

# ¿Qué es un Utero Septo?

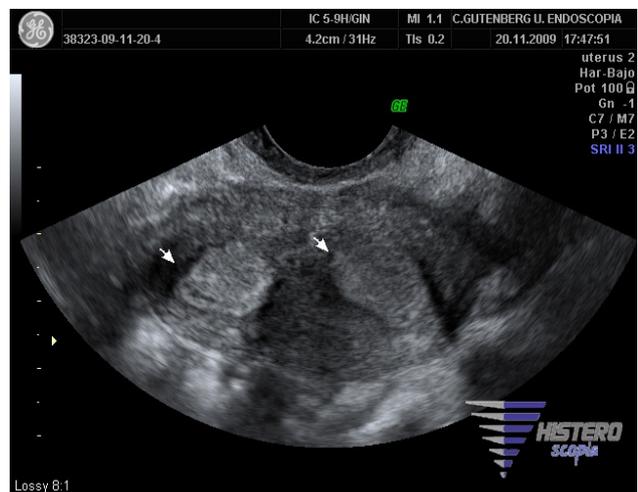
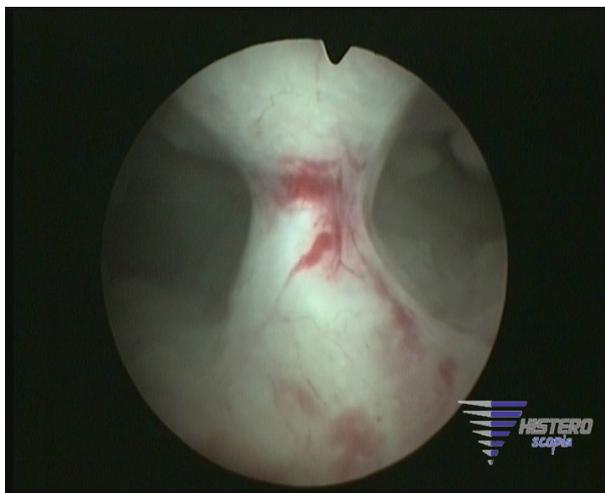


El septo uterino es la **malformación uterina más frecuente**, la que más se asocia a **problemas durante el embarazo** y la que tiene una **más fácil resolución** por vía histeroscópica.

Su incidencia es desconocida aunque se estima que afecta **al 2,3% de todas las mujeres**, en mujeres que han padecido aborto de repetición su incidencia es aun mayor con cifras de **13.3%** y en mujeres con historia de aborto de repetición e infertilidad aumenta hasta un **24,5%**.

El septo uterino deriva de un defecto de reabsorción del tejido remanente entre las dos cavidades uterinas, este septo puede ser **parcial** (también llamado subsepto), **completo** e incluso llevar asociado doble cervix y tabique vaginal. La diferencia del utero septo con el bicorne es que el contorno del fondo uterino es de apariencia normal en el septo mientras que en el bicorne aparecen dos cuernos diferenciados.

El septo uterino se asocia a **tasas de aborto del 60% y a parto pretérmino del 33%**. La teoría se basa en que el tejido del septo se ha descrito como tejido fibroelástico en el que se ha demostrado que el endometrio presenta defectos en su desarrollo, lo que podría ser la causa del aborto; otra hipótesis es que el aborto se produce por fallo de implantación como consecuencia de la deficiente vascularización del septo.



## Evaluación del Septo

Es muy importante establecer el diagnóstico exacto de la malformación uterina antes de plantear su resolución vía histeroscópica con el objeto de evitar complicaciones.

La prueba inicial para el diagnóstico es la ecografía transvaginal que nos permite un diagnóstico muy acertado en la mayoría de los casos. Para esta valoración ecográfica es importante conocer la metodología de valoración **ecográfica de Fedele**, en la que tras trazar una línea imaginaria que une los dos ostium, se mide la distancia entre esta línea y el borde superior uterino, si es mayor de 5mm es un septo y el utero puede abordarse por vía histeroscópica.

La **Histerosalpingografía** evalúa solo el interior de la cavidad uterina pero no el contorno exterior del útero, habitualmente cuando la separación de las cavidades presenta un ángulo mayor de 90°, estamos ante un útero bicornal y con angulaciones menores de 90° probablemente nos hallamos ante un septo.

La histeroscopia igualmente evalúa el septo pero no el contorno exterior.

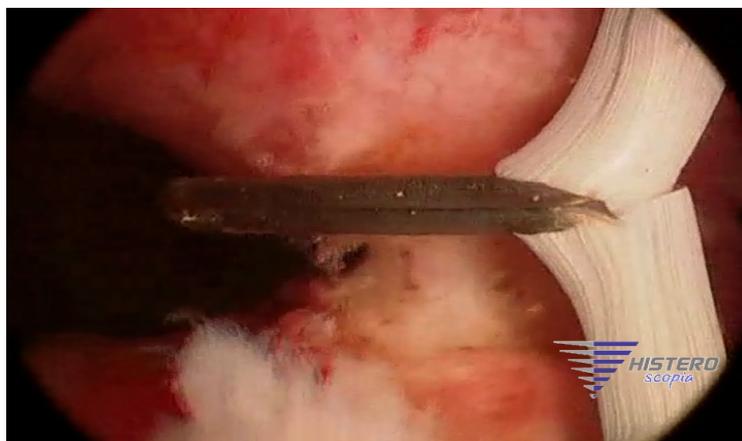
La **técnica de elección en caso de dudas diagnósticas** con la ecografía transvaginal es la realización de una **ecografía tridimensional** o de una **Resonancia magnética**, ambas tienen una **sensibilidad del 100%**.

## Indicaciones Quirúrgicas

Debido a la facilidad y seguridad de la resección histeroscópica del **septo uterino**, **las indicaciones de la metroplastia o exéresis del tabique han aumentado en los últimos años**. A día de hoy no parece haber indicación cuando se trata simplemente de un hallazgo casual, aunque ya existen autores que la propugnan de manera profiláctica antes de buscar un embarazo. Si está indicada la cirugía en casos de **mujeres con al menos una pérdida gestacional (aborto o parto prematuro), casos de dismenorrea, edad avanzada o sangrado intermenstrual**. Se ha demostrado que en mujeres con aborto de repetición (más de 3) existe una reducción del **88,5% al 5,9%** de tasa de aborto tras la realización de la cirugía.

## Técnica Quirúrgica

La técnica de elección es la **metroplastia histeroscópica**, técnica que ha desplazado completamente a las antiguas técnicas quirúrgicas por vía abdominal. Para su realización se han utilizado tijeras, **láser**, el resector y el sistema Versapoint, distintas herramientas utilizadas en la práctica diaria con las que podemos seccionar el tabique; de todas ellas quizás el método más cómodo, fácil y rápido sea el Versapoint®.



Lá técnica más empleada es la **sección del tabique a nivel de la línea media**, de modo que al incidir a este nivel, los bordes se van retrayendo. Quizas el punto más delicado de la intervención es decidir cuando la resección es suficiente evitando la lesión del miometrio y por ende complicaciones mayores. Casi todos los cirujanos estamos de acuerdo en parar cuando los dos ostium están en el mismo plano y son visibles en un mismo campo quirúrgico. Se ha sugerido que un resto de **septo menor de 1 cm** tras la cirugía no afecta a los resultados reproductivos posteriores.

La mayoría sugerimos realizar la cirugía **justo tras finalizar la menstruación**, ya que existe un tejido endometrial mínimo que no dificulta la visión. A veces se indica un tratamiento previo con anticonceptivos. Tras la intervención se administran **estrógenos** con el objeto de producir un crecimiento endometrial en la zona cicatricial a fin de evitar la formación de **adherencias**. Parece aconsejable la realización de una histeroscopia de control a los 2 meses del tratamiento para evaluar la cavidad y la posible formación de adherencias

## Resultados

La metroplastia es un método efectivo y seguro en el manejo del útero septo y con mínimas complicaciones si se realiza un diagnóstico correcto. El septo se asocia a altas tasas de problemas obstétricos, con **60% de abortos**, **33% de prematuridad** y **sólo 28% de RN vivos**. En esta anomalía el tratamiento quirúrgico (resección del tabique por histeroscopia) muestra un gran impacto, **pues disminuye al 5,9% los abortos y aumenta los RN vivos al 80%**

Más información en [www.histeroscopia.es](http://www.histeroscopia.es)