

## Informação Clínica

# Anestesia para Cesariana em Parturiente com Hidrofobia. Relato de Caso \*

Jonathan Miranda<sup>1</sup>, Jair C. Siqueira<sup>2</sup>, Margarida Silva Nascimento<sup>3</sup>

Miranda J, Siqueira JC, Nascimento MS - Anesthesia for Cesarean Section in Parturient with Rabies. Case Report

KEY WORDS - PATHOLOGY: Rabies; SURGERY: Obstetrics, cesarian section

Apesar de esporádica, mesmo em países subdesenvolvidos, a raiva é uma virose aguda, fatal, transmitida pela saliva do animal infectado. Caracteriza-se por irritação crescente do sistema nervoso central (SNC), manifestada por quadro clínico de excitação progressiva, hiperestesia, furor e convulsões, seguindo-se da fase paralítica<sup>1-3</sup>. Após a mordedura do animal doméstico ou selvagem, o vírus rábico neurotrópico migra da saliva, via nervos periféricos, até o cérebro da vítima, onde se multiplica e, através de nervos aferentes, chega a suas glândulas salivares, o que explica a inexistência de viremia. A infecção começa com um período de depressão ansiosa com mal-estar generalizado e febre. Segue-se agitação ou delírio furioso com sialorréia e espasmo doloroso de faringe e laringe: apesar da sede intensa, não se consegue deglutir (hidrofobia). A fase paralítica ascendente terminal ocorre em dois ou três dias, com asfixia e exaustão. Embora se aconselhe um tratamento vigoroso dos sinais e sintomas

respiratórios, circulatórios e neurológicos, o tratamento do paciente infectado é apenas sintomático: sedação, isolamento sensorial, hidratação e reposição calórica<sup>1-4</sup>.

### RELATO DO CASO

Paciente de 34 anos, múltipara, grávida com idade gestacional compatível com 36 semanas, foi trazida da zona rural por seus familiares para o Hospital Couto Maia, (especializado em Doenças Tropicais e Infecciosas), tendo sido relatada história sugestiva de hidrofobia por mordida na face (região malar esquerda) por uma raposa no quintal de sua residência, há aproximadamente 28 dias, quando, então, fora submetida a esquema vacinal anti-rábico. Após ter sido recusada em outras maternidades, a gestante foi internada no Hospital Central Roberto Santos, para atendimento obstétrico no plantão noturno. A equipe anestésico-cirúrgica foi unânime em optar por uma operação cesariana, diante dos riscos inerentes ao atendimento da gestante hidrófoba no início da fase paralítica.

Embora tenha sido medicada com clorpromazina (50 mg) por via muscular antes da transferência ao centro obstétrico, a paciente estava agitada, inquieta, com sinais de irritação frente às luzes da sala de operação, hipersialorréica (cuspiendo bastante), disfônica, dispnéica e relutando em permanecer em decúbito dorsal. Após cuidadosa abordagem, utilizou-se uma lin-

\* Trabalho realizado nos Hospitais Roberto Santos e Couto Maia, Salvador, BA

1 Médico Anestesiologista do Hospital Roberto Santos  
2 Médico Obstetra e Plantonista do Hospital Couto Maia  
3 Médica Obstetra do Hospital Roberto Santos

Correspondência para Jonathan Miranda  
Rua Engenheiro Adhemar Fontes 254/302 - Pituba  
41820-240 Salvador - BA

Apresentado em 20 de novembro de 1996  
Aceito para publicação em 6 de março de 1997

© 1997, Sociedade Brasileira de Anestesiologia

guagem persuasiva no sentido de *garantir a sobrevivência da criança* para facilitar seu manuseio anestésico-cirúrgico. Certo grau de hipertonia e espasmos musculares involuntários esporádicos dificultaram sua imobilização na Sala de Operações para venóclise num dos membros superiores, com cateter 18G. Iniciou-se rápida infusão de cristalóides, pois não se alimentava por via oral há quatro dias. Além da desidratação e hipertonia muscular, a paciente apresentava-se febril (38,5°C) e taquipnéica (40 ipm), não sendo possível medir a pressão arterial com tensiômetro devido ao estado de excitação. Estando a equipe cirúrgica devidamente preparada e protegida, foi feita a indução com tiopental sódico a 2,5% (300 mg) e succinilcolina (100 mg) por via venosa, seguida de intubação orotraqueal com tubo de 7,5 mm, com balonete. Ventilação controlada manual com O<sub>2</sub> e N<sub>2</sub>O (1:1). Tempo indução-nascimento foi de dois minutos e o tempo de uterotomia-nascimento de 15 segundos. O recém-nascido apresentava certo grau de hipotonia e hiporreflexia, com índice de Apgar de 5 e 8 ao primeiro e quinto minutos, respectivamente. O recém-nascido foi aspirado e ventilado, sendo aquecido em incubadora. Após a extração fetal, iniciou-se a manutenção com enflurano-O<sub>2</sub>-N<sub>2</sub>O (2:1). Observou-se um quadro grave de instabilidade hemodinâmica, com hipotensão progressiva, embora com hidratação vigorosa e suspensão do halogenado, atingindo a PA 80 x 40 mmHg e a FC 140 bpm; conseguiu-se a correção da queda tensional com infusão de dopamina na dose de 20 µg.kg<sup>-1</sup>.min<sup>-1</sup>. Tempo cirúrgico total: 50 minutos. Após o despertar e volta do quadro de agitação, a paciente foi extubada e transferida para o Hospital Couto Maia. Permaneceu o quadro de febre alta e tosse com expectoração abundante, evoluindo para óbito no dia seguinte. A necrópsia revelou acentuada estase venosa nas meninges e cérebro com hemorragias puntiformes. Na microscopia apareceram infiltração perivascular de linfócitos e presença de corpúsculos patognomônicos de raiva (Negri), além da imunofluorescência direta positiva.

## DISCUSSÃO

Além dos animais domésticos, animais selvagens de hábitos noturnos podem ser reservatórios e transmissores de raiva, destacando-se a raposa e o morcego<sup>4-6</sup>. Apesar da mordida na face encurtar o período de incubação e aumentar a gravidade da doença, não foram feitos adequadamente a vacina e o soro anti-rábico na gestante<sup>7</sup>. Vírus rábico não desencadeia viremia, sendo a transmissão por via nervosa e, finalmente, pela saliva (via retrógrada). Como a raiva em gestante é um caso clínico extremamente raro e com prognóstico reservado para o concepto, fizemos o atendimento anestésico-cirúrgico visando salvaguardar a vida do recém-nato. No atendimento à mãe adotamos medidas preventivas que, na medida do possível, evitassem a contaminação da equipe. Daí a opção por anestesia geral inalatória e endovenosa para a realização da cesárea na gestante hidrófoba. O diagnóstico diferencial de uma reação histérica foi sugerido pela história clínica e presença de sinal de mordedura na hemiface esquerda por animal selvagem, seguida de quadro evolutivo relacionado ao Sistema Nervoso Central. A confirmação definitiva do diagnóstico foi feita pela imunofluorescência direta e presença na autópsia de corpúsculos de Negri<sup>8</sup>.

No atendimento anestésico-obstétrico, além dos aspectos bioéticos e humanitários, atentou-se, também, para os cuidados preventivos de se evitar contaminação pela saliva da paciente. A equipe anestésico-cirúrgica optou pela utilização de luvas, capotes, gorros e máscaras em dobro, evitando, na medida do possível, o contato físico com a paciente. A venóclise permitiu corrigir parcialmente o estado de desidratação da gestante, sobretudo diante da impossibilidade de se aferir a pressão arterial pelo método tradicional não invasivo. A hidratação generosa e a adequada ventilação não evitaram graves distúrbios metabólicos inerentes à raiva (desidratação, acidose), ao lado da vasoplegia dos medicamentos utilizados na

anestesia geral. Além da suspensão do halogenado, posição de céfalo-declive e manutenção de copiosa reposição de cristalóides, somente a infusão cardioestimulante e vasopressora da dopamina corrigiu a queda tensional. O uso de enflurano (proconvulsivante) no início da manutenção da anestesia, deveu-se apenas ao fato de ser o único halogenado disponível na sala de operação.

Este relato de caso mostra a validade da atitude intervencionista obstétrica, na presença de um feto viável, não infectado por via hematogênica, em paciente com diagnóstico de hidrofbia. Como o vírus não atravessa a barreira placentária, o feto nasceu em condições satisfatórias de parto cesariano sob anestesia geral, em que pese as precárias condições clínicas da mãe. Atualmente, a criança está com nove anos, leva uma vida normal entre seus familiares e tem um bom rendimento escolar. Este grave episódio fala contra a descontinuidade das campanhas de vacinação contra a raiva em animais domésticos, o despreparo na aplicação correta do esquema vacinal e a falta da informação preventiva a respeito dessa doença na população rural.

Miranda J, Siqueira JC, Nascimento MS - Anestesia para Cesariana em Parturiente com Hidrofobia. Relato de Caso

UNITERMOS - CIRURGIA: Obstétrica, cesariana; PATOLOGIA: Raiva

## AGRADECIMENTOS

Ao Professor Nilton Bezerra do Vale, professor de Farmacologia e de Anestesiologia de Universidade Federal do Rio Grande do Norte, pela valiosa colaboração na revisão final do texto.

## REFERÊNCIAS

01. Berkow R. Fletcher AJ - Doenças Viróticas do Sistema Nervoso Central - Raiva - Manual Merck de Medicina. São Paulo, Ed Roca, 1989;187-205.
02. Fattorusso V, Ritter O - Vademecum Clínico del Médico Practico. Barcelona, Editorial El Atheneo, 1966; 955.
03. Webster LT - Rabies, New York, Mac Millan, 1942;105.
04. Constantine DG - Rabies transmission by nonbite rout. Pub Health Rep, 1962; 77:287.
05. Pereira AL, Nunes FAM, Tavares Neto J et al - Casos de raiva no Hospital Couto Maia de 1975 a 1981. Revista Soc Bras de Med Trop, 1993; 26:332.
06. Kent JR, Finegold SM - Human rabies transmitted by the bite of a bat: with comments on the duck embryo vaccine. N Eng J Med, 1960;253:1058.
07. Matsumoto S - Electron microscopy of nerve cells infected with street rabies virus. Virology, 1962; 17:198.
08. Tavares Neto J, Greco J, Yara A et al - Raiva humana em gestante e concepto normal. Revista Soc Bras de Med Trop, 1995; Supl 28:86.