

USO DE DISPOSITIVOS DE OCLUSIÓN ENDOVASCULAR EN PACIENTES SOMETIDOS A CESÁREA POR PLACENTA ANORMALMENTE INSERTA DURANTE UN PERIODO DE 8 AÑOS

NIETO-CALVACHE, A.J; LÓPEZ-GIRÓN, M.C; ORDOÑEZ, C.A.; BURGOS-LUNA, J.M; MESSA-BRYON, A.; RODRIGUEZ-HOLGUIN, F.

INSTITUCIÓN: FUNDACIÓN VALLE DEL LILI

INTRODUCCIÓN

Una de las principales complicaciones de la placenta anormalmente inserta (PAI) es el sangrado masivo. La oclusión endovascular de los vasos pélvicos o de la aorta ha sido incorporada en los protocolos de manejo de esta patología como estrategias de control del sangrado

OBJETIVOS

Nos propusimos examinar las practicas relacionadas con la oclusión endovascular entre las gestantes con diagnóstico de PAI manejadas en nuestra institución durante los últimos 8 años, centrándonos en los cambios en las técnicas de control de la hemorragia

MATERIALES Y MÉTODOS

Se llevo a cabo un estudio de cohorte retrospectivo donde se incluyeron las pacientes con diagnostico de PAI manejadas en la Fundación Valle del Lili desde diciembre de 2011 hasta diciembre de 2019, comparamos los resultados clínicos y desenlaces obtenidos según el tipo de dispositivo de oclusión endovascular utilizado

RESULTADOS

Table 1. Clinical Outcomes of AIP patients according to the type of endovascular balloon used (n = 97).				
	Planned surgery cases (n = 79)			Group 4
	Group 1 IIAB (n=30)	Group 2 REBOA (n=40) <sup>b</sup>	Group 3 Without endovascular balloon (n=9) <sup>c</sup>	
Bleeding volume <sup>a</sup> (mL)	2000 (1500-2500)	1700 (1000-2000)	1400 (419-1490)	3500 (2400-4550)
Transfusion requirement (n%)	15 (50%)	17 (42%)	1 (11%)	14 (77%)
Units of Red Blood Cells Transfused <sup>a</sup>	0.5 (0-3)	0 (0-2)	0 (0-0)	2 (0.75-6)
Hysterectomy (n%)	23 (77%)	26 (65%)	1 (11%)	16 (88.8%)
Confirmed AIP(n%)	24 (80%)	29 (72.5%)	4 (44%)	18 (100%)
Percreta (n%)	5 (16.6%)	8 (20%)	0 (0%)	3 (16.6%)
S2 affectation <sup>d</sup> (n%)	12 (40%)	19 (47.5%)	3 (33.3%)	9 (50%)
Surgical Time <sup>a</sup> (minutes)	275 (207-312)	205 (158-250)	173 (137-181)	135 (105-187)
Time of arterial occlusion (minutes)	28.5 (20.5-38.5)	22 (5-30)	-	-
Complications associated with endovascular balloon	2 venous thrombosis	3 arterial thrombosis	0	0
<sup>a</sup> Median (Interquartile range) <sup>b</sup> Group 2: Of the 44 patients with REBOA, 4 women were excluded from this group because the diagnosis of AIP was intraoperatively made, without suspicion by prenatal ultrasound. These 4 patients were included in group 4 because intraoperative management did not obey the protocol established for group 2. <sup>c</sup> Group 3: Corresponds to the patients who had pre-surgical diagnosis of AIP, and were intentionally taken to surgery without arterial balloons but with a low-caliber femoral introducer. This group does not include those patients in whom the AIP diagnosis before surgery was unknown. <sup>d</sup> Affectation of the cervix, parametrium, or more caudal part of the uterine segment. AIP: Abnormally Invasive Placenta IIAB: Internal Iliac Artery Balloon REBOA: Resuscitative Endovascular Balloon Occlusion of the Aorta				

Se incluyeron 97 pacientes, en el Grupo 1, se utilizaron balones de oclusión de la arteria iliaca interna (IIAOB) como técnica de oclusión endovascular, en el Grupo 2 se utilizó balón de oclusión endovascular aortica (REBOA), en el Grupo 3, no se utilizó ningún dispositivo de oclusión vascular debido a la afectación del segmento S1 y un menor riesgo de hemorragia, en el Grupo 4, el diagnóstico de PAI fue incidental durante la cirugía.

Las pacientes del Grupo 2 tuvieron un volumen de sangrado (promedio:1.700 mL) y una frecuencia de transfusiones (42%) ligeramente inferior a las de las pacientes del Grupo 1 (2.000 mL y 50% de transfusiones, respectivamente), con una frecuencia de histerectomía (65% vs. 77% en el grupo 1) y un tiempo quirúrgico (205 minutos vs. 275 en el grupo 1) inferiores a pesar de una frecuencia similar de PAI confirmado, placenta percreta y compromiso del sector de vascularización uterina (S2). Las pacientes del grupo 3 tuvieron el menor volumen de frecuencia de transfusión de sangre de toda la población estudiada.

CONCLUSIONES

Existen múltiples estrategias válidas para prevenir el sangrado masivo debido al diagnostico de placenta anormalmente inserta. Algunas pacientes previamente seleccionadas pueden ser manejadas con seguridad sin dispositivos endovasculares en centros especializados para el manejo de esta patología.

REFERENCIAS

1. Wang YL, Duan XH, Han XW, et al. Comparison of temporary abdominal aortic occlusion with internal iliac artery occlusion for patients with placenta accreta - a non-randomised prospective study. *Vasa - Eur J Vasc Med*. 2017;46(1):53-57. doi:10.1024/0301-1526/a000577

2. Ordoñez CA, Manzano-Nunez R, Parra MW, et al. Prophylactic use of resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta in women with abnormal placentation: A systematic review, meta-analysis, and case series. *J Trauma Acute Care Surg*. 2018;84(5):809-818. doi:10.1097/TA.0000000000001821