

Cesárea de urgencia en paciente trasplantada hepática

Mangiarotti E.¹, Ferro S.¹, Godoy M.¹, Arbizu B.^{1,2}, Salvatori F.¹, Pineda F.¹, Chávez Neira D.¹, Peroni D.¹, Martínez A.¹

1 Hospital Magdalena V. Martínez, Pacheco, Argentina.

2 Hospital José M. Penna, CABA, Argentina.

Introducción: El embarazo en mujeres pos trasplante hepático (TH) suele ser exitoso aunque se considera de alto riesgo debido a secuelas persistentes de la enfermedad hepática y al efecto de los inmunosupresores.

Caso clínico: Paciente de 26 años primigesta, con antecedentes de trasplante hepático cadavérico a los 9 años. El embarazo había evolucionado favorablemente con crecimiento fetal, tensión arterial, función renal, bilirrubinemia, glucemia dentro de los rangos normales y anemia leve. Ingresa a la guardia cursando embarazo de término en trabajo de parto. Luego de 3 horas, ante la falta de progresión y descenso del feto, se decide realizar cesárea abdominal. El anestesiólogo de guardia decide realizar anestesia neuroaxial intratecal según esquema habitual. Se realiza la cesárea abdominal sin complicaciones. Nace un niño sano, Apgar 7/9, quien continuó con cuidados neonatales sin inconvenientes. La madre continuó internada según protocolo de cesárea. Madre e hijo fueron dados de alta al tercer día posoperatorio.

Discusión: Se recomienda posponer el embarazo un año luego del TH asegurando la adecuada función del injerto y requerimientos mínimos de inmunosupresores. La evaluación preoperatoria incluye adecuada función del injerto, presencia de hipertensión gestacional, diabetes gestacional, secuelas de la enfermedad hepática, infecciones y comorbilidades relacionadas con los inmunosupresores.

Dado el aumento de pacientes trasplantadas, es preciso que el anestesiólogo de guardia ante estos casos considere la profilaxis antibiótica bajo el mismo esquema que para la paciente no trasplantada, mantener la inmunosupresión perioperatoria o, suplementar con corticoesteroides ante la reciente suspensión de la terapia inmunosupresora y presencia de hipotensión refractaria. Se recomienda el uso de ultrasonido para la colocación de accesos centrales, la trombosis o estenosis de vasos centrales es frecuente. Los hemoderivados deben estar siempre disponibles, ya que existe un aumento de la incidencia de anemia, plaquetopenia, y sangrado masivo luego de una cirugía abdominal o pélvica en estas pacientes. La respuesta al estrés del injerto desnervado es prácticamente nula. Sin alteraciones en la coagulación ni plaquetopenia, la anestesia regional neuroaxial puede implementarse para cesárea abdominal y analgesia del trabajo de parto. La elección de los fármacos para una anestesia general debe ser de acuerdo a la función hepática y renal, sin alterar el metabolismo de los inmunosupresores para no incrementar el riesgo de rechazo agudo. El mantenimiento de la hemodinámica, la perfusión uteroplacentaria y hepática es prioritario.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.98>