

## Reação Anafilactóide ao Atracúrio: Relato de um Caso

J. C. dos Santos, TSA<sup>1</sup> & M. A. P. dos Santos<sup>1</sup>

Santos J C, Santos M A P – Anaphilactoid reaction to atracuriun. Case report.

**O** atracúrio é um bloqueador neuromuscular com duração média de ação, introduzido no uso clínico por Payne e Hughes em 1981<sup>1</sup>. Trata-se de um derivado isoquinolínico que é biotransformado no organismo por duplo mecanismo: eliminação de Hofmann e hidrólise enzimática, catalisada por esterases não específicas<sup>2</sup>. A pseudocolinesterase não é responsável pela degradação do atracúrio, desde que a sua degradação se processa normalmente no plasma em indivíduos com deficiência desta enzima.

Embora o eritema cutâneo seja relativamente comum com este agente, parece ser raro estar associado com outras respostas histaminóides mais graves<sup>3</sup>.

### RELATO DO CASO

Paciente de 41 anos, 60kg de peso, feminina, negra, programada para uma correção de hérnia incisional abdominal. História de hipertensão arterial leve, sem tratamento. Não relata antecedentes alérgicos ou tendências de atopias. O estazolam (Noctal) 2mg via oral foi usado como medicação pré-anestésica duas horas antes.

Na sala operatória, a paciente estava com a pressão arterial de 170/110 mmHg (22,6/14,63 KPa), pulso de 110 bpm. Foi canulada uma veia periférica e começou-se a infusão de soro glicosado a 5%.

Foi monitorizada a pressão arterial, E.C. G. e pulso.

A anestesia foi induzida com tiopental 375mg injetados em aproximadamente 20 segundos e após um minuto, o atracúrio na dose de 0,6mg kg<sup>-1</sup> (36mg) em 10 segundos. A respiração foi assistida com oxigênio a 100%, manualmente, sob máscara. Vinte segundos após o uso do atracúrio, houve o desenvolvimento de taquicardia sinusal que evoluiu subitamente de 90 bpm para 170 bpm, e simultaneamente hipotensão arterial de 80/50 mmHg (10,64/6,65 KPa) num intervalo de 30~ segundos. Após dois minutos notamos o aparecimento de uma reação cutânea generalizada com piloereção. Não foi visualizada a mudança da coloração da pele devido à cor escura da paciente.

Foi administrada uma infusão rápida de Ringer lactato e injetado 250mg de hidrocortisona na veia. Não houve em qualquer momento o aparecimento de broncoespasmo.

Após seis minutos, com a frequência cardíaca de 110 bpm e a pressão arterial de 80/50 mmHg (10,64/6,65 KPa) realizamos a intubação traqueal sem dificuldades.

A cirurgia foi então iniciada, sendo a anestesia mantida com N2O a 50% em oxigênio e baixa concentração de halotano (0,5%).

Aos 10 minutos do início da cirurgia, houve queda brusca da pressão arterial com a sistólica de 30 mm Hg (3,99 KPa). Foram suspensos todos os anestésicos e injetados 2mg de metaraminol na veia, além de aumentarmos o gotejamento do Ringer.

O tratamento foi efetivo e a anestesia mantida com N2O/O2 a 50% com baixas concentrações de halotano (0,25 a 0,5%). O ato cirúrgico durou cerca de 40 minutos e no final, como a respiração não nos parecia satisfatória, optamos pela descaração com 1 mg de neostigmina a 0,5mg de atropina.

A paciente foi retirada da sala com a pressão arterial de 90/70 mmHg (11,97 / 9,31 KPa), pulso de 110 bpm, acordada e com respiração espontânea.

*Trabalho realizado no Hospital Santo Antonio – SP*

*1 Anestesiologistas do Hospiral Santo Antonio*

*Correspondência para José Caio dos Santos  
Hospiral Santo Antonio  
Av. Bernardino de Campo\$ 47- Vila Belmiro  
11060- Santos – SP*

*Apresentado em 27 de junho de 1989  
Aceito para publicação em 27 de julho de 1989  
© 1989, Sociedade Brasileira de Anestesiologia*

nea. Recebeu mais tarde alta da recuperação com todos sinais vitais estáveis.

## DISCUSSÃO

O potencial de liberação da histamina tem sido relatado com diversos bloqueadores neuromusculares. Estudos iniciais com o atracúrio indicaram ausência de liberação histamínica na dose de 0,2 a 0,4 mmKg<sup>-1</sup>. No entanto, usado na dose de 0,6 mmKg<sup>-1</sup> foi demonstrada por Basta e colaboradores em 1983 significativa liberação de histamina. A concentração plasmática de histamina é de 1/6 da obtida depois de uma dose equipotente de d-tubocurarina<sup>3</sup>. A liberação da histamina na pele após a injeção intradérmica também foi relatada por Robertson e colaboradores<sup>4</sup>.

No caso apresentado, houve uma resposta cutânea, do tipo generalizado, com formação de pápulas, vasodilatação com hipotensão e taquicardia, indicando um tipo de reação alérgica imediata ao atracúrio, o que nos leva a supor que este fenômeno foi devido à droga e não a algum de seus metabólitos.

A ausência de história de alergia ou outras alterações imunológicas nos leva a crer que nos deparamos com uma típica reação anafilactóide.

Não houve broncoespasmo e o fenômeno alérgico foi de natureza transitória. Outros autores têm

relatado casos semelhantes com o aparecimento de broncoespasmo<sup>5-6</sup>.

Com relação à terapia utilizada no caso, acreditamos que seria melhor o uso de um anti-histamínico endovenoso, além das medidas gerais que foram corretamente tomadas. O não uso da adrenalina deveu-se ao fato da taquicardia e ausência de broncoespasmo. Quanto à realização do ato cirúrgico, acreditamos que teria sido mais prudente a sua suspensão naquele momento.

Foi feito um estudo de reações intradérmicas nesta paciente dias após, utilizando as seguintes soluções:

- a) soro fisiológico;
- b) tiopental diluído a 1/400;
- c) atracúrio diluído a 1/1.000;
- d) atracúrio diluído a 1/10.000.

Foram obtidos os seguintes resultados:

1 – A reação foi negativa com o soro fisiológico e o tiopental,

2 – Houve reação francamente positiva com o atracúrio diluído a 1 /1 .000 na dose de 0,3ml, atingindo o grau máximo de 4cm de diâmetro da pápula após 10 minutos e desaparecendo depois de 60 minutos.

3 – Com o atracúrio 1/10.000, a reação foi também positiva, atingindo o grau máximo de 2,5cm de diâmetro da pápula após 10 minutos e desaparecendo após 60 minutos.

Em ambos os casos não houve alteração cutânea sistêmica nem broncoconstrição.

## REFERÊNCIAS

1. Payne J P, Hughes R - Evaluation of atracurium in anaesthetized man. Br J Anaesth, 1981; 53:45-54.
2. Duarte D F, Pederneiras S G, Teixeira N F, Linhares S – Avaliação Clínica do atracúrio. Rev Bras Anest, 1985; 35:441-445.
3. Reilly C S, Nimmo W S - New intravenous anesthetics ,and neuromuscular blocking drugs. A review of their properties and clinical use. Drugs, 1987; 34: 98-135.
4. Basta S J, Ali H H, Savarese J J N, Gionfrido M, Cloutier G, Lineberry C, Cato A E – Clinical Pharmacology of atracurium besylate (BW 33 A): A new non-depolarising muscle relaxant. Anesth Analg, 1982; 61:723-729.
5. Robertson E N, Booij L H D J, Fragen RJ, Cruil J P – Intra-dermal Histamine release by three muscle relaxants. Acta anaesthesiol Scand, 1983; 27:203-205.
6. Sale J P - Bronchospasm Following the use of atracurium. Anesthesia, 1983; 38:511-512.
7. Aldrete J A - Allergic reaction after atracurium (correspondence). Br J Anaesth, 1985; 53:929-930.