

HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL

**ÚTERO DIDELFO NA GESTAÇÃO:
RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA**

ADRIANA TRANDAFILOV DE AGUIAR

São Paulo

2012

HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL

**ÚTERO DIDELFO NA GESTAÇÃO:
RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA**

ADRIANA TRANDAFILOV DE AGUIAR

ORIENTADOR: PROF. DR. MIGUEL ARCANJO PEDROSA

São Paulo

2012

ADRIANA TRANDAFILOV DE AGUIAR

**ÚTERO DIDELFO NA GESTAÇÃO:
RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentada à Comissão de Residência
Médica do Hospital do Servidor Público
Municipal, para obter o título de
Residência Médica

Área: Ginecologia e Obstetrícia

Orientador: Prof. Dr. Miguel Arcanjo Pedrosa

São Paulo

2012

Folha de Aprovação

Trabalho de Conclusão de curso intitulado de “Útero Didelfo na Gestação: Relato de Caso e Revisão de Literatura”, autora: Dra. Adriana Trandafilov de Aguiar e orientador: Prof. Dr. Miguel Arcanjo Pedrosa da área de Ginecologia e Obstetrícia, apresentado à Comissão de Residência Médica do Hospital do Servidor Público Municipal para obter o título de Residência Médica.

São Paulo, ____/____/____

Assinatura dos membros componentes da banca examinadora

Dedicatória

Dedico este trabalho ao Prof. Dr. e Orientador Miguel Arcanjo Pedrosa que me ajudou a concluí-lo, e à própria paciente, a qual forneceu alguns dados e exames necessários para a conclusão deste.

Agradecimentos

Agradeço aos meus amigos e residentes que me forneciam opiniões e força nas horas mais difíceis e complicadas

Agradeço aos funcionários do HSPM que me forneceram os dados e o prontuário da paciente

Agradeço à minha família por ser compreensiva nas horas em que eu estava ausente realizando este trabalho e por dar incentivos para a conclusão deste.

Resumo

O presente trabalho compreende o relato de caso de uma paciente J.O.G, gestante, de 30 anos e com útero didelfo. Toda a gestação foi acompanhada de vários sangramentos espontâneos, contudo, ela fez uso de Utrogestan da 15^a até a 34^a semana de gestação e foi realizado circlagem uterina em ambos os colos na 17^a semana. Com 37 semanas e 6 dias foi submetida a cesárea e laqueadura. Durante a cirurgia foram observado dois úteros, duas trompas e dois ovários, acompanhado de muitas aderências devido à cirurgias anteriores: cesárea há 10 anos devido a Pré-Eclâmpsia e prematuro de 32 semanas, bariátrica há 2 anos, dermolipectomia há 1 ano e laparotomia exploradora há 11 anos devido a cisto de ovário esquerdo.

Serão apresentados neste trabalho os diversos tipos de malformações uterinas, mas com enfoque no tipo útero didelfo, bem como todas as suas repercussões clínicas, diagnóstico e tratamento.

As malformações uterinas são achados pouco comuns, secundárias à falha de desenvolvimento, reabsorção ou fusão dos ductos müllerianos. Quando ocorrer falha completa dos fusos, origina-se o útero didelfo.

Útero didelfo representa 26% dos casos de malformações e o útero septado parece ser a mais freqüente anomalia com 30 a 50%. Eles podem manifestar-se ainda aumentando a morbidade obstétrica, causando retenção placentária, subinvolução uterina e hemorragia, dispareunia e sangramento uterino disfuncional. São responsáveis por 15% das perdas gestacionais do segundo trimestre e apresentação fetal anormal. O principal exame para diagnóstico com precisão de uma malformação uterina é a histeroscopia.

O útero didelfo (dois colos, dois corpos e duas vaginas) pode apresentar-se com septo vaginal completo e agenesia renal. Essa anomalia, usualmente se apresenta após a menarca com dor abdominal cíclica, leucorréia ou massa paravaginal, pois ela tende a não ser reconhecida prontamente devido à hemivagina patente permitir menstruações. O diagnóstico precoce é importante para o tratamento da infertilidade, evitar seqüelas patológicas e abreviar o sofrimento de adolescentes com vagina septada.

Palavras-Chave: malformações uterinas; útero didelfo; infertilidade; histeroscopia.

Abstract

This work comprises the case report of a patient J.O.G, pregnant woman, 30 years old and with uterus didelfo. The whole gestation was accompanied by several spontaneous bleeding, however, she made use of Utrogestan since 15th until the 34th week of pregnancy and uterine cerclage was performed in both colos in the 17th week. With 37 week and 6 days underwent a caesarean section and tubal ligation. During surgery were observed two uterus, two horns and two ovaries, accompanied by many adhesions due to previous surgeries: wound 10 years ago (pre-Eclampsia and a premature baby with 32 weeks); Bariatric plastic surgery for 2 years; Dermolipectomy for 1 year and Laparotomy Explorer for 11 years (left ovarian cyst).

Will be presented in this work various types of uterine malformations, but with focus on type uterus didelfo and clinical implications, diagnosis and treatment. Uterine malformations are unusual finds, secondary to the failed development, reabsorption or merger müllerianos duct. When full zone fails, originates the uterus didelfo.

Uterus didelfo represents 26% of cases of uterine malformations and septated seems to be the most frequent anomaly with 30 to 50%. They can manifest itself still increasing obstetric morbidity, causing placental retention, uterine bleeding, dyspareunia and dysfunctional uterine bleeding. Are responsible for 15% of second quarter losses on pregnancy outcome and fetal abnormal presentation. The primary examination for diagnostic accuracy of an uterine malformation is a Hysteroscopy.

The uterus didelfo (two laps, two bodies and two vaginas) may present with vaginal septum and renal Agenesis. This anomaly, usually presents after menarche with cyclic abdominal pain or mass paravaginal, leucorrhoea, because this anomaly tends to not be recognized promptly due to hemivagina patent allow periods.

Early diagnosis is important for the treatment of infertility, prevent pathological sequel and abbreviate the suffering of adolescents with septated vagina.

Keywords: uterine malformations; uterus didelfo; infertility; Hysteroscopy.

Sumário

- Folha de Rosto _____	pág.1.
- Folha de Aprovação _____	pág.2.
- Dedicatória _____	pág.3.
- Agradecimentos _____	pág.4.
- Resumo _____	pág.5.
- Abstract _____	pág.6.
- Sumário _____	pág.7.
- Lista de Figuras _____	pág.8.
- Introdução _____	pág.9.
- Relato de Caso _____	pág.15.
- Discussão _____	pág.18.
- Conclusão _____	pág.20.
- Referências Bibliográficas _____	pág.21.

Lista de Figuras

- **Figura 1:** Esquemas de falha de fusão completa (Útero Didelfo) e parcial (Útero Bicornio) dos ductos de Müller. _____ pág.09.
- **Figura 2:** Útero Didelfo. Observar dois corpos uterinos. _____ pág.10.
- **Figura 3:** Útero Bicornio. Observar a presença de um corpo uterino. _____ pág.11.
- **Figura 4:** Ultrassonografia de Útero com cavidade uterina duplicada. Diagnóstico final: útero didelfo. A avaliação ultrassonográfica bidimensional pela via abdominal é a via de escolha para o diagnóstico correto dessa alteração. Observar os corpos uterinos que se encontram bastante separados. _____ pág.12.
- **Figura 5:** Exame Radiológico pela técnica de histerossalpingografia em útero bicornio. Observar os detalhes das trompas. _____ pág.12.
- **Figura 6:** Ressonância Magnética de Útero Didelfo. _____ pág.13.
- **Figura 7:** Videolaparoscopia em suspeita de Útero bicornio. A visualização do fundo uterino normal descarta essa hipótese diagnóstica. O diagnóstico final foi de útero com septo parcial. _____ pág.13.
- **Figura 8:** Ultrassonografia de Útero Didelfo. _____ pág.15.
- **Figura 9:** Ultrassonografia com imagem do saco gestacional. _____ pág.16.
- **Figura 10:** Ultrassonografia com imagem do embrião com BCF +. _____ pág.16.

Introdução

Malformações uterinas são achados pouco comuns na clínica ginecológica. São secundárias à falha de desenvolvimento, reabsorção ou fusão dos ductos müllerianos, cuja prevalência é de 5-6%^{1,2,3}. Quando ocorre falha completa da fusão dos ductos müllerianos, origina-se a anomalia chamada útero didelfo, sendo que cada útero recebe apenas uma trompa^{1,7}.

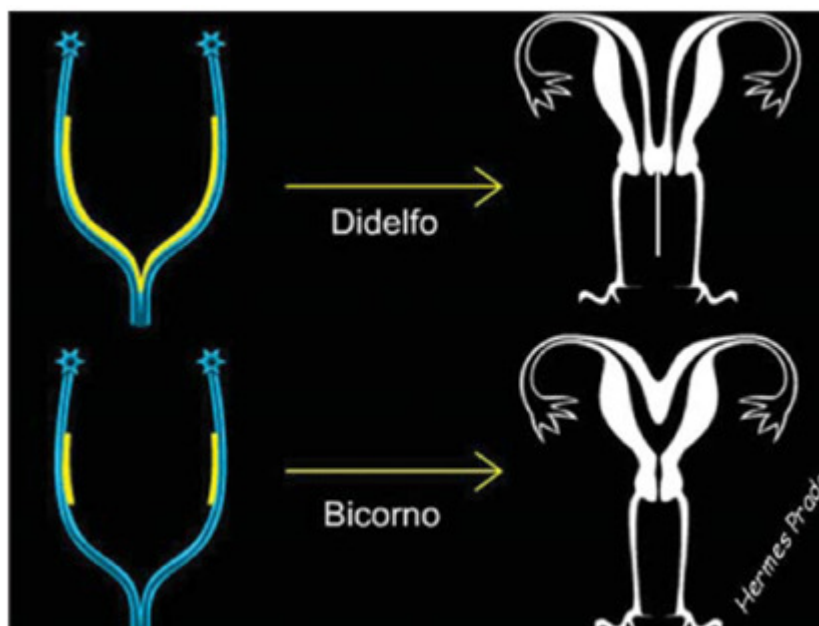


Figura 1

As anomalias congênitas incluem o útero septado, útero bicorno, útero unicorno, útero arqueado, útero didelfo, ou útero em forma de T. O útero septado parece ser a mais freqüente anomalia para 30-50% dos casos², já o útero didelfo é uma anomalia que representa 26% das malformações uterinas⁴. A classificação adequada das anomalias müllerianas é importante. Uma das principais foi proposta por Jarcho em 1946, adaptada mais tarde por Zanetti et al., e se baseava no desenvolvimento embrionário. Esta classificação foi posteriormente modificada por Butram e Gibbons, em 1975, sendo atualmente a adotada pela Sociedade Americana de Fertilidade¹.

A American Fertility Society dividi as alterações em 7 tipos, os quais são:

- Hipoplasia ou Agenesia: ausência de desenvolvimento resultando em alterações uterinas e vaginais como genitália externa e trompas de falópio normais; útero rudimentar; oclusão vaginal entre outras anomalias¹⁰;
- Útero unicorno: Ausência de desenvolvimento de um dos cornos uterinos¹⁰;
- Útero Didelfo: Dois cornos uterinos e duas cérvices. Em 75% dos casos possui também septo vaginal¹⁰;
- Útero Bicorno: Dois cornos uterinos e um colo, podendo em alguns casos também possuir septo¹⁰;
- Útero Septado: Possui um septo, ou divisão. Completo, podendo alcançar a cérvice, inclusive se estendendo até a vagina; ou parcial, quando o septo não divide toda a cavidade uterina¹⁰;
- Útero Arqueado: de menor relevância¹⁰;
- Útero em forma de T: consequência de um medicamento dos anos 30, já fora de circulação¹⁰.



Figura 2



Figura 3

Independentemente dos aspectos reprodutivos, as malformações uterinas assumem importância pela sua associação com anomalias de outros órgãos, que se expressam por agenesia renal (Fedele et al., 1996), hipoplasia nasal, onfalocele, defeitos em membros, teratomas e acardia-anencefalia (Martinez-Frias et al., 1998)¹¹.

As alterações estruturais do útero podem manifestar-se, ainda, aumentando a morbidade obstétrica, causando retenção placentária, subinvolução uterina e hemorragia, bem como gerar queixas ginecológicas que incluem oligomenorréia, dismenorréia, sangramento uterino disfuncional e dispareunia (Sims & Gibbons, 1996)¹⁰.

Em termos de bons resultados gestacionais, entre útero bicorno, didelfo, unicorno e septado, os desempenhos seguem esta ordem, o melhor resultado é com o útero bicorno, com a sobrevivência da maioria dos bebês, sendo que o útero septado traz os resultados menos favoráveis. Entretanto, é possível a cirurgia de remoção do septo, indicado especialmente quando há histórico de infertilidade ou abortamento¹⁰.

A investigação das anomalias uterinas deve ser iniciada por uma anamnese e um exame físico rigorosos. Os sinais e sintomas vão variar de acordo com o tipo de malformação: dor abdominal e pélvica cíclicas, amenorréia, massa pélvica palpável, dispareunia, dificuldade no uso de absorventes internos e cremes vaginais, infertilidade, história de abortamento de repetição¹².

O principal exame para diagnosticar com precisão uma anomalia uterina é a histeroscopia. Outros exames auxiliares são a histerosalpingografia, a ultrassonografia

e a ressonância magnética. A histeroscopia-laparoscopia pode ser útil para diferenciar o útero septado do bicornio, além de verificar a permeabilidade tubária, a presença de aderências e tratar a endometriose. A histeroscopia permite visualizar a cavidade uterina e suas alterações, mas não avalia o contorno do útero, havendo dificuldade em diferenciar determinadas anomalias uterinas¹². Contudo tem boa utilidade também para monitorar a retirada do septo⁷. A videolaparoscopia ajuda no diagnóstico, mas limita-se a fornecer informações sobre o contorno uterino¹².

A histerossalpingografia é muito utilizada na investigação de infertilidade para avaliação da cavidade uterina e da permeabilidade das trompas. Deve ser realizada após o período menstrual, na fase folicular para minimizar a possibilidade de uma gestação inicial¹².

A ultrassonografia é um exame útil para detectar a presença de hematometra ou hematocolpos e é capaz de oferecer informações sobre o contorno uterino. O USG 3D visualiza a cavidade uterina, o miométrio e o contorno externo do útero, em uma mesma imagem. A ultrassonografia 2 D e principalmente a 3 D são atualmente métodos diagnósticos indispensáveis na avaliação das malformações uterinas, permitindo diagnósticos precisos¹.

A ressonância magnética (RM) é o método diagnóstico das anomalias mais eficaz e é excelente para delinear o contorno interno e externo do útero, porém é um exame de alto custo¹².



Figura 4



Figura 5

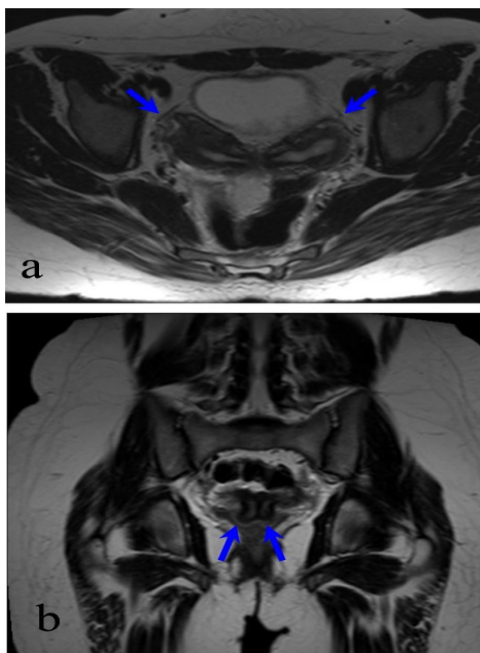


Figura 6



Figura 7

Útero didelfo é perfeitamente compatível com fertilidade normal e com ciclos menstruais normais. A gravidez em uma metade de um útero septado, bicorno ou didelfo pode ser acompanhada de sangramento da metade não grávida do útero. Em raros casos, a gravidez pode ocorrer em uma metade do útero depois que a outra metade já esteja grávida, o que se denomina superfetação¹. O útero didelfo (dois colos, dois corpos e duas vaginas), pode se apresentar com septo vaginal completo e agenesia renal³. 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 sistemas⁵. Essa anomalia mülleriana rara, usualmente se apresenta após a menarca com dor abdominal cíclica, leucorréia ou massa paravaginal³.

A hemivagina patente permite menstruações, logo a anomalia tende a não ser reconhecida prontamente, sendo necessário um alto grau de suspeita para um pronto diagnóstico^{3,5}. A excisão do septo vaginal em pacientes jovens e virgens pode ser feito através de mini histeroscópio sem espécuro para preservar a integridade do hímen⁷.

A etiologia das malformações uterinas é desconhecida, mas sugere-se que seja hereditário e associado a gene recessivo⁵.

Relato de Caso

Paciente J.O.G de 30 anos, solteira, natural de São Paulo, deu entrada no PSO no dia 10/08/2010 relatando atraso menstrual. Na anamnese paciente relatou que a data da última menstruação foi dia 07/07/2010 e que não estava fazendo uso de método contraceptivo nos últimos meses. Havia sido submetida à cirurgia bariátrica em 2009, perdendo 50 kg e em 07/07/2010 foi realizado dermolipectomia. Relatou ter ficado gestante somente uma vez há dez anos. Devido à pré-Eclâmpsia e ao útero didelfo o parto realizado foi cesárea e ocorreu em outro serviço. Em 2002, paciente foi submetida à laparotomia exploradora realizada devido à cisto de ovário direito, o qual era benigno (sic).

Ao exame físico: Toque: colo amolecido, posterior e impérvio. Ao toque bimanual: útero e anexos não palpáveis. Abdome: plano, indolor à palpação, presença de cicatriz tipo Pfannestiel ampliada, característica de Dermolipectomia.

Foi colhido BhCG, cujo resultado foi positivo.

Iniciou o Pré-Natal no dia 13/08/2010, e, de acordo com a data da última menstruação (DUM) em 07/07/2010 a idade gestacional (Ig) era de cinco semanas e dois dias e a data provável do parto seria 14/04/2011.

No dia 19/08/2010, paciente deu entrada no PSO com queixa de sangramento espontâneo, logo optou-se por US transvaginal, cujo resultado foi Ig de seis semanas e cinco dias, associada a útero didelfo e gestação tópica no útero da direita.



Figura 8



Figura 9

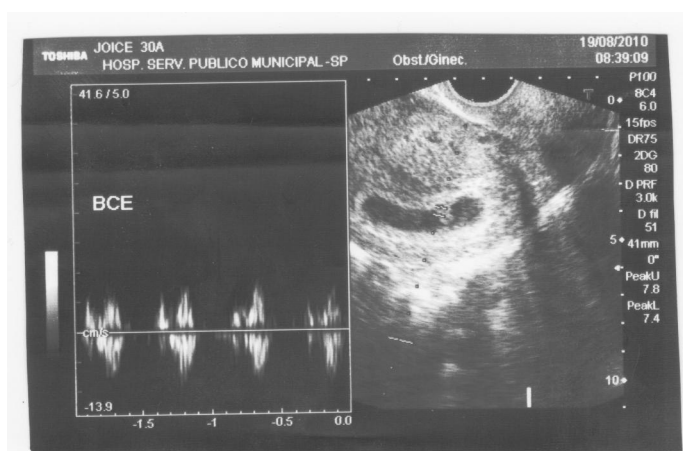


Figura 10

. Houve vários episódios de sangramento posteriormente, e a partir da décima quinta semana de gestação paciente iniciou uso de utrogestan 200mg duas vezes ao dia até a trigésima quarta semana e seis dias.

Foi realizado circlagem uterina de ambos colos uterinos em 02/11/2010 com dezessete semanas de gestação devido a outro sangramento intermitente. Imediatamente após a circlagem usou-se bricanyl por 24h. Com vinte e oito semanas foi submetida à corticoterapia.

No dia 29/03/2011 com trinta e sete semanas e seis dias foi realizada cesárea eletiva e laqueadura tubárea. No ato cirúrgico foi visibilizado muitas aderências de alças intestinais anteriormente ao útero, as quais foram dissecadas. Havia dois corpos

uterinos, a da direita gestacional e da esquerda com de tamanho e dimensões normais e havia duas trompas, cada uma saindo de cada corpo uterino. Nasce recém nascido vivo, feminino, peso: 2825g, apgar: 8/9.

Após a cesárea foi realizado a retirada dos fios da circlagem dos dois colos.



Figura 11

Discussão

As malformações uterinas são responsáveis por 15% das perdas gestacionais do segundo trimestre e também estão associadas com apresentação fetal anormal, descolamento prematuro de placenta e retardo de crescimento intra-uterino¹.

Anomalias congênitas do útero são raras na clínica ginecológica. Muitas são assintomáticas e têm sido associadas a resultados reprodutivos adversos. Tal situação é reflexo da grande variedade de apresentação associada ao fato de que a maioria das malformações não é diagnosticado antes de uma gestação ou são diagnosticados apenas após manifestação de um problema obstétrico. Devido a isto, a identificação de anomalias uterinas é importante para o tratamento da infertilidade e de sintomas que podem resultar em uma obstrução ou deformação do sistema reprodutivo².

As anormalidades uterinas geralmente estão relacionadas a outras anormalidades, principalmente envolvendo as estruturas desenvolvidas da massa de células intermediárias e podem aumentar o risco de aborto ou parto prematuro².

A ultrassonografia 2 D e principalmente a 3 D são atualmente métodos diagnósticos indispensáveis na avaliação das malformações uterinas, permitindo diagnósticos precisos¹. Na atualidade, a ultrassonografia 3D em ambas as modalidades multiplanar e volumétrica tem sido considerada técnica com alta sensibilidade e especificidade para avaliação das malformações uterinas. A técnica pode ser realizada tanto pela via abdominal como pela endovaginal, sendo esta última a preferencial¹.

Por meio da aquisição 3D na modalidade multiplanar, é possível avaliar os três planos concomitantemente o longitudinal, o axial e o coronal, sendo este último indispensável para o diagnóstico adequado das alterações müllerianas¹. Muito embora para alguns autores, a ressonância magnética é considerada o método de escolha na avaliação de anomalias uterinas, pois providencia uma ótima imagem cervical e diferencia útero septado do útero bicorno e didelfo, apresentando eficácia de até 100%. Entretanto, não é prática rotineira em nosso meio devido ao seu elevado custo^{1,8,9}.

Um dado que não dever ser esquecido durante a realização do exame de ultra-sonografia numa paciente com malformação uterina é o exame das lojas renais, visto que é relativamente freqüente a associação das anomalias

uterinas com malformações do trato urinário, como agenesia e/ou ectopia renal. Li et al. encontraram agenesia renal em 17 (29,8%) de 57 pacientes em seu estudo. Nenhuma outra anomalia renal foi identificada. Agenesia renal foi a associação mais freqüente em pacientes com útero didelfo (13/16 casos), agenesia uterina (2/5 casos) e útero unicorno (2/7 casos). Todos os 11 casos de útero didelfo obstruído estavam associados com agenesia homolateral renal para o lado do septo transversal da hemivagina obstruída. Concluíram, portanto, que a agenesia renal é vista mais comumente em útero didelfo do que em outros tipos de malformações uterinas¹.

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 intercursos sexual, sendo necessário um alto grau de suspeita para um pronto diagnóstico³.

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 guiado por ultrassonografia abdominal é simples e rápida e não necessita de técnica cirúrgica especializada. Além disso preserva a integridade himenal em pacientes jovens⁷.

Conclusão

Malformações são secundárias à falha de desenvolvimento, reabsorção ou fusão dos ductos müllerianos. Quando ocorre falha completa da fusão dos ductos müllerianos, origina-se a anomalia chamada útero didelfo, o qual é um dos mais raros na clínica ginecológica.

O diagnóstico precoce destas anomalias congênicas é importante para o tratamento da infertilidade, evitar seqüelas patológicas como a endometriose e abreviar o sofrimento de adolescentes. A Ressonância Magnética se presta muito bem ao diagnóstico destas malformações, é muito preciso para o diagnóstico sem ser técnica invasiva, embora o alto custo impossibilita o seu uso rotineiro.

A exposição à certos produtos químicos pode causar malformações congênicas, contudo a causa definitiva destas anomalias não está claramente elucidada.

A ressecção da vagina septada através de histeroscopia e guiado por ultrassonografia transabdominal nos casos de úteros didelfos e obstrução de hemivagina é uma excelente alternativa perante o tratamento convencional e preserva a integridade himenal em pacientes jovens. Os sintomas clínicos de dor abdominal cíclica, leucorréia ou massa paravaginal se resolvem completamente após seis meses da excisão do septo.

Novos métodos diagnósticos estão surgindo a cada instante e a ultrassonografia tem-se consolidado como preciosa ferramenta complementar ao raciocínio clínico. Seu papel já está estabelecido e será cada vez mais consolidado com a utilização da técnica 3D.

Referências Bibliográficas

- 1- Adilson Cunha Ferreira, Francisco Mauad Filho, Luis Guilherme Nicolau, Francisco M. Pancich Gallarreta, Wellington Martins de Paula, Débora Cristina. Ultra-sonografia tridimensional em ginecologia: malformações uterinas. **Radiologia Brasileira** vol.40 no.2 São Paulo Mar./Apr. 2007.
- 2- Anomalias Congênitas Uterinas. **www.referenciaacademica.com.br**.
- 3- Adriani Oliveira Galão; Ana Luiza Braghini Martinez; Carla Vanin; Carlos Maia; Jonatas Conterno, José A. Magalhães; José Luiz Rossignollo Filho Maria Lúcia Oppermann; Sabrina Soraia Schroeder; Vanessa Genro; Renata Heck. Útero didelfo. **HCPA**.2009;29(1): 81. **www.seer.ufrgs.br**.
- 4- Bittencourt, Karina Maria Azevedo; Lima, Moisés Diôgo de; Silva, Francilidia Helena; Sousa, Eduardo Sérgio Soares; Nascimento Valério Marcelo V. do. – Útero didelfo, **J. bras. Med**; 76 (5) : 121 – 122, maio 1999.
- 5- Jindal G.; Kachhawa S.; Lima, Moisés Diôgo de Nascimento; Meena G.L., Uterus didelphys with unilateral obstructed hemivagina with hematocolpos and hematosalpinx with ipsilateral renal agenesis. **J Hum Reprod Sci**.2009; 2(2): 87-89. **www.pubmed.com.br**.
- 6- Denis Vaillancourt; Ignacio Raggio; Jean P. Champagne; Pierre Poitros; Rejean C. Lefebvre; Denis Vaillancourt. Clinical diagnosis of uterine didelphia in Ayrshire Heifer. **Can Vet** 2006; 47: 891-893. **www.pubmed.com.br**.
- 7- Byung Chul Jee; Chang Suk Suh; Gyoung Hoon Lee; Jung Gu Kim; Tae Eun Kim; Seok Hyun Kim; Seung-Yup Ku Shin Young Moon; Young Min Choi. Hysteroscopic Resection of the vaginal septum in uterus didelphys with obstructed hemivagina: A case report. **J Korean med Sci** 2007; 22:766-9.
- 8- Alborzi S, Dehbashi S; Parsanezhad ME; Rajaeefard A, et al; Shirazi LG; Zarei A. Hysteroscopic metroplasty of the complete uterine septum, duplicate cervix, and vaginal septum. **Fertil Steril**. 2006(5);85:1473-7.
- 9- Edmund Chada Baracat; Jose Alcione Macedo de Almeida; Lucas Yugo Senguehara Yamakami; Renata Assif Tormena; Sergio conti Ribeiro; Walter da Silva Pinheiro. Septate Uterus with cervical duplication and longitudinal vaginal

septum. **Divisão de estudos conduzidos em Ginecologia, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP. www.scielo.com.br.**

10- Útero Bicornio, Didelfo, Septado e Unicornio - Anomalias Uterinas.

www.google.com.br. Relator: Joaquim Roberto Costa Lopes. Histeroscopia nas Anomalias Uterinas. **Associação Portuguesa de Fertilidade. www.google.com.br.**

11- Renato Ferrari. Anomalias Genitais. **XXXIV Congresso de Ginecologia e Obstetrícia do Rio de Janeiro, janeiro/fevereiro 2010. www.google.com.br.**

