



Manejo a longo prazo da Síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich: um relato de caso

Maria Alice Vieira de Freitas, Maria Eduarda Galdino Palmério, Guilherme Takeo Almeida Konisi, Luiz Felipe Neves Frazão



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n12p550-562>

Artigo recebido em 28 de Outubro e publicado em 8 de Dezembro de 2025

Relato de caso

RESUMO

A Síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich (SHWW), uma rara malformação congênita mülleriana caracterizada por útero didelfo, hemivagina obstruída e agenesia renal ipsilateral, representa um desafio terapêutico. Apresentamos o caso de uma paciente nulípara de 18 anos, diagnosticada aos 11 anos, que manifestou dor pélvica crônica e hematocolpos recorrente (lado esquerdo) apesar da supressão hormonal (desogestrel) e de quatro procedimentos cirúrgicos prévios de drenagem (2018, 2019, Jun/2024, Nov/2024). A refratariedade do quadro foi evidenciada pelo volume extremo do hematocolpos recorrente (567,8 mL em Nov/2024), que levou à decisão de tratamento definitivo. Em fevereiro de 2025, a paciente foi submetida à Histerectomia Subtotal de Hemi-Útero Esquerdo + Anexectomia Esquerda. O procedimento resultou em melhora significativa da dor crônica e da qualidade de vida, preservando o hemi-útero e o ovário direitos para potencial fertilidade futura. Contudo, o acompanhamento pós-operatório revelou complicações, como candidíase recorrente e um achado ultrassonográfico de hematometra residual (5 mL) no coto cervical remanescente. Este relato enfatiza a necessidade de individualização do manejo da SHWW, onde a cirurgia ablativa, apesar de reservada, pode ser essencial para pacientes com sintomas refratários e morbidade significativa. O caso sublinha a importância do monitoramento rigoroso e do cuidado multidisciplinar.

Palavras-chave: Anomalia congênita, Cirurgia, Ginecologia, Útero didelfo.

Long-Term Management of Herlyn-Werner-Wunderlich Syndrome: A Case Report

Abstract

Herlyn-Werner-Wunderlich Syndrome (HWWS), a rare congenital Müllerian malformation characterized by uterus didelphys, obstructed hemivagina, and ipsilateral renal agenesis, presents a therapeutic challenge. We report the case of an 18-year-old nulliparous patient, diagnosed at age 11, who experienced chronic pelvic pain and recurrent hematocolpos (left side) despite hormonal suppression (desogestrel) and four previous surgical drainage procedures (2018, 2019, Jun/2024, Nov/2024). The refractory nature of the condition was evidenced by the extreme volume of recurrent hematocolpos (567.8 mL in Nov/2024), which prompted the decision for definitive treatment. In February 2025, the patient underwent Subtotal Hysterectomy of the Left Hemi-Uterus + Left Adnexectomy. The procedure resulted in significant improvement in chronic pain and quality of life, preserving the right hemi-uterus and ovary for potential future fertility. However, postoperative follow-up revealed complications, including recurrent candidiasis and an ultrasound finding of residual hematometra (5 mL) in the remaining cervical stump. This report emphasizes the need for individualized HWWS management, where ablative surgery, although reserved, may be essential for patients with refractory symptoms and significant morbidity. The case underscores the importance of rigorous monitoring and multidisciplinary care.

Keywords: Congenital Anomaly, Surgery, Gynecology, Uterus Didelphys.

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 In](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)



Introdução

A Síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich (SHWW) é uma malformação urogenital congênita rara decorrente de alterações embriológicas nos ductos müllerianos e mesonéfricos. Descrita inicialmente por Herlyn e Werner em 1971 e posteriormente associada ao útero didelfo por Wunderlich em 1976, a SHWW é caracterizada pela tríade de útero didelfo, hemivagina obstruída por um septo vaginal e agenesia renal ipsilateral (Siu et al., 2019). A condição, também conhecida como síndrome OHVIRA (Obstructed Hemivagina and Ipsilateral Renal Anomaly), apresenta desafios diagnósticos devido à sua raridade e à inespecificidade dos sintomas iniciais, que frequentemente se manifestam após a menarca (Siu et al., 2019; Paz-Montañez; Gaitán-Guzmán; Acosta-Aragón, 2020).

A prevalência exata da SHWW permanece incerta devido à sua raridade e à subnotificação. Estima-se que as anomalias müllerianas obstrutivas, incluindo a SHWW, tenham uma incidência de 0,1% a 3,8% na população feminina (García Peñalver et al., 2019). A SHWW representa cerca de 5% de todas as anomalias müllerianas. A prevalência relatada varia entre 2-3% em mulheres férteis, com uma incidência estimada de 1:200 a 1:600. A condição é mais frequentemente diagnosticada na adolescência, após a menarca, embora casos raros tenham sido identificados no período neonatal ou na idade adulta. A agenesia renal ipsilateral ocorre em até 43% dos casos de anomalias müllerianas, sendo o lado direito duas vezes mais acometido. A falta de dados populacionais amplos limita a compreensão da distribuição geográfica ou étnica da síndrome (Del Vescovo et al., 2012; Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2013; García Peñalver et al., 2019).

A SHWW resulta de uma falha na fusão dos ductos müllerianos durante a oitava semana de gestação, associada a anomalias no desenvolvimento dos ductos mesonéfricos. Essa disrupção embriológica leva à formação de um útero didelfo, uma hemivagina obstruída por um septo vaginal longitudinal ou transversal e agenesia renal ipsilateral. Estudos sugerem que genes reguladores do desenvolvimento uterino, como os genes Hox e Wnt, podem estar envolvidos na organogênese uterina, embora mutações específicas não tenham sido consistentemente associadas à SHWW. A etiologia exata permanece desconhecida, mas a associação com outras malformações

renais, como displasia renal ou duplicação ureteral, reforça a hipótese de um defeito combinado nos sistemas mülleriano e mesonéfrico (Ahualli et al., 2011; Berni Clebsch et al., 2012; Siu et al., 2019; Monzón Castillo et al., 2019; Paz-Montañez; Gaitán-Guzmán; Acosta-Aragón, 2020).

A patogênese da SHWW está diretamente relacionada à obstrução da hemivagina, que impede o fluxo menstrual de um dos cornos uterinos, resultando em hematocolpo, hematométrio ou hematossalpinge. A obstrução pode ser parcial ou completa, dependendo da configuração do septo vaginal. O acúmulo de sangue menstrual na hemivagina obstruída leva à distensão dos tecidos, causando dor pélvica cíclica e, em casos prolongados, complicações como refluxo tubário retrógrado, endometriose e aderências pélvicas. A agenesia renal ipsilateral reflete a falha no desenvolvimento do ducto mesonéfrico, que é essencial para a formação do rim. Aproximadamente 75% das pacientes com útero didelfo apresentam um septo vaginal, que contribui para a obstrução característica da SHWW (Paz-Montañez et al., 2020; Fontana et al., 2024).

A apresentação clínica da SHWW é geralmente assintomática até a menarca, quando a obstrução da hemivagina causa sintomas como dismenorreia intensa, dor pélvica cíclica, massa pélvica palpável e, menos comumente, dispareunia ou corrimento mucopurulento. Em alguns casos, a menstruação pode parecer normal devido ao fluxo menstrual pela hemivagina não obstruída, o que contribui para atrasos diagnósticos. Complicações como hematocolpo, hematométrio, hematossalpinge, endometriose e infecções pélvicas são frequentes em diagnósticos tardios. Casos raros podem apresentar sintomas neonatais, como massa abdominal, ou serem diagnosticados na idade adulta devido a infertilidade ou perdas gestacionais recorrentes. A evolução da doença sem tratamento pode levar a complicações graves, incluindo infertilidade e dor crônica (Vázquez Gómez et al., 2021; Paz-Montañez et al., 2020; Fontana et al., 2024).

O diagnóstico da SHWW é baseado em exames de imagem, sendo a ressonância magnética (RM) o padrão-ouro devido à sua alta sensibilidade na identificação de útero didelfo, hemivagina obstruída e agenesia renal. A ultrassonografia pélvica é frequentemente utilizada como exame inicial por sua acessibilidade e baixo custo, embora tenha menor sensibilidade. A tomografia computadorizada pode ser útil em casos de emergência, mas é menos específica. A laparoscopia diagnóstica é reservada

para casos de dúvida diagnóstica ou para confirmação intraoperatória. A suspeita clínica deve ser elevada em adolescentes com dor pélvica e agenesia renal unilateral, especialmente se associada a dismenorreia. Diagnósticos diferenciais incluem outras anomalias müllerianas, cistos ovarianos e endometriomas (Vázquez Gómez et al., 2021; Paz-Montañez et al., 2020; Fontana et al., 2024).

O tratamento da SHWW é primariamente cirúrgico, com o objetivo de ressecar o septo vaginal e drenar a hemivagina obstruída, aliviando os sintomas e prevenindo complicações. A septectomia vaginal, realizada por via vaginal ou laparoscópica, é o procedimento de escolha, frequentemente complementado por marsupialização para evitar reestenose. Em casos de infecção pélvica ou hematossalpinge, antibioticoterapia de amplo espectro e drenagem podem ser necessárias. Em adolescentes, medidas temporárias, como supressão menstrual com contraceptivos hormonais, podem ser usadas para adiar a cirurgia até a maturação do trato genital. A laparoscopia é indicada em casos complexos ou com suspeita de endometriose. A preservação da função renal remanescente é essencial, exigindo acompanhamento nefrológico (Ahualli et al., 2011; Berni Clebsch et al., 2012; Siu et al., 2019; Monzón Castillo et al., 2019; Paz-Montañez; Gaitán-Guzmán; Acosta-Aragón, 2020; Vázquez Gómez et al., 2021; Paz-Montañez et al., 2020; Fontana et al., 2024).

O prognóstico da SHWW é geralmente favorável com diagnóstico e tratamento precoces. A ressecção do septo vaginal resulta em alívio sintomático completo na maioria dos casos, com aproximadamente 80% das pacientes mantendo a capacidade de conceber. No entanto, complicações como trabalho de parto prematuro (22%) e aborto espontâneo (74%) são mais frequentes em pacientes com SHWW. Diagnósticos tardios aumentam o risco de endometriose, aderências pélvicas e infertilidade. A monitorização a longo prazo é recomendada para avaliar a função reprodutiva e prevenir complicações renais secundárias à agenesia unilateral. A educação médica contínua é crucial para melhorar o reconhecimento precoce da síndrome e otimizar os desfechos clínicos (Ahualli et al., 2011; Berni Clebsch et al., 2012; Siu et al., 2019; Monzón Castillo et al., 2019; Paz-Montañez; Gaitán-Guzmán; Acosta-Aragón, 2020; Vázquez Gómez et al., 2021; Paz-Montañez et al., 2020; Fontana et al., 2024).

Diante disso, o presente estudo visa apresentar um caso de SHWW com abordagem cirúrgica para correção.

Apresentação do caso

Uma paciente de 18 anos, nulípara, foi encaminhada ao ambulatório de gineco-endocrinologia para acompanhamento de rotina da Síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich (SHWW), diagnosticada aos 11 anos após a menarca em 2018. A história médica da paciente é notável pela agenesia renal à direita e útero didelfo, achados confirmados por ultrassonografia pélvica e ressonância magnética (RM). Sua apresentação inicial, aos 11 anos, envolveu dor pélvica intensa e hematocolpos, que necessitou de laparotomia para drenagem em 2018. Recorrências subsequentes do hematocolpos exigiram procedimentos adicionais de drenagem em 2019, junho de 2024 e novembro de 2024.

Histórico Clínico

A menarca ocorreu aos 11 anos, com ciclos menstruais mantidos irregulares devido ao uso contínuo de terapia com progestágenos (desogestrel). A estreia sexual da paciente ocorreu aos 17 anos, com relatos de dispareunia de penetração esporádica. Ela negou alergias, transfusões prévias ou comorbidades, exceto pelas intervenções relacionadas à SHWW. A história familiar relevante inclui hipertensão materna, fibromialgia e traço falciforme. No período de 2018 a 2024, a paciente teve múltiplas internações hospitalares por exacerbação da dor pélvica e recorrência de hematocolpos. Os estudos de imagem revelaram consistentemente útero didelfo com hematocolpos e hematometra no corno esquerdo.

Uma RM pélvica realizada em dezembro de 2021 descreveu dois cornos uterinos (direito: 6,2×2,2×2,5 cm, volume 18 mL; esquerdo: 6,0×3,5×3,1 cm, volume 34 mL) separados por um septo de tecido conjuntivo, com o corno e a vagina à esquerda distendidos por conteúdo hemorrágico. Uma ultrassonografia transvaginal (USTV) em janeiro de 2024 confirmou uma coleção paravaginal à esquerda (5,2×3×2,5 cm, volume 20 mL), sugestiva de hematocolpos contido por um septo vaginal. O ultrassom pélvico de novembro de 2024 identificou uma grande coleção pélvica (14,2×9,5×7,9 cm, volume 567,8 mL), provavelmente um hematocolpos volumoso, causando deslocamento de estruturas pélvicas.

Os sintomas persistentes da paciente englobavam dor pélvica crônica, dismenorrea grave e sangramento menstrual intenso, refratários ao tratamento com analgésicos comuns (paracetamol, ibuprofeno, tramadol) e antifibrinolíticos (ácido tranexâmico). Tal refratariedade resultou em visitas frequentes ao pronto-socorro, especialmente no pós-operatório dos procedimentos de drenagem. Avaliações laboratoriais revelaram anemia microcítica hipocrômica (hemoglobina 10 g/dL, hematócrito 28,8%, VCM 76,8 fL em janeiro de 2025), que foi tratada com sulfato ferroso. Uma infecção do trato urinário por *E. coli* em novembro de 2024 foi tratada com trimetoprima-sulfametoxazol.

Manejo clínico e cirúrgico

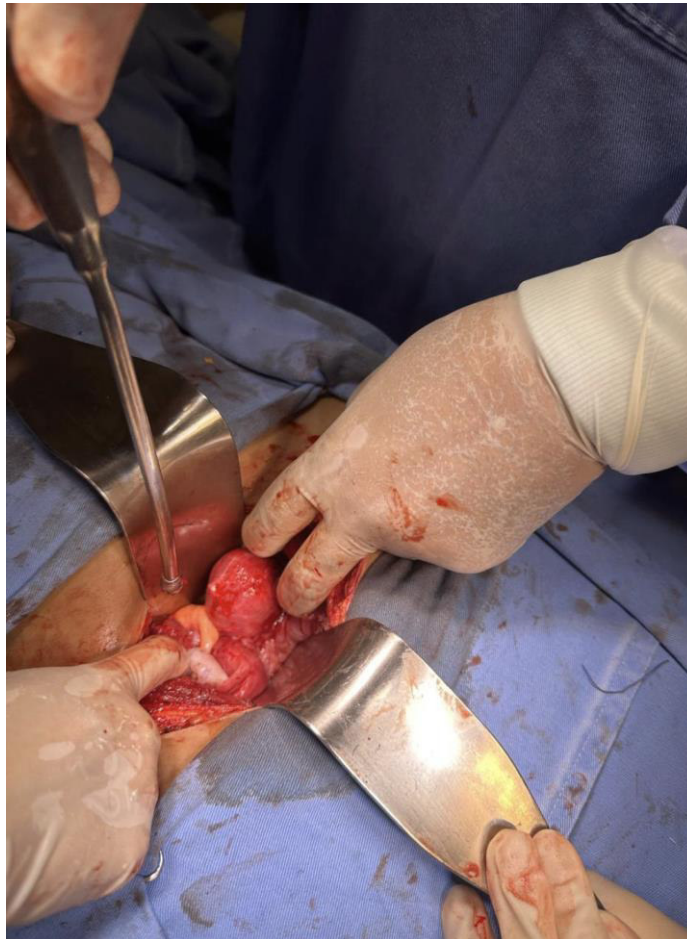
O manejo inicial envolveu supressão hormonal com desogestrel para minimizar o fluxo menstrual e a formação de hematocolpos. Apesar da adesão, a paciente apresentou sintomas recorrentes, levando a intervenções cirúrgicas. Os procedimentos de drenagem em 2018 e 2019 incluíram laparotomia e marsupialização do septo vaginal. No entanto, o hematocolpos recorreu, necessitando de drenagens adicionais em 2024. Tentativas de manejo conservador com ácido tranexâmico, anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) e analgésicos proporcionaram alívio temporário.

Em 2024, a paciente expressou desejo por tratamento definitivo devido aos sintomas debilitantes. Após aconselhamento extenso sobre os riscos cirúrgicos, incluindo hemorragia, lesão urinária ou intestinal, e possível conversão para histerectomia total, foi optado por hemi-histerectomia direcionada ao corno uterino esquerdo. Foram discutidos os riscos de complicações obstétricas futuras, como abortamento e prematuridade no hemi-útero direito preservado, bem como a possibilidade de dor pélvica crônica persistente após a cirurgia. A paciente foi encaminhada para avaliação pré-operatória, incluindo USTV e consulta com uma equipe multidisciplinar, para otimizar o planejamento cirúrgico.

O procedimento cirúrgico definitivo foi realizado em 25 de fevereiro de 2025, consistindo em Histerectomia Subtotal de Hemi-Útero Esquerdo + Anexectomia Esquerda (figura 1), visando resolver o quadro de dor e hematocolpo recorrente associado à SHWW. Nos ambulatórios pós cirúrgico, a paciente compareceu referindo boa aceitação alimentar e hídrica, negando febre, náuseas e vômitos, todavia queixou-

se de sensibilidade na região da cicatriz e relatou saída de sangue pelo canal vaginal e secreção amarelada, espessa e sem odor. Em 21 de maio de 2025, foi realizado USTV sendo verificado imagem sugestiva de hematometra. Em aspectos gerais a paciente relatou melhora significativa após a cirurgia.

Figura 1: Histerectomia Subtotal de Hemi-Útero Esquerdo + Anexectomia Esquerda.



Fonte: Os autores.

Recorrência e a transição para o tratamento definitivo

No caso apresentado, o tratamento inicial, que incluiu drenagem e marsupialização do septo vaginal em 2018 e 2019, seguido de supressão menstrual com progestágenos, falhou em impedir a recorrência da obstrução e do subsequente hematocolpos. A refratariedade da condição é demonstrada pelas múltiplas drenagens necessárias (total de quatro, culminando em novembro de 2024) e pelo volume

extraordinário atingido pelo hematocolpos (567,8 mL), um achado que justifica a severidade da obstrução e o risco de comprometimento renal e sepse.

Embora a metroplastia por ressecção do septo seja o procedimento de escolha para a preservação da fertilidade, a falha do manejo conservador e a morbidade crônica (dor pélvica, dismenorreia grave, anemia recorrente) justificaram a decisão pela Histerectomia Subtotal de Hemi-útero Esquerdo e Anexectomia Esquerda. Esta abordagem cirúrgica ablativa é reservada para casos onde o tecido do corno obstruído apresenta extensas alterações secundárias (endometriose, hidrossalpinge) ou quando a paciente opta pela resolução total dos sintomas em detrimento da potencial fertilidade do lado afetado, priorizando o alívio sintomático e a qualidade de vida.

Complicações Pós-Operatórias e Seguimento

O acompanhamento pós-operatório (PO) evidenciou uma melhora significativa da dor crônica, cumprindo o objetivo principal da cirurgia definitiva. No entanto, este caso destaca a importância do monitoramento contínuo por imagem e da atenção às intercorrências infecciosas.

O achado ultrassonográfico de uma coleção de 5 mL, sugestiva de hematometra residual, cerca de três meses após a hemi-histerectomia subtotal, representa uma complicação conhecida do procedimento. Isso ocorre devido à possível persistência de um segmento de tecido endometrial funcional no coto cervical ou na linha de sutura, que pode continuar a sangrar e acumular secreções. A identificação precoce desse achado (embora pequeno) reforça a necessidade de técnicas cirúrgicas meticulosas e do acompanhamento ecográfico rigoroso para prevenir a reobstrução e a dor.

Além disso, a paciente apresentou candidíase vaginal recorrente no PO, um quadro que pode estar associado à manipulação cirúrgica ou a alterações microbianas induzidas pela antibioticoterapia prévia para ITU.

Aspectos Psicossociais

A paciente relatou medo de relacionamentos sexuais devido à dor associada à SHWW, destacando o impacto psicológico da condição. Ela foi encaminhada para suporte psicoterapêutico para abordar ansiedade e mecanismos de enfrentamento. Sua história social indicava um ambiente familiar de apoio, embora enfrentasse desafios com estilo de vida sedentário e hábitos alimentares inadequados, contribuindo para dislipidemia leve (LDL 125 mg/dL em agosto de 2021).

Preservação da Função Reprodutiva

É fundamental ressaltar que a abordagem cirúrgica adotada preservou o útero e o ovário direitos, mantendo a capacidade reprodutiva da paciente. Embora haja riscos de complicações obstétricas (como abortamento e parto prematuro) no hemi-útero remanescente, a paciente foi extensivamente aconselhada sobre os potenciais benefícios desta preservação em comparação com a histerectomia total, equilibrando a melhoria imediata da qualidade de vida com as perspectivas reprodutivas futuras.

Discussão

A SHWW apresenta desafios diagnósticos e terapêuticos significativos devido à sua raridade e complexidade anatômica. A apresentação da paciente está alinhada com as características clássicas da SHWW: útero didelfo, hemivagina obstruída à esquerda e agenesia renal à direita. A recorrência de hematocolpos, apesar da supressão hormonal e drenagem cirúrgica, destaca as limitações do manejo conservador em casos graves. A imagem desempenhou um papel crítico na delimitação da anatomia e na orientação das intervenções. A RM forneceu visualização detalhada das anomalias uterinas e vaginais, enquanto a USTV monitorou o volume e a recorrência do hematocolpos (Vázquez Gómez et al., 2021; Paz-Montañez et al., 2020; Fontana et al., 2024).

O manejo cirúrgico da SHWW geralmente envolve a ressecção do septo vaginal para aliviar a obstrução. No entanto, neste caso, os procedimentos de drenagem repetidos não conseguiram prevenir a reformação do hematocolpos, provavelmente devido à obstrução septal persistente ou caminhos de drenagem inadequados. A decisão pela hemi-histerectomia reflete os sintomas refratários da paciente e sua preferência por tratamento definitivo, equilibrada com considerações de preservação

da fertilidade. O hemi-útero direito preservado apresenta riscos de complicações obstétricas, necessitando de monitoramento próximo em gestações futuras (Ahualli et al., 2011; Berni Clebsch et al., 2012; Siu et al., 2019; Monzón Castillo et al., 2019; Paz-Montañez; Gaitán-Guzmán; Acosta-Aragón, 2020; Vázquez Gómez et al., 2021; Paz-Montañez et al., 2020; Fontana et al., 2024).

A dor pélvica crônica e a anemia da paciente destacam o impacto sistêmico da SHWW. O cuidado multidisciplinar, envolvendo ginecologia, nefrologia e psicologia, foi essencial para atender às suas necessidades complexas. O suporte psicossocial é particularmente crucial, pois a dor crônica e o medo de disfunção sexual podem prejudicar significativamente a qualidade de vida (Güdücü et al., 2012; Alqntash et al., 2025).

Considerações finais

Este relato descreve o manejo de uma apresentação complexa e recorrente da Síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich que, após a falha de múltiplas tentativas de drenagem e supressão hormonal, foi submetida com sucesso à Histerectomia Subtotal de Hemi-útero Esquerdo + Anexectomia Esquerda. O procedimento resultou em significativa melhora da dor pélvica e da qualidade de vida, apesar do pequeno achado pós-operatório de hematometra residual e candidíase. O caso sublinha a necessidade de individualização do tratamento da SHWW e a importância da cirurgia definitiva para pacientes com morbidade crônica e refratariedade às abordagens conservadoras. O acompanhamento a longo prazo e o cuidado multidisciplinar são imperativos para otimizar os resultados e apoiar pacientes com essa condição rara.

Referências

ACOSTA-ARAGÓN, M. A. et al. Síndrome de OHVIRA, a propósito de un caso. **Universidad y Salud**, v. 22, n. 3, p. 288-291, 2020.

AHUALLI, J. et al. Síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich: a propósito de un caso. **RAR**, v. 75, n. 3, p. 203-206, 2011.

ALQNTASH, N. et al. Term Pregnancy in Herlyn-Werner-Wunderlich Syndrome: Successful Management of Congenital Obstructed Hemivagina and Ipsilateral Renal Agenesis (OHVIRA). **Am J Case Rep**, v. 26, e947938, 11 jul. 2025.



BERNI CLEBSCH, R. A.; TABOADA WAGENER, D. W.; BENITEZ ROA, Z. Síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich: reporte de três casos. **Revista Salud Pública Paraguai**, v. 2, n. 2, p. 44-48, 2012.

DEL VESCOVO, R. et al. Herlyn-Werner-Wunderlich syndrome: MRI findings, radiological guide (two cases and literature review), and differential diagnosis. **BMC Medical Imaging**, v. 12, n. 4, 2012. Disponível em: [Insira o DOI ou URL aqui, se aplicável]. Acesso em: [Insira a data de acesso].

FONTANA, V.; ABOUD, G. S.; SABBAJ, L. Herlyn-Werner-Wunderlich syndrome: two case report. **Archivos Argentinos de Pediatría**, v. 122, n. 4, e202310138, 2024.

GARCÍA PEÑALVER, C.; MARÍN PALAZÓN, M.; VERGER KUHNKE, A. B. Retención aguda de orina secundaria a SD de Herlyn Werner Wunderlinch. **Archivos Españoles de Urología**, v. 72, n. 5, p. 530-534, 2019.

GÜDÜCÜ, N. et al. Herlyn-Werner-Wunderlich syndrome--timely diagnosis is important to preserve fertility. **J Pediatr Adolesc Gynecol**, v. 25, n. 5, p. e111-2, out. 2012.

GUTIÉRREZ-MONTUFAR, O. O. et al. Herlyn-Werner-Wunderlich syndrome: case review and report of the literature. **Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología**, v. 72, n. 4, p. 407-422, 2021.

MONZÓN CASTILLO, E. P.; TEJADA MARTÍNEZ, G. Síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich: reporte de un caso. **Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia**, v. 65, n. 2, p. 213-218, 2019.

PABA, M. et al. Síndrome de Herlyn Werner Wunderlich: malformación mülleriana. **Medicina (Buenos Aires)**, v. 81, n. 1, p. 129, 2021.

SIU, A. et al. Síndrome de OHVIRA: características clínicas y complicaciones, nuestra experiencia. **Cirugía Pediátrica**, v. 32, n. 1, p. 11-16, 2019.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. **Protocolos SEGO: anomalías congénitas del útero**. [S.l.]: SEGO, 2013. Disponível em: [Insira o DOI ou URL aqui, se aplicável]. Acesso em: [Insira a data de acesso].

VÁZQUEZ GÓMEZ, J. A. et al. Síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich de diagnóstico neonatal. **Anales de Pediatría (English Edition)**, v. 94, n. 4, p. 263-264, 2021.