

CONDUTA ANESTÉSICA EM CESARIANA SEGUIDA DE HISTERECTOMIA EM PACIENTE COM ACRETISMO PLACENTÁRIO: RELATO DE CASO

Anesthetic management in cesarean section followed by hysterectomy in a patient with placenta accreta: case report

Yago Mathias Arruda Ramos¹, Mauro de Mello Rodrigues²

^{1,2}Serviço de Anestesiologia. Hospital Universitário São Francisco na Providência de Deus - HUSF, Bragança Paulista - SP.

Resumo

Introdução: O acretismo placentário é uma condição obstétrica grave, caracterizada pela aderência anormal da placenta ao miométrio. A condição pode ser classificada em três graus de severidade, com a placenta acreta, increta ou percreta, sendo esta última a mais invasiva. Fatores de risco incluem cesarianas prévias, multiparidade e anormalidades uterinas, e suas principais complicações são hemorragia maciça, choque hipovolêmico e necessidade de histerectomia. A anestesia geral é frequentemente preferida nesses casos devido ao alto risco de instabilidade hemodinâmica e hemorragia severa, exigindo monitorização invasiva, planejamento para transfusão maciça e coordenação entre anesthesiologistas e obstetras para otimizar o manejo perioperatório e reduzir complicações. **Objetivo:** Relatar a conduta anestésica em uma cesariana seguida de histerectomia em paciente com acretismo placentário. **Método:** Trata-se do caso de uma paciente atendida no Hospital Universitário São Francisco na Providência de Deus (HUSF), localizado na cidade de Bragança Paulista - SP. **Relato do Caso:** Tratou-se de uma gestante de 24 anos com placenta prévia e suspeita de acretismo placentário. A paciente foi submetida à cesariana de emergência por taquicardia fetal, evoluindo com hemorragia maciça, histerectomia com ooforectomia esquerda e necessidade de suporte intensivo, apresentando boa recuperação pós-operatória e alta em 72 horas. **Conclusão:** O acretismo placentário exige diagnóstico e preparo rigorosos; neste contexto, o caso relatado exemplifica esses desafios, com manejo anestésico detalhado e desfecho materno favorável, destacando a importância da abordagem multidisciplinar em cenários de alta complexidade.

Palavras-chave: Ginecologia, Obstetrícia, Hemorragia, Anestesiologia, Acretismo Placentário.

Abstract

Background: Placenta accreta spectrum is a severe obstetric condition characterized by abnormal adherence of the placenta to the myometrium. It is classified into three degrees of severity: placenta accreta, increta, or percreta, the latter being the most invasive. Risk factors include previous cesarean deliveries, multiparity, and uterine abnormalities. Major complications involve massive hemorrhage, hypovolemic shock, and the need for hysterectomy. General anesthesia is often preferred in these cases due to the high risk of hemodynamic instability and severe bleeding, requiring invasive monitoring, massive transfusion planning, and close coordination between anesthesiologists and obstetricians to optimize perioperative management and reduce complications. **Aim:** To report the anesthetic management of a cesarean section followed by hysterectomy in a patient with placenta accreta spectrum. **Method:** This is a case report of a patient treated at the Hospital Universitário São Francisco na Providência de Deus (HUSF), located in Bragança Paulista, São Paulo, Brazil. **Case Report:** A 24-year-old pregnant woman with placenta previa and suspected PAS underwent an emergency cesarean section due to sustained fetal tachycardia. The procedure evolved with massive hemorrhage, total hysterectomy with left oophorectomy, and the need for intensive support. The patient had a favorable postoperative recovery and was discharged within 72 hours. **Conclusion:** Placenta accreta spectrum demands accurate diagnosis and meticulous preparation. In this context, the case presented illustrates these challenges, highlighting detailed anesthetic management and a favorable maternal outcome, and reinforcing the importance of a multidisciplinary approach in high-complexity scenarios.

Keywords: Gynecology, Obstetrics, Hemorrhage, Anesthesiology, Placenta Accreta Spectrum.

Introdução

O acretismo placentário é uma condição obstétrica grave caracterizada pela aderência anormal da placenta ao miométrio, resultante de uma falha na formação da decídua basal, a camada que normalmente separa a placenta do útero (Horgan; Abuhamad, 2022). Esse distúrbio pode ser classificado em três graus de severidade: placenta acreta, quando a placenta se adere superficialmente ao miométrio; placenta increta, quando ocorre uma invasão mais profunda na camada muscular uterina; e placenta percreta, quando a placenta ultrapassa o miométrio e pode invadir órgãos adjacentes, como bexiga e intestino (Ali; Chandraharan, 2021). O acretismo placentário também está associado a fatores de risco como multiparidade, cesarianas prévias, curetagens uterinas e anormalidades na estrutura uterina (Einerson; Gilner; Zuckerwise, 2023).

Essa condição está associada a um aumento significativo dos riscos maternos, sendo a hemorragia maciça a complicação mais temida, podendo levar a choque hipovolêmico, insuficiência orgânica e morte materna se não houver intervenção adequada (Donovan; Shainker, 2021). Além disso, a retenção placentária pode resultar em infecção puerperal e coagulopatia de consumo, agravando ainda mais o prognóstico. Em casos mais severos, quando ocorre invasão de órgãos adjacentes, pode haver necessidade de ressecção parcial dessas estruturas, aumentando o tempo cirúrgico e a complexidade do manejo perioperatório (Jauniaux et al., 2022).

A histerectomia torna-se frequentemente necessária em casos de acretismo placentário devido à impossibilidade de remoção segura da placenta sem causar hemorragia severa (Sentilhes et al., 2022). Em casos de placenta percreta, onde a placenta invade profundamente a parede uterina e pode atingir órgãos adjacentes, a histerectomia pode ser planejada previamente, especialmente quando o diagnóstico é feito por exames de imagem no pré-natal (Leitch et al., 2022). Contudo, em alguns casos, a decisão pela histerectomia é tomada intraoperatoriamente diante da impossibilidade de controlar o sangramento, tornando essencial o preparo adequado da equipe cirúrgica e anestésica (Horng et al., 2021).

A escolha da anestesia para cesariana com histerectomia subsequente deve considerar a estabilidade hemodinâmica da paciente e a previsibilidade de grandes perdas sanguíneas (Fiszer; Weiniger, 2022). Embora a anestesia regional (como a raquianestesia ou peridural) seja frequentemente empregada em cesarianas eletivas, nesses casos, a anestesia geral é muitas vezes preferida, pois permite um melhor controle da via aérea, suporte hemodinâmico mais eficaz e uma resposta rápida a complicações intraoperatórias (Warrick et al., 2023). Além disso, em situações onde se opta inicialmente pela anestesia regional, deve haver um plano de contingência para conversão rápida para anestesia geral, caso necessário (Sentilhes et al., 2022).

O manejo anestésico desse tipo de procedimento requer várias precauções. Por exemplo, a monitorização invasiva, incluindo cateter arterial e acesso venoso de grande calibre, é fundamental para controle rigoroso da pressão arterial e reposição volêmica adequada (Einerson; Weiniger, 2021). Além disso, a disponibilidade de hemoderivados e protocolos de transfusão maciça devem ser antecipadamente planejados, dado o alto risco de hemorragia severa; e o uso de agentes farmacológicos para controle da contratilidade uterina e de estratégias para manutenção da normotermia também são essenciais (Warrick et al., 2023). Por fim, a comunicação efetiva entre anesthesiologistas, obstetras e intensivistas é crucial para otimizar o prognóstico materno e evitar complicações perioperatórias (Fiszer; Weiniger, 2022).

Diante da gravidade do acretismo placentário e da complexidade anestésica envolvida, relatos de casos são importantes para a formação continuada de médicos anesthesiologistas. Entende-se que a descrição da conduta perioperatória contribuirá para a literatura médica, fornecendo subsídios para a elaboração de protocolos mais eficazes e seguros para o manejo desse desafio obstétrico e anesthesiológico.

Objetivo

Relatar a conduta anestésica em uma cesariana seguida de histerectomia em paciente com acretismo placentário realizada em nosso Serviço.

Método

Trata-se do relato do caso de uma paciente atendida no Hospital Universitário São Francisco na Providência de Deus (HUSF), localizado na cidade de Bragança Paulista - SP, autorizado com base na assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pela própria paciente. Nenhuma nova consulta ou procedimento foram realizados. O estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética

em Pesquisa do HUSF, sendo aprovado segundo parecer consubstanciado número 7.577.462 de 19 de maio de 2025, visto seguir as normas éticas e legais estabelecidas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas com seres humanos.

Relato do Caso

Este caso descreveu uma paciente do sexo feminino de 24 anos quartigesta, com um parto natural e duas cesáreas anteriores (G4P1C2). No momento de seu comparecimento ao pronto-socorro de Ginecologia e Obstetrícia de nosso Serviço, em 22 de fevereiro de 2025, estava com idade gestacional de 37 semanas determinada pela data da última menstruação (DUM) e relatava sangramento vaginal de início recente, sem perda de líquido amniótico, além de dor no baixo ventre. Ao exame físico, encontrava-se em bom estado geral, corada, hidratada, afebril, anictérica, acianótica e orientada. Sua pressão arterial era de 129/75 mmHg, os batimentos cardíacos fetais encontravam-se entre 133 e 146 BPM, notou-se ausência de contrações uterinas, e a movimentação fetal estava presente. O exame especular não demonstrou sangramento vaginal ativo, o exame de toque vaginal não foi realizado, e sua cardiocografia foi classificada como categoria 1.

Entre os antecedentes pessoais da paciente destacava-se o diagnóstico de diabetes *mellitus* gestacional em controle com dieta restritiva. Ela também negou alergias medicamentosas, etilismo ou tabagismo. Além disso, um exame de ressonância magnética recente evidenciou uma placenta prévia com sinais de acretismo placentário.

Diante do quadro e dos achados de imagem (não disponíveis para a redação deste trabalho), indicou-se a internação hospitalar da paciente com solicitação de exames laboratoriais e testes rápidos para vírus da imunodeficiência humana (HIV) e sífilis. A paciente foi inserida no sistema CROSS (Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde) em 23 de fevereiro de 2025, com o intuito de transferi-la para um centro de referência, com ciência das equipes de anestesiologia, unidade de tratamento intensivo (UTI) adulto e neonatal, cirurgia vascular e urologia.

Em 24 de fevereiro de 2025, o quadro da paciente evoluiu com taquicardia fetal sustentada, refratária às medidas clínicas, sendo indicada cesariana de emergência. A monitorização anestésica incluiu punção arterial com a paciente acordada, eletrocardiografia, oximetria de pulso e indução anestésica com sequência rápida de intubação. Foi realizada pré-oxigenação com fração inspirada de oxigênio (FiO₂) a 100% e intubação orotraqueal com tubo 7,0 com fio-guia. A medicação administrada na indução incluiu 200 mcg de fentanil, 60 mg de lidocaína, 100 mg de succinilcolina e 50 mg de rocurônio. A manutenção anestésica foi realizada com propofol e remifentanil por via venosa contínua. Além disso, foi administrado 1 g de ácido tranexâmico no procedimento.

Às 00h53min, nasceu um recém-nascido do sexo masculino, com Apgar 6/9 e peso de 2.857 g, que foi prontamente encaminhado à equipe de neonatologia. Durante o procedimento, ocorreu um sangramento maciço estimado em 2.500 mL, tendo a paciente evoluído para choque hemorrágico. Nesse momento foi indicada histerectomia total com ooforectomia esquerda. A paciente apresentou instabilidade hemodinâmica grave, sendo administradas doses de metaraminol e adrenalina, com início de noradrenalina por via periférica, além de ativação do protocolo de transfusão maciça. No total foram transfundidas sete bolsas de concentrado de hemácias (1.960 mL), três bolsas de plasma fresco congelado (720 mL), sete bolsas de plaquetas (490 mL), além de 2.500 mL de solução cristaloide.

Após as medidas instituídas, houve reversão do choque hemorrágico ainda na sala operatória, com retirada dos fármacos vasoativos. Ao final do procedimento, foi inserido um cateter venoso central guiado por ultrassonografia, e a paciente foi transferida para UTI entubada, sem necessidade de medicamentos vasoativos. Às 10h do dia seguinte, a paciente foi extubada com estabilidade clínica, sendo transferida para a enfermaria de Ginecologia e Obstetrícia às 20h do mesmo dia. A alta hospitalar ocorreu após 72 horas, sem queixas. A paciente recebeu orientações e prescrição de medicações analgésicas, incluindo escopolamina (Buscopan composto) e cetoprofeno.

Discussão

O acretismo placentário é uma condição obstétrica grave caracterizada pela aderência anormal da placenta ao miométrio, podendo variar em gravidade desde a placenta acreta até a percreta, que pode invadir órgãos adjacentes (Ali; Chandharan, 2021). Associado a fatores como cesarianas prévias e multiparidade, o distúrbio aumenta significativamente o risco de hemorragia maciça, infecções e necessidade de histerectomia, especialmente nos casos mais severos (Donovan; Shainker, 2021). O diagnóstico pré-natal é essencial para o planejamento cirúrgico, que

frequentemente requer histerectomia e preparo intensivo da equipe (Einerson; Gilner; Zuckerwise, 2023). Neste contexto, a anestesia geral é geralmente preferida devido à previsibilidade de perdas sanguíneas e necessidade de controle hemodinâmico rigoroso. Além disso, o manejo anestésico exige monitorização invasiva, disponibilidade de hemoderivados e comunicação eficiente entre equipes multidisciplinares para minimizar riscos e otimizar o desfecho materno (Einerson; Weiniger, 2021).

Descreveu-se neste relato o caso de uma gestante de 24 anos, com histórico obstétrico de múltiplas gestações e cesarianas anteriores, que foi internada às 37 semanas de gravidez por sangramento vaginal e dor abdominal. O diagnóstico pré-natal indicava placenta prévia com sinais de acretismo placentário. Após evolução para taquicardia fetal sustentada, foi realizada cesariana de emergência sob anestesia geral. Durante o procedimento, houve hemorragia maciça estimada em 2.500 mL, exigindo histerectomia total com ooforectomia esquerda, uso de fármacos vasoativos e ativação do protocolo de transfusão maciça. A paciente recebeu múltiplos hemoderivados, foi estabilizada ainda no centro cirúrgico e evoluiu bem na UTI, sendo extubada e transferida à enfermaria no dia seguinte, com alta hospitalar em boas condições após 72 horas.

Riveros-Perez e Wood (2018), apresentaram uma análise retrospectiva de 43 casos de transtornos do espectro da placenta acreta, incluindo relatos individuais com complicações anestésicas específicas. Entre eles, uma paciente apresentou via aérea difícil durante anestesia geral, e outra sofreu punção dural acidental durante anestesia neuroaxial. A maioria das pacientes (70%) recebeu anestesia raquidiana combinada com peridural, com conversão planejada para anestesia geral se necessário, enquanto uma minoria foi submetida à cirurgia com anestesia geral isolada ou apenas anestesia neuroaxial. Esta série destacou o uso frequente de técnicas combinadas e a necessidade de prontidão para conversão à anestesia geral em casos de hemorragia ou complexidade cirúrgica.

Em uma série de casos relatados por Abousifein et al. (2024), uma das pacientes (37 anos) tinha um histórico de três cesarianas e apresentou com placenta percreta e hemorragia antenatal. Ela foi submetida a histerectomia cesariana, durante a qual a placenta foi encontrada invadindo a bexiga, sendo necessário realizar cistotomia e reimplante ureteral. O relato detalha a complexidade do manejo intraoperatório, que incluiu perda sanguínea significativa e a necessidade de coordenação multidisciplinar. O contexto de hemorragia maciça e intervenção urológica implicou fortemente o uso de anestesia geral com monitorização invasiva e protocolos rápidos de transfusão, condizentes com as melhores práticas atuais para casos de alto risco do acretismo placentário.

Outro caso descrito por Abousifein et al. (2024), envolveu uma paciente de 34 anos com duas cesarianas prévias e placenta prévia completa, que se apresentou com hemorragia anteparto às 35 semanas. Ela foi submetida à histerectomia devido a problemas de aderência placentária com perda sanguínea intraoperatória significativa. O relato enfatiza o caráter de alto risco do caso, a necessidade de intervenção cirúrgica rápida e a previsibilidade do uso de anestesia geral, monitorização invasiva e suporte transfusional maciço, todos considerados padrão no manejo anestésico de casos com espectro da placenta acreta e hemorragia ativa.

O caso descrito neste relato apresenta importantes semelhanças com os estudos de Riveros-Perez e Wood (2018), bem como com a série de casos de Abousifein et al. (2024), especialmente no que se refere à presença de placenta do espectro acreta, antecedente de cesarianas prévias, ocorrência de hemorragia maciça e necessidade de histerectomia. Assim como nas pacientes descritas por Abousifein et al., a paciente aqui relatada evoluiu com instabilidade hemodinâmica significativa, exigindo suporte transfusional intensivo e manejo cirúrgico complexo. Corroborando os achados de Riveros-Perez e Wood, destaca-se o uso da anestesia geral com monitorização invasiva e preparo para complicações intraoperatórias. Contudo, o presente caso diferencia-se pelo nível de detalhamento do manejo anestésico, com descrição minuciosa dos fármacos utilizados e das intervenções realizadas, incluindo a ooforectomia esquerda. Além disso, a evolução clínica favorável, com reversão do choque hemorrágico ainda em sala operatória e alta hospitalar em 72 horas, indica um desfecho mais positivo em comparação com os demais casos relatados na literatura.

Conclusão

O acretismo placentário configura-se como uma condição de alto risco obstétrico que demanda diagnóstico pré-natal preciso, planejamento cirúrgico detalhado e manejo anestésico rigoroso, especialmente nos casos associados a hemorragia maciça e necessidade de histerectomia. O caso apresentado ilustra de forma clara esses desafios, demonstrando a importância da anestesia geral com monitorização invasiva, protocolos de transfusão maciça e atuação integrada de equipes

multidisciplinares. Quando comparado à literatura, o relato destaca-se pelo detalhamento das estratégias anestésicas empregadas e pela evolução clínica favorável da paciente, reforçando a relevância da preparação perioperatória para otimizar os desfechos maternos em contextos de alta complexidade.

Referências

ABOUSIFEIN, Marfy; SHISHKINA, Anna; LEYLAND, Nicholas. Addressing Diagnosis, Management, and Complication Challenges in Placenta Accreta Spectrum Disorder: A Descriptive Study. **Journal of Clinical Medicine**, v. 13, n. 11, p. 3155, 28 maio 2024.

ALI, Humaira; CHANDRAHARAN, Edwin. Etiopathogenesis and risk factors for placental accreta spectrum disorders. **Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology**, v. 72, p. 4-12, abr. 2021.

DONOVAN, Bridget M.; SHANKER, Scott A. Placenta Accreta Spectrum. **NeoReviews**, v. 22, n. 11, p. e722-e733, nov. 2021.

EINERSON, B. D.; WEINIGER, C. F. Placenta accreta spectrum disorder: updates on anesthetic and surgical management strategies. **International Journal of Obstetric Anesthesia**, v. 46, p. 102975, maio 2021.

EINERSON, Brett D.; GILNER, Jennifer B.; ZUCKERWISE, Lisa C. Placenta Accreta Spectrum. **Obstetrics and Gynecology**, v. 142, n. 1, p. 31-50, 1 jul. 2023.

FISZER, Elisheva; WEINIGER, Carolyn F. Placenta accreta. A review of current anesthetic considerations. **Best Practice & Research. Clinical Anaesthesiology**, v. 36, n. 1, p. 157-164, maio 2022.

HORGAN, Rebecca; ABUHAMAD, Alfred. Placenta Accreta Spectrum: Prenatal Diagnosis and Management. **Obstetrics and Gynecology Clinics of North America**, v. 49, n. 3, p. 423-438, set. 2022.

HORNG, Huann-Cheng *et al.* Placenta accreta spectrum (PAS) and peripartum hysterectomy. **Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology**, v. 60, n. 3, p. 395-396, maio 2021.

JAUNIAUX, Eric *et al.* New insights into the etiopathology of placenta accreta spectrum. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 227, n. 3, p. 384-391, set. 2022.

LEITCH, Ka'Toria *et al.* Placenta Accreta Spectrum and Hysterectomy Prediction Using MRI Radiomic Features. **Proceedings of SPIE--the International Society for Optical Engineering**, v. 12033, p. 120331I, 2022.

RIVEROS-PEREZ, Efrain; WOOD, Cristina. Retrospective analysis of obstetric and anesthetic management of patients with placenta accreta spectrum disorders. **International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics**, v. 140, n. 3, p. 370-374, mar. 2018.

SENTILHES, Loïc *et al.* Conservative management or cesarean hysterectomy for placenta accreta spectrum: the PACCRETA prospective study. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 226, n. 6, p. 839.e1-839.e24, jun. 2022.

WARRICK, Christine M. *et al.* Anesthesia Considerations for Placenta Accreta Spectrum. **American Journal of Perinatology**, v. 40, n. 9, p. 980-987, jul. 2023.