

Manejo de piocolpos durante la gestación: reporte de caso

Laura Johana García Muñoz ^a, Ashly Catalina Gómez Cuervo ^b, Natalia Imbachí Joaquí ^c,
Jaimes Olave Ana María ^d, Jenny Patricia Gómez Bohórquez ^e, Miguel Ángel Montañez Aldana ^f

- a. Estudiante de medicina. Escuela de Medicina, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-1347-2927>
- b. Estudiante de medicina. Escuela de Medicina, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-5825-2983>
- c. Estudiante de medicina. Escuela de Medicina, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-2042-5562>
- d. Estudiante de medicina. Escuela de Medicina, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-8475-1736>
- e. Médico especialista en ginecología. Servicio de Ginecología, E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja. Escuela de Medicina, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-5438-5814>
- f. Médico especialista en ginecología. Servicio de Ginecología, E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja. Escuela de Medicina, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3618-1790>

[10.22517/25395203.25890](https://doi.org/10.22517/25395203.25890)

Resumen

El piocolpos, definido como la acumulación de pus en la vagina, es una complicación ginecológica infrecuente, generalmente relacionada con anomalías del desarrollo mülleriano, las cuales son malformaciones de origen poligénico y multifactorial que afectan a la población femenina, entre las que se incluyen útero bicorne, septado y arcuato. Este artículo presenta el caso de una gestante de 23 años diagnosticada con piocolpos en el contexto de una malformación uterina congénita. La paciente presentaba útero bicorne bicollis, tabique vaginal transverso y agenesia renal izquierda. Durante el embarazo, experimentó dolor suprapúbico y flujo vaginal purulento. Mediante estudios imagenológicos, incluyendo resonancia magnética, se evidenció doble canal endocervical y colección paracervical izquierda, lo que permitió establecer el diagnóstico. Se instauró tratamiento antibiótico y medidas de soporte, con evolución clínica favorable, permitiendo la

finalización electiva del embarazo a las 37 semanas mediante cesárea, sin complicaciones maternas ni neonatales.

Palabras clave: picolpos, *bicollis*, útero bicorne, tabique vaginal transverso, embarazo.

Abstract

Pyocolpos, defined as the accumulation of pus in the vagina, is a rare gynecological complication typically associated with Müllerian developmental anomalies, which are polygenic and multifactorial malformations affecting the female population. These include bicornuate, septate, and arcuate uteri. This article presents the case of a 23-year-old pregnant woman diagnosed with pyocolpos in the context of a congenital uterine malformation. The patient had a bicornuate uterus *bicollis*, a transverse vaginal septum, and left renal agenesis. During pregnancy, she experienced suprapubic pain and purulent vaginal discharge. Imaging studies, including magnetic resonance imaging (MRI), revealed a double endocervical canal and a left paracervical collection, confirming the diagnosis. Antibiotic therapy and supportive measures were initiated, resulting in favorable clinical progress. The pregnancy was electively completed at 37 weeks via cesarean section, without maternal or neonatal complications.

Key words: Pyocolpos, *bicollis*, bicornuate uterus, transverse vaginal septum, pregnancy.

Introducción

Se estima que las anomalías uterinas congénitas afectan alrededor del 6,7% de la población femenina. Estas malformaciones de origen poligénico y multifactorial (1) incluyen condiciones como el útero bicorne *bicollis*, el cual es resultado de una fusión parcial de los conductos de Müller secundaria al fallo en la reabsorción del tabique longitudinal, lo que da lugar a un útero con morfología bicorne. El término *bicollis* hace referencia a la presencia de dos cérvices o canales endocervicales (2,3).

Estas anomalías se han asociado con múltiples complicaciones obstétricas y perinatales, entre ellas anomalías en la adherencia placentaria, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), hipertensión asociada al embarazo, pérdida gestacional recurrente, insuficiencia cervical, presentación pélvica fetal, ruptura prematura de membranas, parto prematuro, nacimiento por cesárea, sangrado ante y posparto. Pueden presentarse complicaciones ginecológicas como sangrado o flujo uterino anormal, hematocolpos, menstruación retrógrada, dolor pélvico e infecciones del tracto genital (3,4). Una

de estas infecciones es el piocolpos, definido como la acumulación de pus en la vagina (5), caracterizado clínicamente por dolor pélvico, secreción vaginal purulenta y formación de una masa pélvica o paravaginal ante la presencia de una hemivagina obstruida (6).

El objetivo de este artículo es presentar el caso clínico de una paciente gestante con anomalía mülleriana (útero *bicollis*), sospecha de tabique vaginal transverso, piocolpos (colección paracervical izquierda) y agenesia renal izquierda, así como analizar el abordaje diagnóstico y terapéutico de estas condiciones.

Caso clínico

Paciente femenina de 23 años, G1P0, cursando embarazo de 21,1 semanas, con antecedente de agenesia renal izquierda. Procedente de Chiquinquirá (Boyacá), remitida al servicio de urgencias del Hospital Universitario San Rafael de Tunja por cuadro clínico de dos semanas de evolución consistente en dolor suprapúbico tipo punzada, no irradiado, acompañado de flujo vaginal amarillento y fétido, sin fiebre ni síntomas irritativos urinarios.

Fue tratada inicialmente con cefalexina y clindamicina, sin mejoría, por lo que consultó nuevamente en su ciudad de origen, donde se realiza ecografía pélvica transvaginal que reporta hallazgos sugestivos de colección supracervical prolapsada a través del canal cervical, motivo de la remisión.

Al examen físico de ingreso: tensión arterial 127/64 mmHg, tensión arterial media de 85 mmHg; frecuencia cardíaca de 97 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 17 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno de 94%, FiO₂ del 21%, temperatura corporal de 36,2 °C, talla de 168 cm, peso de 63 kg e índice de masa corporal de 22,32 kg/m². Paciente hemodinámicamente estable, consciente. A la exploración abdominal: útero grávido y dolor a la palpación en hipogastrio.

Exploración con espéculo: abundante material purulento-sanguinolento en canal vaginal, con abombamiento del fondo de saco. Al tacto vaginal: cérvix lateralizado a izquierda, escaso sangrado y flujo fétido.

Se sospecha una malformación mülleriana con piocolpos en embarazo de 21,1 semanas, con feto en buen estado. Se hospitaliza para iniciar tratamiento antibiótico con ceftriaxona 500 mg IM, azitromicina 1 g v.o., metronidazol 500 mg v.o. cada 12 horas y analgesia con acetaminofén 1 g v.o. cada 12 horas.

En cuanto a los paraclínicos, el hemograma evidenció leucocitosis con leve neutrofilia; la proteína C reactiva fue positiva; el frotis de flujo vagi-

nal fue compatible con vaginosis bacteriana y el cultivo reportó *Escherichia coli* con patrón de sensibilidad usual; las serologías para sífilis, VIH y hepatitis B fueron negativas (Tabla 1).

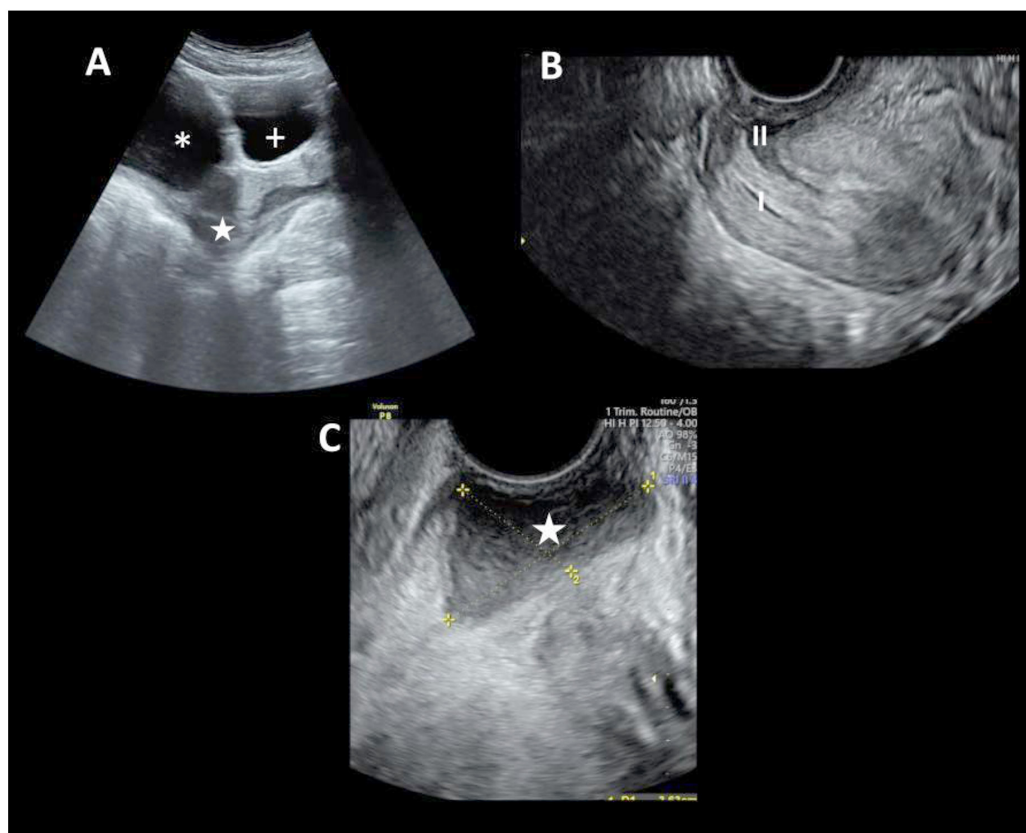
Tabla 1. Reporte de paraclínicos de la primera y segunda estancia hospitalaria

Paraclínico	Primera estancia hospitalaria	Segunda estancia hospitalaria
Hemograma	Leucocitos: 10.810 (71.7%) neutrófilos: 7.730 (71.7%); linfocitos 2.05 (18.9%) monocitos 0.83 (7.6%), eosinófilos 0.15 (1.4%), Hemoglobina 12.1; hematocrito 35.8, plaquetas 362.000	Leucocitos 13.530; neutrófilos 9.770; Linfocitos 2.81; Hemoglobina 12.4; Hematocrito 34.9; Plaquetas 394.000
Antígeno de superficie de hepatitis B	Negativo	
VIH rápida	Negativo	
Prueba rápida Sífilis	Negativo	
Toxoplasmosis	Negativo	
Frotis de flujo vaginal	Células epiteliales: 5–10 por campo; ausencia de células guía; leucocitos: 50 por campo; bacterias ++++; no se observan tricomonas ni blastoconidias; ausencia de pseudomicelios; hematíes: 8–10 por campo; reacción leucocitaria abundante; bacilos grampositivos (<i>Corynebacterium</i>) +; cocos grampositivos ++; bacilos gramnegativos ++. Hallazgos compatibles con vaginosis bacteriana.	Células epiteliales: 10–15 por campo; ausencia de células guía; leucocitos: 2–4 por campo; bacterias ++; blastoconidias +; presencia de pseudomicelios; no se observan tricomonas; polimorfonucleares moderados; lactobacilos ++. Hallazgos compatibles con vaginitis por <i>Candida spp.</i>
Proteína C reactiva cuantitativa	5.00	<0.4
Cultivo de secreción vaginal	<i>Escherichia coli</i> de patrón usual	
Uroanálisis		Color amarillo, aspecto ligeramente turbio, densidad urinaria 1015; pH 5,5; Sangre, bilirrubinas, cetonas, proteínas, nitritos, glucosa: negativos; Leucocitos 2-3 XC, bacterias escasas; células bajas 2-4 XC
Urocultivo		Negativo

En la ecografía obstétrica (Imagen 1) se evidenció feto único vivo, con biometría acorde a 22,4 semanas de gestación y peso fetal estimado de 526 g (percentil 83%). El cérvix se describió heterogéneo, con cervicometría total funcional de 43 mm. A nivel de la región corporal posterior se identificó

una imagen hiperecoica irregular de 28 × 20 mm, sin evidencia de flujo al Doppler.

Imagen 1. Ecografía transvaginal. (A) Corte longitudinal que muestra líquido amniótico (*), vejiga urinaria (+) y colección pélvica adyacente (★), localizada en la región paracervical. (B) Visualización de dos canales endocervicales (I y II), hallazgo sugestivo de duplicación cervical. (C) Imagen ampliada que evidencia colección pélvica (★) de contenido heterogéneo, localizada en relación con el cuello uterino.



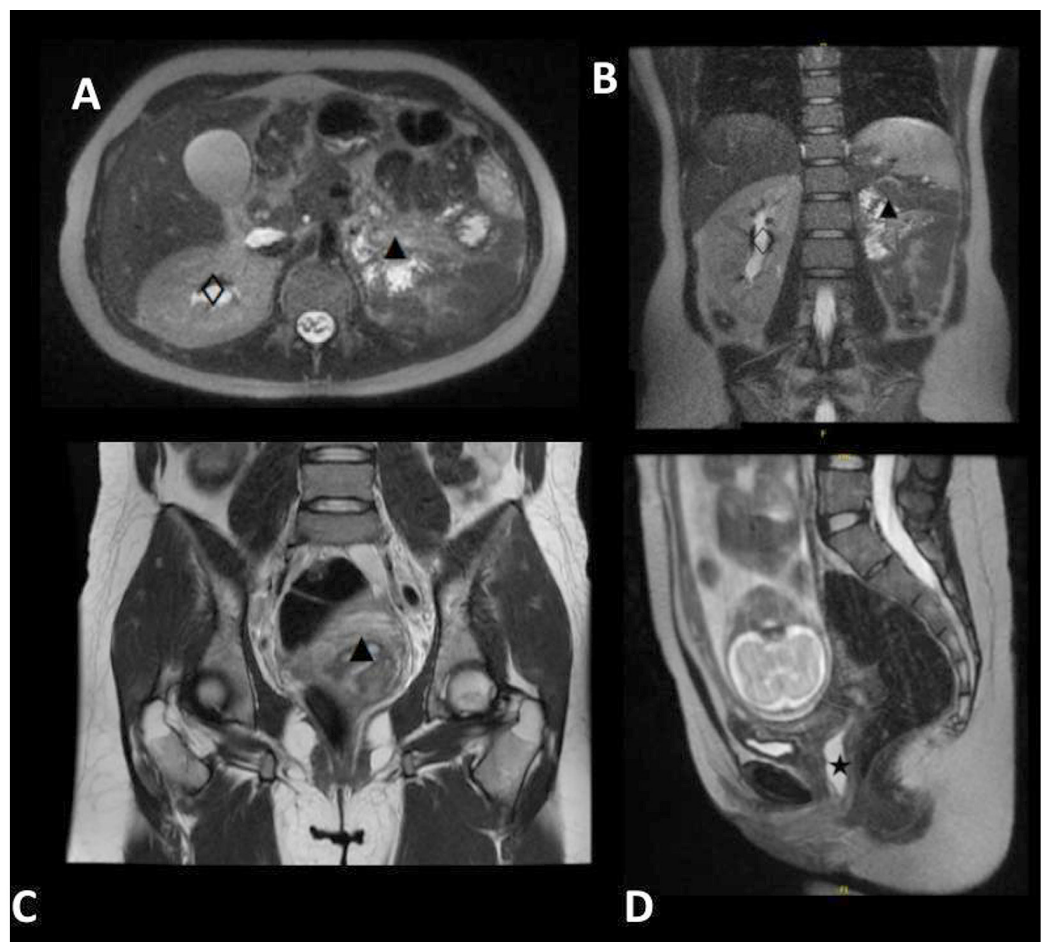
Tras 3 días de tratamiento antibiótico intrahospitalario y evolución clínica favorable, se decidió el alta con metronidazol v.o. hasta completar 7 días. Se realizó control ecográfico ambulatorio a la semana, evidenciando embarazo de 22,3 semanas, cérvix largo y persistencia de la colección, con imagen sugestiva de dos canales endocervicales.

Por antecedente de agenesia renal izquierda y hallazgos ecográficos, se confirmó malformación mülleriana con tabique vaginal transverso. Ante la persistencia del dolor, se decidió manejo intrahospitalario y se solicitó resonancia magnética (RM) abdominopélvica.

La RM evidenció útero grávido con embarazo único, feto en polo cefálico orientado inferiormente y placenta corporal posterior. A nivel del seg-

mento cervical se observó doble cavidad endocervical, sin definición clara del canal vaginal, y una imagen paracervical anterolateral izquierda de 15 × 28 × 35 mm, con un volumen estimado de 9 mL (Imagen 2). Esta lesión fue hiperintensa en secuencia T2 e hiperintensa en FLAIR (Fluid Attenuated Inversion Recovery), lo que sugiere contenido no correspondiente a líquido libre fisiológico, sino a líquido patológico. Asimismo, presentó patrón restrictivo en la secuencia de difusión, asociado a alta celularidad y material espeso, confirmado en el mapa de ADC (Apparent Diffusion Coefficient), hallazgos típicos de abscesos o colecciones purulentas.

Imagen 2. Resonancia magnética abdominopélvica.(A) Corte axial que muestra fosa renal izquierda vacía (▲), compatible con agenesia renal congénita, y riñón derecho (◇) de morfología y realce conservados. (B) Corte coronal que confirma la ausencia del riñón izquierdo en su fosa habitual (▲) y riñón derecho (◇) de tamaño y características conservadas. (C) Corte coronal pélvico que evidencia doble cavidad endocervical (▲) en concordancia con duplicación cervical. Corte sagital pélvico que muestra colección pélvica (★) en relación con el cuello uterino.



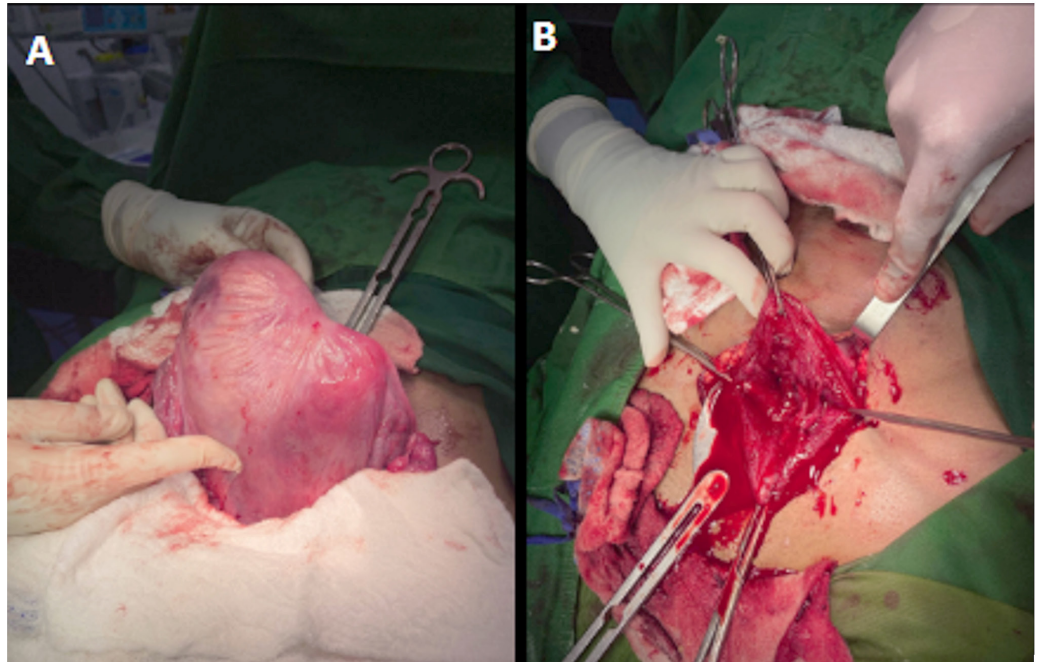
Ante la persistencia de la colección, sin cambios significativos en su tamaño, y con base en el antibiograma que reportó *Escherichia coli* con patrón de sensibilidad habitual, se instauró esquema antibiótico dirigido con ceftriaxona 1 g IV cada 8 horas. Se complementó el manejo sintomático con hioscina 20 mg IV cada 8 horas para el control del dolor visceral y se inició tromboprofilaxis con enoxaparina 40 mg SC cada 24 horas, dada la condición obstétrica y la inmovilidad relativa.

Tras 72 horas de tratamiento, la ecografía transvaginal evidenció disminución del volumen de la colección paracervical a 7 × 4 mm. En el quinto día de estancia hospitalaria, y ante la evolución clínica favorable, se procedió al alta médica con continuación del esquema antibiótico endovenoso en modalidad de hospitalización domiciliaria hasta completar los 7 días, con seguimiento ambulatorio satisfactorio.

En control por consulta externa a las 31,2 semanas de gestación, la paciente se encontraba hemodinámicamente estable, con evidencia de bienestar fetal. Se programó la finalización electiva del embarazo al alcanzar las 37 semanas de gestación.

Se practicó cesárea segmentaria transperitoneal, obteniéndose recién nacida viva de sexo femenino, con peso de 3.450 g, longitud de 51 cm, edad gestacional estimada por método de Ballard de 38 semanas y puntuaciones de Apgar de 8, 9 y 10. El feto se encontraba localizado en el cuerno uterino derecho y se confirmó macroscópicamente la presencia de útero bicorne (Imagen 3A y 3B).

Imagen 3. Hallazgos intraoperatorios. (A) Extracción dirigida de placenta y membranas ovulares, con revisión y limpieza de la cavidad uterina. (B) Visualización intraoperatoria de tabique uterino grueso, avascular y no sangrante, que divide la cavidad en compartimentos derecho e izquierdo.



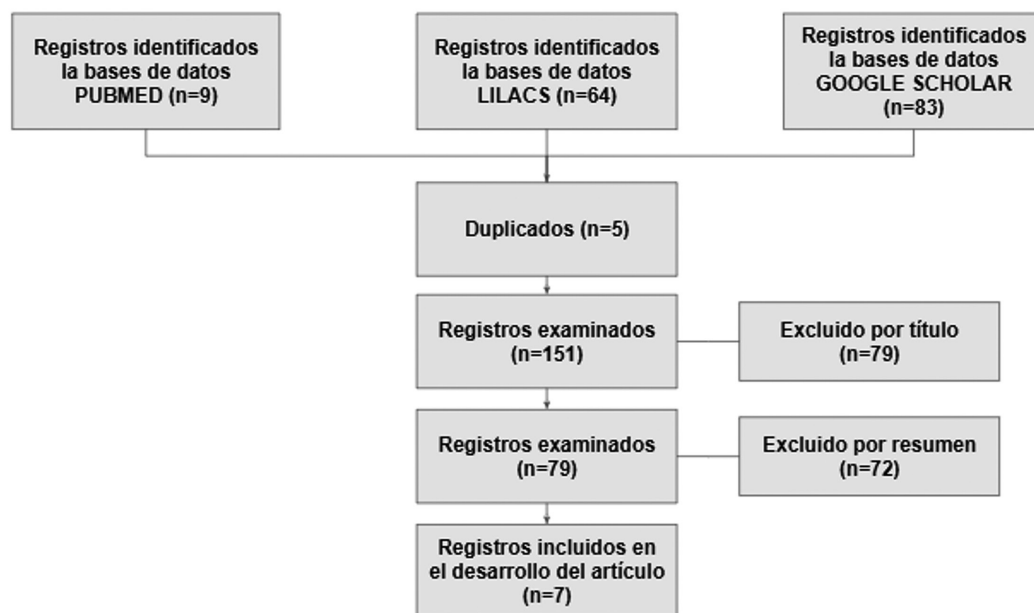
La paciente permaneció en observación durante 48 horas, en vigilancia del puerperio inmediato, con evolución postoperatoria adecuada y sin complicaciones.

Discusión

Para el desarrollo del presente artículo se realizó una búsqueda sistemática en las bases de datos PubMed, LILACS y Google Scholar, considerando artículos en inglés y español. Las palabras clave utilizadas fueron: “pyocolpos AND pregnancy” y “pyocolpus AND pregnancy”. La búsqueda incluyó artículos publicados desde 1960 hasta la fecha de la última consulta (julio de 2025). Inicialmente se obtuvieron 156 resultados, de los cuales se excluyeron 5 duplicados y posteriormente se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión.

Los artículos incluidos en la revisión correspondieron a mujeres en gestación con piocolpos coexistentes. Se excluyeron los estudios que analizaron tratamiento de vaginitis, vaginosis sin piocolpos y piocolpos sin gestación coexistente. Se diseñó un flujograma (Figura 1) que resume el proceso de selección de los artículos.

Figura 1. Flujograma



La revisión de la literatura sobre piocolpos coexistente con la gestación reveló siete casos reportados, siendo el primero en 1960 y el más reciente en 2020. Cabe destacar que ninguno de estos casos fue documentado en Latinoamérica.

El piocolpos, definido como la acumulación de pus en la vagina, es una complicación ginecológica infrecuente, particularmente durante el embarazo, y se encuentra relacionada con anomalías del desarrollo mülleriano (AUM).

Las AUM afectan aproximadamente al 5% de la población femenina. Sin embargo, en mujeres con problemas reproductivos, la prevalencia oscila entre el 3,4% y el 18,2%, alcanzando el 8% en aquellas con antecedentes de infertilidad y hasta el 18,2% en aquellas con abortos recurrentes (7,8).

Según análisis previos (9), basados en la revisión de múltiples series sobre defectos müllerianos, la distribución de las AUM es la siguiente: útero bicorne (46%; 9% completo y 37% parcial), siendo la anomalía más común; útero septado (22%; 9% completo y 13% parcial); útero arqueado (15%); útero didelfo (11%); útero unicornio (4,5%) y agenesis mülleriana (4%). Dada la asociación entre el útero bicorne y la insuficiencia cervical, se recomienda evaluar ecográficamente la longitud cervical durante la gestación (10).

De acuerdo con el sistema de clasificación de defectos müllerianos de la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (2021), el caso presentado corresponde a un útero bicorne bicollis (11) y, según la clasificación conjunta

de la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología y la Sociedad Europea de Endoscopia Ginecológica, se categoriza como U3C2V3 (12).

El diagnóstico de las anomalías müllerianas se basa principalmente en estudios de imagen, siendo la resonancia magnética (RM) la prueba de elección por su alta precisión. Esta permite diferenciar entre patologías ginecológicas congénitas, inflamatorias y tumorales, así como caracterizar el canal endometrial y cervical. La ecografía transvaginal también constituye una herramienta accesible (13). En este caso, ambos métodos contribuyeron al diagnóstico definitivo: inicialmente mediante ecografía y posteriormente con confirmación por RM.

Las pacientes con AUM presentan mayor riesgo de otras anomalías congénitas, incluyendo alteraciones renales, esqueléticas, cardíacas, de la pared abdominal y hernias inguinales. En particular, las anomalías renales son unilaterales y están presentes en el 20–30% de las pacientes con defectos müllerianos. La agenesia renal unilateral se ha asociado con hemiútero obstruido, tabiques vaginales transversos y hemivagina obstruida ipsilateral. Las pacientes con hemivagina obstruida pueden presentar una microcomunicación con la hemivagina permeable, lo que favorece la acumulación de secreciones y conlleva a la formación de piocolpos (14,15), como ocurrió en esta paciente.

Aunque la mayoría de las pacientes con útero bicorne presentan embarazos sin complicaciones y resultados similares a los de la población general, algunas pueden experimentar pérdidas gestacionales recurrentes. En tales casos, la reunificación uterina puede considerarse tras descartar otras causas (16). En el presente caso, el diagnóstico se estableció durante la primera gestación, la cual culminó a término sin complicaciones.

El tratamiento del piocolpos durante la gestación no está estandarizado debido a su baja incidencia. Los casos reportados, junto con sus respectivos enfoques terapéuticos, fueron organizados y presentados en la tabla 2. De los siete casos encontrados, dos fueron manejados con drenaje por aspiración con aguja, uno de los cuales requirió una nueva aspiración, y cinco con drenaje por incisión, incluyendo un caso con inserción de catéter de Foley en el sitio de incisión. En nuestro caso, se realizó tratamiento médico dirigido con ceftriaxona intravenosa, con evolución clínica favorable y disminución de la colección, por lo que no fue necesario el drenaje quirúrgico al finalizar el esquema terapéutico (Tabla 2).

Tabla 2. Casos reportados de piocolpos durante la gestación y su manejo terapéutico

Caso	1	2	3	4	5	6	7	8
Año de publicación	1960	1992	2008	2013	2015	2018	2020	Presente caso
Edad	28	18	23	33	27	16	33	23
Edad gestacional al diagnóstico	24	9	10	11	27	18	17	21
Clínica	Dolor abdominal, dispareunia, amenorrea	Secreción vaginal purulenta, dolor pélvico y masa	Secreción vaginal purulenta, dolor pélvico, sangrado vaginal y masa	Secreción vaginal purulenta, dolor pélvico y masa	Secreción vaginal purulenta, dolor pélvico, dolor pélvico, emesis y masa	Secreción vaginal purulenta, dolor pélvico, dolor lumbar y masa	Secreción vaginal purulenta, dolor pélvico y masa	Dolor suprapúbico, flujo vaginal purulento y masa.
Patógenos	<i>Bacilos gramnegativos</i>	<i>Streptococcus y Klebsiella spp</i>	No identificado	<i>Pediococcus</i>	No identificado	<i>Staphylococcus hemolyticus</i>	<i>Fusobacterium y Actinomyces</i>	<i>Escherichia coli</i>
Malformaciones concomitantes	Estenosis vaginal adquirida	Útero didelfo, hemivagina obstruida	Útero didelfo, hemivagina obstruida y agenesia renal ipsilateral	Útero didelfo, hemivagina obstruida	Útero didelfo, hemivagina obstruida	Útero didelfo, agenesia renal izquierda	Útero didelfo, hemivagina obstruida	Útero bicorne, bicollis, tabique vaginal transverso, agenesia renal ipsilateral
Tratamiento	Quirúrgico: drenaje manual con disección digital del absceso vaginal mediante apertura del tejido cicatricial. Médico: antibiótico (300.000 U de penicilina acuosa cada 6 horas, 150 mg de tetraciclina intramuscular cada 4 horas).	Quirúrgico: incisión y drenaje a las 21 semanas de EG. Médico: 2g de ampicilina cada 6 h) Durante 10 días;	Quirúrgico: escisión de la pared vaginal y drenaje bajo anestesia de 100 cc de pus.	Quirúrgico: Resección de la pared vaginal y drenaje continuo mediante inserción de catéter Foley. Médico: antibiótico 1,5 g IV cada 8 h.	Quirúrgico: Incisión y drenaje de 1000 cc	Quirúrgico: Aspiraciones repetidas con aguja (200 cc)	Quirúrgico: Aspiración con aguja a las 17 semanas de gestación, escisión parcial de la pared vaginal y drenaje de 1000 cc a las 23 semanas de gestación.	Médico: ceftriaxona 500 mg IM, azitromicina 1g VO, metronidazol 500 mg v.o. cada 12 horas por 3 días
Tipo de nacimiento	Parto vaginal instrumentado por distocia fetal.	Cesárea electiva	Parto vaginal	Cesárea electiva	Parto vaginal	Cesárea por distocia.	Cesárea por distocia	Cesárea electiva
Resultado del embarazo	Parto pretérmino 24 semanas y muerte fetal intrauterina.	Término	Término	Término	Término	Parto pretérmino por ruptura prematura de membranas a las 36 semanas de gestación	Término	Término
Referencia	Kirkley et al. 1960 (17)	Karpathios et al. 1992 (18)	Rana et al 2008 (19)	Park et al. 2013 (20)	Sahu et al. 2015 (21)	Albulescu et al.2018 (22)	Tangshewinsirikul et al. 2020 (6)	Presente caso

Conclusiones

El abordaje del piocolpos durante la gestación presenta desafíos clínicos debido a su baja incidencia y a la falta de guías de manejo específicas para esta patología. Los casos reportados previamente han requerido, en su totalidad, drenaje quirúrgico. Este caso destaca la relevancia de un adecuado enfoque diagnóstico para seleccionar la medida terapéutica más apropiada en cada paciente, así como la utilidad del tratamiento antibiótico guiado por antibiograma y la adecuada selección de candidatas a intervenciones quirúrgicas. Con una vigilancia adecuada durante el tratamiento médico, los resultados maternos y perinatales parecen ser favorables.

Responsabilidades éticas: Los autores declaran que se obtuvo el consentimiento informado de la paciente para la publicación del caso, preservando su derecho a la privacidad.

Conflictos de intereses: ninguno.

Financiación: autofinanciada

Correspondencia electrónica: miguel.montanez03@uptc.edu.co

Referencias

1. Santos MC, Martín IM, Correa SRE. Hallazgos en resonancia magnética de las malformaciones uterovaginales: datos imprescindibles previos a una intervención quirúrgica. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2015;80(1):84–90.
2. Salazar de Escolero ADR, Flores Paredes RG. Embarazo múltiple en útero didelfo y bicollis: reporte de caso. *Alerta.* 2020;3(2):42–7.
3. Kaur P, Pannu D. Bicornuate uterus. *StatPearls [Internet].* 2023.
4. Mazouni C, Girard G, Deter R, Haumonte JB, Blanc B, Bretelle F. Diagnosis of Müllerian anomalies in adults: evaluation of practice. *Fertil Steril.* 2008;89(1):219–22.
5. Haddad B, Louis-Sylvestre C, Poitout P, Paniel BJ. Longitudinal vaginal septum: a retrospective study of 202 cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1997;74(2):197–9.
6. Tangshewinsirikul C, Dulyaphat W, Diawtipsukon S, Tingthanatikul Y, Satirapod C, Wattanasirichaigoon D. Successful pregnancy outcome in Herlyn-Werner-Wunderlich syndrome with pyocolpos: a case report and literature review. *Clin Case Rep.* 2020;8(11):2217–22.
7. 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.
8. Karunaratne M, Melber DJ, Su HI, Ramos GA. Dicavitary twin pregnancy in patient with bicornuate bicollis uterine anomaly. *Clin Case Rep.* 2023;11(6).
9. Grimbizis GF. Clinical implications of uterine malformations and hysteroscopic treatment results. *Hum Reprod Update.* 2001;7(2):161–74.
10. O'Flynn O'Brien KL, Bhatia V, Homafar M, Gong YY, Winsten MT, Gerber J, et al. The prevalence of Müllerian anomalies in women with a diagnosed renal anomaly. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2021;34(2):154–60.
11. Pfeifer SM, Attaran M, Goldstein J, Lindheim SR, Petrozza JC, Rackow BW, et al. ASRM Müllerian anomalies classification 2021. *Fertil Steril.* 2021;116(5):1238–52.
12. 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.

13. Fuentes Lizarazo M, De Arco Espinosa C. Síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich: presentación de caso y revisión de la literatura. *Rev Colomb Radiol.* 2021;32(1):5518–21.
14. Stassart JP, Nagel TC, Prem KA, Phipps WR. Uterus didelphys, obstructed hemivagina, and ipsilateral renal agenesis: the University of Minnesota experience. *Fertil Steril.* 1992;57(4):756–61.
15. Vercellini P, Daguati R, Somigliana E, Viganò P, Lanzani A, Fedele L. Asymmetric lateral distribution of obstructed hemivagina and renal agenesis in women with uterus didelphys: institutional case series and a systematic literature review. *Fertil Steril.* 2007;87(4):719–24.
16. Kirschner R, Löfstrand T, Mark J. Pregnancy in a non-communicating, rudimentary uterine horn. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1979;58(5):499–501.
17. Kirkley WH, Gilbert JC, McDaniel GC. Six months' gestation complicated by pyocolpos. *Am J Obstet Gynecol.* 1960;80(4):625–7.
18. Karpathios SE, Phylactou M, Drakakis PE. Uterus didelphys and pregnancy: an unusual case in an 18-year-old patient. *Gynecol Obstet Invest.* 1992;33(1):51–3.
19. Rana R, Pasrija S, Puri M. Herlyn-Werner-Wunderlich syndrome with pregnancy: a rare presentation. *Congenit Anom (Kyoto).* 2008;48(3):142–3.
20. Park TC, Lee HJ. Pregnancy coexisting with uterus didelphys with a blind hemivagina complicated by pyocolpos due to *Pedococcus* infection: a case report and review of the published reports. *J Obstet Gynaecol Res.* 2013;39(7):1276–9.
21. Sahu M. Pregnancy with uterine didelphys with obstructed hemivagina and pyocolpos. *J Clin Diagn Res.* 2015.
22. Albulescu DM, Ceașescu AE, Sas LM, Comănescu MC, Constantin C, Tudorache Ș. The Herlyn-Werner-Wunderlich triad (OHVIRA syndrome) with good pregnancy outcome: two cases and literature review. *Rom J Morphol Embryol.* 2018;59(4):1253–62.