JOURNAL OF THE Selva Andina Research Society
Official Journal of the Selva Andina Research Society.

Reporte de Caso

ISSN 2072-9294 (print edition)
JSARS
ISSN 2072-9308 (online edition)

# Útero unicorne y embarazo

# Unicorn uterus and pregnancy

**Cárdenas Rodríguez Jorge Daniel[2], Torres Vélez Viviana Carolina[3], Tomalá Navarrete Pedro Fortunato[2], Cedeño Arévalo Vanessa Victoria[2], Mendoza Arteaga Liz Milena[4], Mosquera Quiñonez Ketty Yajaira[4], Calderón León María Fernanda[1*]**

## Datos del Artículo

[1] Ministerio de Salud Pública.
Hospital General Enrique Ortega Moreira.
km 2.5 de la vía Durán-Tambo.
Ecuador.

[2] Ministerio de Salud Pública.
Sistema de Salud del Gobierno Nacional.
Hospital Universitario de Guayaquil.
Calle 24A NO, Vía Perimetral.
Guayaquil, Ecuador.

[3] Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.
Av. Carlos Julio Arosemena 090512.
Guayaquil, Ecuador.

[4] Universidad de Guayaquil.
Av. Delta, Guayaquil 090510.
Ecuador.

***Dirección de contacto**:

Ministerio de Salud Pública.
Hospital General Enrique Ortega Moreira.
km 2.5 de la vía Durán-Tambo.
Ecuador.
Tel: +593 98 236 5566.

**María Fernanda Calderón León**
E-mail address: dracalderonleon@hotmail.es

**Palabras clave:**

Útero septado,
útero bicornuado,
didelfos uterinos,
útero,
anomalías de duplicación uterina,
útero unicorne.

***J. Selva Andina Res. Soc.***
**2026; 17(2):154-161.**

**ID del artículo: 201/JSARS/2025**

**Historial del artículo**
Recibido julio 2025.
Devuelto diciembre 2025.
Aceptado mayo 2026.
Disponible en línea, agosto 2026.

***Editado por:***
***Selva Andina***
***Research Society***

**Keywords:**

Septate uterus,
bicornuate uterus,
uterine didelphys,
uterus,
uterine duplication anomalies,
unicorn uterus.

## Resumen

Las malformaciones del útero se deben a la fusión defectuosa de los conductos de Müller. Estos incluyen el útero de unicorne, con o sin cuerno rudimentario. Se realiza cesárea de emergencia por alteración de la frecuencia cardiaca fetal diagnosticado por monitoreo fetal, obteniéndose recién nacido sexo masculino presentación cefálico de flexionado con presencia de caput con peso de 3360 g, talla 51 cm, APGAR 7-8-9, CAPURRO 41 semanas de gestación, placenta fúndica posterior, se realiza la extracción. Debido al porcentaje de infertilidad que presentan las pacientes con útero unicorne teniendo como posibilidad el uso de tecnología de reproducción asistida, se debe informar a las mujeres con anomalías uterinas congénitas sobre el impacto en las probabilidades de éxito, así como también en las complicaciones relacionadas con el embarazo. Las mujeres con útero unicorne deberán realizarse un control prenatal que incluya monitorización de la longitud cervical, crecimiento y presentación fetal. En caso de existir, debe extirparse el cuerno rudimentario no comunicante para evitar embarazo ectópico. A pesar de las complicaciones del embarazo asociadas con útero unicorne, existe la posibilidad de un embarazo exitoso, como refiere el presente caso clínico, sin embargo, es importante reconocer que las pacientes que presentan malformación mulleriana de útero unicorne tienden a la infertilidad y a ser abortadoras habituales con dificultad para llegar con una gestación a término y exitosa. Aquí radica la importancia y llama la atención el presente caso, la paciente pese a presentar la condición de útero unicorne llega a las 41 semanas de gestación y tiene un parto por cesárea exitoso.

***2026. Journal of the Selva Andina Research Society®. Bolivia. Todos los derechos reservados.***

## Abstract

Malformations of the uterus are due to defective fusion of the Müller's ducts. These include the unicornuate uterus, with or without a rudimentary horn. Emergency cesarean section was performed due to alteration of the fetal heart rate diagnosed by fetal monitoring, obtaining a male newborn with a cephalic presentation of flexion with the presence of caput weighing 3360 g, height 51 cm, APGAR 7-8-9, CAPURRO 41 weeks of gestation, posterior fundic placenta, extraction was performed. Due to the percentage of infertility presented by patients with unicornuate uterus with the possibility of the use of assisted reproductive technology, women with congenital uterine anomalies should be informed about the impact on the probabilities of success, as well as on pregnancy-related complications. Women with a unicornuate uterus should undergo a prenatal check-up that includes monitoring of cervical length, growth and fetal presentation. If present, the rudimentary non-communicating horn should be removed to avoid ectopic pregnancy. Despite the pregnancy complications associated with a unicornuate uterus, there is the possibility of a successful pregnancy, as referred to in the present clinical case, however, it is important to recognize that patients who present with Mullerian malformation of the unicornuate uterus tend to infertility and to be habitual abortionists with difficulty in reaching a term and successful pregnancy. Here lies the importance and attention of the present case, the patient despite presenting the condition of unicornuate uterus reaches 41 weeks of gestation and has a successful cesarean delivery.

***2026. Journal of the Selva Andina Research Society®. Bolivia. All rights reserved.***

## Introducción

El útero, un órgano complejo, desempeña funciones cruciales, como la fecundación, implantación embrionaria y desarrollo fetal[1]. La Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología/Sociedad Europea de Endoscopia Ginecológica (ESHRE/ESGE) clasifica la malformación uterina en; U0 útero normal, U1 útero dismórfico (infantil y en forma de T principalmente), U2 útero septado, U3 útero bicorpóreo, U4, hemiútero (unicorne), U5, útero aplásico, y U6, para casos aún no clasificados[2].

Se estima que la mortalidad materna de las pacientes que presenten útero unicorne (UU) se encuentra entre el 6 al 23 %, debido a que más del 50 % de los embarazos asociados con esta anomalía resultaron en una ruptura uterina, que generalmente ocurre durante el tercer trimestre de embarazo a causa de masa muscular uterina reducida[3].

Las malformaciones del útero se deben a la fusión defectuosa de los conductos de Müller. Estos incluyen el UU, con o sin cuerno rudimentario. El embarazo en un UU es un evento raro que conlleva riesgos materno-fetales incluyendo aborto espontáneo recurrente, parto prematuro, malposición fetal, retraso en el crecimiento intrauterino y ruptura uterina[4].

Aproximadamente 1 de cada 76 000 embarazos va acompañado de un cuerno rudimentario, mientras que el 83 % de estos casos fueron reportados como embarazos[5,6].

Los embarazos dentro de cuernos uterinos no comunicantes representan alto riesgo para un desenlace mortal; por lo tanto, se debe considerar la realización de ecografías tridimensionales o resonancias magnéticas para determinar la naturaleza de las anomalías uterinas, debido a que un embarazo localizado en un cuerno uterino rudimentario se asocia con un riesgo de ruptura espontánea y sangrado por el aumento del flujo sanguíneo uterino[6].

Se puede realizar cirugía laparoscópica en casos de embarazos ectópicos, en cuerno rudimentario sin ruptura en las primeras etapas del embarazo[7].

El 40 % de las mujeres con UU, pueden experimentar infertilidad, además las pacientes con esta malformación, requieren evaluación renal, porque el UU puede surgir del desarrollo incompleto del canal paramesonérico o anomalías en la cresta urogenital, pudiendo resultar en variaciones en las estructuras renales, ováricas, por cuanto se recomienda evaluar el sistema renal mediante técnicas de imagen cada vez que sea detectado un UU[4].

Para su diagnóstico preciso, se requiere examen pélvico, evaluación del tracto urinario, histerosalpingografía (HSG), resonancia magnética nuclear y ecografía transvaginal 3D.

Se ha informado que las mujeres con antecedentes de aborto e infertilidad tienen mayor prevalencia de anomalías uterinas congénitas[8], con una incidencia de subfertilidad reportada del 23.7 % en 3181 mujeres con UU[9].

La eliminación del cuerno uterino rudimentario se considera un abordaje quirúrgico preferido para tratar la dismenorrea, el embarazo ectópico y la menstruación retrógrada en pacientes afectadas con UU. Los estudios refieren que el uso de cerclaje cervical puede prevenir el parto prematuro en pacientes con un UU[4].

El pronóstico reproductivo de las mujeres con UU ha señalado ser particularmente malo en caso de embarazo gemelar, las mujeres con anomalías uterinas congénitas deben ser informadas sobre el impacto de su anomalía congénita con las probabilidades de éxito en la terapia de reproducción asistida, así como también, sobre las complicaciones relacionadas con el embarazo[7].

El objetivo de esta investigación fue, presentar un caso clínico de UU, diagnosticado durante una cesárea en un embarazo a término.

## Presentación del caso

Paciente femenino de 21 años, primigesta, cursa 41 semanas de gestación, acude a la emergencia gineco obstétrica por presentar cuadro clínico de aproximadamente 7 días de evolución, caracterizado por dolor tipo cólico en hipogastrio, que se irradia a región lumbosacra, más perdida del tapón mucoso; refiere exacerbación de su cuadro clínico hace aproximadamente 30 min, acompañándose de perdida de líquido claro transvaginal en abundante cantidad, buena percepción de movimientos fetales.

*Antecedentes personales*. *Gineco obstétricos;* primigesta, menarquia a los 12 años, infecciones de transmisión sexual no refiere, infecciones de vías urinarias e infecciones vaginales 1 vez en el tercer trimestre tratada, tuvo a las 37 semanas ingreso hospitalario por infecciones de vías urinarias, realizo 5 controles prenatales en Centro de Salud.

*Antecedente quirúrgico;* exéresis de lipoma en tobillo derecho.

*Signos vitales;* presión arterial 123/87 mmHg, pulso 100 latidos por minuto (lpm), frecuencia respiratoria 20 por min, $SpO_2$ 98 %, Glasgow 15/15.

*Examen físico; abdomen*: con útero gestante, feto en presentación cefálico, dorso lateral izquierdo, altura uterina 34 cm, latidos cardiacos fetales 135 lpm, movimientos fetales presentes, actividad uterina irregular.

*Región genital;* a la especuloscopia se evidencia salida de líquido amniótico claro, cérvix central de consistencia blanda, dilatación 2 cm, borramiento 50 %, membranas rotas plano I.

*Riesgo obstétrico* 3 puntos.

*Diagnóstico de ingreso*; ruptura prematura de membranas e inicio del trabajo de parto dentro de las 24 h.

*Ingreso área de preparto;* paciente pasa al área de preparto para continuar atención, recibe 25 µg de misoprostol para inducción del trabajo de parto, además de cobertura antibiótica con ampicilina 1 g IV/6 h, más hidratación con cloruro de sodio 0.9 % 1000 $cm^3$ IV 30 gotas por min, se indica psicoprofilaxis, pero 2 h posteriores durante monitorización fetal se evidencia alteración con monitoreo fetal categoría 2, se evidencia frecuencia cardiaca fetal basal 175/180, desaceleraciones ausentes, aceleraciones presentes, con diagnóstico de trabajo de parto y parto complicados por alteración de la frecuencia cardiaca fetal. Paciente pasa a prequirúrgico para cirugía con signos vitales estables y bajo anestesia raquídea se realiza cesárea de emergencia.

*Laboratorios prequirúrgicos;* leucocitos 11.75, hematocrito 35.7 %, hemoglobina 12 g $dL^{-1}$, plaquetas 291, neutrófilos 84.7 %, sífilis negativa, anticuerpo (HIV 1-2) no reactivo, antígeno (p24) no reactivo. Grupo sanguíneo O Rh positivo, TP 13.2, TPT 39.9, INR 1.03. hemoglucotest 93 mg $dL^{-1}$.

*Técnica quirúrgica*; previo asepsia y antisepsia, colocación de campos quirúrgicos, incisión de Pfannenstiel, disección por planos, *hallazgos*: tejido celular subcutáneo de +/- 6 cm, se evidencia en cavidad abdominal útero gestante aumentado de tamaño, se procede a realizar histerotomía tipo Kerr, se evidencia salida de líquido amniótico teñido (meconial +++, puré de alverja), se obtuvo recién nacido sexo masculino presentación cefálico de flexionado con presencia de caput con peso de 3360 g, talla 51 cm, APGAR 7-8-9, Capurro 41 semanas de gestación,

placenta fúndica posterior, se realiza su extracción de forma completa, se evidencian hallazgos anormales en morfología de anexos por cuanto se exterioriza útero para valoración completa de su anatomía observándose UU con anexo izquierdo rudimentario (Figura 1) Se realiza histerorrafia en 3 planos con estricto control de hemostasia, secado de cavidad, vejiga indemne, síntesis por planos hasta llegar a piel, colocación de apósitos estériles, sonda de Foley permeable con diuresis clara aproximadamente 200 $cm^3$, se extraen coágulos en cantidad moderada a nivel transvaginal se evidencia hipotonía uterina transitoria se colocan 800 µg de misoprostol vía rectal.

*Evolución postquirúrgica*; durante el postoperatorio paciente se mantiene consciente orientada en tiempo y espacio, refiere dolor a nivel de sitio quirúrgico, con signos vitales presión arterial 111/65 mmHg, frecuencia cardiaca 151, frecuencia respiratoria 25 respiraciones por minuto, temperatura 37.5, $SpO_2$ 99 %, proteinuria 0. Estado de conciencia alerta, MAMA Score 5 puntos.

*Abdomen;* blando depresible doloroso levemente a la palpación útero con involución normal a 2 cm inferior de la cicatriz umbilical.

*Región genital;* loquios escasos no fétidos, se evidencia sonda vesical permeable diuresis clara debito 300 $cm^3$.

*Extremidades;* simétricas no edema, reflejos osteotendinosos conservados.

Paciente continua con taquicardia materna por lo que se realiza electrocardiograma, se evidencia: taquicardia sinusal.

Paciente con evolución favorablemente a las 48 h existe estabilización de sus signos vitales, es dada de alta en condiciones clínicas estables en alojamiento conjunto con el neonato.

## Resultados



Figura 1 Útero unicorne, visto de frente. Se observa útero de forma cilíndrica con una pared izquierda aplanada, con trompa de Falopio y ovario izquierdo rudimentarios. No se observaron anormalidades adicionales dentro de la cavidad abdominopélvica

### Discusión

Cuando se detecta en una paciente la presencia de cuernos rudimentarios asintomáticos que contienen endometrio, se recomienda su resección, mediante aplicación de técnicas laparoscópicas[10].



Figura 2 Útero unicorne, visto lateralmente, se observa cuerno y anexo rudimentario izquierdo

En una investigación, el caso de una mujer primípara de 23 años, ingresó a la sala de maternidad cursando 38.3 semanas de gestación con sospecha de rotura prematura de membranas e inicio del trabajo de parto, en su evaluación determinaron la presencia de un feto con crecimiento restringido. La mujer fumaba 10 cigarrillos al día. Le realizaron cesárea por distocia de presentación fetal, el bebé de 2530 g nació en posición de nalgas. Durante la cirugía, se obtuvo un UU con un cuerno izquierdo rudimentario sin trompa de Falopio izquierda, la paciente desconocía. Ambos ovarios y la trompa de Falopio derecha eran normales. Sus riñones y ovarios fueron evaluados mediante ecografía, y evidenciaron un riñón izquierdo agrandado de 13.2 cm de longitud, en comparación con el riñón derecho de 10.4 cm y observaron signos de bifurcación del riñón izquierdo, lo que sospechó la presencia de un riñón doble[11].

En un estudio en los que participaron 20 pacientes cuya edad media fue de 28 años, 13 pacientes (65 %) tenían infertilidad primaria, mientras que los 7 restantes tenían infertilidad secundaria, y 2 de ellos tenían un embarazo ectópico previo. Observaron cuerno uterino de comunicación rutinario en 7 pacientes (35 %), fueron extirpados durante laparoscopia. El diagnóstico del UU fue realizado por HS, ecografía transvaginal en 3D y el sistema urinario fue evaluado por la ultrasonografía 2D[5].

En la literatura revisada, se evidenció el caso de una paciente japonesa de 29 años, grávida 2, nulípara, con diagnóstico de UU izquierdo con un cuerno rudimentario derecho no comunicante diagnosticado por HSG y resonancia magnética. Observaron un saco gestacional con latido del corazón en el cuerno uterino rudimentario derecho a las 6 semanas de gestación, diagnosticando embarazo ectópico. El Doppler color, detectó múltiples señales de flujo sanguíneo alrededor del saco gestacional, que fueron claramente aumentadas en comparación con el UU izquierdo. Su nivel de gonadotropina coriónica humana en suero era de 104 619 mIU $mL^{-1}$. Como medida terapéutica administraron una inyección de metrotexato de 100 mg en el saco gestacional, y la cirugía laparoscópica la realizaron el día 48 después del tratamiento con metotrexato. El cuerno rudimentario derecho y la trompa de Falopio fueron eliminados con éxito con una hemorragia mínima. Se estableció un embarazo espontáneo normal 6 meses después de la cirugía. El embarazo fue sin incidentes, y una niña nació por cesárea electiva a las 38 semanas[7]. El embarazo ectópico en un cuerno rudimentario de UU es infrecuente y presenta un alto riesgo de rotura, con aumento de la morbimortalidad materna. El tratamiento estándar es la escisión quirúrgica completa[12].

En una investigación se evidenció el caso de una paciente primigesta de 24 años con 12 semanas de gestación y un embarazo gemelar en UU y cuerno rudimentario no comunicante. Un feto se encontraba en el UU y el otro en el cuerno rudimentario que se rompió. Efectuaron laparotomía urgente, extirparon el cuerno rudimentario y la trompa de Falopio. El embarazo en el UU continuó y a las 38 semanas de gestación, realizaron cesárea debido a ruptura prematura de membranas, obteniendo un recién nacido normal[13].

Debido al porcentaje de infertilidad que presentan las pacientes con UU teniendo como posibilidad el uso de tecnología de reproducción asistida, se debe informar a las mujeres con anomalías uterinas congénitas sobre el impacto en las probabilidades de éxito, así como también en las complicaciones relacionadas con el embarazo[14].

En un estudio realizado en un total de 3181 pacientes en quienes determinaron la morfología del útero me-

diante HSG y laparoscopia/laparotomía durante los años 1980-1995, cuya población analizada fueron pacientes fértiles, infértiles y estériles, encontraron los siguientes resultados: La frecuencia de malformaciones uterinas fue del 4.0 %. Las pacientes infértiles tuvieron una incidencia mayor ($p < 0.05$) de anomalías müllerianas, en comparación con las mujeres fértiles y estériles. Los úteros septados y arqueados fueron las malformaciones observadas con mayor frecuencia. Cada malformación fue analizada de forma individual en pacientes fértiles e infértiles, para determinar su estado reproductivo. En cuanto a UU y didelfo la probabilidad de tener un hijo vivo fue de 37-40 %. El útero bicorne con una tasa de nacidos vivos de 62.5 % y el útero septado de 62 %. En todas estas anormalidades, los abortos espontáneos tempranos y los partos prematuros fueron comunes. El útero arqueado presentó una tasa de nacidos vivos de 82.7 % y concluyeron que las anomalías uterinas son más frecuentes en pacientes infértiles. Sin embargo, existen pacientes fértiles con un desempeño reproductivo normal, y los defectos müllerianos pueden permitir un resultado obstétrico absolutamente normal[9].

## Conclusión

Las mujeres con UU y embarazo, deben tener un control prenatal que incluya monitorización de la longitud cervical, crecimiento y presentación fetal. En caso de existir, debe extirparse el cuerno rudimentario no comunicante para evitar embarazo ectópico. A pesar de las complicaciones del embarazo asociadas con UU, existe la posibilidad de un embarazo exitoso, como en el presente caso clínico, sin embargo, es importante reconocer que las pacientes que presentan malformación mulleriana de UU tienden a la infertilidad y a ser abortadoras habituales con dificultad para llegar con una gestación a término y exitosa. Aquí radica la importancia y llama la atención el presente caso, la paciente pese a presentar la condición de UU llega a las 41 semanas de gestación y tiene un parto por cesárea exitoso.

## Fuente de financiamiento

Sin fuentes externas de financiamiento, fondos propios de los autores.

## Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## Agradecimientos

Agradecemos al hospital universitario por permitirnos tener acceso a la historia clínica y a la paciente para desarrollar la presente investigación.

## Consideraciones éticas

Para la presente publicación se solicitó autorización de la paciente mediante firma de consentimiento informado.

## Limitaciones en la investigación

Ninguna.

## Permisos para la publicación

Se adjunta documento firmado por paciente donde autoriza la publicación del caso clínico.

## Identificación de la responsabilidad y contribución de los autores en el articulo

Los autores declaran haber contribuido en la idea original (*Jorge Cárdenas*), diseño de la investigación (*Viviana Torres*), recolección de datos (*Pedro Tomalá*, *Vanessa Cedeño*, *Liz Mendoza*, *Ketty Mosquera*), análisis de datos (*María Calderón*), redacción del borrador y redacción del artículo (*María Calderón*, *Jorge Cárdenas*, *Viviana Torres*, *Pedro Tomalá*, *Vanessa Cedeño*, *Liz Mendoza*, *Ketty Mosquera*).

## Uso de inteligencia artificial

Damos por sentado que todo el documento fue redactado en base a los criterios éticos y profesionales, y no se utilizó la IA para realizar las imágenes o texto.

## Literatura citada


1. Pacheco LA, Carugno J, Alcázar JL, Caballero M, Roig MC, Mereu L, et al. Infantile uterus and uterine hypoplasia: a comprehensive overview to explore possible managements amidst limited scientific certainties. Facts Views Vis Obgyn 2025;17(1):5-14. DOI: https://doi.org/10.52054/FVVO.2024.13354. PMID: 40297913; PMCID: PMC12042074.
2. Grimbizis GF, Gordts S, Di Spiezio Sardo A, Brucker S, De Angelis C, Gergolet M, et al. The ESHRE/ESGE consensus on the classification of female genital tract congenital anomalies. Hum Reprod 2013;28(8):2032-44. DOI: https://doi.org/10.1093/humrep/det098. PMID: 23771171; PMCID: PMC3712660.
3. Khanna V, D'Souza J, Tiwari SS, Sharma RK, Shrivastava AK. Unicornuate uterus with an obstructed rudimentary horn: A report of two cases with an imaging perspective. Med J Armed Forces India 2013;69(1):78-82. DOI: https://doi.org/10.1016/j.mjafi.2012.02.015. PMID: 24532942; PMCID: PMC3862891.
4. Benlghazi A, Belouad M, Messaoudi H, Benali S, El Hassani MM, Kouach J. Spontaneous successful term delivery in a unicornuate uterus: A case report and literature review. Int J Surg Case Rep 2023;110:108689. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2023.108689. PMID: 37611398; PMCID: PMC10470303.
5. Mert SA, Dilbaz B, Cukurova ES, Kose C, Engin Ustun Y. Reproductive outcome of the patients with uterus unicornis: five-year experience in a tertiary center. Acta Med Litu 2022;29(2):295-303. DOI: https://doi.org/10.15388/Amed.2022.29.2.14. PMID: 37733391; PMCID: PMC9799010.
6. Samuels TA, Awonuga A. Second-trimester rudimentary uterine horn pregnancy: rupture after labor induction with misoprostol. Obstet Gynecol 2005;106(5 Pt 2):1160-2. DOI: https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000182989.06439.68. PMID: 16260554.
7. Ueda M, Ota K, Takahashi T, Suzuki S, Suzuki D, Kyozuka H, et al. Successful pregnancy and term delivery after treatment of unicornuate uterus with non-communicating rudimentary horn pregnancy with local methotrexate injection followed by laparoscopic resection: a case report and literature review. BMC Pregnancy Childbirth 2021;21(1):715. DOI: https://doi.org/10.1186/s12884-021-04195-5. PMID: 34702216; PMCID: PMC8547051.
8. Chan YY, Jayaprakasan K, Zamora J, Thornton JG, Raine-Fenning N, Coomarasamy A. The prevalence of congenital uterine anomalies in unselected and high-risk populations: a systematic review. Hum Reprod Update 2011;17(6):761-71.

DOI: https://doi.org/10.1093/humupd/dmr028. PMID: 21705770; PMCID: PMC3191936.

9. Raga F, Bauset C, Remohi J, Bonilla-Musoles F, Simón C, Pellicer A. Reproductive impact of congenital Müllerian anomalies. Hum Reprod 1997; 12(10):2277-81. DOI: https://doi.org/10.1093/humrep/12.10.2277. PMID: 9402295.
10. Zapardiel I, Alvarez P, Perez-Medina T, Bajo-Arenas JM. Laparoscopic management of a cavitated noncommunicating rudimentary uterine horn of a unicornuate uterus: a case report. J Med Case Rep 2010;4:215. DOI: https://doi.org/10.1186/1752-1947-4-215. PMID: 20642813; PMCID: PMC2918627.
11. Mørk N, Lauszus FF, Agha Krogh RH. Caesarean delivery in a woman with a unicorn uterus and foetal breech presentation. Ugeskr Laeger 2018;180(27):V01180065. Danish. PMID: 29984693.
12. Meneses-Parra AL, Ibáñez-Ujueta DA, Aragón-Mendoza RL, Garzón-Peña PA, Guarnizo-Castillo KN. Embarazo ectópico en cuerno rudimentario izquierdo de útero unicorne con embarazo de 15 semanas: reporte de un caso. Rev Chil Obstet Ginecol 2022;87(1):72-6. DOI: http://dx.doi.org/10.24875/rechog.21000021
13. Hafizi L, Ghomian N. Twin pregnancy in the unicornuate uterus and non-communicating rudimentary horn: A case report. Int J Reprod Biomed 2019;17(1):67-70. DOI: https://doi.org/10.18502/ijrm.v17i1.3822. PMID: 31435582; PMCID: PMC6652159.
14. Fedele F, Bulfoni A, Parazzini F, Levi-Setti PE, Busnelli A. Assisted reproductive technology outcomes in women with congenital uterine anomalies: a systematic review. Arch Gynecol Obstet 2024;310(5):2315-32. DOI: https://doi.org/10.1007/s00404-024-07666-0. PMID: 39227392.

***Nota del Editor:***
***Journal of the Selva Andina Research Society (JSARS)* se mantiene neutral con respecto a los reclamos jurisdiccionales publicados en mapas y afiliaciones institucionales, y todas las afirmaciones expresadas en este artículo pertenecen únicamente a los autores, y no representan necesariamente las de sus organizaciones afiliadas, o las del editor, editores y revisores. Cualquier producto que pueda ser evaluado en este artículo o reclamo que pueda hacer su fabricante no está garantizado ni respaldado por el editor.**