BJCR
Brazilian Journal of Case Reports

PCAA
Publicações Científicas de Acesso Aberto

Relato de Caso

Bloqueio Duplo para Cesariana e Histerectomia em uma Paciente com Espectro Grave de Placenta Acreta: Os Bloqueios Neuraxiais São uma Melhor Opção nos Dias Atuais? Um Relato de Caso

Plínio Holanda [1,*], Isadora Melo [2]

[1] Centro Universitário Christus, Fortaleza, Ceará, Brasil.
[2] Instituto Dr. José Frota, Fortaleza, Ceará, Brasil.

* Correspondência: plinio.ce@icloud.com.

Citação: Holanda P, Melo I. Bloqueio Duplo para Cesariana e Histerectomia em uma Paci-ente com Espectro Grave de Placenta Acreta: Os Bloqueios Neuraxiais São uma Melhor Opção nos Dias Atuais? Um Relato de Caso. Brazilian Journal of Case Reports. 2025 Jan-Dec;05(1):bjcr67.

https://doi.org/10.52600/2763-583X.bjcr.2025.5.1.bjcr67

Recebido: 7 Janeiro 2025
Aceito: 14 Fevereiro 2025
Publicado: 16 Fevereiro 2025

Copyright: This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0).

Resumo: O Espectro da Placenta Acreta é uma anomalia placentária na qual a placenta adere ao útero e não se separa durante o parto, podendo levar a hemorragia maciça. Para o anestesiologista, a decisão entre anestesia geral (com riscos de aspiração pulmonar e via aérea difícil) ou bloqueio neuraxial (com potencial agravamento do choque hemorrágico) representa um grande desafio. Cirurgiões vasculares há anos contribuem para a redução do sangramento, e algumas técnicas demonstram maior eficácia. Seria este o momento de priorizar o bloqueio neuraxial?. Nosso objetivo é demonstrar que ambos os métodos são viáveis, mas que, com o advento dos dispositivos vasculares, os bloqueios neuraxiais são menos prejudiciais, pois esses dispositivos ajudam a reduzir os índices de sangramento.

Palavras-chave: Placenta Acreta; Anestesia Geral; Relato de Caso.

1. Introdução

O Espectro da Placenta Acreta (EPA) inclui uma anomalia placentária na qual a placenta adere ao útero e não se separa dele no momento do parto. Sua incidência varia de 0,8% a 3,1% de todas as gestações [1]. Existe uma forte relação entre o número de cesarianas prévias da paciente e o desenvolvimento da placenta acreta [2]. Existem duas classificações para essa condição, sendo a mais comum composta por três tipos: placenta acreta (75% dos casos), na qual há apenas adesão ao miométrio; placenta increta (18%), com invasão do miométrio; e a forma mais grave e arriscada, placenta percreta (7%), caracterizada pela invasão de outros órgãos, como a bexiga [3, 4]. Nessas situações, podem ocorrer complicações significativas, exigindo que o anestesiologista esteja atento a todos os casos [1].

A principal complicação após o parto é a hemorragia maciça durante a tentativa de remoção da placenta do miométrio. O uso de dispositivos vasculares tem se tornado popular nos últimos anos, pois pode reduzir significativamente a hemorragia, permitindo o uso da anestesia neuraxial em vez da anestesia geral, que apresenta riscos para gestantes [3, 5]. A conversão da anestesia regional para geral é uma possibilidade e pode minimizar os riscos de exposição fetal aos anestésicos, além de complicações como via aérea difícil e aspiração pulmonar [3, 6]. O caso relatado refere-se a uma paciente com uma placenta

percreta extremamente grave, que acometia não apenas o útero, mas também a bexiga. Como anestesia, a paciente recebeu um bloqueio neuraxial duplo, sem necessidade de anestesia geral.

2. Relato de Caso

Após consentimento informado, uma paciente do sexo feminino, 27 anos, com 34 semanas de gestação, medindo 1,55 m e pesando 49 kg, foi programada para sua quarta cesariana, seguida de histerectomia, devido a um caso grave de placenta percreta. Durante o pré-natal, foi diagnosticada com placenta percreta com invasão da bexiga. A avaliação pré-operatória revelou uma paciente sem comorbidades, porém ansiosa. Seu exame físico estava dentro dos padrões normais, incluindo pressão arterial e frequência cardíaca, mas o exame da via aérea indicou Mallampati 3, abertura oral normal e distância tireomentoniana normal. Devido ao risco de intubação difícil e aspiração pulmonar, optou-se pelo bloqueio neuraxial. Como o risco de hemorragia severa era elevado, foi planejada a colocação de balão hipogástrico bilateral sob fluoroscopia para reduzir o fluxo arterial ao útero.

A colocação dos balões foi realizada sob anestesia local. Foram inseridas duas cânulas de grosso calibre (16G), e epinefrina e norepinefrina foram preparadas. A paciente foi monitorada com cardioscópio, oximetria e pressão arterial invasiva. Sua pressão arterial média (PAM) era de 66 mmHg, a frequência cardíaca em torno de 96 bpm e a temperatura corporal entre 36 e 36,4°C. Os exames laboratoriais iniciais mostraram hemoglobina de 11,9 g/dL, sem sinais de anemia ou outras alterações. Após esse preparo, foi realizado um bloqueio peridural na altura de L1-L2, com a injeção de 3 ml de lidocaína a 2% associada a 2 mg de morfina. Como a anestesia espinhal isolada provavelmente não seria suficiente para toda a operação (baseando-se em outros casos no mesmo hospital), um cateter peridural foi inserido e fixado assepticamente.

Em seguida, foi realizada uma injeção única de anestesia espinhal com 3 ml de bupivacaína a 0,5% com glicose para a cesariana. Quando a paciente foi posicionada em decúbito dorsal, sua PAM caiu de 66 mmHg para 47 mmHg. Foram administrados 10 mg de efedrina, e a norepinefrina foi iniciada a 322 mcg/h, sendo reduzida para 166 mcg/h após aproximadamente 30 minutos. Duas análises de gasometria arterial foram realizadas. A primeira revelou acidose metabólica (pH 7,30, pCO_2 5,32 kPa, BE -7, $NaHCO_3$ 13 mmol/L, Hb 10,2 g/dL), cerca de 1h40min após o início da cirurgia, no momento da histerectomia, com uma perda sanguínea estimada de 180 ml. Bicarbonato de sódio foi utilizado para corrigir a acidose.

Após 2h20min de cirurgia, a paciente relatou dor, sendo administrados 5 ml de ropivacaína a 1% pelo cateter peridural e 2 mg de midazolam intravenoso. O resultado foi uma paciente calma e completamente sem dor. A bexiga foi separada da placenta sem necessidade de abertura durante o procedimento. A histerectomia foi realizada sem complicações, com uma perda sanguínea total de aproximadamente 200 ml e PAM variando entre 55-70 mmHg. Uma segunda gasometria arterial, realizada uma hora antes do término da cirurgia (tempo total de 5h30min), revelou pH 7,44, pCO_2 5,18 kPa, BE -3, $NaHCO_3$ 23 mmol/L e Hb 9,9 g/dL. Durante todo o procedimento, a paciente recebeu 1000 ml de Plasmalyte® (solução com menor risco de acidose) e 700 ml de Ringer lactato. A perda sanguínea total foi de 380 ml. O cateter peridural foi removido devido ao risco potencial de distúrbios da coagulação [1], e morfina 2 mg foi administrada, garantindo analgesia por 24 horas. Nos dias seguintes, optou-se por analgesia multimodal, reduzindo os riscos associados.

A paciente foi então transferida para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), sem necessidade de norepinefrina, onde recebeu paracetamol 1g e cetoprofeno 100 mg a cada 12 horas e, se necessário, morfina 4 mg IV. No dia seguinte, uma nova gasometria revelou anemia grave (Hb 5,0 g/dL), levando à transfusão de uma unidade de concentrado de

hemácias (CH). Dois dias após a cirurgia, foi transferida para a enfermaria assintomática, e cinco dias depois recebeu alta hospitalar sem sequelas.

3. Discussão

O Espectro da Placenta Acreta (EPA) ocorre quando há aderência anormal da placenta ao útero, sem separação espontânea no momento do parto. Esse fenômeno ocorre com maior frequência em pacientes com placenta prévia e histórico de cesarianas anteriores [2], um cenário que tem se tornado cada vez mais frequente ao longo das décadas [7]. A placenta percreta representa a forma mais grave da condição, caracterizando-se pela invasão do miométrio, da serosa uterina e, em alguns casos, da bexiga. Devido à dificuldade de remoção cirúrgica, pode ocorrer hemorragia maciça [1]. Para reduzir o risco de choque hemorrágico, estratégias como oclusão com balão das artérias hipogástricas, embolização da artéria ilíaca interna e ligadura das artérias hipogástricas ou uterinas são medidas eficazes [5]. No entanto, a opção provavelmente mais eficiente é a inserção de um cateter REBOA® na aorta infrarrenal, guiado por ultrassom, tecnologia que, infelizmente, não estava disponível no hospital onde este caso ocorreu. O uso desse dispositivo pode limitar o sangramento a 1 litro, um nível considerado adequado em casos de EPA. Uma meta-análise publicada em 2021 demonstrou que o REBOA® foi mais eficaz do que as outras medidas de controle do sangramento [8, 9].

A disponibilidade de dispositivos vasculares pode justificar o uso preferencial da anestesia neuraxial em vez da anestesia geral na maioria dos pacientes, reduzindo a necessidade de esperar por sangramentos catastróficos, como era feito no passado. No entanto, um grande problema ainda são os casos inesperados de EPA, nos quais não há oclusão vascular prévia à cirurgia. Assim, o anestesiologista deve estar sempre preparado para o pior cenário [3]. Estudos retrospectivos indicam que os bloqueios neuraxiais podem ser realizados com segurança nesses pacientes, evitando riscos de via aérea difícil e aspiração pulmonar associados à anestesia geral. No entanto, esses bloqueios trazem um risco aumentado de instabilidade cardiovascular [3]. A anestesia geral pode ser uma opção adequada em dois cenários: suspeita de via aérea difícil (necessidade de intubação com fibra óptica antes do início da cirurgia); e alta probabilidade de hemorragia maciça, mas seus riscos não devem ser subestimados.

A decisão pelo bloqueio neuraxial foi baseada na literatura, considerando os riscos da anestesia geral para gestantes e a menor probabilidade de sangramento devido ao uso de balão ilíaco. O monitoramento adotado no caso relatado segue as práticas usuais [1, 2]. A colocação de um cateter peridural foi especialmente indicada, pois o tempo cirúrgico em nossa instituição costuma ser superior a quatro horas. A paciente apresentou hipotensão significativa logo após o bloqueio espinhal, um evento esperado devido à compressão da veia cava inferior, um achado comum em gestantes [10]. O tratamento inicial com efedrina foi adequado, mas optou-se pela infusão contínua de norepinefrina em baixa dose para evitar novas crises de hipotensão. A terapia de reposição volêmica foi realizada apenas com cristaloides, uma prática comum no Brasil, conforme demonstrado em estudos prévios [11].

O uso do cateter peridural no pós-operatório apresenta riscos, uma vez que distúrbios da coagulação podem surgir após a cirurgia. Por esse motivo, foi preferida a analgesia multimodal. Os valores da gasometria arterial pós-operatória foram impressionantes, sugerindo um sangramento significativo após a remoção do balão ilíaco, uma possibilidade já descrita em casos de EPA no primeiro dia pós-operatório [3]. São necessários mais estudos para determinar a melhor técnica anestésica, especialmente após a introdução de dispositivos vasculares para controle de sangramento durante essa cirurgia. No entanto, o bloqueio neuraxial deve ser, pelo menos, considerado como uma opção viável.

4. Conclusão

O Espectro da Placenta Acreta (EPA) pode levar a complicações graves em gestantes, especialmente hemorragia maciça. O anestesiologista deve decidir entre o bloqueio neuraxial, com riscos de bloqueio simpático, e a anestesia geral, com riscos de aspiração pulmonar e via aérea difícil. No entanto, ainda não há consenso sobre a melhor opção. Com o avanço das técnicas vasculares para controle do sangramento, como o balão ilíaco e o REBOA®, os bloqueios neuraxiais podem representar uma opção mais segura e devem ser considerados como alternativa à anestesia geral.

Financiamento: Nenhum.

Aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa: Declaramos que o paciente aprovou o estudo assinando um termo de consentimento informado e o estudo seguiu as diretrizes éticas estabelecidas pela Declaração de Helsinque.

Agradecimentos: Nenhum.

Conflitos de Interesse: Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referência

1. Enste R, Cricchio P, Dewandre PY, Braun T, Leonards CO, Niggemann P. Placenta accreta spectrum part I: anesthesia considerations based on an extended review of the literature. J Perinat Med. 2022 May 25;0(0).
2. Ioscovich A, Weiss A, Shatalin D. The anesthetic approach to a patient with placenta accreta spectrum. Curr Opin Anaesthesiol [Internet]. 2023 Jun;36(3):263–8. Available from: https://journals.lww.com/10.1097/ACO.0000000000001242
3. Reale SC, Farber MK. Management of patients with suspected placenta accreta spectrum. BJA Educ. 2022;22:43–51.
4. Jauniaux E, Zheng W, Yan J. Confirming the diagnosis and classifying placenta accreta spectrum (PAS) disorders: Minutes of 2020 online international workshop on PAS in Beijing. Matern Fetal Med. 2021;3:229–31.
5. Nankali A, Salari N, Kazeminia M, Mohammadi M, Rasoulinya S, Hosseinian-Far M. The effect of prophylactic internal iliac artery balloon occlusion in patients with placenta previa or placental accreta spectrum: a systematic review and meta-analysis. Reprod Biol Endocrinol. 2021 Dec 1;19(1).
6. Warrick CM, Rollins MD. Peripartum anesthesia considerations for placenta accreta [Internet]. 2018. Available from: http://journals.lww.com/clinicalobgyn
7. Warrick CM, Markley JC, Farber MK, Balki M, Katz D, Hess PE, et al. Placenta accreta spectrum disorders: knowledge gaps in anesthesia care. Obstet Anesth Dig. 2023 Mar;43(1):28–9.
8. Liu C, Yang D, Qu H, Guo Y, Liu L. Efficacy and safety of prophylactic abdominal aortic balloon occlusion versus internal iliac arterial balloon occlusion for placenta accreta spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. Clin Imaging. 2021;78:250–5.
9. Ioffe YJM, Burruss S, Yao R, Tse B, Cryer A, Mukherjee K, et al. When the balloon goes up, blood transfusion goes down: A pilot study of REBOA in placenta accreta spectrum disorders. Trauma Surg Acute Care Open. 2021 Aug 13;6(1).
10. Chooi C, Cox JJ, Lumb RS, Middleton P, Chemali M, Emmett RS, et al. Techniques for preventing hypotension during spinal anaesthesia for caesarean section. Cochrane Database Syst Rev. 2020;2020.
11. de Freitas FGR, Hammond N, Li Y, de Azevedo LCP, Cavalcanti AB, Taniguchi L, et al. Resuscitation fluid practices in Brazilian intensive care units: A secondary analysis of Fluid-TRIPS. Rev Bras Ter Intensiva. 2021 Apr 1;33(2):206–18.