

Técnica anestésica combinada en cesárea por placenta percreta: reporte de caso

Combined anesthetic technique in cesarean section for placenta percreta: case report

 **Daniel Rivera Tocancipá¹**

 **María Camila Bonilla Llanos²**

 **José Miguel Quintero Díaz³**

 **Juan Felipe Vidal Martínez⁴**

 **Estefany María Salas Danies⁵**

 **Carlos Andrés Beleño Dumar⁶**

1. MD. Esp. Anestesiólogo. Docente posgrado Anestesiología, Universidad Surcolombiana. Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, Clínica Emcosalud (Neiva, Colombia). <https://orcid.org/0000-0002-7882-4048>
2. MD. Unidad de Educación Médica Hospital, Universitario Hernando Moncaleano Perdomo (Neiva, Colombia). <https://orcid.org/0000-0001-9527-1548>
3. MD. Estudiante de posgrado en Anestesiología. Universidad Surcolombiana (Neiva, Colombia). <https://orcid.org/0000-0002-4218-0498>
4. MD. Estudiante de posgrado en Anestesiología. Universidad Surcolombiana (Neiva, Colombia). <https://orcid.org/0000-0003-0372-3477>
5. MD. Universidad de la Sabana. (Chía, Colombia). <https://orcid.org/0000-0002-6204-0564>
6. MD. Universidad Libre (Barranquilla, Colombia). <https://orcid.org/0000-0002-6412-4841>

Información del artículo

Recibido: 08 de marzo de 2021

Evaluado: 23 de mayo de 2021

Aceptado: 30 de mayo de 2021

Cómo citar: Rivera Tocancipá D, Bonilla Llanos MC, Quintero Díaz JM, Vidal Martínez JF, Salas Danies EM, Beleño Dumar CA. Técnica anestésica combinada en cesárea por placenta percreta: reporte de caso. Rev. Navar. Medica. 2021; 7(1): 28 – 33. <https://doi.org/10.61182/rnavmed.v7n1a3>

Resumen

La adherencia anormal de la placenta es poco frecuente y reviste importancia clínica debido a su riesgo significativo de morbilidad, ya que puede provocar hemorragia masiva posparto, perforación, invasión y lesión de las vías urinarias. Aún sigue siendo un desafío para el manejo quirúrgico y debe abordarse de manera interdisciplinaria. Existe ambigüedad en la elección de la técnica anestésica óptima para esta condición, tanto en el caso de parto por cesárea como en la histerectomía electiva, debido a factores materno-fetales que son relevantes para la seguridad del binomio madre-hijo. El presente caso describe la experiencia de una mujer de 35 años con un caso de placenta previa y acretismo placentario. Asimismo, se detalla el protocolo, técnica anestésica y estrategia farmacológica empleada, respuesta y desenlace. La evidencia actual está a favor de las técnicas anestésicas utilizadas.

Abstract

Abnormal placental attachment is rare and is of clinical importance due to its significant morbidity and mortality risk, as it can lead to massive postpartum hemorrhage, perforation, invasion, and urinary tract injury. It still remains a challenge for surgical management and should be approached in an interdisciplinary manner. There is ambiguity in the choice of the optimal anesthetic technique for this condition, both in the case of cesarean delivery and elective hysterectomy, due to maternal-fetal factors that are relevant to the safety of the mother-child binomial. The present case describes the experience of a 35-year-old woman with a case of placenta previa and placental accreta. The protocol, anesthetic technique and pharmacologic strategy employed, response and outcome are detailed. The current evidence is in favor of the anesthetic techniques used.

Palabras clave

Placenta accreta, anestesia general, anestesia raquídea, acretismo placentario, percreta.

Keywords

Placenta accreta, general anesthesia, spinal anesthesia, Placenta Accreta Spectrum (PAS), percreta.

Autor para correspondencia:

María Camila Bonilla Llanos. Correo: cami_bonilla@hotmail.com

Este es un artículo de acceso abierto bajo la licencia Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0).



Introducción

El espectro de acretismo placentario (EAP) se define como la invasión anormal total o parcial del trofoblasto placentario al miometrio (1). Se clasifica como: placenta acreta (adherencia al miometrio), placenta increta (invasión al miometrio) y placenta percreta (invasión al miometrio, serosa y estructuras vecinas) (2). Esta es una condición de alta morbimortalidad materna por hemorragia masiva posparto (1), lo cual, puede resultar en disfunción orgánica múltiple, coagulación intravascular diseminada, ingreso a unidad de cuidados intensivos e incluso la muerte (2). Por esto, el abordaje recomendado para el nacimiento ante un caso de EAP es la cesárea programada con probable histerectomía periparto (1). La anestesia para la cesárea debe inclinarse hacia la seguridad del binomio madre hijo y proporcionar condiciones quirúrgicas óptimas, que involucren el menor riesgo posible (3). Además, requiere un abordaje multidisciplinario con el fin de realizar una intervención integral y prevenir complicaciones (2).

La evidencia científica actual menciona que, debido a la poca prevalencia del EAP, la elección de la técnica anestésica adecuada es controversial y en la mayoría de los casos se definen por factores maternos y fetales (4). Estudios recientes de cohorte retrospectiva demostraron que la anestesia neuroaxial se asocia con mejores resultados maternos y neonatales durante el parto por cesárea en mujeres con placenta previa, y en pacientes con placenta previa y EAP se prefiere la anestesia neuroaxial con posterior conversión a anestesia general para la histerectomía (5). A continuación, previa obtención de consentimiento informado, presentamos un caso de placenta previa percreta que fue llevada a cesárea e histerectomía programada bajo anestesia raquídea y convertida a anestesia general, con evolución satisfactoria.

Caso clínico

Se trata de una mujer de 35 años, multigestante (G3C2V2). Cursó con embarazo de 35.1 semanas por ecografía de primer trimestre, programada para cesárea electiva e histerectomía por placenta previa oclusiva total y acretismo placentario documentado en resonancia magnética. A su ingreso monitoria fetal reactiva, asintomática, ya tenía esquema de maduración pulmonar fetal con corticoides completo. Se solicitó valoración preanestésica quienes catalogan el procedimiento como American Society of Anesthesiologists Physical Status (ASA) 3, clase funcional 1, riesgo quirúrgico alto, ante la posibilidad de hemorragia masiva, indicaron reserva de paquete de transfusión masiva, y la recomendación de que estuviera disponible en el momento de la cirugía. Además, fue valorada por urología quienes ordenan realización de cistoscopia para descartar invasión vesical cuyo resultado fue normal.

Se decidió emplear anestesia raquídea a través de punción lumbar espacio L3-L4 se administró bupivacaína pesada 15 mg, morfina 200 mcg y dosis profiláctica endovenosa en bolo de noradrenalina 6 mcg. Previa monitorización quirúrgica, con electrocardiograma continuo, presión arterial no invasiva y pulsioximetría. Se canalizaron dos accesos venosos periféricos. Se realiza incisión mediana infra y supraumbilical por planos hasta cavidad abdominal e histerotomía corporal clásica, se obtuvo recién nacido femenino, con Apgar 9-10-10. Se observó infiltración placentaria en cabeza de medusa que comprometía serosa de vejiga en cara posterior (ver Figura 1 y 2).

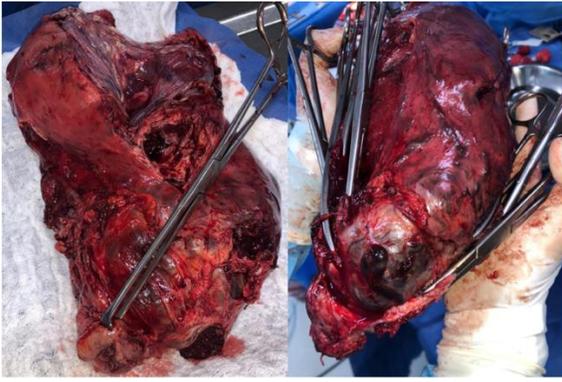


Figura 1. Placenta percreta.

Se observa placenta firmemente adherida al miometrio que infiltra y adelgaza la pared. Patrón en cabeza de medusa. Durante el procedimiento se evidenció pérdida sanguínea mayor a la permisible (1.500 ml) acompañada de inestabilidad hemodinámica que no respondió a reanimación hídrica con 4.000 ml de soluciones cristaloides y 1.000 ml de coloides, por lo que se instauró soporte vasopresor (noradrenalina infusión titulable), y se decide conversión a anestesia general, inducción anestésica con: lidocaína 1 mg/kg, midazolam 0.03 mg/kg, propofol 1.5 mg/kg, ketamina 1.5 mg/kg, rocuronio 0.6 mg/kg, mantenimiento anestésico con sevoflurano a concentración mínima alveolar (MAC) 0.9, más remifentanil 0.2 mcg/kg/min. Se canalizó una vía central yugular interna derecha, inicio de Infusión de ácido tranexámico 5 mg/kg/h, como estrategia anti-fibrinolítica. Requirió transfusión de 2 unidades de glóbulos rojos empaquetados intraoperatoriamente.

Posteriormente, el cirujano separó vejiga de placenta percreta, realizó ligadura de arterias hipogástricas, clampeo ocasional de aorta por arriba de la bifurcación de arterias iliacas primitivas y finalmente histerectomía total conservando anexos más empaquetamiento pélvico; con necesidad de segundo tiempo quirúrgico para lo cual se trasladó a la Unidad de Cuidado Intensivos (UCI), extubada, con soporte vasopresor a dosis bajas, siendo dada de alta a sala de hospitalización a los dos días y un día después egresó de la institución.

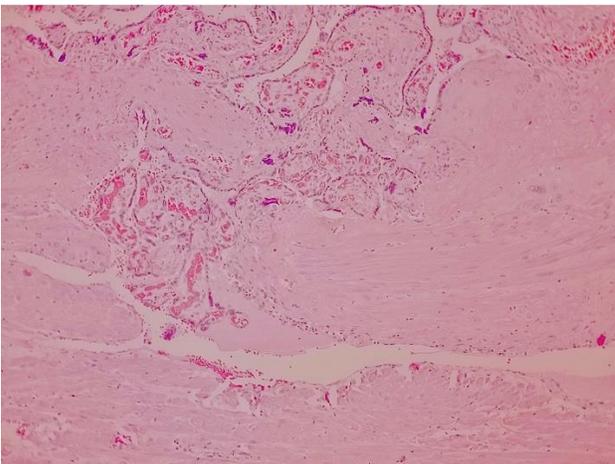


Figura 2. Imagen microscópica. En miometrio; se observa trofoblasto extraveloso en medio de las fibras musculares. Ausencia total de decidua basal.

Discusión

La incidencia del EAP ha aumentado durante las últimas 4 décadas, se estima en 1 de cada 533 nacimientos, lo cual está relacionado con el aumento de las tasas de parto por cesárea (2). Sin embargo, la evidencia es controversial en cuanto a la mejor técnica anestésica, tanto la anestesia general como la neuroaxial tienen sus pro y contra. Es claro que el estándar anestésico para una cesárea es la anestesia neuroaxial, así como sus múltiples beneficios, pues evita el paso de medicamentos a la unidad fetoplacentaria, aporta analgesia posoperatoria, y permite el contacto piel a piel con el bebé. Así también, la anestesia general para la histerectomía ha demostrado que los resultados intraoperatorios en comparación con la anestesia neuroaxial no son superiores, sin embargo, en cuanto a desenlaces posoperatorios, esta última sigue siendo superior (6). Surge la importancia de un manejo multidisciplinario por parte del equipo quirúrgico, anestesia, unidad de banco de sangre, neonatología y unidad de cuidados intensivos, para el completo abordaje del EAP (4).

La decisión de qué tipo de anestesia administrar, debe basarse principalmente en el estado de la materna, asociado a sus comorbilidades, riesgo de hemorragia posparto, predictores de vía aérea difícil o contraindicaciones específicas para anestesia regional (4). Poca es la evidencia que discute la conversión de anestesia neuroaxial a anestesia general durante la cesárea, en este caso la conversión de técnica anestésica no planeada presenta una incidencia que oscila entre el 8 al 45 % con posterior ingreso a UCI entre el 10-37%. Un estudio retrospectivo reciente, identificó factores relacionados a la conversión anestésica tales como tiempo quirúrgico prolongado (4 horas), necesidad de transfusión > 4 unidades de glóbulos rojos intraoperatoriamente, y el antecedente materno de más de 3 cesáreas (4,5).

Algunos estudios respaldan la anestesia general en caso de cesárea con alto riesgo de hemorragia posparto y necesidad de reanimación de gran volumen (1,7). Sin embargo, la decisión de conversión de la técnica anestésica se determina también por el momento quirúrgico, antes o después del nacimiento. Según Markl et al. (5) encontró que las razones de conversión anestésica después del nacimiento se asociaron a la necesidad de resucitación y control del dolor de la paciente, también, a mejorar el campo de visión quirúrgico para el cirujano.

El momento de decidir inducción para anestesia general debe ser cauteloso, pues factores como la hipovolemia combinada con bloqueo neuroaxial puede conllevar a hipotensión y paro cardíaco (7,8). Un estudio de cohorte retrospectivo encontró que las maternas con placenta previa completa era más probable que recibieran anestesia general dado el alto riesgo de hemorragia posparto y el de transfusión de hemoderivados, además, de requerir monitoria invasiva (catéter venoso central, línea arterial), traslado a UCI (9). Se estima que el ingreso a UCI postoperatoria es alrededor del 51.6% en pacientes con placenta acreta (8). Bengi Sener et al. (9) propuso las siguientes estrategias de control: detener la cirugía mientras hay control de la hemorragia más reanimación hídrica antes de la inducción, ayuda de un segundo anesthesiólogo mientras uno administra medicamentos, el otro se ocupa de la vía aérea.

Algunos autores mencionan la combinación de anestesia regional para la cesárea y luego conversión a anestesia general para la histerectomía. Sin embargo, la conversión aun cuando no está planeada es muy probable en casos de alto-riesgo materno (8,10), por ejemplo, la probabilidad de desarrollar hemorragia masiva, la cual debe ser de estricta vigilancia por lo que existen estrategias de intervención farmacológica como el ácido tranexámico y la administración de productos

sanguíneos a razón de 1:1:1 (4). El abordaje anestésico que se realizó a la paciente del presente artículo se correlaciona con lo descrito en la literatura. Sin embargo, la conversión anestésica fue planeada debido a los riesgos inherentes de la paciente y las complicaciones clínicas previsibles de este tipo de patología, en cuanto al manejo anestésico. Lo anterior, nos planteó la necesidad de determinar el inicio de una anestesia neuroaxial al momento del parto por cesárea y la conversión inmediata para la histerectomía y así mitigar las complicaciones previsibles mencionadas previamente como es el resultado del caso en mención.

Conclusiones

El abordaje anestésico que se realizó a la paciente del presente artículo se correlaciona con lo descrito en la literatura. Sin embargo, la conversión anestésica fue planeada debido a los riesgos inherentes de la paciente y las complicaciones clínicas previsibles de este tipo de patología, en cuanto al manejo anestésico. Lo anterior, nos planteó la necesidad de determinar el inicio de una anestesia neuroaxial al momento del parto por cesárea y la conversión inmediata para la histerectomía y así mitigar las complicaciones previsibles mencionadas previamente como es el resultado del caso en mención.

Conflictos de interés Ninguno.

Fuentes de financiación La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Contribución de los autores Todos los autores participaron en la concepción, el diseño, la recogida de datos, la interpretación, la redacción y la revisión crítica del artículo. Todos los autores aprobaron la versión final del artículo.

Referencias

1. Cahill AG, Beigi R, Heine RP, Silver RM, Wax JR. Placenta Accreta Spectrum. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2018;219(6):B2-16.
2. Silver RM, Branch DW. Placenta Accreta Spectrum. *New England Journal of Medicine*. 2018;378(16):1529-36.
3. Ramírez Cabrera Juan Orestes, Zapata Díaz Betsy Micol. Espectro de placenta acreta. *Rev. peru. ginecol. obstet.* 2020; 66(1): 49-55. <http://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v66i2232>
4. John Jairo Páez L, Navarro VJR. Regional versus general anesthesia for cesarean section delivery. *Revista Colombiana de Anestesiología*. 2012;40(3):203-6.
5. Hawkins R, Evans M, Hammond S, Hartopp R, Evans E. Placenta accreta spectrum disorders - Perioperative management: The role of the anaesthetist. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 2021;72(xxxx):38-51.
6. Markley JC, Farber MK, Perlman NC, Carusi DA. Neuraxial Anesthesia During Cesarean Delivery for Placenta Previa With Suspected Morbidly Adherent Placenta. *Anesthesia & Analgesia*. 2018;127(4):930-8.
7. Véliz OF, Núñez SA, Selman AA. Acretismo placentario: Un diagnóstico emergente. *Abordaje quirúrgico no conservador*. *Rev. chil. obstet. ginecol.* 2018; 83(5): 513-526. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262018000500513>.

8. Garmi G, Salim R. Epidemiology, Etiology, Diagnosis, and Management of Placenta Accreta. *Obstetrics and Gynecology International*. 2012;2012:1-7.
9. Sener EB, Guldugus F, Karakaya D, Baris S, Kocamanoglu S, Tur A. Comparison of neonatal effects of epidural and general anesthesia for cesarean section. *Gynecologic and Obstetric Investigation*. 2003;55(1):41-5.
10. Snegovskikh D, Clebone A, Norwitz E. Anesthetic management of patients with placenta accreta and resuscitation strategies for associated massive hemorrhage. *Current Opinion in Anaesthesiology*. 2011;24(3):274-81.
11. Orbach-Zinger S, Weiniger CF, Aviram A, Balla A, Fein S, Eidelman LA, et al. Anesthesia management of complete versus incomplete placenta previa: a retrospective cohort study. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*. 2018;31(9):1171-6.
12. Kuczkowski KM. Anesthesia for the repeat cesarean section in the parturient with abnormal placentation: What does an obstetrician need to know? *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2006;273(6):319-21.