

11217

NOV 19 2021

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

132
2ej

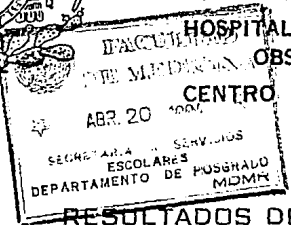


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA NO. 3

CENTRO MEDICO "LA RAZA"



RESULTADOS DEL TRATAMIENTO CON
METROPLASTIA TIPO JONES PARA LA
CORRECCION DEL UTERO SEPTADO

T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO DE
**ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA
Y OBSTETRICIA**

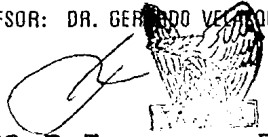
P R E S E N T A

DRA. MARTHA GABRIELA PAZOS ZAMUDIO

ASESOR: DR. GERARDO VELAZQUEZ CORNEJO



IMSS



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MEXICO, D. F. FEBRERO 1994

CENTRO MEDICO LA RAZA
Pres. de Ciencias Obstetricias
Instituto de Enseñanza e Investigaciones



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**RESULTADOS DEL TRATAMIENTO CON
METROPLASTIA TIPO JONES PARA
LA CORRECCION DEL UTERO SEPTADO**

AGRADECIMIENTO

A Jehova, mi Dios,
a Cristo ;

Por su gran amor para mí,
por iluminar mi camino siempre,
por dirigir mi labor día a día ,
por dejarme llegar hasta aquí....

Gracias...por cada paciente que
pude ayudar, y por lo que aprendí.

Al Dr. Gerardo Velazque Cornejo,
mi asesor,

Muchas gracias por ser, además,
mi amigo...

Y por hacer de mi tesis...su tesis.

Al Dr. Elias Canales,
al cuerpo de especialistas del
Servicio de Biología de la
Reproducción,
por su colaboración.

A mis padres, Clara Luz y Enrique,

por todo su apoyo.

Gracias mamá, por todos tus desvelos y preocupaciones,
pero sobre todo por ser como eres.

A mis hermanos, Enrique, Victor, Laura y Mayra,

por su paciencia... todos los días.

A Jireh, mi sobrinita,

porque ayudar a que llegaras al mundo, ha sido una
de las experiencias más maravillosas de mi vida.

A mi segunda familia,

Don Guillermo y doña Nieves, gracias.

A mis compañeros residentes,

por toda su colaboración. Por su granito de arena,
por ayudarme a crecer como médico y como persona.

A todos mis médicos de base,
por compartir sus conocimientos
y toda su experiencia.

Gracias por enseñarme...casi siempre
"por las buenas"...también por los
regaños...generalmente sirvieron.

Gracias a nuestro bendito Hospital de
Ginecología y Obstetricia No 3.

A mi querido esposo,Alberto:

Por ser desde el primer momento,mi mejor amigo,
el mejor RIII,un excelente GinecoObstetra,y
sobre todo,mi más grande amor...

y también a mí,

por lograr cruzar la meta...una
meta más.

CONTENIDO

| | |
|----------------------------|----|
| ANTECEDENTES | 1 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 7 |
| MATERIAL Y METODO | 8 |
| RESULTADOS | 10 |
| COMENTARIOS | 13 |
| CONCLUSIONES | 15 |
| BIBLIOGRAFIA | 16 |

ANTECEDENTES

Las anomalías mullerianas, son un grupo de alteraciones anatómicas del aparato genital en las cuales los procesos - embriológicos que permiten su desarrollo y que incluyen la - formación de los conductos mesonéfricos (de Wolff) y paramesonéfricos (de Muller), así como los procesos de fusión y reabsorción, no ocurren adecuadamente (1,10).

El sistema reproductos femenino, se desarrolla a partir de los conductos de Muller, los cuales subsecuentemente se fusionan para formar salpinges, útero y los dos tercios superiores de la vagina. Estos conductos se hacen evidentes entre - la sexta y séptima semana de vida intrauterina, como invaginación del mesotelio celómico de la cresta urogenital dirigiéndose en sentido cefálico para comunicarse con el celoma y -- desde este sitio, pasa por fuera del conducto de Wolff, para - posteriormente cruzarlo en forma ventral, crecer en dirección caudal y unirse con el del lado opuesto. En esta etapa los - conductos de Muller, están separados por un tabique, fusionándose después para formar el conducto uterovaginal. El extremo caudal de este conducto continúa creciendo en dirección - caudal, hasta llegar a la pared del seno urogenital entre los orificios de Wolff; en el interior de este, los conductos for-

man un pequeño abultamiento conocido como tubérculo de Muller (1,3,11).

Los conductos de Muller, en su desarrollo embriológico, se dividen en tres porciones :

1. Una porción vertical, cefálica, que desemboca en el celoma,
2. Una porción horizontal que cruza el conducto de Wolff,
3. Una porción vertical, caudal, que se fusiona con el del lado opuesto.

Las dos primeras porciones formarán las salpinges; el orificio celómico forma el ostium abdominal; el sitio en el -- que se unen los conductos derecho e izquierdo estará destinado para el fondo úterino y desde aquí hasta la desembocadura en el seno urogenital, los conductos se fusionan para formar el conducto uterovaginal. El tabique, que en la etapa inicial los separa, desaparece al final del tercer mes, mediante un -- proceso de reabsorción, el cuál se efectúa en sentido cefálico (1,11).

Durante este proceso se pueden presentar diversas alteraciones, siendo las más frecuentes las anomalías uterinas -- (6), y entre ellas podemos encontrar :

- a) Falla de una completa fusión externa de los conductos, -- acompañada de una inadecuada reabsorción de la porción -- medial de cada conducto, dando como resultado un útero didelfo o un útero bicorne.

b) Fusión externa completa, con falla en la reabsorción de la porción medial del conducto, resultando un útero septado (Fig 2).

A lo largo de los años, se han propuesto diversas clasificaciones de las malformaciones de los conductos de Muller (9,16). Actualmente, se acepta la clasificación de La Sociedad Americana de Fertilidad, que incluye siete clases : Hipoplasia o agenésia, Clase I; útero unicorne, Clase II; útero didélfico, Clase III; útero bicorne, Clase IV; útero septado, Clase V; útero arcuato, Clase VI; y alteraciones -- producidas por el uso de Dietilestilbestrol in útero, Clase VII. (17) (Fig 3).

La incidencia se reporta en una proporción de 1:200 a 600 casos (3,5,15), encontrando como las malformaciones uterinas más frecuentes al útero bicorne y útero septado, en un 59% y 35%, respectivamente (22,24). Nosotros observamos al útero septado, como la anomalía mulleriana más frecuente en un 53,1% de los casos (19).

En general, las mujeres portadoras de este tipo de anomalías no tiene problemas para concebir, pero sí para llevar a término un embarazo y obtener un producto viable, -- presentando una elevada frecuencia de aborto (19%), parto pretérmino y prematuridad (10-15%), pérdida repetida de la

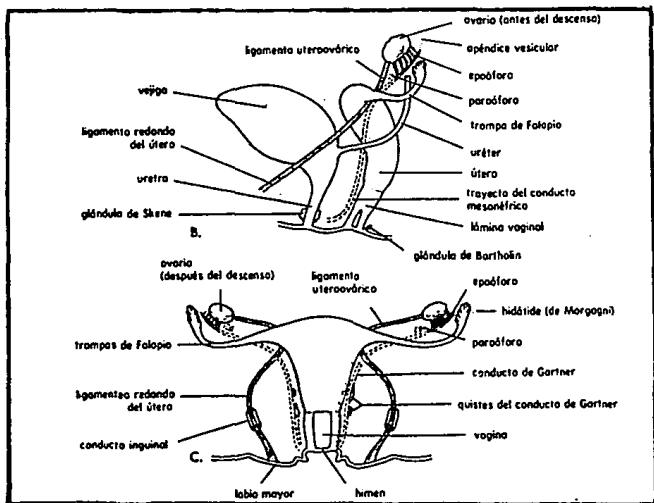
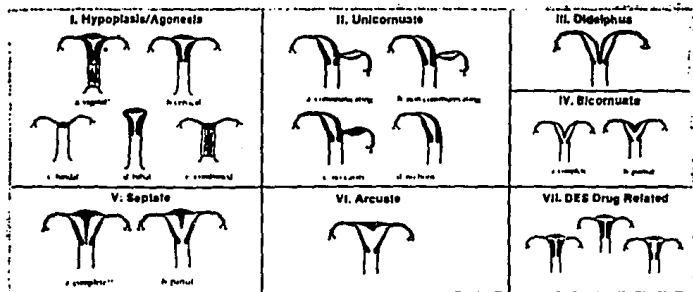


FIGURA 3

CLASIFICACION DE ANOMALIAS MULLERIANAS SOCIEDAD AMERICANA DE FERTILIDAD



gestación, con un rango de 15-70% (1,7,14,23); así como anomalías de la presentación, actividad uterina anómala y distócias (3,8,22,23), que constituyen un factor de fracaso reproductivo (7,16).

Históricamente, se pensaba que las malformaciones de los conductos de Muller contribuían al aborto, principalmente del segundo trimestre; cada embarazo sucesivo alcanzaba una edad gestacional mayor, hasta que finalmente, tras varias pérdidas, se lograba un embarazo viable (20,22); esto es particularmente aceptado para los casos de útero didelfo, unicorno y bicorne. Sin embargo, en los casos de útero septado, se observa un alto índice de pérdida gestacional de hasta un 70% (5,7,8,10,14,15,18,24), la mayoría de las cuales ocurren en el primer trimestre de la gestación.

En general, el tabique uterino está formado por tejido fibroblástico recubierto de mucosa endometrial, con vascularización anormal, en relación con el resto de la cavidad uterina (3,24). El mecanismo por el cual ocurre la pérdida del producto no está del todo aclarado, pero se acepta que los posibles mecanismos incluyen :

1. dinámica deficiente de la implantación, por disminución del aporte sanguíneo en el tabique,
2. contractilidad anormal,
3. deficiencia de receptores para estrógenos y progesterona.

4. deformidad de la cavidad uterina (3,22,24).

Aunado a lo anterior, se observa que a mayor tamaño de el tabique uterino, la posibilidad de aborto se incrementa y sobre todo, de que este sea del primer trimestre (22). Al respecto, Velazquez y Alonso, reportan que de sus casos de útero septado, las pacientes que habían tenido pérdidas de embarazo las presentaron en el primer trimestre en todos los casos (19).

Por otra parte, se sabe que hasta un 30% de las mujeres con algún tipo de malformación uterina, son portadoras de incompetencia ístmico-cervical, de ellas un 15% tenían útero -- septado, lo que incrementa el porcentaje de aborto del segundo trimestre (24).

El diagnóstico de estas malformaciones, suele hacerse durante la Histerosalpingografía (HSG), no obstante esta técnica no puede diferenciar entre útero tabicado y bicorne. El ultrasonido (USG), solo nos ayuda en forma parcial, aunque si se realiza por vía vaginal, puede hacer diagnóstico diferencial entre dichos tipos de útero (3). El método usual para diagnóstico de certeza es la Laparoscopia con histeroscopia complementaria, en la cual se observa un solo fondo uterino, -- mediante laparoscopia, lo que se confirma con la visualización de un tabique uterino en la histeroscopia.

En el tratamiento de estas alteraciones, la resección de

el tabique está indicada en los casos de pérdida repetida - de la gestación, en la que la causa más probable sea la presencia del tabique uterino y en aquellos casos de esterilidad en los que los otros factores han sido previamente descartados (19,23).

Se describen varios tipos de Metroplastías para la -- corrección del útero septado, la técnica en cuña de Jones y - Jones (15,21) y la técnica bivalva de Tomkins (14), con similares resultados de supervivencia fetal que varían de 66 a 80%, posterior a la corrección del defecto. En el Hospital - John Hopkins, se reporta un 95% de embarazos en pacientes - sometidas a Metroplastía de Jones, con 70% de productos que llegaron a término (21). De la misma forma, Helm describe - 76.2% de embarazos posteriores a la resección del tabique - por vía abdominal y una supervivencia fetal de un 75% (23).

Es importante mencionar que actualmente la resección - histeroscópica del tabique uterino, está siendo el tratamiento de elección, dado que implica menor costo y pocas molestias para la paciente, además de evitar la cesárea, indicada en el embarazo logrado posterior a la metroplastía.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El útero septado, es la malformación uterina más frecuente, reportado en un 53.1% de acuerdo con nuestros resultados (19), porcentaje acorde con lo encontrado en la literatura. - Esta malformación se asocia con pérdida gestacional hasta en 60-70% (1,7,14,23) y, se sabe, que la corrección quirúrgica, - mediante Metroplastia de Jones, favorece un resultado obstétrico satisfactorio y la posibilidad de obtener un producto viable. Este estudio pretende mostrar los resultados de las Metroplastias realizadas en nuestro servicio y determinar si los resultados son tan alentadores como los reportados en la literatura.

MATERIAL Y METODO

Se revisaron los expedientes de las pacientes con diagnóstico de malformación uterina tipo V, estudiadas en el servicio de Biología de la Reproducción, del Hospital de Ginecología y Obstetricia No 3 del Centro Médico "La Raza" y -- que se les hubiese efectuado Metroplastia de Jones en el -- periodo comprendido entre 1988 y Diciembre 1992.

Se encontraron 17 pacientes, 6 de las cuales se descartaron por no reunir los siguientes criterios de inclusión :

1. Diagnóstico de malformación mulleriana tipo V efectuado mediante ultrasonido, histerosalpingografía, Laparoscopia con histeroscopia complementaria.
2. Antecedente de pérdida repetida de la gestación o esterilidad.
3. Antecedente de Metroplastia tipo Jones, realizada en el servicio.
4. Histerosalpingografía de control.

De los expedientes se analizaron específicamente los siguientes datos :

1. Edad de la paciente.
2. Motivo de consulta
 - a) Por pérdida repetida de la gestación.
 - b) Por esterilidad, primaria o secundaria.

3. Antecedentes obstétricos.
4. Otros factores asociados a la pérdida gestacional o esterilidad.
5. Estudio histerosalpingográfico de control.
6. Tratamiento de los factores asociados.
7. Evolución del embarazo.
 - a) Aborto,
 - b) Parto prétermino,
 - c) Ruptura prematura de membranas.
8. Recién nacidos vivos..

Los porcentajes se analizaron y se presentan en tablas y gráficas.

Tabla 1

RESULTADOS

| No. | Edad | G P A C | Dx preop. | Dx postop. | Embarazo |
|----------|------|---------|-----------|------------|----------|
| 1. S.C. | 27a | 0 | E.P. | Ut. Vb | Término |
| 2. E.S. | 35a | 9 2 7 0 | P.R. G. | Ut. Vb | Término |
| 3. M.R. | 32a | 2 1 1 0 | P.R. E.s. | Ut. Va CA | No |
| 4. I.M. | 34a | 2 0 2 0 | P.R.G. | Ut. Vb | Emb |
| 5. L.A. | 34a | 2 0 2 0 | P.R.G. | Ut. Vb DL | Término |
| 6. P.R. | 26a | 0 | E.P. | Ut Vb No | Término |
| 7. Y.G. | 24a | 2 0 2 0 | P.R.G. | Ut Vb | No |
| 8. M.G. | 29a. | 3 0 3 0 | P.R.G. | Ut Va E. | Aborto |
| 9. G.S. | 23a | 2 0 2 0 | P.R.G. | Ut. Vb | Preterm |
| 10. M.M. | 22a | 2 0 2 0 | P.R.G.s | Ut Vb | Preterm |
| 11. R.R. | 28a | 4 0 4 0 | P.R.G. | Ut Vb DL | Preterm |

E.P. Esterilidad primaria.

P.R.G. Pérdida repetida de la gestación.

E.s. Esterilidad secundaria

P.R.G.s. Pérdida repetida de la gestación, 2do trimestre.

Ut. útero. Vb Tabique parcial. Va Tabique completo,

CA útero arcuato

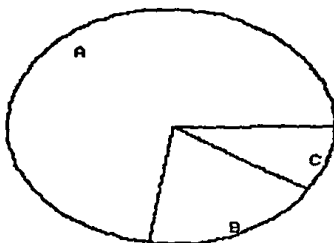
DL Defectos de llenado.

E. Endometrioma.

TABLA 2

Motivo de consulta

| | |
|--|----------------|
| Pérdida repetida de la gestación. | 8 casos |
| Esterilidad primaria. | 2 casos |
| Esterilidad secundaria. | 1 caso |

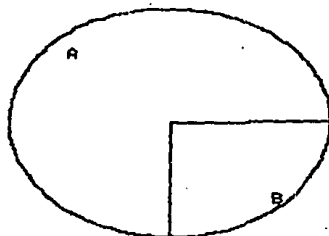


| | |
|---|------------|
| A : Pérdida repetida de la gestación | 73% |
| B : Esterilidad primaria | 18% |
| C : Esterilidad secundaria | 9% |

TABLA 3

MOTIVO DE CONSULTA : PERDIDA REPETIDA DE LA GESTACION

| | |
|----------------------------------|----------|
| Pérdida repetida de la gestación | 8 casos. |
| Aborto del 1er trimestre | 6 casos. |
| Aborto del 2do trimestre | 2 casos. |

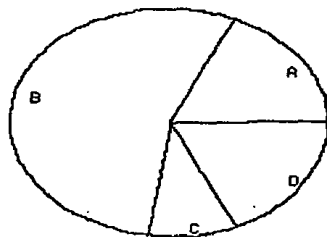


| | |
|----------------------------------|-----|
| A : Aborto del primer trimestre | 75% |
| B : Aborto del segundo trimestre | 25% |

TABLA 4

**DIAGNOSTICO DE UTERO SEPTADO
ESTUDIO ULTRASONOGRAFICO PREVIO**

| | |
|---------------|---|
| Utero septado | 2 |
| Utero bicorne | 6 |
| Utero doble | 1 |
| Utero normal | 2 |



| | |
|-------------------|-----|
| A: Utero septado | 18% |
| B : Utero bicorne | 55% |
| C : Utero doble | 9% |
| D : Utero normal | 18% |

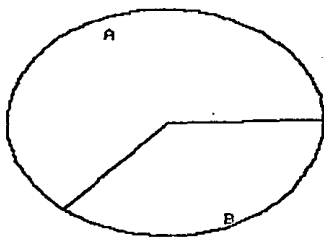
TABLA 5

DIAGNOSTICO DE UTERO SEPTADO

ESTUDIO HISTEROSALPINGOGRAFICO PREVIO.

Utero septado 7 casos.

Utero bicorne 4 casos



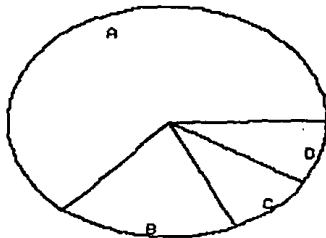
| | |
|-------------------|-----|
| A : Utero septado | 64% |
| B : Utero bicorne | 36% |

TABLA 6

DIAGNOSTICO DE UTERO SEPTADO

ESTUDIO HISTEROSALPINGOGRAFICO DE CONTROL.

| | |
|-----------------------------|---------|
| HGS normal; | 7 casos |
| HGS con defecto de llenado; | 2 casos |
| HGS cavidad arcuata; | 1 caso |



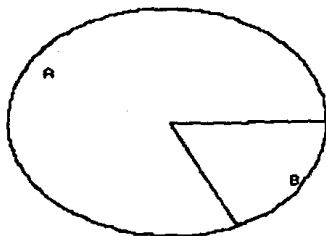
- A : Cavida uterina normal
- B : Cavidad uterina con defectos de llenado
- C : Cav idad uterina no valorada
- D : Caviudad uterina arcuata

TABLA 7

**RESULTADOS DEL TRATAMIENTO CON METROPLASTIA TIPO JONES PARA
LA CORRECCION DE UTERO SEPTADO.**

Pacientes que lograron embarazo : 9 casos.

Pacientes que no lograron embarazo : 2 casos.

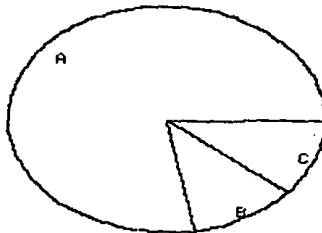


A : Embarazo 82%
B : No embarazo 18%

TABLA 8

**RESULTADOS DEL TRATAMIENTO CON METROPLASTIA TIPO JONES PARA
CORRECCION DE UTERO SEPTADO.**

Recién nacidos vivos : 7 casos.
Embarazo actual : 1 caso.
Aborto : 1 caso.



EMBARAZOS

| | |
|--------------------------|-----|
| A : Recién nacidos vivos | 78% |
| B : Embarazo actual | 11% |
| C : Aborto | 11% |

RESULTADOS

En el periodo de estudio, se realizaron 11 Metroplastías tipo Jones a pacientes del servicio de Biología de la Reproducción, con diagnóstico de anomalía mulleriana tipo V y que cumplieran con los criterios de inclusión (Tab 1).

La edad promedio fué de 28 años, con una variación de 23 a 35 años. El principal motivo de consulta fué la pérdida repetida de la gestación 8 casos (73%), seguido por 2 casos de esterilidad primaria, que constituye el 18% y solo un caso de esterilidad secundaria, 9%. (Tab 2). De las pacientes con pérdida repetida de la gestación, se observó que 6 casos (75%), correspondieron a pérdida del primer trimestre y 2 -- casos (25%) de pérdidas del segundo trimestre (Tab 3).

Se encontraron como factores agregados, anovulación -- crónica, en 6 casos, que ameritaron manejo mediante inductores de ovulación.

Se observó que el USG solo reportó la presencia de útero septado en solo 2 casos (18%); 6 casos fueron reportados como útero bicorne, uno (9%) como útero doble y los dos restantes (15%) como estudios normales. (Tab 4).

Al realizarse las Histerosalpingografías (HGS), se reportaron 7 casos como útero septado, que corresponde a 64% y cuatro casos como útero bicorne (36%) (Tab 5). La Laparoscopia

pía dió el diagnóstico de certeza en el 100% de los casos.

En lo que respecta a la HGS de control (sexta semana - despues de la Metroplastia),unicamente se efectuaron en 10 de las pacientes,ya que una de ellas,presentó gestación dentro de el periodo de estudio. Se reportaron 7 estudios en - los que se observaron cavidades uterinas normales,un caso - reportado como cavidad uterina arcuata y 2 casos en los que se detectaron defectos de llenado,los cuales correspondie-- ron a adherencias intrauterinas mínimas (Tab 6).

De las pacientes estudiadas,9 lograron un embarazo lo que corresponde con el 82%,y solo 2 (18%) no presentaron -- gestación dentro del periodo de estudio. De las pacientes - que se embarazaron,se observó un caso de aborto en el pri-- mer trimestre de la gestación (11%). Se obtuvieron 7 recién nacidos viables (78%) y una paciente (11%) se encuentra cur sando la semana 26 de gestación.

De los recién nacidos obtenidos,tres fueron pretérmino de 34,35 y 36 con pesos de 1900 a 2200gr y valoración de - Apgar a los 5 minutos de 9. En 2 de estos casos,la interrup ción de la gestación fue por ruptura prematura de membranas y en un caso,por desprendimiento prematuro de placenta nor-- moinserta del 15%,sin complicaciones agregadas. De los pro-- ductos que llegaron a término,se obtuvieron valoraciones de Apgar a los 5 minutos de 9,y pesos al rededor de 3500gr. En

dos de estos embarazos se aplicaron cerclajes tipo Espinosa Flores modificado a las 15 semanas y fueron retirados en el momento de la cesárea. (Tab 7 y 8).

COMENTARIOS

Como se menciona en la literatura, las pacientes portadoras de anomalía mülleriana tipo V, no tienen dificultad para concebir, sin embargo, es elevada la incidencia de pérdida gestacional. En el presente estudio, el 73% de las pacientes acudieron por este problema, porcentaje similar al reportado en la literatura (1,7,14,23); y de ellos el 75% presentaron la pérdida de la gestación en el primer trimestre (1,5,19,22).

En lo referente a otros factores relacionados con la esterilidad o pérdida repetida de la gestación, encontramos que 6 pacientes cursaban con anovulación crónica, la cual se corrigió con inductores en forma simultánea con la MetroPlus, logrando gestación en todas ellas.

La principal indicación de resección del tabique uterino, es un desempeño reproductivo deficiente, sin embargo, en aquellas pacientes con esterilidad primaria, está indicada su resección, al momento del diagnóstico. Actualmente se reporta con excelentes resultados la resección histeroscópica (3,13) mostrando morbilidad baja en todos los grupos publicados, dando oportunidad a que la interrupción del embarazo sea por vía vaginal.

En la mayoría de las series publicadas, se reporta 86% de embarazo y un 71% de productos viables (7,14,15,18,23), muy similar a nuestros hallazgos. Respecto a las pacientes

que no lograron gestación durante el periodo observado,aún se encuentran en estudio. La paciente que abortó,tiene como antecedente,la enucleación de un endometrioma durante la Metroplastia;actualmente continúa en estudio en nuestro servicio.

CONCLUSIONES

1. El útero septado es, en nuestro medio, la anomalía mulleriana más frecuente.
2. El útero septado se asocia principalmente a la pérdida -- repetida de la gestación.
3. La mayoría de las pérdidas gestacionales, ocurren en el -- primer trimestre del embarazo, hasta en un 75%, según lo -- reportado en nuestro estudio.
3. El tabique uterino se asocia a una pérdida gestacional de hasta 78%.
4. El 66% de las pacientes sometidas a Metroplastía por esterilidad primaria o secundaria, lograron una gestación en el periodo de estudio.
5. El porcentaje de recién nacidos viables que presentan las pacientes con pérdida repetida de la gestación, después de la Metroplastía es de 62%.
6. La tasa de pérdida gestacional posterior a la Metroplastía fué de 8%, similar al reportado para las mujeres sin antecedente de pérdida repetida de la gestación.
7. No se incrementó el porcentaje de pérdida gestacional por efecto de la Metroplastía.
8. En los casos en los que se corroboró que la principal causa de pérdida gestacional era el tabique, se logró embarazo.

BIBLIOGRAFIA

1. Buttram V.C. "Mullerian anomalies and their management"--
Fertil Steril 1983;40 : 159.
2. Caprano V.L. "Improved Fetal salvage after Metroplasty".-
Obstet Gynecol 1968;31:97.
3. Corson S.L. "Histeroscopia quirurgica en la fecundidad".-
Clin Obstet Gynecol 1992;2:229.
4. Chervenak F.A. "Hysteroscopic resection of uterine"Am J--
Obstet Gynecol 1981;1:351.
5. Golan A.L. "Congenital anomalies of mullerian sistem" ---
Fertil Steril 1976;51:74.
6. Golan A.L. "Mullerian anomalies and their management".--
Fertil Steril 1983;40:159.
7. Heinonen P. "Reproductive performace of women with uterine
anomalies."Acta Obstet Gynecol Scand 1982;61:157.

8. Kusuda M. "Infertility and Metroplasty." Acta Obstet --
Gynecol Scand 1982;61:407.
9. Jarcho J. "Malformations of the uterus." Am J Surg 1946;71:
106.
10. Jones W. "Obstetric significance of female genital --
anomalies." Obstet Gynecol 1957; 10 : 113.
11. Langman J. "Embriología Médica. Desarrollo normal y anormal"
Interamericana. 3a. edición. México. 1976.
12. Loffer F.D. "Cirugía histeroscópica" Clin Obstet Gynecol -
1992;2:241.
13. March Ch. "Hysteroscopic management of recurrent abortion
caused by septate uterus" Am J Obstet Gynecol 1987;156:834
14. Mc Shane P. "Pregnancy outcome following Tompkins Metro -
plasty" fertil Steril 1983;40:190.

15. Musich J.R. "Obstetric outcome before and after Metroplasty in women with uterine anomalies" *Obstet Gynecol* 1978;52:63
16. Semmens J.P. "Congenital anomalies of female genital tract
funcionale clasificacion based on review of 56 personal cases and 500 reported cases" *Obstet Gynecol* 1975;19:328.
17. The American Fertility . "The American Society classifi--
cations of adnexal adhesion, distal tubal occlusion, occlu -
sion secondary to tubal ligation, tubal pregnancy, mulle
rian anomalies and intrauterine adhesion" *Fertil Steryl*
1988;49:944.
18. Thompson J.P. "Reproductive ability after Metroplasty" --
Obstet Gynecol 1966;28:363.
19. Velázquez C.G. Alonso R.J. "Algunas consideraciones sobre
el diagnóstico y tratamiento de las malformaciones mulle
rianas" Tesis de especialización en Ginecoobstetricia, 1992.
20. Rock J.A. "Pérdida repetida de la gestación. Anormalidades
Anatómicas" *Clin Obstet Gynecol* 1986;4:1125.

21 Te Linde: "Ginecología Operatoria" El Ateneo. 6a edición.
1990.

22. Mc Williams "Infertility Reproductive Medicine" Clin of
North America 1991;2:55.

23. Helm P Stampe S. "Pregnancy outcome after metroplasty in
women with mullerian anomalies" Acta Obstet Gynecol ---
Scand 1988;67:215.

24. Golan A. "Cervical cerclage -its role pregnant anomalous
uterus" Int J Fertl 1990;35:164.