

12

ÚTERO DE COUVELAIRE

**EN EL CONTEXTO DEL SÍNDROME DE HEMOLISIS,
DISFUNCIÓN HEPÁTICA Y TROMBOCITOPENIA.
PRESENTACIÓN DE UN CASO**

ÚTERO DE COUVELAIRE

EN EL CONTEXTO DEL SÍNDROME DE HEMOLISIS, DISFUNCIÓN HEPÁTICA Y TROMBOCITOPENIA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

COUVELAIRE UTERUS IN THE SETTING OF HEMOLYSIS SYNDROME, HEPATIC DYSFUNCTION, AND THROMBOCYTOPENIA. PRESENTATION OF A CASE

María Isabel Macharé-Torres¹

E-mail: maisamt822@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8871-9316>

Abel Agustín Estrada-Paneque²

E-mail: estradapaneque38@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2189-8847>

Juan Miguel Macharé-Torres³

E-mail: juanmmt96@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6261-7012>

¹ Hospital General Universitario de Guayaquil y Hospital General Guasmo Sur. Ecuador.

² Hospital General Teófilo Dávila. Ecuador.

³ Fundación Universitaria Iberoamericana. Ecuador.

Cita sugerida (APA, séptima edición)

Macharé-Torres, M. I., Estrada-Paneque, A., & Macharé-Torres, J. M. (2023). Útero de couvelaire en el contexto del síndrome de hemólisis, disfunción hepática y trombocitopenia. Presentación de un caso. *Revista Metropolitana de Ciencias Aplicadas*, 6(1), 100-105.

RESUMEN

El útero de Couvelaire, o apoplejía uteroplacentaria, un cuadro clínico excepcional en la obstetricia moderna que consiste en una infiltración hemática del miometrio uterino debida a la formación de un hematoma retroplacentario masivo que no encuentra salida hacia la cavidad vaginal y constituye una de las complicaciones más severas del desprendimiento prematuro de placenta, definido como la separación parcial o completa de una placenta normalmente insertada previo al inicio del parto. Ocurre en el 0.5-2% de todos los nacimientos, y de estos, el 50% de los casos acompañado de trastornos hipertensivos del embarazo, asociado a una elevada morbilidad materno perinatal. Existen distintos factores de riesgo asociados con el desprendimiento prematuro de placenta, dentro de los que se destacan: los trastornos hipertensivos del embarazo quienes siguen constituyendo una importante causa de morbilidad materna principalmente secundaria a hemorragias cerebrales, mortalidad perinatal debido a la prematuridad, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), y abrupcio placentae. La etiología no está definida, y su diagnóstico se basa fundamentalmente en las manifestaciones clínicas. Se expone un caso de gestante con útero de Couvelaire en el contexto de un síndrome de HELLP, en el hospital Teófilo Dávila de la ciudad de Machala, la cual cursó con alteraciones en los exámenes de laboratorio, y que fue tratada de manera exitosa en la mencionada casa de salud.

Palabras clave:

Desprendimiento placentario, útero de Couvelaire, HELLP.

Couvelaire's uterus, or uteroplacental apoplexy, an exceptional clinical condition in modern obstetrics consisting of hematic infiltration of the uterine myometrium due to the formation of a massive retroplacental hematoma that cannot find its way out into the vaginal cavity and constitutes one of the most severe cases of placental abruption, defined as partial or complete separation of a normally inserted placenta prior to the onset of labor. It occurs in 0.5-2% of all births, and of these, 50% of cases are accompanied by hypertensive disorders of pregnancy, associated with high perinatal maternal morbidity and mortality. There are different risk factors associated with placental abruption, among which the following stand out: hypertensive disorders of pregnancy, which continue to be an important cause of maternal morbidity and mortality, mainly secondary to cerebral hemorrhages, perinatal mortality due to prematurity, growth restriction intrauterine (IUGR), and abrupcio placentae. The etiology is not defined, and its diagnosis is fundamentally based on clinical manifestations. A case of a pregnant woman with a Couvelaire uterus in the context of a HELLP syndrome is presented, at the Teófilo Dávila hospital in the city of Machala, which presented with alterations in the laboratory tests, and was successfully treated in the hospital. aforementioned health home.

Keywords:

Placental abruption, Couvelaire's uterus, HELLP.

INTRODUCCIÓN

El útero de couvelaire es una entidad poco frecuente que puede ser diagnosticada por visualización directa o mediante biopsia (Sylvester & Stringer, 2017). Esta apoplejía uteroplacentaria, está constituida por una infiltración hemática miometrial uterina, que incluye la profundidad de la serosa uterina; en casos excepcionales la hemorragia puede extenderse a los ligamentos anchos, ovarios y cavidad peritoneal, debida a la formación de un desprendimiento prematuro de placenta normoinserta masivo.

Berghella et al. (2007), definen el abrupcio placentae o desprendimiento prematuro de placenta, como el desprendimiento parcial o completo placentario normalmente implantado que ocurre previo al parto en gestaciones durante la segunda mitad del embarazo; considerada una entidad de elevada morbimortalidad, y una fisiopatología multifactorial, disminución de la invasión trofoblástica de las arterias espirales, disfunción endotelial y activación anormal de la coagulación a nivel de la interface materno-fetal.

En el año 1911, el Dr. Alexandre Couvelaire describió por primera vez útero de Couvelaire. Es una complicación rara, con una frecuencia de alrededor del 5% de todos los casos de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta grave (Couvelaire, 1912).

A partir de la perspectiva de Habek et al. (2008), un útero de Couvelaire se manifiesta cuando una arteria espiral decidual rota que causa hemorragia, sangra en la decidua basal y en el miometrio. A medida que la sangre penetra en la capa serosa uterina, se produce una equimosis de color azul-violácea.

Según Baghel et al. (2015), el útero de couvelaire es causa importante de morbilidad y mortalidad fetal; como resultado, la musculatura miometrial no puede contraerse de manera adecuada, causando sangrado posparto, por atonía uterina que se transforma de una hipertensión a hipotensión estática.

Ahora bien, las mujeres que desarrollan preeclampsia severa y HELLP síndrome tienen mayor riesgo de complicaciones graves como: coagulación intravascular diseminada (15%), falla renal (3%), edema pulmonar (8%), hemorragias intracraneanas (1,5%), requerimiento de transfusión sanguínea (25%) y desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (4,1-22,9%) que un embarazo no complicado, según postulan Sibai & Lindor (2019).

Considerando que el HELLP síndrome es una complicación grave de la enfermedad hipertensiva del embarazo, con un incremento de la morbimortalidad materno perinatal; descrita por primera vez en 1954 por Pritchard, detallando la presencia de hemólisis, trombocitopenia y otras alteraciones; constituye uno de las patologías donde se aparece el abrupcio placentae. Sin embargo, Weinstein

en 1982 fue quien reconoció al HELLP, como una grave y rara variante de preeclampsia, y para denominarla tomó las iniciales de los elementos que consideró primordiales, de dicho síndrome: Hemolysis (H); Elevated Liver enzymes (EL) o enzimas hepáticas elevadas y Low Platelets (LP) plaquetopenia.

Aunque la etiopatogenia de este síndrome aún no está definida, los hallazgos histopatológicos a nivel hepático incluyen depósitos de fibrina intravascular que presumiblemente conducirían a la obstrucción sinusoidal hepática, (von et al., 2020). congestión vascular intrahepática e incremento de la presión intrahepática con necrosis hepática subsiguiente, hemorragia intraparenquimatosa y subcapsular y, finalmente la ruptura capsular, donde la formación y/o ruptura de un hematoma subcapsular representaría uno de los eventos más graves para la madre y el feto, con un índice de morbimortalidad muy elevado, requiriendo por lo general un manejo quirúrgico multidisciplinario, oportuno, eficaz y agresivo.

Dentro de las características clínicas clásicas en el desprendimiento de placenta se incluyen: dolor abdominal intenso o patrón contráctil aumentado, pérdida vaginal de sangre o líquido amniótico sanguinolento, frecuencia cardíaca fetal alterada, repercusión materna, sensibilidad uterina presente entre las contracciones e hipertensión uterina, descrito clásicamente como un "útero leñoso" por Lee et al. (2022).

El útero de Couvelaire se asocia con: desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI), placenta previa (PP), coagulopatías, preeclampsia, ruptura uterina e incluso con el embolismo del líquido amniótico.

Las investigaciones refieren que a partir del primer episodio de abrupcio placentae hay una recurrencia entre el 10 y 17%, luego de dos episodios su recurrencia es mucho mayor (20%); Cuando ocurre la rotura prematura de las membranas ovulares, fundamentalmente una vez que se produce de manera brusca ocasionando modificaciones de presión intrauterina favorecerían al desprendimiento (Elizalde et al., 2015).

El traumatismo abdominal grave constituye hasta el 5% de todas las causas, principalmente con traumas directos: accidentes de tránsito, caídas violentas, etc. Otras causas de menor frecuencia son: sobredistensión uterina, miomas, malformaciones uterinas, consumo de drogas como la cocaína, tabaquismo, iatrogenias, desnutrición, trombofilias, edad materna avanzada y la multiparidad.

A pesar de los grandes avances en investigación la etiología exacta sigue siendo desconocida. De este modo, el objetivo de la investigación consistió en presentar un caso de un útero de couvelaire en el contexto de un HELLP síndrome clase II, y alteraciones en sus exámenes complementarios. De ahí la importancia de resaltar su manejo terapéutico médico y quirúrgico. Se revisaron artículos científicos del área de ginecología, en bases

de datos como PUBMED, ELSEVIER, UpToDate, actualizados, y precisos, tanto en idioma español como inglés, sobre la temática.

DESARROLLO

Se presenta el caso de una paciente de 33 años de edad, sin antecedentes patológicos personales, con 35 semanas de embarazo, que ingresa con ausencia de latidos cardíacos fetales e hipertensión uterina. Acudió por sus propios medios refiriendo dolor tipo contracción acompañado de dolor bajo vientre de moderada intensidad, en el hospital Teófilo Dávila de la ciudad de Machala, la cual cursó con cifras de presión arterial elevadas, trombocitopenia, tratada de manera exitosa en la referida casa asistencial de salud de la provincia de el Oro.

Tiene como antecedentes obstétricos G1 P1 (cesáreas) A0. Al examen físico, abdomen con útero grávido, con AFU (altura de fondo uterino) de 33 cm, ausencia de movimientos fetales presentación cefálica, útero hipertónico que no se relaja. A la Speculoscopía: Cérvix central, de 1 cm de longitud, orificio cervical entreabierto, con salida líquido mezclado con sangre escasa.

Al ingreso hospitalario los exámenes de laboratorio la hemoglobina se reportó en 90 g/dL, valor indicativo de anemia, leucocitosis de 13, 021, tiempos de coagulación se reportaron anormales por prolongación del INR (International Normalized Ratio) de 2.28, tiempo de protrombina: 14.8 segundos, tiempo de tromboplastina parcial: 30.2 segundos, plaquetas de 50 000, transaminasa glutámico pirúvica (TGP): 71 UI y transaminasa glutámico oxalacética (TGO): 45 UI, creatinina: 0.97 mg/dl, ácido úrico: 6.8 mg/dl, bilirrubinas normales y lactato deshidrogenasa (LDH): 744 UI/L. Las cifras de tensión arterial al ingreso 142/100 mmHg, frecuencia cardíaca de 108 latidos por minutos, frecuencia respiratoria 21 por minutos, temperatura 37.0C y proteinuria +.

De manera inmediata se realiza ingreso hospitalario con el diagnóstico de HELLP con desprendimiento placentario al área de centro obstétrico, administración de la terapéutica antihipertensiva, prevención de la convulsión ecláptica con sulfato de magnesio, hoja de balance hidromineral, sondaje vesical, y canalización de dos vías periféricas. Se realiza solicitud de alistamiento de glóbulos y hemoderivados para realizar intervención quirúrgica inmediata.

Se realiza intervención quirúrgica (cesárea), con ligadura de arterias hipogástricas bajo anestesia general. Se inicia un abordaje por incisión media infraumbilical, observándose sangre en cavidad, útero infiltrado a predominio de la cara posterior, obteniéndose un feto muerto, sexo masculino, con líquido amniótico mezclado con sangre, y placenta con desprendimiento de un 70%, con pérdidas hemáticas cuantificadas en su totalidad de 1500 ml. Se transfundieron glóbulos, plasma y plaquetas.

En relación con el caso expuesto, debe precisarse que esta patología descrita por primera vez en 1911 por el Dr. Alexandre Couvelaire, como complicación rara, de casos de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta grave (Couvelaire, 1912).

En esta perspectiva, por encontrarse en el contexto de un HELLP síndrome, debe señalarse en efecto, que se encuentra dentro del compendio de enfermedades de origen placentario desarrolladas durante el embarazo o puerperio, que constituye un reto médico significativo (Ghelfi et al., 2020).

Ananth et al. (2015), manifiestan que el cuadro clínico es de rápida instalación, lo que implica medidas inmediatas, por su elevada morbimortalidad materna, fetal y neonatal, donde en su mecanismo fisiopatológico se encuentra que la causa inmediata del desprendimiento es producto de la ruptura de vasos maternos a nivel de la decidua basal, donde la sangre acumulada divide la decidua, y las separaciones placentarias son causadas por sangrado arterial de alta presión en el área central placentaria que diseciona la interfase placenta-decidua, determinando consecuencias importantes como son: repercusión materna hemodinámica, coagulación intravascular diseminada (CID), shock hipovolémico fetal, hipoxia fetal intraútero y muerte fetal (Figura 1).

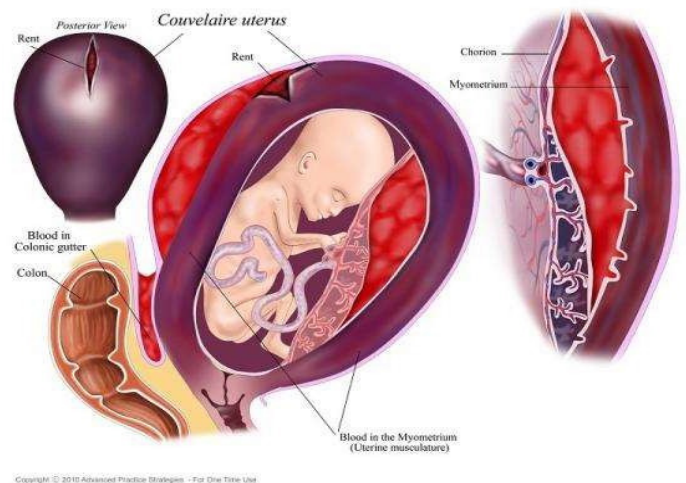


Figura 1. Útero couvelaire en el desprendimiento prematuro de placenta.

Fuente: Couvelaire (1912).

Ahora bien, para Roztocka et al. (2014); y Okafor & Ugwu (2015), el factor decisivo en la fisiopatología es la hemorragia, en la interfaz decidual-placentaria que causa muerte fetal, shock hipovolémico materno, coagulación intravascular e insuficiencia renal.

El manejo del caso que nos ocupa debe ser multidisciplinario, oportuno y efectivo. El tratamiento consiste en finalizar la gestación; sin embargo, se debe estabilizar a la paciente. Zapata & Ramírez 2020, consideran que

el pronóstico en el HELLP síndrome es dependiente de diversas variables, no obstante, va paralelo y simultáneamente con la prontitud en su diagnóstico e inicio temprano de su terapéutica.

La mortalidad neonatal en los casos de HELLP está representada hasta al 20%, tal como lo expresan Lastra & Fernández (2020); donde sus responsables son, primordialmente, el desprendimiento prematuro de placenta normoincisa (DPPNI) y la restricción de crecimiento intrauterino (RCIU) y la perinatal de alcanza un 56% secundaria a la prematuridad, insuficiencia placentaria, RCIU y DPPNI.

Entre los diagnósticos diferenciales se incluyen: sangrado del tercer trimestre, como hemorragias de origen cervical, placenta previa (PP), rotura uterina, hematoma decidual marginal (desgarro de las venas uteroplacentarias marginales, provocando un coágulo marginal, con desprendimiento limitado y sin impacto fetal), rotura de vaso previo en la inserción velamentosa del cordón: hemorragia de BENKISER, que no es más que una hemorragia fetal, y ocurre con mayor frecuencia durante la ruptura de las membranas. Es rara pero grave, con una tasa de mortalidad fetal del 75 al 100% (Slaoui et al., 2022), estado de shock: embolismo amniótico, shock infeccioso, síndromes de dolor abdominal: cólico renal, apendicitis, polihidramnios.

Dentro de las múltiples complicaciones maternas del desprendimiento placentario dos son muy significativas: Hemorragia incontrolable por trastorno de la coagulación secundarios primero a desfibrilación aguda por consumo de fibrinógeno a nivel del coágulo, y agravados por coagulación intravascular diseminada, por paso a través de la circulación de tromboplastinas deciduales maternas y factores de coagulación activados y en segundo lugar la necrosis cortical del riñón, patología con un pronóstico sombrío e incompatible con la vida. Dentro de este marco podemos encontrar desde el punto de vista crónico una necrosis hipofisaria (síndrome de Sheehan), secundario al estado de shock hipovolémico por hemorragia.

Finalmente debe señalarse que otras de las complicaciones maternas, fetales y neonatales que postulan Chawla et al. (2015); y Van Oostwaard et al. (2017), se encuentran: eclampsia, insuficiencia placentaria, abruptio placentae, hemorragia postparto severa con necesidad de transfusión de hemoderivados, coagulopatía obstétrica (CID), síndrome de distrés respiratorio agudo, requerimiento de ventilación mecánica, edema cerebral debido a las alteraciones vasomotoras, repercusiones sistémicas a largo plazo: hipertensión crónica, insuficiencia renal aguda, ventilación mecánica por edema pulmonar e inestabilidad hemodinámica.

También se describen la gangrena uterina, ruptura uterina traumática, pancreatitis aguda necrosante, insuficiencia renal en síndrome de falla multiorgánica y muerte materna.

CONCLUSIONES

El abruptio placentae es una catástrofe obstétrica que condiciona un elevado riesgo materno-fetal, donde el diagnóstico y la interrupción oportuna de la gestación disminuyen considerablemente la morbilidad perinatal. Su aparición con un síndrome de HELLP causante de una afectación multisistémica con alta morbimortalidad materno perinatal, no lográndose dilucidar aun su mecanismo fisiopatológico por completo eleva considerablemente el riesgo.

El manejo quirúrgico recomendado del útero de couvelaire es conservador siempre y cuando no exista atonía uterina, y el tratamiento del HELLP una vez identificado, consiste en la terminación del embarazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ananth, C. V., Keyes, K. M., Hamilton, A., Gissler, M., Wu, C., Liu, S., Luque Fernández, M. Á., Skjaerven, R., Williams, M. A., Tikkanen, M., & Cnattingius, S. (2015). An international contrast of rates of placental abruption: an age-period-cohort analysis. *PloS one*, 10(5).
- Baghel, S., Rai, R., & Khumna, V. (2015). Couvelaire Uterus. A case report. *Research Paper International Journal of Science Research*, 4(11).
- Berghella, V., Bellussi, F., & Schoen, C. N. (2020). Evidence-based labor management: induction of labor (part 2). *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, 2(3).
- Couvelaire, A. (1912). Deux nouvelles observations d'apoplexie utéro-placentaire (hémorragies rétro-placentaires avec infiltration sanguine de la paroi musculaire de l'utérus). G. Steinheil, éditeur.
- Elizalde Valdés, V. M., Calderón Maldonado, A. E., García Rillo, A., & Díaz Flores, M. (2015). Abruptio placentae: morbimortalidad y resultados perinatales. Universidad Autónoma del Estado de México.
- Ghelfi, A. M., Garavelli, F., Passarino, F. A., Diodati, S., Calcaterra, M. G., Hails, E. A., Kilstein, J. G., Galíndez, J. O., Paciocco, M. A., Lassus, M. N., & Lassus, M. N. (2020). Síndrome HELLP: características clínicas, analíticas y evolutivas observadas en dos años de experiencia. *Hipertensión y riesgo vascular*, 37(4), 152-161.
- Habek, D., Selthofer, R., & Kulaš, T. (2008). Uteroplacental apoplexy (Couvelaire syndrome). *Wiener klinische Wochenschrift*, 3(120), 88-88.

- Lastra, M. A., & Fernández, G. M. (2020). Síndrome HELLP: controversias y pronóstico. *Hipertensión y riesgo vascular*, 37(4), 147-151.
- Lee, Y. J., Calvert, K., & Jape, K. (2022). Couvelaire uterus resulting in haemoperitoneum. *Journal of Surgical Case Reports*, 2022(1).
- Okafor, I. I., & Ugwu, E. O. (2015). Cesarean Delivery for a Life-threatening Preterm Placental Abruption. *Annals of Medical and Health Sciences Research*, 5(6), 466-468.
- Rai, S., & Singh, R. (2012). Couvelaire Uterus with Coagulopathy. A Rare Case Report. *IJSR*, 3(4), 364-365.
- Roztocka, A., Ropacka-Lesiak, M., & Breborowicz, G. H. (2014). Preeclamptic pregnancy complicated by huge retroplacental hematoma and Couvelaire uterus. A case report. *Archives of Perinatal Medicine*, 20(4), 217-223.
- Sibai, B. M., & Lindor, K. D. (2019). HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets). <https://www.medilib.ir/uptodate/show/6778>
- Sylvester, H. C., & Stringer, M. (2017). Placental abruption leading to hysterectomy. *Case Reports. BMJ Journal*, 2017.
- Zapata Díaz, B. M., & Ramírez Cabrera, J. O. (2020). Diagnóstico y manejo oportunos del síndrome HELLP. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 66(1), 57-65.