Caso clínico
Ginecol Obstet Mex. 2018 mayo;86(5):351-356.

Útero de Couvelaire, consecuencia del desprendimiento prematuro de placenta normoinserta. Reporte de un caso

Couvelaire uterus, consequence of premature placental detachment. A case report

Flor de María Rubí-Palacios,[1] Adoni Josué Duarte-Pineda,[2] Ana Lucía Barón-Salgado,[3] Isaac Heriberto Vásquez-Tercero,[3] Cristhian Johan Zelaya-Guido[3]

Resumen

ANTECEDENTES: El útero de Couvelaire, o apoplejía uteroplacentaria, es una infiltración hemática del miometrio uterino debida a la formación de un hematoma retroplacentario masivo. El útero de Couvelaire es una de las complicaciones más severas del desprendimiento prematuro de placenta; aparece en 0.4 a 1% de los embarazos.

CASO CLÍNICO: Paciente de 26 años de edad, primigesta, con 37 semanas de gestación y seis días establecidos por la fecha de la última menstruación, procedente de La Esperanza, Intibucá, Honduras. La paciente llegó al hospital con amaurosis, cifras tensionales elevadas, preeclampsia atípica y óbito extrahospitalario, con grado de maceración I. La paciente tuvo convulsiones, sin mayores datos. Al examen físico tuvo: presión arterial de 130-100 mmHg, Glasgow 10-15, frecuencia cardiaca fetal 0 lpm, altura de fondo uterino de 34 cm, dilatación del cuello uterino de 10 cm, altura de presentación +1 y presentación cefálica. Exámenes de laboratorio: proteinuria cualitativa +++, leucocitosis con predominio neutrofílico y creatinina aumentada. Los tiempos de coagulación se reportaron anormales. La paciente se recibió inestable en el servicio de Urgencias, por útero hipotónico. En la laparotomía exploradora se encontró al útero aumentado de tamaño, flácido, con infiltración de 90%, con predominio del lado izquierdo, diagnóstico compatible con útero de Couvelaire.

CONCLUSIÓN: Los hallazgos de útero de Couvelaire son excepcionales y deben tenerse en cuenta porque pueden resultar en mortalidad materna o fetal.

PALABRAS CLAVE: Útero de Couvelaire; apoplejía uteroplacentaria; miometrio uterino; desprendimiento de placenta; hematoma retroplacentario.

Abstract

BACKGROUND: Couvelaire uterus or uteroplacental apoplexy is a blood infiltration of the uterine myometrium due to the formation of a massive retroplacental hematoma. Couvelaire uterus is one of the most severe complications in placental detachment occurring in 0.4 to 1% of pregnancies.

CLINIC CASE: 26-year-old female patient, primigravida, with 37 weeks and six days given by her last menstruation day, from La Esperanza, Intibucá, Honduras. The patient presented amaurosis, high tension figures and extrahospitalary fetal death with maceration grade 1. Her mother refers the patient had seizures but she doesn't know the data. In the physical examination the patient had a blood pressure of 130/100 mmhg, glasglow 11/15, fetal heart rate of 0 bpm, uterine fundus height of 34 cm, cervix dilation of 10 cm, presentation height +1, and cephalic presentation. Laboratory tests included qualitative proteinuria +++, leukocytosis with neutrophilic predominance and increased creatinine levels. Coagulation times were reported abnormal. The patient was unstable so she was received in cubicle of severes by a hypotonic uterus. An exploratory laparotomy was performed by which the results were an enlarged flaccid uterus with 90% of infiltration with predominance in the left side, a diagnosis compatible with Couvelaire Uterus.

CONCLUSION: The findings of Couvelaire Uterus are infrequent, so we must take into account this pathology because it can lead to maternal and fetal mortality.

KEYWORDS: Couvelaire uterus; Uteroplacental apoplexy; Uterine myometrium; Retroplacental hematoma.

[1] Médico especialista en Patología, Departamento de Patología, Instituto Hondureño de Seguridad Social.
[2] Médico residente de segundo año del posgrado en Patología, Departamento de Patología, Hospital Escuela Universitaria.
[3] Estudiante de quinto año de la carrera de Medicina, Universidad Autónoma de Honduras.

Recibido: febrero 2018
Aceptado: marzo 2018

Correspondencia
Cristhian Johan Zelaya Guido
crisjohzelaya@gmail.com

Este artículo debe citarse como
Rubí F, Duarte A, Barón-Salgado AL, Vásquez-Tercero IH, Zelaya-Guido CJ. Útero de Couvelaire, consecuencia del desprendimiento prematuro de placenta normoinserta. Reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex. 2018 abril;86(1):351-356.
DOI: https://doi.org/10.24245/gom.v86i5.2046

ANTECEDENTES

El útero de Couvelaire, o apoplejía útero-placentaria, es una extravasación de sangre a la musculatura y a la profundidad de la serosa uterina; en casos raros la hemorragia se extiende a los ligamentos anchos, ovarios y la cavidad peritoneal, esto ocurre debido a la formación de un hematoma retroplacentario masivo.[1,2] Desde la perspectiva histológica, la sangre se encuentra entre el músculo, en el tejido perivascular y la subserosa.[3] La decidua se va disecando debido al hematoma formado; una fina capa se une a la cara materna de la placenta y el resto de la decidua queda en contacto con el miometrio.[4] Es causa importante de morbilidad y mortalidad fetal.[1] Como resultado, la musculatura del miometrio no puede contraerse adecuadamente y por ello causa sangrado posparto, por atonía uterina que se transforma de hipertensión a hipotensión estática.[5,6] Ocurre en 0.4-1% de los embarazos.[7]

El factor decisivo en la fisiopatología es la hemorragia, en la interfaz decidual-placentaria que causa óbito fetal, choque hipovolémico materno, coagulación intravascular diseminada e insuficiencia renal.[8,9,10]

El útero de Couvelaire se asocia con: desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa, coagulopatías, preeclampsia, ruptura uterina y embolismo del líquido amniótico.[6]

El principal factor de riesgo para esta complicación es la separación prematura de la implantación placentaria.[7] Otros factores de riesgo incluyen: hipertensión arterial, edad avanzada, polihidramnios, multiparidad, traumatismo abdominal, restricción del crecimiento uterino, infección intrauterina y abuso de cocaína.[11]

El útero de Couvelaire solo se diagnostica por inspección directa del útero o biopsia.[12] En el Hospital Materno Infantil de Tegucigalpa, Honduras, en el 2016 se llevó a cabo un estudio metodológico de datos de desprendimiento prematuro de placenta en el que se determinó que solo 1.1% de las pacientes incluidas en la investigación tuvieron desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, sin especificar hallazgos relacionados con el útero de Couvelaire.[13]

El desprendimiento prematuro de placenta se relaciona con embarazos con síndrome hipertensivo y puede causar coagulación intravascular diseminada en 5-15%, útero de Couvelaire, necrosis isquémica en las glándulas suprarrenales, en la hipófisis y el hígado e insuficiencia renal; también por transfusiones masivas e histerectomía.[3]

La incidencia del útero de Couvelaire no se ha establecido debidamente porque solo puede demostrarse por laparotomía; aun así, se estima que el útero de Couvelaire ocurre en 5 a 16.5% (0.05-0.1% de los embarazo) del total de desprendimientos placentarios que ocurre en 0.4 a 1% de los embarazos.[3,7,13]

El diagnóstico clínico se establece por la hemorragia vaginal con dolor, incremento del tono uterino, contracciones uterinas y ausencia de la frecuencia cardiaca del feto, que es indicio de posible óbito fetal.[3,6]

El objetivo de este reporte de caso es demostrar que existe esta enfermedad y poner de manifiesto la gravedad de sus complicaciones que ponen en riesgo la vida de la madre y su hijo. Es importante recalcar que puede diagnosticarse a tiempo para una intervención y prevención temprana.

CASO CLÍNICO

Paciente de 25 años, primigesta, con 37 semanas más 6 días de embarazo establecido por fecha de la última menstruación, procedente de Intibucá, Honduras. Se hospitalizó de emer-

gencia en el Hospital Escuela Universitario a las 3:00 am por cifras tensionales elevadas, pérdida aguda de la visión y somnolencia que impidió el interrogatorio. Los familiares argumentaron que la paciente fue tratada en una clínica privada una semana antes, por las cifras tensionales y, posteriormente, fue referida por preeclampsia atípica. En sus órdenes médicas se encontró que fue tratada con sulfato de magnesio, hidralazina y oxitocina, sin especificación ni del tiempo ni de la dosis.

En el examen físico, el estado de consciencia estaba alterado, con Glasgow 11-15; permaneció hipertensa con valores de 130-100 mmHg, taquicardia de 104 lpm, en estado postictal permanente. Los reflejos osteotendinosos estaban abolidos, con edema leve.

En el examen ginecológico hubo ausencia de frecuencia cardiaca fetal. La altura del fondo uterino fue de 34 cm, dilatación del cuello uterino de 10 cm, con 3 contracciones de intensidad de +++ en 10 minutos, altura de presentación +1, presentación cefálica y palidez mucocutánea generalizada.

En los exámenes de laboratorio la hemoglobina se reportó en 10.4 g/dL, valor indicativo de anemia leve; a pesar de ello no se practicaron exámenes de volumen corpuscular medio ni de cantidad de hemoglobina por glóbulo rojo, por eso no se determinó el tipo de anemia persistente en este caso. El reporte fue de 21,380/mL que indican una leucocitosis de predominio neutrofílico, proteinuria cualitativa +++, lactato deshidrogenasa 303 UI/L, ácido úrico 8.3 mg/dL. La química sanguínea reportó creatinina aumentada 1.67 mg/dL, hiperpotasemia 7.8 mmol/dL, con transaminasa glutámico oxalacética incrementada 51 (U/L) y fósforo aumentado 18.8 mg/dL. Los tiempos de coagulación se reportaron anormales por prolongación del INR (International Normalized Ratio) de 2.28, tiempo de protrombina: 14.8 sec, tiempo de tromboplastina parcial: 30.2 sec. y trombocitopenia (41,000/mL).

A las 3:45 am del mismo día se efectuó la evacuación vaginal del feto, que nació muerto, masculino, de 3,176 g, sin malformaciones externas evidentes, pero con grado de maceración I. El líquido amniótico fue hemorrágico, acompañado de coágulos. El sangrado transvaginal fue de 800 cc, aproximadamente, por eso se le diagnosticó con choque hipovolémico grado IV.

La paciente persistió inestable, con hipotensión, taquicardia y signos cutáneos de bajo gasto, atribuidos a la hipotonía uterina; por eso se le trasfundieron dos unidades de glóbulos rojos. Los hallazgos de la laparotomía exploradora fueron: hemoperitoneo de 150 cc, útero con infiltración de 80%, con predominio del lado izquierdo, anexo izquierdo infiltrado en su totalidad; datos compatibles con útero de Couvelaire.

Durante la intervención quirúrgica no se logró recuperar la presión arterial, a pesar de la restitución de la volemia y la administración de aminas vasoactivas. Falleció a las 5:40 am del mismo día.

En los hallazgos anatomopatológicos se encontró útero de Couvelaire y choque hipovolémico.

Con base en lo anterior se determinó que la causa básica de muerte fue la complicación de la eclampsia, con muerte fetal intraútero y la causa inmediata de muerte fue el choque hipovolémico, secundario a útero de Couvelaire y coagulación intravascular diseminada en etapa hemorrágica.

DISCUSIÓN

El útero de Couvelaire es una complicación rara, que puede llegar a ser mortal en las formas seve-

ras del desprendimiento prematuro de placenta normoinserta. En nuestro caso se comprobó la infiltración de sangre que cubrió 80% de la superficie miometrial. **Figura 1**

La apoplejía placentaria se da en 1% de las mujeres embarazadas que cursan con desprendimiento prematuro de placenta.[7]

Esta complicación es causa importante de mortalidad fetal y materna, de ahí su importancia.[1] En la actualidad están identificados muchos factores de riesgo para desprendimiento prematuro de placenta.[11] En este caso los factores de riesgo de la paciente fueron: presión arterial alta cuantificada en 130-100 mmHg, por lo observado en la clínica no se sospechó un traumatismo previo, no se pudo investigar si consumía cocaína o tabaco, que son factores de riesgo importantes.

Por los datos referidos en el hospital de Intibucá la paciente era primigesta, con una altura de fondo uterino de 34 cm, en rango normal; por esto se sabe que no hubo restricción del crecimiento intrauterino, con presión elevada como único factor de riesgo significativo para esta enfermedad.

Un factor decisivo en la fisiopatología de esta enfermedad, y que se observó en la paciente, fue la hemorragia en la interfaz decidual-placentaria relacionada con útero aumentado de tamaño, flácido e hipotónico con infiltración de predominio del lado izquierdo y con áreas extensas de hemorragia que afectaban la superficie miometrial que resultó en choque hipovolémico y dio pie al óbito fetal.

La paciente también tuvo un infarto agudo, subendocárdico, del ventrículo izquierdo (**Figura 2**), con hemorragia intersticial e infiltrado inflamatorio. Además, encefalopatía hipóxica por los datos de cambios de neurona roja con edema cerebral (**Figura 3**). Necrosis tubular aguda por necrosis en los túbulos contorneados. Coagulación intravascular diseminada diagnosticada por la prolongación de los tiempos de coagulación de 2.28, protrombina de 14.8 sec y tiempo parcial de tromboplastina de 30.2 sec y trombocitopenia de 41,000/µL. A lo anterior se agregó insuficiencia renal porque los riñones te-

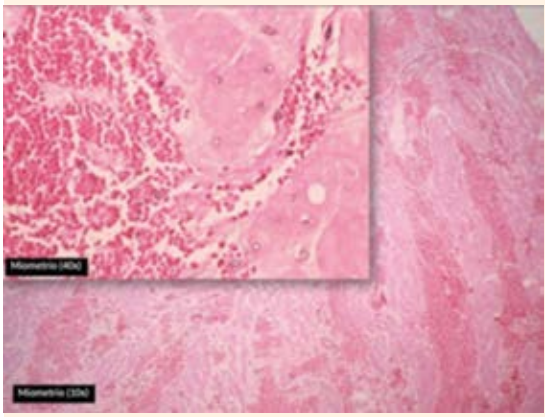


Figura 1. Infiltración eritrocitaria en el miometrio. (Tinción con hematoxilina y eosina, ampliación original x40 y x10)

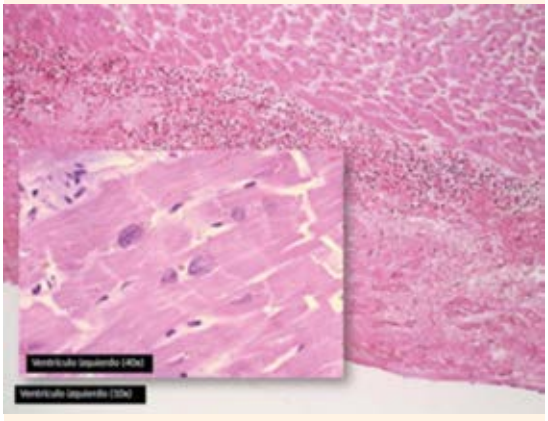


Figura 2. Hemorragia intersticial con infarto agudo subendocárdico en el ventrículo izquierdo. (Tinción con hematoxilina y eosina, ampliación original x40 y x10)

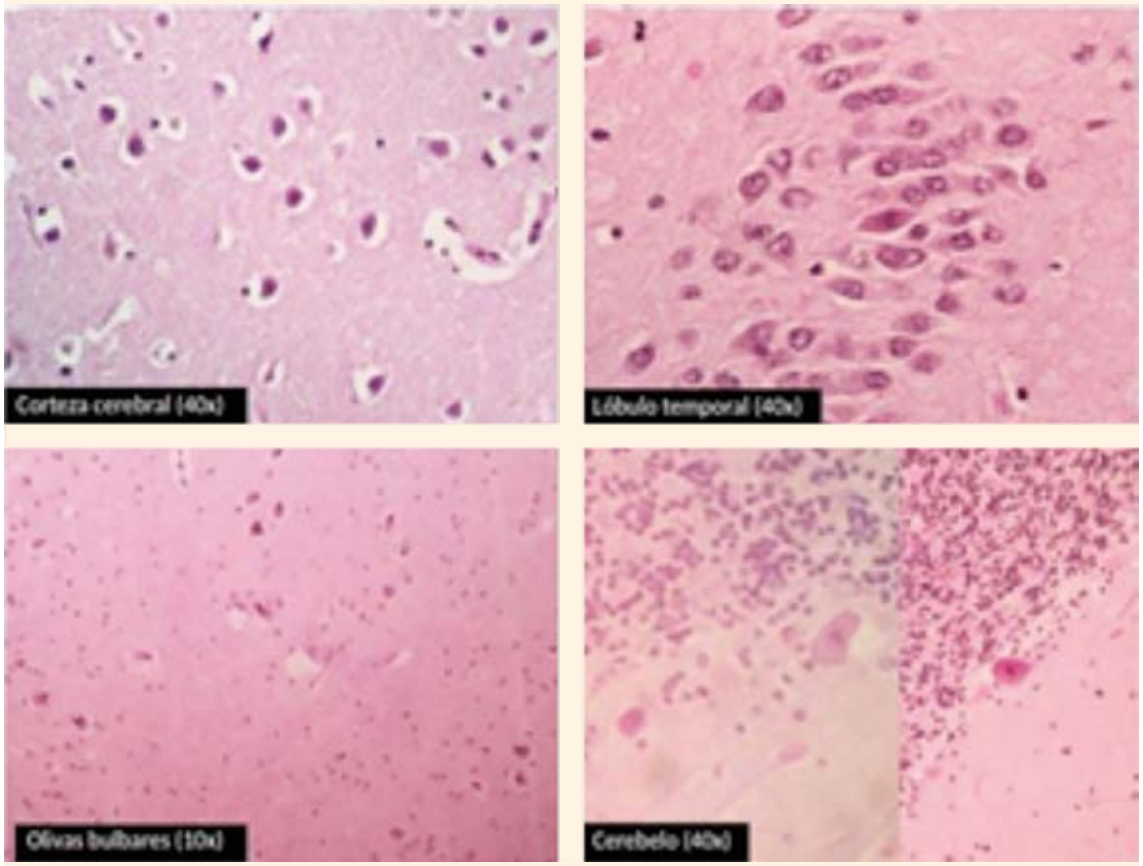


Figura 3. Encefalopatía hipóxica en la corteza cerebral, lóbulo temporal, olivas bulbares y cerebelo. Tinción con hematoxilina y eosina, ampliación original x40 y x10.

nían glomérulos congestivos y otros con material eosinofílico grumoso en el espacio de Bowman y en la luz de los túbulos contorneados.[8,9,10] Los túbulos contorneados proximales tenían depósitos apicales de gránulos hialinos. Los túbulos contorneados renales sufrieron cambios de autolisis, con segmentos de túbulos contorneados, con necrosis del epitelio de revestimiento. La médula renal tenía abundantes capilares congestivos, datos congruentes con insuficiencia renal.

El diagnóstico final de útero de Couvelaire se estableció por la inspección directa del útero o la biopsia. Cuando el útero estaba hipotónico ya había sospecha de tal enfermedad, por eso se le hicieron HAT+SOI que permitieron establecer el diagnóstico definitivo, por el útero aumentado de tamaño, con infiltración de sangre en su lado izquierdo.[12]

CONCLUSIÓN

El útero de Couvelaire es un padecimiento muy complejo, asociado con elevada mortalidad fetal que solo puede diagnosticarse por laparotomía y biopsia. El ultrasonido trimestral y la vigilancia de los factores de riesgo son decisivos para la detección temprana de des-

prendimiento prematuro de placenta, principal causa del útero de Couvelaire. Con los datos anatomopatológicos recabados en la autopsia de la paciente se estableció el diagnóstico de útero de Couvelaire, acompañado de sus complicaciones más frecuentes: coagulación intravascular diseminada, choque hipovolémico e insuficiencia renal.

Se recomienda la conformación de una norma integral de atención para todos los casos sospechosos de desprendimiento prematuro de placenta, por su relación directa con el útero de Couvelaire. En este caso, el estado complicado de la paciente impidió el tratamiento ideal y provocó su muerte.

REFERENCIAS

1. Osial P, et al. An Unreported Etiology for Couvelaire Uterus. SEAJCRR. 2013; 2(4):244-248. Disponible en: http://www.scopemed.org/?jft=83&ft=83-1374049262 Revisado: 4/Nov/2016.
2. Serrano-Berrones M, Serrano-Berrones J, Centeno-Durán G. Útero de Couvelaire en el puerperio. Ginecol Obstet Mex 2014; 82:496-498.
3. Hubbard JL, Hosmer SB. Couvelaire uterus. J Am Osteopath Association. 1997 sep; 97(9). Disponible en: http://jaoa.org/article.aspx?articleid=2099288.
4. Elizalde-Valdés V, Calderón-Maldonado A, y col. Abruptio placentae: morbimortalidad y resultados perinatales. Medicina e Investigación 2015;3(2):109-15. http://dx.doi.org/10.1016/j.mei.2015.07.001
5. Baghel S, Rai R, Khumna V. Couvelaire Uterus. A case report. Research Paper International. Journal of Science Research 2015; 4(11). https://www.worldwidejournals.com/international-journal-of-scientific-research-(IJSR)/recent_issues_pdf/2015/November/November-2015-1492853553-19.pdf
6. Cunha S, José de Sá Filho N, Parola A. Útero de Couvelaire: relato de caso. Rev Med Minas Gerais 2015; 25(2): 275-279. DOI: 10.5935/2238-3182.20150049
7. Cunningham F, Leveno K, Bloom S. Desprendimiento de placenta. Obstetricia de Williams, 23ª ed. 2010; 762-765.
8. Rai S, Singh R. Couvelaire Uterus with Coagulopathy. A Rare Case Report. IJSR 2012;3(4):364-365.
9. Roztocka A, Ropacka-Lesiak M, Breborowicz GH. Preeclamptic pregnancy complicated by huge retroplacental hematoma and Couvelaire uterus. A case report. Archives of Perinatal Medicine. 2014;20(4): 217-223.
10. Okafor I, Ugwu E. Cesarean Delivery for a Life-threatening Preterm Placental Abruption. Ann Med Health Sci Res. 2015;5(6). Revisado: 04/Nov/2016 Disponible en: http://doi.org/10.4103/2141-9248.177986
11. Mahendra G, et al. Couvelaire uterus. A case report. IAIM. 2015; 2(3): 142-145 Revisado: 2/Nov/2016 Disponible en: http://imsear.hellis.org/handle/123456789/164532
12. Reyes O, Coello A, Carrasco J, y col. Complicaciones obstétricas en adolescentes y mujeres adultas con o sin factores de riesgo asociados. Archivos de Medicina 2016;12(4). Revisado 1/julio/2017 ,doi: 10.3823/1327 Disponible en: http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/complicaciones-obsteacutetricas-en-adolescentes-y-mujeres-adultas-con-o-sin-factores-de-riesgo-asociados-honduras-2016.pdf
13. Aydin D, Hasanova M, et al. Couvelaire Uterus ve Uterin Atoni Olgusunda B-Lynch. Med Bull Haseki. 2016;54:47-9. DOI: 10.4274/haseki.2709.