



Útero de Couvelaire en el puerperio. Reporte de un caso clínico

RESUMEN

El útero de Couvelaire es un cuadro clínico excepcional en la Obstetricia moderna que consiste en un estado de infiltración hemática del miometrio uterino debido a la formación de un hematoma retroplacentario masivo que no encuentra salida hacia la cavidad vaginal por vía cervical. En todos los casos descritos existe el antecedente de desprendimiento placentario durante el trabajo de parto o traumatismos y fármacos que condicionan el colapso de la circulación útero placentaria.

Palabras clave: útero de Couvelaire, infiltración hemática, miometrio, hematoma retroplacentario.

Miguel Ángel Serrano-Berrones¹
José Román Serrano-Berrones²
Georgina Centeno-Durán³

¹ Coordinador médico.

² Médico cirujano

³ Residente de segundo año de Ginecología y Obstetricia

Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Ginecología y Obstetricia Dr. Luis Castelazo Ayala, Instituto Mexicano del Seguro Social, México DF.

Couvelaire uterus in puerperium. A case report

ABSTRACT

Couvelaire uterus is rare in modern obstetrics, a state of the hematic infiltration uterine myometrium due to the formation of a massive hematoma retroplacental that can not be sold to the vaginal cavity through the cervical route. In all cases described in the present there is a history of placental abruption during labor or trauma, and drugs that affect the collapse of the uterus-placental circulation

Key words: Couvelaire uterus, Hematic infiltration, Myometrium.

Recibido: 23 de enero 2014

Aceptado: 27 de marzo 2014

Correspondencia

Dr. Miguel Ángel Serrano Berrones
Río Magdalena 289
01090 México DF
miguelsberrones@gmail.com

Este artículo debe citarse como

Serrano-Berrones MA, Serrano-Berrones JR, Centeno-Durán G. Útero de Couvelaire en el puerperio. Reporte excepcional de un caso clínico. Ginecol Obstet Mex 2014; 82:496-498.



CASO CLÍNICO

Paciente de 26 años de edad, con antecedentes ginecoobstétricos de: menarquia a los 11 años de edad, patrón menstrual normal, una pareja sexual aparentemente sana, con uso de preservativo como método de planificación familiar. Primigesta con adecuado control prenatal, al momento del reporte con 40 semanas de gestación. Acudió al servicio de Urgencias de toco cirugía con dolor tipo cólico en la región hipogástrica y lumbar, con dinámica uterina irregular, sin vasoespasmo. Los signos vitales a la exploración fueron: presión arterial 160-100 mmHg, frecuencia cardiaca de 100 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 22 por minuto; temperatura de 36.2°C. Adecuado estado general y palidez de tegumentos. El abdomen con fondo uterino de 32 cm, frecuencia cardiaca fetal de 150 latidos por minuto, con motilidad fetal. Al tacto vaginal el cuello uterino se encontró posterior, largo, dehiscente, blando, sin pérdidas transvaginales. Ingresó a labor y ahí se inició el tratamiento antihipertensivo con dosis máximas. El perfil bioquímico se reportó con parámetros dentro de la normalidad. El embarazo se terminó por vía abdominal, con diagnóstico de preeclampsia severa, sin trabajo de parto. Nació una niña de 3,390 g, Apgar de 6-8, Capurro de 41, talla de 51 cm, líquido amniótico escaso y placenta normal. Tuvo atonía transitoria que revirtió con oxitócicos, sangrado de 1000 cc, uresis de 200 cc. La tensión arterial disminuyó a 90-60 mmHg, frecuencia cardiaca de 70 por minuto, y respiratoria de 20 por minuto. A la exploración física el útero se encontró normotónico, loquios escasos, no fétidos, cifras tensionales estables a dosis máximas, con doble esquema. Luego de transcurridas 12 horas de la cirugía la paciente experimentó dolor abdominal intenso, acompañado de cefalea, mareo y diaforesis, presión arterial de 90-50 mmHg, frecuencia respiratoria de 16 y cardiaca de 98 latidos por minuto; temperatura de 36°C. A la exploración física palidez ++, útero a 3 cm por arriba de la cicatriz umbili-

cal, loquios escasos, no fétidos. El ultrasonido pélvico reportó la existencia de líquido libre en la cavidad, útero de características normales de 19 x 15 x 13 cm, espesor endometrial de 11 mm. El rastreo ultrasonográfico abdominal reportó: parénquima hepático congestivo, sin lesiones focales, ni dilatación de vías biliares, imagen anecoica perihepática, en el espacio de Morrison correderas parietocólicas y fosas iliacas que sugerían la existencia de líquido libre.

La hemorragia obstétrica, el síndrome anémico y el abdomen agudo hicieron necesaria una laparotomía exploradora en la que se encontraron: hemoperitoneo abundante, útero infiltrado en su totalidad de 40 x 30 cm, con múltiples coágulos en el interior, sangrado total de 6,000 cc. Se realizó histerectomía obstétrica, ligadura de arterias hipogástricas y empaquetamiento abdominal tipo Mikulicz. El reporte de patología fue: útero sin anexos de 1650 g de 26 x 18 x 5 cm, miometrio con hemorragia difusa en todo el espesor de las paredes cervical y miometrial (útero de Couvelaire) y con ligamentos anchos, redondos y útero sacro.

DISCUSIÓN

El útero de Couvelaire es un padecimiento que suele asociarse con desprendimiento prematuro de placenta normoinserta o *Abruptio placentae*. Existen varias teorías que tratan de explicar el origen de este padecimiento: hipertonia en la pared uterina que comprime los vasos sanguíneos venosos, con posterior formación de un hematoma que separa la placenta de la pared uterina (dependiendo del tamaño del hematoma o de los coágulos que se formen), lo que a su vez condiciona otra hemorragia que ejerce presión en la pared muscular del útero (dándole ese aspecto de fibras separadas en la microscopia).

El útero de Couvelaire 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 iniciarán con el hallazgo de separación meramente incidental en un parto sin complicaciones (grado 0), dolor abdominal leve, hemorragia en menor cantidad, coágulos, pero con feto íntegro (grado I). El grado III corresponde a una separación de entre 30 y 50% de la pared placentaria y pared uterina, dolor abdominal, coágulos, hemorragia mixta (Interna y externa) y afectación al feto con mortalidad de 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 la añadidura de anemia y probable choque. En todos los casos el feto está muerto.

En la macroscopia, el útero adopta un aspecto moteado. Este padecimiento es poco frecuente y se relaciona con factores ambientales (alcoholismo, tabaquismo, síndrome hipertensión). 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.

CONCLUSIONES

El caso aquí reportado sucedió en el puerperio, sin que se hubiera encontrado el antecedente de desprendimiento placentario, sólo el de atonía uterina y preeclampsia severa. El reporte histopatológico confirmó la infiltración hemática, sin áreas de hiperplacentación o necrosis

del lecho placentario, por lo que la teoría que establecemos es la del sellamiento uterino. El cuello uterino se selló por múltiples coágulos que impidieron el drenaje de los loquios; en consecuencia la acumulación masiva de estos condicionó el aumento de la tensión intrauterina con la consecuente infiltración hemática del miometrio.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. Morikawa M, Yamada T, Cho K, Yamada T, Sato S, Minakami H. Prospective risk of abruptio placentae. *J Obstet Gynaecol Res* 2013;234-236.
2. Alexander JM, Wortman AC. Intrapartum hemorrhage. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2013;40:15-26.
3. Tikkanen M. Placental abruption: epidemiology, risk factors and consequences. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2011;90:140-149.
4. Hossain N, Khan N, Sultana SS, Khan N. Abruptio placenta and adverse pregnancy outcome. *J Pak Med Assoc* 2010;60:443-446.
5. Sinha P, Kuruba N. Ante-partum haemorrhage: an update. *J Obstet Gynaecol* 2008;28:377-381.
6. Palomino MA, Chaparro MJ, de Elvira MJ, Curiel EB. Recombinant activated factor VII in the management of massive obstetric bleeding. *Blood Coagul Fibrinolysis* 2006;17:226-227.
7. Morikawa M, Cho K, Yamada T, Yamada T, Sato S, Minakami H. Do uterotonic drugs increase risk of abruptio placentae and eclampsia? *Arch Gynecol Obstet* 2013;29:348-352.
8. Luley T, Fitzpatrick CB, Grotegut CA, Hocker MB, Myers ER, Brown HL. Perinatal implications of motor vehicle accident trauma during pregnancy: identifying populations at risk. *Am J Obstet Gynecol* 2013;208:466-470.
9. Markhus VH, Rasmussen S, Lie SA, Irgens LM. Placental abruption and premature rupture of membranes. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2011;90:1024-1029.
10. Walker M, Whittle W, Keating S, Kingdom J. Sonographic diagnosis of chronic abruption. *J Obstet Gynaecol Can* 2010;32:1056-1058.