



## REPORTE DE CASO / CASE REPORT

# Útero de Couvelaire en paciente nulípara: reporte de caso

*Couvelaire uterus in nulliparous patient: clinical case*

Sandra Yaneth Leguizamón-Martínez, MD<sup>a</sup>✉; Rhaiza Josefa Urbina-Labrador, MD<sup>a</sup>; Lorena García-Agudelo, MD<sup>a</sup>; Viviana C. Sánchez, MD<sup>b</sup>; Ledmar Jovanny Vargas-Rodríguez, MD<sup>a</sup>.

<sup>a</sup> Departamento de Epidemiología e Investigación. Hospital regional de la Orinoquía. Yopal, Colombia.

<sup>b</sup> Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad Juan N. Corpas. Tunja, Colombia.

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del Artículo:

Recibido: 31/05/2025

Aceptado: 11/11/2025

#### Keywords:

Placental Abruption;  
Pregnancy; Stillbirth;  
Hysterectomy.

#### Palabras clave:

Desprendimiento  
Prematuro de la Placenta;  
Embarazo; Muerte Fetal;  
Histerectomía.

### RESUMEN

**Introducción:** El útero de Couvelaire se define como la extravasación de sangre en el miometrio y, a veces, en el ligamento ancho, las estructuras anexiales y el peritoneo, como resultado del desprendimiento de la placenta. El objetivo de este manuscrito es presentar el caso de una primigestante que presentó útero de Couvelaire.

**Caso clínico:** primigestante de 24 años con 33,5 semanas de embarazo que presentó preeclampsia con criterios de severidad, falla renal aguda, óbito fetal y coagulación intravascular diseminada. Durante el procedimiento quirúrgico se evidenció desprendimiento de placenta del 100% con hematoma expansivo infiltrante a cara posterior y anterior de útero y ligamentos anchos bilaterales de aproximadamente 1 500 cm<sup>3</sup> (útero de Couvelaire).

**Conclusiones:** Esta entidad tiene baja incidencia; sin embargo, suele presentar alta carga en morbilidad tanto para la madre como para el feto.

### ABSTRACT

**Introduction:** Couvelaire uterus is defined as the extravasation of blood in the myometrium and, sometimes, in the broad ligament, the adnexal structures and the peritoneum, because of placental abruption. The objective of the manuscript is to present the case of a primiparous woman who presented a Couvelaire uterus.

**Clinical case:** a 24-year-old primiparous woman with 33.5 weeks of pregnancy who presented preeclampsia with severity criteria, acute renal failure, stillbirth and disseminated intravascular coagulation. During the surgical procedure, 100% placental abruption was evidenced with an expansive infiltrating hematoma on the posterior and anterior side of the uterus and bilateral broad ligaments of approximately 1,500 cm<sup>3</sup> (Couvelaire uterus).

**Conclusions:** This is an entity that has a low incidence; however, it usually presents a high morbidity and mortality burden for both the mother and the fetus.

✉ Autor para correspondencia

Correo electrónico: lejovaro@gmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2025.11.003>

e-ISSN: 2531-0186/ ISSN: 0716-8640/© 2025 Revista Médica Clínica Las Condes.

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



## INTRODUCCIÓN

El útero de Couvelaire es una complicación rara del desprendimiento prematuro de placenta normoinsera (DPPNI) grave<sup>1-3</sup>. Ocurre cuando la hemorragia retroplacentaria se extiende hacia el miometrio y el serosa uterina, provocando infiltración hemática del músculo uterino sin ruptura de fibras. Aunque refleja un DPPNI severo, no es una causa directa de mortalidad materna o perinatal, sino un hallazgo asociado a hemorragias obstétricas graves que pueden comprometer la vida de la madre y el feto<sup>2</sup>.

Esta enfermedad puede ser leve o grave. En casos graves, la sangre puede desplazarse a través del miometrio hasta el ligamento ancho del útero e incluso al peritoneo, haciendo que el útero y las estructuras cercanas adquieran un color azul<sup>3</sup>. Su etiología exacta aún se desconoce y suele asociarse al desprendimiento prematuro de la placenta, placenta previa, coagulopatías, preeclampsia, ruptura uterina y embolismo del líquido amniótico<sup>2-5</sup>. El principal factor de riesgo es el desprendimiento prematuro de la placenta; otros factores de riesgo incluyen hipertensión arterial, edad avanzada, polihidramnios, multiparidad, traumatismo abdominal, restricción del crecimiento uterino, infección intrauterina y abuso de cocaína<sup>1-6</sup>. El útero de Couvelaire ocurre en 5 a 16,5% (0,05-0,1% de los embarazos) del total de desprendimientos placentarios, que suceden en 0,4 a 1% de los embarazos<sup>5</sup>.

Se manifiesta inicialmente por dolor abdominal, pérdidas vaginales (sangre o líquido amniótico sanguinolento) y aumento del tono uterino. Esta entidad generalmente se diagnostica mediante la visualización directa del útero durante la cesárea<sup>7-9</sup>. No obstante, realizar una ecografía puede ser útil para confirmar si se trata de un desprendimiento placentario en una placenta normoinsera, identificando el desprendimiento periférico de alguna zona de la placenta o el aumento de grosor de la placenta de más de 5-6 cm, asociado a una zona ecogénica<sup>10</sup>. Con respecto al manejo, debe ser de forma conservadora y la histerectomía se reserva para indicaciones obstétricas e inestabilidad hemodinámica materna, entre otras razones<sup>3-9</sup>.

Se expone el caso de una mujer que tuvo su primer embarazo y presentó un útero de Couvelaire, enfermedad poco común; se detallan su diagnóstico, tratamiento y evolución.

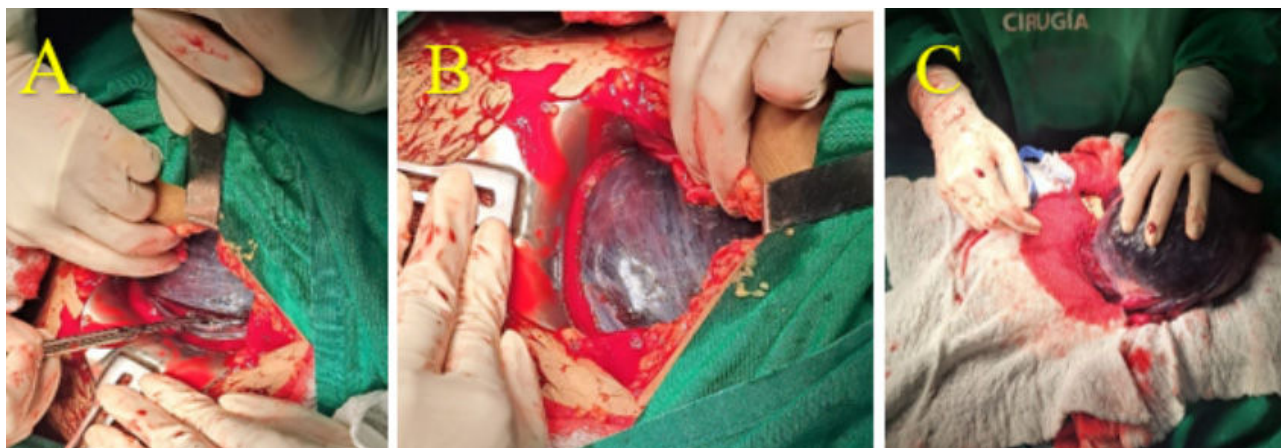
## REPORTE DE CASO

Mujer de 24 años, nulípara con gestación de 33,5 semanas y antecedente de controles prenatales completos: perfil infeccioso negativo, hemoclasificación (A+), con ecografía a las 23 semanas que reportó retardo del crecimiento intrauterino versus un feto pequeño y una displasia esquelética. Ecografía Doppler a las 30 semanas reportada como normal. Sin otros anteceden-

tes de relevancia previos, ingresó a un hospital de la Orinoquía colombiana en el 2022, por cuadro de un día de dolor abdominal, cefalea holocraneana, tinnitus y disminución de los movimientos fetales desde hacía dos días. Al examen físico presentaba frecuencia cardíaca de 88, frecuencia respiratoria de 18, tensión arterial 125/78 mmHg y temperatura de 36°C. En la exploración ginecológica se midió la altura del útero y fue de 31 cm. No se escuchó la frecuencia cardíaca fetal, ni se percibieron los movimientos del feto. El cérvix estaba en posición central, cerrado, había poco sangrado vaginal y se observó leucorrea. Se realizó un barrido ecográfico, encontrando un hematoma retroplacentario y sin evidencia de movimientos fetales ni frecuencia cardíaca fetal, por lo que consideraron un óbito fetal. Se ordenó monitoreo de tensión arterial y toma de exámenes. Éstos revelaron un hemograma con leucocitosis (17 930/mm<sup>3</sup> -VN 6 000 a 10 000), trombocitopenia (107 000/mm<sup>3</sup> -VN 150 000 -450 000), anemia (7,3 g/dl -VN 12 a 14), creatinina elevada (1,53 mg/dl -VN menor a 1,0), análisis de orina con hematuria, proteinuria aislada positiva (100 mg/dl -VN negativo), transaminasas elevadas (ALT 37 UI/l, AST 103 UI/l -VN menor a 40), proteína C reactiva positiva (12 mg/dl -VN menor a 6,0) y tiempo de protrombina prolongado. Las cifras de tensión arterial 169/114 mmHg y 173/118 mmHg en dos tomas diferentes y un nuevo hemograma reveló plaquetas en 68 000. Se estableció el diagnóstico de preeclampsia con criterios de severidad, falla renal aguda, óbito fetal y coagulación intravascular diseminada.

Ante este hallazgo, se prescribió tratamiento con sulfato de magnesio y se preparó para cesárea. Durante el procedimiento se encontraron los siguientes hallazgos: óbito fetal no encajado, líquido amniótico violáceo fétido, múltiples focos de endometriosis en cara posterior de útero, en ovarios y trompas; con desprendimiento de placenta del 100% con hematoma expansivo infiltrante a cara posterior y anterior de útero y ligamentos anchos bilaterales de aproximadamente 1 500 cm<sup>3</sup>, compatible con útero de Couvelaire (figura 1), que indicaba que no era posible repararlo quirúrgicamente, por lo que decidieron realizar la histerectomía.

Obtuvieron producto un recién nacido no vivo, de sexo femenino, que pesó 1 650 g, con talla de 42 cm. Se realiza la histerectomía abdominal subtotal y una salpingooforectomía izquierda. Se recolectaron muestras de líquido amniótico para realizar cultivo y se enviaron a patología la placenta y el útero. Durante el tiempo quirúrgico se transfundieron a la paciente tres unidades de glóbulos rojos y dos unidades de plasma fresco. Posteriormente, la paciente fue trasladada a la unidad de cuidados intermedios y con prescripción de ácido tranexámico 1 g endovenoso (ev) de dosis inicial y continuar 500 mg ev cada 8 horas, ampicilina sulbactam 3 g ev de dosis inicial y continuar 1,5 g



**Figura 1.** Fotos del acto quirúrgico.

A, B y C: Se observa el aspecto azul del útero, por hematoma expansivo infiltrante.

cada 8 horas. También se prescribieron analgésicos, antieméticos y se mantuvo la reserva de cuatro unidades de glóbulos rojos y cuatro de plaquetas.

El informe de patología reportó: útero de Couvelaire, miometrio con leiomiomas uterinos clásicos, trompas uterinas de histología usual, ovarios con quistes foliculares. Placenta del tercer trimestre, peso percentil mayor de 90 con cordón umbilical trivascular, membranas ovulares con conversión vascular fisiológica incompleta y disco placentario con infartos recientes.

La paciente permaneció en estancia hospitalaria en la unidad de cuidado intermedio durante dos días, con seguimiento de exámenes de preeclampsia y función renal, los cuales mejoraron con respecto a los del ingreso con plaquetas en ascenso, transaminasas en descenso y creatinina normal. La paciente no requirió nuevas transfusiones de hemoderivados. No obstante, fue trasladada a unidad de cuidado intensivo obstétrico, donde completó el esquema antibiótico por 7 días. El reporte del cultivo del líquido amniótico fue negativo a las 72 horas. La paciente también recibió atención por psicología y fue dada de alta a los 8 días desde su ingreso.

## DISCUSIÓN

El útero de Couvelaire tiene una elevada morbilidad y mortalidad por hemorragias posparto, coagulopatía intravascular diseminada, admisiones en la Unidad de Cuidados Intensivos, necesidad de transfusión de sangre, estancia hospitalaria prolongada y resultado neonatal adverso, incluida la muerte fetal<sup>10-14</sup>. Como ocurrió en el caso de esta paciente, el desprendimiento prematuro de placenta se asocia estrechamente con el útero de Couvelaire y se define como el punto de inicio de esta patología o la expresión más severa. Por esta razón Schmidt P, et al. recomiendan que es de vital importancia tener una alta sospecha de desprendimiento

prematuro de placenta, ya que presenta una incidencia entre el 0,22% y el 1% de todos los partos, y que, a pesar de ser baja, un diagnóstico oportuno puede mejorar el panorama de la atención dado la alta morbimortalidad tanto materna como fetal<sup>7</sup>.

Tikkanen M, et al. describen como posibles factores que se han relacionado con el útero de Couvelaire, aparte de los que ya se han mencionado, el tabaquismo materno y el consumo de alcohol<sup>8</sup>, los cuales fueron descartados en la paciente de este caso. Sin embargo, se identificaron factores como preeclampsia, desprendimiento placentario y la restricción del crecimiento intrauterino. No obstante, la infección intrauterina fue descartada.

El tratamiento del útero de Couvelaire debe ser cuidadoso, y la histerectomía solo se utiliza en casos de necesidad obstétrica o inestabilidad de la madre, entre otras razones. Morales-Roselló J, et al. afirman que, por lo general, no está indicada una histerectomía, ya que los músculos uterinos conservan su capacidad de contraerse a pesar de que la sangre se desplaza hacia el miometrio<sup>10-13</sup>. Sin embargo, en esta paciente se realizó la histerectomía abdominal subtotal debido a que el infiltrado sanguíneo del miometrio se extendió hasta los ligamentos anchos, lo cual fue imposible reparar quirúrgicamente.

## CONCLUSIONES

El útero de Couvelaire es una patología infrecuente que eleva el riesgo de complicaciones maternas y de fallecimiento fetal. La detección temprana de las manifestaciones clínicas de un desprendimiento prematuro de placenta reduce la probabilidad de desarrollo de la patología e incrementa la posibilidad de un tratamiento óptimo. Esta es una enfermedad de escasa incidencia; sin embargo, tiende a presentar una elevada carga en la morbimortalidad.

## Consideraciones éticas:

Este manuscrito cuenta con la aprobación por parte del comité de ética e investigación de la institución, adicionalmente dando el debido proceso se realizó el respectivo consentimiento informado con la paciente.

## Conflictos de interés:

Los autores refieren que no presentan conflictos de interés.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lee YJ, Calvert K, Jape K. Couvelaire uterus resulting in haemoperitoneum. *J Surg Case Rep*. 2022 Jan 19;2022(1):rjab618. doi: 10.1093/jscr/rjab618.
2. Jackson J, George V, McKinney J, Fox KA. Multimodal postpartum imaging of a severe case of Couvelaire uterus. *Case Rep Perinat Med*. 2022 Jun 7;11(1):20210013. doi: 10.1515/crpm-2021-0013.
3. Romero K, Córdova C. Útero de Couvelaire: Reporte de un caso. [Couvelaire's uterus: A case report]. *MetroCiencia [Internet]*. 2022;30(Suppl 1):42-44. doi: 10.47464/MetroCiencia/vol30/Suppl1/2022/42-44.
4. Bertholdt C, Vincent-Rohfritsch A, Tsatsaris V, Goffinet F. Placental Abruptio Revealed by Hemoperitoneum: A Case Report. *AJP Rep*. 2016;6(4):e424-e426. doi: 10.1055/s-0036-1597267.
5. Nguessan KL, Mian DB, Aissi GA, Oussou C, Boni S. Spontaneous rupture of uterine varices in third trimester pregnancy: an unexpected cause of hemoperitoneum. A case report and literature review. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2013;40(1):175-7.
6. Díaz Briones IL. Conducta obstétrica en múltipara de 24 años con útero de couvelaire en el puerperio [tesis]. Los Ríos, Ecuador: Universidad Técnica de Babahoyo;2021. <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/10485/EUTB-FCS-OBST-000283.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
7. Schmidt P, Skelly CL, Raines DA. Placental Abruptio. [Updated 2022 Dec 19]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482335/>
8. Tikkanen M, Nuutila M, Hiilesmaa V, Paavonen J, Ylikorkala O. Clinical presentation and risk factors of placental abruptio. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006;85(6):700-705. doi: 10.1080/00016340500449915.
9. Ananth CV, Lavery JA, Vintzileos AM, Skupski DW, Varner M, Saade G, et al. Severe placental abruptio: clinical definition and associations with maternal complications. *Am J Obstet Gynecol*. 2016;214(2):272.e1-272.e9. doi: 10.1016/j.ajog.2015.09.069.
10. Morales-Roselló J, Khalil A, Akhoundova F, Salvi S, Morlando M, Sivanathan J, et al. Fetal cerebral and umbilical Doppler in pregnancies complicated by late-onset placental abruptio. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2017;30(11):1320-1324. doi: 10.1080/14767058.2016.1212332.
11. Ruiter L, Kazemier BM, Mol BWJ, Pajkrt E. Incidence and recurrence rate of postpartum hemorrhage and manual removal of the placenta: A longitudinal linked national cohort study in The Netherlands. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2019;238:114-119. doi: 10.1016/j.ejogrb.2019.05.022.
12. Mahendra G, Pu RS, Pukale RS, Vijayalakshmi S. Couvelaire uterus. A case report. *Int Arch Integr Med*. 2015; 2(3):142-145. <https://iaimjournal.com/wp-content/uploads/2015/03/20-Couvelaire-uterus.pdf>
13. Hubbard J, Hosmer S. Couvelaire uterus. *J Osteopath Med*. 1997;97(9):536-536. doi: 10.7556/jaoa.1997.97.9.536.
14. Sunanda N, Sruthi T, Sheela SR. Feto-maternal outcome in patients with couvelaire uterus: a 3-year study in a tertiary care hospital in rural Karnataka, India. *Int J Reprod Contracept Obstet. Gynecol*. 2018;7(2):503-508. doi: 10.18203/2320-1770.ijrcog20170162.