

Histerectomía en CEC por MAV gigante de alto flujo: Reporte de un caso

<https://doi.org/10.25237/congreso-2024-027>

Tipo de Trabajo

Caso Clínico

Autores

Daniel Celis Duran

División de Anestesiología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago.

Wilbaldo Salas Morales

División de Anestesiología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago.

Introducción

Una malformación arteriovenosa uterina (MAV) es una causa infrecuente de sangrado uterino anormal (SUA) correspondiendo a fistulas arteriovenosas entre ramas intramurales de arterias uterinas y el plexo venoso miometrial. La terapia médica resulta exitosa en 88% de los casos y la embolización selectiva de arterias hasta en 90%, como tratamiento definitivo o puente para la histerectomía. Se presenta el caso de una MAV gigante de alto flujo que se resuelve con histerectomía total abierta en circulación extracorpórea (CEC) veno-venosa.

Antecedentes y hallazgos clínicos

Paciente de 44 años, sana, multipara de 1 que consulta en servicio de Ginecología del Hospital Clínico de la PUC por sangrado intermenstrual e hipermenorrea. Estudio con RNM de pelvis muestra una MAV de alto flujo de 9 x 11 cm de diámetro, centrada en el ligamento ancho y parametrio derecho, con formación de aneurisma arteriovenoso de 4,2 cm comprometiendo el miometrio superficial y profundo del cuerpo e istmo uterino.

Calendario (cronología)

Se inicia tratamiento médico con regular respuesta y abandono de controles. Consulta 2 años después por empeoramiento clínico asociando metrorragia y síndrome anémico severo que requiere transfusiones para estabilización hemodinámica. RNM de control con aumento de MAV a 13 x 11 mm con marcada congestión y hemorragia. Dado características, se decidió embolización selectiva de arterias uterinas e instalación de balones en arterias ilíacas previo a histerectomía, siendo frustrado en 3 oportunidades, persistiendo deterioro clínico (anemia microcítica hipocrómica severa) y riesgo inminente de transfusión masiva, decidiendo realizar una Histerectomía total en CEC.

Plan anestésico

Anestesia general con monitorización invasiva, 2 vías venosas periféricas 14G, catéter venoso central pentalumén por acceso yugular izquierdo, profundidad anestésica con BIS, temperatura y sonda foley. Coordinación con banco de sangre para protocolo de transfusión masiva, uso de aspiradores de campo de la CEC para recuperación de sangre total y uso de cell-saver para los tiempos quirúrgicos fuera de CEC.

Conflictos de interés

Se realizó canulación venosa de CEC veno-venoso vía yugular interna derecha y femoral derecha, laparotomía media xifopubiana que evidenció una gran masa tumoral multilobulada de 30 x 30 cms que ocupa pelvis y 2/3 cavidad abdominal. Se realizó clamp arterial para control vascular en caso de hemorragia masiva. Por abordaje retroperitoneal se realizó disección del tumor en piso pelviano y región presacra, sección y punto de ligamentos redondos e

50° Congreso Chileno de Anestesiología

infundíbulo pélvicos y ureterolisis bilateral. Una vez realizada la histerectomía, se evidenciaron múltiples focos de sangrado de vasos de la MAV que una vez controlados, se retira shunt veno-venoso. La anestesia para la cirugía se realizó en base a opioides y noradrenalina con dosis máximas hasta 0.04 mcg/Kg/minuto. Se realizó una CEC de 323 minutos, para una duración total de la cirugía de 11 horas. Se reanima tempranamente con hemoderivados y 2 litros de cristaloides, incluido el priming del sistema. Manejo de coagulopatía con infusión de ácido tranexámico, concentrado de complejo protrombínico y desmopresina según TEG.

Discusión y Conclusiones

Las indicaciones habituales para el uso de CEC son cirugía cardíaca y de grandes vasos. No existe consenso en la literatura sobre el uso de CEC como procedimiento de rutina para cirugía no cardíaca considerada de alto riesgo. También se describe como rescate intraoperatorio de emergencia, por lo que podría considerarse en casos de cirugía en que están implicados grandes vasos torácicos, abdominales o pélvicos, en que es esperable complicaciones hemorrágicas o inestabilidad hemodinámica, tal es el caso de resección o descompresión de MAV complejas. Presentamos un caso de utilización de la CEC mediante bypass veno venoso para continuar la perfusión del resto del cuerpo mientras se evita perfundir el territorio a intervenir permitiendo, además, en caso de hemorragia masiva, que la sangre perdida pueda ser recuperada y recirculada, con el fin de mantener la perfusión y el volumen intravascular. Existen al menos 100 casos publicados desde 1949 de MAV uterinas que responden a tratamiento médico y/o terapia endovascular, dejando la histerectomía como último eslabón de tratamiento con el fin de preservar la fertilidad, pero de este tamaño? Cabe la pena plantearse, ¿hubiese sido distinta la evolución de la paciente sin el uso de CEC?.

Contacto

Nombre: Wilbaldo Salas M.

Correo electrónico: wisalas@uc.cl / salaswe@gmail.com