útero desviado para um lado, que é típico do endométrio de um útero unicorno. (BHAGAVATH, *et al*, 2017). Normalmente, o primeiro exame de escolha é a ultrassonografia transvaginal, visto que as malformações Mullerianas mais comuns são útero bicorno, útero septado ou útero didelfo, e essas malformações podem ser sugeridas neste exame. Porém, uma USG transvaginal sem anormalidades não exclui a possibilidade de malformações uterinas.

Ademais, a ressonância nuclear magnética (RNM) tornou-se padrão ouro para a avaliação de anomalias uterinas congênitas, com precisão diagnóstica de 100%. Além de ser um exame não invasivo ele também avalia as estruturas do trato urinário. (LOVELACE, 2016). Em caso de útero unicorno, uma pequena cavidade endometrial com apenas uma tuba uterina é visualizada. Um corno uterino rudimentar pode estar presente e, se não houver comunicação com o canal cervical, a acumulação de menstruação retrógrada pode ser facilmente visualizada. (RIBEIRO *et al*, 2009). Uma desvantagem da RNM é que tem um elevado custo e por isso não é um exame de primeira escolha na prática clínica.

Nesse sentido, mostra ser fundamental que os exames de imagem sejam feitos na fase secretora do ciclo menstrual que é quando o endométrio está mais desenvolvido e possibilita uma melhor visualização da cavidade uterina. Outros métodos de avaliação incluem histeroscopia e laparoscopia que podem ser diagnósticas e terapêuticas, sendo a laparoscopia um método com alta especificidade e sensibilidade.

3.5 TRATAMENTO

O útero unicorno só precisa de correção cirúrgica se o corno rudimentar for não comunicante, no qual precisa da ressecção devido a dor causada pelo impedimento do fluxo menstrual. Em muitos casos, a massa muscular é reduzida, causando incompetência istmo-cervical e pode haver a necessidade de uma cerclagem em uma gestação futura. (PASSOS, 2020). A abordagem cirúrgica diminui o risco de aborto e parto prematuro nas próximas gestações. Em casos de útero unicorno que se apresente por infertilidade não explicada pode ser utilizado tratamentos de reprodução assistida. (ANTUNES, 2016)

Concomitante a isso, quando se tem útero unicorno com um corno rudimentar funcional presente, a histeroscopia devidamente guiada/auxiliada pela ecografia transabdominal ou pela laparoscopia, pode ser utilizada na abordagem terapêutica destas anomalias, na tentativa de fazer uma comunicação entre as cavidades. (ROCHA, 2019). Essa abordagem permite que a cavidade uterina aumente de tamanho e também que diminua a sintomatologia da paciente, como a dismenorreia.

Ademais, as complicações obstétricas do útero unicorno, que inclui parto pré-termo por incompetência istmo-cervical, pode ser retardada por meio de terapêutica medicamentosa. Como no caso relatado, pode-se utilizar progesterona natural micronizada via vaginal (VV), ela é indicada em pacientes com colo curto (<25mm), com uso diário de 200mg VV iniciado com 24 semanas até 34 semanas de idade gestacional. (YOSHIZAKI, 2012)

Além disso, pode-se fazer uma cerclagem que tem por objetivo reforço do colo uterino ao nível do orifício interno por meio de procedimentos cirúrgicos com fio ou fitas sintéticas. Esse procedimento aumenta mecanicamente a resistência à tração do colo uterino e a ocorrência de eventos perinatais associados à insuficiência cervical podem ser reduzidos. A cerclagem é indicada para mulheres com incompetência istmo-cervical com perdas gestacionais anteriores e que apresentam colo curto. Em mulheres que já iniciaram o uso de progesterona por insuficiência cervical, a suplementação pode continuar após a colocação da cerclagem, porém, os dados são limitados e os estudos realizados não demonstraram que iniciar o uso da progesterona no perioperatório tem relevância clínica. (NORWITZ, 2020)

Paralelo a isso, para as outras anomalias mullerianas, a terapêutica depende do tipo de malformação e das características individuais de cada paciente. Pode ser realizada uma septoplastia ou metroplastia por histeroscopia em que o objetivo é a ressecção do septo para casos de útero septado, útero arqueado (quando este apresenta septos proeminentes ou largos) e metroplastia de Strassman para casos de útero bicorno. (ANTUNES, 2016)

Ademais, em agenesia ou hipoplasia uterina o tratamento pode ser difícil e algumas alternativas podem surgir como o útero de substituição, com transferência de embrião para outra mulher. Existe a possibilidade de um transplante uterino e, embora ainda seja uma prática pouco utilizada, os casos relatados foram bem-sucedidos. Em 2014 houve o primeiro nascimento de um nascido vivo após o transplante. Ainda, literaturas falam a respeito da construção de uma neovagina para alguns casos de hipoplasia ou agenesia uterina. (ANTUNES, 2016)

4. CONCLUSÃO

As anomalias Mullerianas representam um grupo pequeno entre as causas de aborto de repetição, e por isso, a investigação diagnóstica pode ser um desafio. Dessa forma, em algumas situações, o diagnóstico passa despercebido e somente chega-se

a uma conclusão quando a paciente com alguma malformação apresenta um desfecho obstétrico não favorável.

Para melhor diagnosticar pacientes com malformações Mullerianas, torna-se necessário fazer a investigação com mais de um exame de imagem, visto que em alguns exames, especialmente a ultrassonografia transvaginal, não têm boa especificidade e nem são conclusivos.

Portanto, uma investigação completa mostra ser imprescindível em mulheres com aborto de repetição e outras complicações obstétricas para que diminuam as chances de novos desfechos desfavoráveis em futuras gestações.

5. REFERÊNCIAS

ANTUNES, Helena Rita Prior. **Malformações uterinas - do diagnóstico ao tratamento**. 2016. 73 p. Artigo de revisão (Mestrado integrado em Medicina) - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, [S. l.], 2016.

BHAGAVATH, Bala *et al.* Uterine malformations: An a update of diagnosis, management, and outcomes. **Obstetrical and Gynecological Survey**, Dayton, v. 72, n. 6, p. 377-392, 2017.

BUTTRAM, Veasy C *et al.* The American Fertility Society classifications of adnexal adhesions, distal tubal occlusion, tubal occlusion secondary to tubal ligation, tubal pregnancies, Mullerian anomalies and intrauterine adhesions (The. **Fertility and Sterility**, Birmingham, Alabama, ano 1988, v. 49, n. 6, p. 944-955, 6 jun. 1988.

CHANDLER, T M *et al.* Mullerian duct anomalies: from diagnosis to intervention T. **British Journal of Radiology**, Vancouver, ano 2009, v. 82, p. 1034-1042, 27 dez. 2009.

CONTI RIBEIRO, Sérgio *et al.* Müllerian duct anomalies: review of current management Malformações Müllerianas: revisão da abordagem atual. **São Paulo Med J**, São Paulo, ano 2009, v. 127, n. 2, p. 92-98, 2009.

DE SOUZA, Camila Silveira *et al.* Pregnancy in Non-Communicating Unicornuate Uterus: Diagnosis Difficulty and Outcomes – aCaseReport. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, ano 2017, v. 39, n. 11, p. 640-644, 3 out. 2017.

GARRIDO-GIMENEZ, Carmen; ALIJOTAS-REIG, Jaume. Recurrent miscarriage: causes, evaluation and management. **Postgraduate Medical Journal**, Barcelona, ano 2015, v. 91, n. 1073, p. 151-162, 13 fev. 2015.

HAMMOUD, AO *et al.* Quantification of the familial contribution to müllerian anomalies. **Obstetrics and Gynecology**, [S. l.], p. 378-384, 31 jan. 2008.

HOMER, Hayden Anthony *et al.* The septate uterus: a review of management and reproductive outcome. **Fertil Steril**, 2000.

JACQUINET, Adeline *et al.* Etiologies of Uterine Malformations. **American Journal of Medical Genetics, Part A**, Vancouver, ano 2016, v. 170, n. 8, p. 2141-2172, 10 mar. 2016.

LOVELACE, Dawn. Congenital Uterine Anomalies and Uterine Rupture. **Journal of Midwifery and Women's Health**, Grand Coulee, ano 2016, v. 61, n. 4, p. 501-506, 1 jul. 2016.

NORWITZ, Errol R. **Transvaginal cervical cerclage**. [S. l.], set. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/transvaginal-cervical-cerclage?search=cerclagem&source=search_result&selectedTitle=1~45&usage_type=default&display_rank=1>. Acesso em: 16 out. 2020.

PASSOS, Itana de Matos Pinto e; BRITTO, Renata Lopes. Diagnosis and treatment of müllerian malformations Itana. **Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology**, [S. l.], ano 2020, v. 59, n. 2, p. 183-188, 1 mar. 2020.

Saravelos SH, Cocksedge KA, Li T-C. Prevalence and diagnosis of congenital uterine anomalies in women with reproductive failure: a critical appraisal. **Hum Reprod Update** 2008.

SHAHINE, Lora; RUTH, Lathi. Recurrent pregnancy loss: Evaluation and treatment. **Obstetrics and Gynecology Clinics of North America**, [S. l.], ano 2015, v. 42, n. 1, p. 117-134.

TUROCY, Jenna M; RACKNOW, Beth W. Uterine factor in recurrent pregnancy loss. **Seminars in Perinatology**, [S. l.], ano 2019, v. 43, n. 2, p. 74-79, 28 set. 2019.

YOSHIZAKI, Carlos Tadashi *et al.* Progesterona para prevenção do parto prematuro. **Hospital Femina**, São Paulo, v. 40, n. 2012, ed. 2, p. 80-86.