



V. Concurso de Trabajos de Investigación básica o clínica presentados en escrito  
"Carlos Espinosa Flores"



**Figura 1.** Se observa corazón sin movilidad, no se identifica flujo con el Doppler ni frecuencia. Placenta corporal anterior de ecogenicidad heterogénea con múltiples imágenes anecoicas, con ecos en su interior en región superior de la placenta, con nivel líquido-líquido, avascular, a considerar desprendimiento. Cordón umbilical sin evidencia de flujo al Doppler color

### Reporte de un caso: embarazo de 22.2 SDG con desprendimiento premature de placenta normoinserta, hemorragia obstétrica, shock hipovolémico y útero de Couvelaire.

**INTRODUCCIÓN:** La hemorragia postparto se define como una pérdida sanguínea  $\geq 1000$  ml o acompañada de signos y síntomas de hipovolemia dentro de las primeras 24 horas, independientemente de la vía de nacimiento, y una de las principales causas es el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI). El manejo dependerá del estado materno y fetal; si hay compromiso materno considerar la cesárea como primera opción. Entre las principales complicaciones de DPPNI se encuentra el útero de Couvelaire (en 0.4-1% de los embarazos) y la coagulación intravascular diseminada (CID) (en 5-15%) de los casos.

**CASO CLÍNICO:** Femenino de 25 años, sin antecedentes familiares o patológicos de importancia, con antecedente de cesárea, un parto y un aborto previo al embarazo actual de 22.2 semanas. Inició 2 horas previas con dolor abdominal tipo cólico intermitente, 7/10 sin síntomas acompañantes, sin pérdidas transvaginales, con signos vitales normales al ingreso. A la exploración física: abdomen globoso por útero gestante, sin actividad uterina palpable, dolor a la palpación en hipogastrio, sin datos de irritación peritoneal ni de hipersensibilidad uterina, con frecuencia cardíaca fetal de 133 lpm y fondo uterino de 26 cm. Dos horas después, aumentó en intensidad el dolor a 10/10, con actividad uterina regular, hipersensibilidad e hipertonia uterina, sin evidencia de sangrado transvaginal y ausencia de identificación de latido fetal por ultrasonido Doppler u obstétrico.

Se indicó indometacina 100 mg rectal, nifedipino 20 mg oral y se indicó cesárea de urgencia, encontrando abundante sangrado libre en cavidad abdominal, útero infiltrado en 40%. Se realizó histerotomía corporal, con abundante sangrado con coágulos, placenta desprendida al 100%, producto óbito de 680 g sin frecuencia cardíaca. Se presentó atonía uterina transitoria que respondió a carbetocina, oxitocina y misoprostol, reportando pérdida sanguínea de 1000 ml durante el procedimiento. A 13 horas de seguimiento, presentó hipotensión, taquicardia y sangrado transvaginal, con hemoglobina de 3.9 g/dL, y plaquetas 92 mil/mm<sup>3</sup>. Se realizó histerectomía abdominal, encontrando abundante sangrado café oscuro en cavidad abdominal y útero de Couvalier con atonía uterina, y se procedió a realizar histerectomía y limpieza de cavidad, mostrando mejoría en parámetros de biometría. Se hospitalizó la paciente en UCIA por 3 días, con doble esquema de antibiótico, transfusión total de 7 paquetes globulares, 4 unidades de plasma fresco congelado y 1 aféresis plaquetaria y se mantuvo hemodinámicamente estable el resto de su estancia.

**DISCUSIÓN:** EL DPPNI es responsable del 17% de los casos de hemorragia obstétrica en los que se requiere transfusiones masivas, por lo que es de suma importancia diagnosticarlo y actuar a tiempo para evitar complicaciones como en útero de Couvelaire o la CID y prevenir la muerte materna, por lo que en pacientes que presenten sangrado transvaginal, taquisistolia y dolor se debe tener en mente esta entidad.

**CONCLUSIÓN:** El caso presentado en este reporte muestra la importancia del reconocimiento oportuno del DPPNI y el inicio oportuno de medidas terapéuticas para disminuir el riesgo de complicaciones y de muerte materna.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

Ming GS, Lee WKR, Tan SQ. An Unusual Case of Placenta Abruption Leading to Couvelaire Uterus in a Previsible Pregnancy. *J Med Cases.* 2020;11(4):103-5.  
Hladky K, Yankowitz J, Hansen W. Placental Abruption. *Obstetr Gynecol Survey.* 2002;57(5):299-305.

**Figura 1.** Uteromegalia 18x10x6.7 cm, con volumen de 620 ml, asociados a cambios inflamatorios, y liquido libre que se extiende por corredera parieto-cólica derecha hasta silueta hepática, sugestivo a material serohemático, presencia de seroma en pared abdominal inferior.

