

TERAPIA TRANSFUSIONAL EN HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA POR PLACENTA PERCRETA. IMPACTO DE LOS BALONES DE ANGIOPLASTÍA PROFILÁCTICOS

Jaime Molina¹, Patricia Cisternas¹, Carlos Alarcón¹, Norman Oliden¹, Rodrigo Díaz¹, Daniela Aybar²

¹ Clínica Dávila, Santiago, Chile.

² Becada Anestesiología Universidad de Los Andes.

Introducción: El percretismo placentario es una entidad clínica que tiene indicación de histerectomía obstétrica y reviste un alto riesgo de hemorragia grave en el perioperatorio. Recientes avances en los procedimientos de radiología intervencionista proponen disminuir la hemorragia durante el acto quirúrgico mediante la reducción transitoria del flujo sanguíneo uterino con el uso profiláctico de balones de angioplastia oclusivos hipogástricos en pacientes con inserción placentaria anómala.

Objetivo General: Evaluar el impacto en la terapia transfusional de la utilización de balones oclusivos hipogástricos bilaterales en pacientes programadas para histerectomía obstétrica por placenta percreta.

Material y Métodos: Entre 2007 y 2009 se registraron las pacientes con hemorragia obstétrica por inserción placentaria anómala. Aquéllas con diagnóstico preoperatorio de placenta percreta ecográfico y por resonancia nuclear magnética, fueron incluidas en un protocolo de manejo multidisciplinario. En radiología, bajo sedación con propofol y anestesia local, el radiólogo intervencionista instaló los balones de angioplastia hipogástricos bilaterales utilizando una técnica de Seldinger estándar por ambas arterias femorales hasta alcanzar la arteria iliaca interna contralateral bajo visión angiográfica con medio de contraste. Posteriormente, las pacientes fueron trasladadas al pabellón quirúrgico. Se indujo la anestesia general y se procedió a la monitorización hemodinámica invasiva: línea arterial radial, Intradyn® yugular derecho, sonda vesical, sensor de temperatura esofágico y dos vías venosas periféricas de grueso calibre. Se realizó la extracción del feto a través de una incisión uterina corporal, y luego de la histerorrfaia sin extracción de placenta se procedió a la histerectomía con los balones hipogástricos inflados. Se consignaron las pérdidas sanguíneas estimadas y los aportes de volumen y hemoderivados.

Resultados: En el período de 3 años se registraron en nuestro centro 19.977 partos. Catorce pacientes presentaron hemorragia puerperal con diagnósti-

co de placenta acreta (1:1.500). Las pacientes con diagnóstico preoperatorio ecográfico y por resonancia nuclear magnética de placenta oclusiva total percreta con compromiso vesical y/o rectal ingresaron al protocolo (1:6.500). En este grupo de pacientes las pérdidas sanguíneas estimadas para la cirugía de histerectomía obstétrica fueron en promedio 3.500 ml. El aporte de hemoderivados fue de 8 U de glóbulos rojos, 2 U de PFC y 6 U de plaquetas para lograr una hemodinamia estable, un nivel de hemoglobina superior a 7 g/dl, un recuento de plaquetas sobre 50.000 y un INR en límites normales. Las pacientes presentaron complicaciones postoperatorias como hemorragia vesical y hemoperitoneo necesitando cirugía y un mayor aporte de hemoderivados. En los sitios de punción de arteria femoral se produjeron complicaciones vasculares como pseudoaneurisma, hematomas y trombosis.

Conclusiones: La placenta percreta es una entidad clínica muy infrecuente por lo que no existen estudios comparativos controlados con casuísticas importantes que evalúen la repercusión en la terapia transfusional de la utilización de balones oclusivos hipogástricos profilácticos durante la subsecuente histerectomía obstétrica. En nuestra serie se presentaron pérdidas sanguíneas que comprometieron seriamente el estado hemodinámico de las pacientes que requirieron una importante transfusión de hemoderivados a pesar de la utilización de los balones de angioplastia. Las pacientes que ingresaron al protocolo presentaron complicaciones postoperatorias y debieron ser reintervenidas quirúrgicamente y transfundidas con hemoderivados. La instalación de los balones hipogástricos oclusivos presenta complicaciones potencialmente graves en los accesos vasculares y su uso profiláctico deberá ser justificado por futuros estudios prospectivos. En suma, el procedimiento vascular invasivo no parece disminuir las pérdidas sanguíneas ni los aportes de hemoderivados pero tiene el potencial de agregar serias complicaciones al cuadro clínico por lo que debe ser utilizado con precaución y evaluado caso a caso.