

REPORTE DE CASO

ÚTERO DE COUVELAIRE

Dra. Karla Isabel Parodi Turcios¹, Hector Rene Ramirez², Nolvía Aguilar Ponce³,

RESUMEN

El útero de couvelaire es una complicación rara del desprendimiento prematuro de placenta normoinsera caracterizada por infiltración hemática del miometrio debido a la formación de un hematoma retroplacentario. Se presenta el caso de paciente primigesta con Embarazo 28.5 semanas de gestación y óbito fetal quien clínicamente presenta hipertonía uterina y sangrado transvaginal. En el transoperatorio se encuentra útero de couvelaire infiltrado en su totalidad. El útero de couvelaire ocurre cuando el daño vascular placentario causa hemorragia que progresa e invade la pared uterina. El tratamiento del útero de Couvelaire es histerectomía para prevenir hemorragia postparto secundaria a atonía uterina. Palabras Clave: desprendimiento placentario, histerectomía, útero de couvelaire.

ABSTRACT

Couvelaire uterus is a rare complication of premature abruption of normally situated placenta characterized by hematic infiltration of myometrium due to a hematoma behind the placenta. A case of a primigravid patient is presented with 28.5 weeks of gestation and fetal stillbirth who clinically presents hypertonic uterus and vaginal bleeding. During the surgery a totally infiltrated couvelaire uterus is found. Couvelaire uterus occurs when the vascular damage of the placenta causes hemorrhage that progresses and invades the uterine wall. The treatment of couvelaire uterus is hysterectomy to prevent postpartum hemorrhage secondary to atony.

Key Words: placental abruption, hysterectomy, couvelaire uterus

INTRODUCCIÓN

El útero de couvelaire es una complicación rara del desprendimiento prematuro de placenta normoinsera cuyo cuadro clínico consiste en un estado de infiltración hemática del miometrio uterino debido a la formación de un hematoma retroplacentario masivo que no encuentra salida hacia vagina por vía cervical. Su diagnóstico es poco frecuente y la incidencia difícil de estimar ya que se debe diagnosticar por visualización directa o biopsia.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 27 años de edad, primigesta, referida de un hospital regional a la emergencia de Obstetricia del Hospital Escuela Universitario con Embarazo de 28.5SG por FUM y óbito fetal, sin antecedentes personales patológicos y hasta ese momento sin complicaciones durante la gestación. Al momento de su ingreso la paciente refiere historia de dolor obstétrico de un día de evolución por lo cual acude al hospital regional donde no se le ausculta frecuencia cardíaca fetal y se inicia inducción con misoprostol. Al evaluarse en la emergencia al examen físico se ingresa normotensa, con signos vitales dentro de parámetros normales y se detecta AU 2/10+ y cérvix OCE 2cm, OCI 1cm.

Se traslada paciente en Labor y Parto con plan de solicitar exámenes y vigilancia en evolución espontánea hasta tener resultados de exámenes.

Se recibe resultados de hemograma que reporta Hb 7.9 g/dL, Ht 23% y Plaquetas 64,000 y se decide transfundir.

Ocho horas posterior a su ingreso paciente presenta útero hipertónico y cérvix con D1cm, B60% AP-3 sin sangrado transvaginal. Se realiza USG que reporta feto único, sin frecuencia cardíaca fetal, en presentación cefálica, con líquido amniótico disminuido y peso fetal estimado 1600 g. En vista del hallazgo clínico de hipertonía uterina se sospecha desprendimiento placentario y se decide llevar a sala de operaciones.

Al momento de la cirugía se encuentra útero de couvelaire, infiltrado en su totalidad y necrosis de ovario derecho por lo que se realiza histerectomía abdominal subtotal en bloque y salpingooforectomía derecha. Luego se realiza cirugía de control de daños (empaquetamiento).

Paciente es llevada a sala de operaciones nuevamente 48hrs después de la histerectomía para realizar desempaquetamiento. Se retiran compresas no fétidas y no se evidencia de sangrado. Paciente permanece afebril y con buena evolución postoperatoria. Una semana después de su ingreso se da alta médica.

El estudio histopatológico reporta útero con superficie externa violácea con zonas de infiltración por material hemático, cavidad endometrial con restos placentarios, endometrio con decidua y hemorragia reciente, placenta completa que muestra hemorragia reciente. El reporte histopatológico confirma la infiltración hemática, sin áreas de hiperplacentación.

¹. Medico Especialista en Ginecología y Obstetricia

². Medico Especialista en Ginecología y Obstetricia. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Hospital Escuela Universitario

³. Medico Especialista en Ginecología y Obstetricia. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Hospital Escuela Universitario

DISCUSIÓN

El útero de couvelaire es una entidad patológica en la cual hemorragia retroplacentaria penetra la pared uterina. Fue descrita por el científico Couvelaire en 1911 como apoplejía utero-placentaria. Complica aproximadamente 5% de todos los casos de desprendimiento prematuro de placenta. Se desconoce su incidencia precisa porque solo puede demostrarse de manera concluyente por medio de laparotomía.

El útero de couvelaire ocurre cuando el daño vascular placentario causa hemorragia que progresa e invade la pared uterina. Originalmente se creía que era causado por una toxina producida por la placenta al momento de su desprendimiento o causada por obstrucción del flujo venoso. La etiología actual sugiere que al ocurrir desprendimiento prematuro de placenta la hemorragia alcanza la decidua basal, la separa y el hematoma puede permanecer en la decidua o extravasa hacia miometrio. Al invadir miometrio separa las fibras musculares y se extiende hasta la superficie serosa. El miometrio se debilita y puede romperse debido a la presión intrauterina asociada a contracciones uterinas. La extravasación de sangre también se observa en ocasiones por debajo de la serosa de las trompas, en el tejido conectivo de los ligamentos anchos y en la sustancia de los ovarios, así como también en la cavidad peritoneal. El desprendimiento puede ser causado por trauma abdominal materno, sin embargo la mayoría de los casos ocurren en relación a patología placentaria crónica.

Es una de las complicaciones del desprendimiento placentario prematuro en su forma más grave. Dependiendo del grado de separación entre la superficie placentaria y la pared uterina (clasificación de Page), las manifestaciones clínicas evolucionarán según la gravedad. Se iniciaron con el hallazgo de separación incidental en un parto sin complicaciones (grado 0), dolor abdominal leve, hemorragia en menor cantidad, coágulos, pero con feto íntegro (grado I). El grado II corresponde a una separación entre 30 y 50% de la pared placentaria y pared uterina, dolor abdominal, hemorragia interna y externa y afectación del feto con mortalidad del 20-30%. En el grado III se repite este cuadro clínico, pero su diferencia estriba en que es de comienzo abrupto, con afectación materno-fetal importante por anemia y probable choque y muerte del feto en todos los casos.

Macroscópicamente el útero adopta un aspecto moteado violáceo. Histológicamente hay áreas de hemorragia que separan las fibras musculares de la pared uterina. En ocasiones estas fibras se encuentran sumamente afectadas en su vitalidad y capacidad funcional.

Es importante resaltar que no todos los casos de útero de Couvelaire se deben a desprendimiento prematuro de placenta. Un caso descrito recientemente por Shreedevi y colaboradores presenta un diagnóstico de útero de couvelaire en ausencia de desprendimiento de placenta y de otras patologías.

Avery y Wells en su estudio retrospectivamente describieron los hallazgos ultrasonográficos del útero de Couvelaire,

confirmados al momento de la cesárea. Estos hallazgos incluyen hematoma retroplacentario importante y sangrado que diseca hacia el miometrio. En su publicación establecen que el diagnóstico ultrasonográfico de útero de Couvelaire es limitado pero posible.

Por décadas, el tratamiento del útero de Couvelaire era histerectomía para prevenir hemorragia postparto secundaria a atonía uterina. Sin embargo se ha demostrado que el sangrado en miometrio no se asocia a atonía uterina por lo cual, por sí sola, no es indicación de histerectomía. Actualmente no es mandatorio realizar histerectomía ya que de acuerdo al grado de infiltración la condición puede resolver espontáneamente con manejo conservador.



Figura 1. Imagen de útero infiltrado previo a la histerectomía



Figura 2. Imagen de útero infiltrado posterior a la extracción de pieza quirúrgica

BIBLIOGRAFIA

1. Habek D, Selthofer R, Kulas T. Uteroplacental apoplexy (Couvelaire syndrome). *Wien Klin Wochenschr* 2008; 120: 88
2. Rath M, Rath SK, Purohit M y col. *BMJ Case Rep* 2014. doi:10.1136/bcr-2014-204211.
3. Ravindra M, Pukale S, Priya V. Couvelaire uterus – A case report. *IAIM*, 2015; 2(3): 142-145.
4. Serrano-Berrones MA, Serrano-Berrones JR, Centeno-Duran G. Utero de Couvelaire en el puerperio. Reporte de un caso clínico. *Ginecol Obstet Mex* 2014; 82: 496 - 498.
5. Shreedevi K y col. Couvelaire uterus without Placental Abruption. 2014. *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences* 3(38): 9787-9789.
6. Avery DM, Wells MA. Couvelaire uterus as Identified by Ultrasound findings. A Case Report. *The Female Patient* 2008; 33:29-30
7. Baghel S, Rai R, Khumma V. Couvelaire Uterus – A Case Report. *IJSR*, 2015; 4(11): 52-53.