

Crise Colinérgica

Apresentação de um Caso em Paciente Portadora de Miastenia Gravis ‡

Getúlio Luppi Ursolino, EA ¶, José Augusto Biagini, EA §, João José de Cunto † & Kamel Salih Charaneck †

Ursolino G B, Biagini J A, Cunto J J e Charaneck K S
Crise Colinérgica: apresentação de um caso em paciente portadora de Miastenia gravis. Rev Bras Anest 30: 3: 223 - 224, 1980

APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente, branca, 28 anos, 68 kg, grávida (II gest) 37 semanas completas, portadora de Miastenia gravis; medicada durante a gestação com comprimidos de piridostigmina, 60 mg de 8 em 8 h; antes de engravidar tomava 60 mg de 12 em 12 h. Apresentou-se em trabalho de parto com cólo uterino fino e dilatação de 8 para 9 cm, dinâmica forte com contrações rítmicas e bolsa íntegra, tensão arterial 15,96/10,64 kPa (120/80 mm Hg), frequência cardíaca de 88 btm, sem anormalidades. Após exame, com a apresentação favorável, o obstetra pede a realização de bloqueio peridural contínuo para analgesia.

O anestesiológista constatou que a paciente na primeira gestação foi medicada com 1 comprimido de piridostigmine (60 mg) de 12 em 12 h, sendo submetida a uma raquianestesia para o período expulsivo, sem complicações.

Às 7:15 h, na sala obstétrica, realizou-se a venopunção com sulfato de atropina, 0,5 mg e metoclopramida, 10 mg, instalando-se solução glicosada a 5%, 1000 ml, com 10 UI de ocitocina, com gotejamento contínuo de 15 a 20 gotas por minuto. Como a paciente não houvera tomado a dose recomendada de piridostigmine, 60 mg (1 comprimido) após o café, foi adicionado à solução de infusão, neostigmine, 0,5 mg. A anestesia programada foi realizada com 50 mg de bupivacaína a 0,5%. Constatado o bloqueio anestésico e com a normalização do trabalho de parto, foi rompida a bolsa e após 55 min, ocorreu o nascimento da criança em excelentes condições de vitalidade. Não houve necessidade de doses subseqüentes de anestésico local para a epiziorrafia.

Manteve-se a venoclise com a solução inicialmente preparada e foram administrados 250 ml até o final da epiziorrafia às 9:45 h. Nos partos normais, ocasionalmente, esta conduta é obedecida, visto a não necessidade de administração de fluidos neste período.

Às 12 h, após dieta líquida e leve, a paciente ingeriu 2 comprimidos de piridostigmine (120 mg), por orientação de seu clínico, o qual recomenda que quando uma das doses for suprimida, na subseqüente deve-se incluir a dose não ingerida.

Às 15 h, após o término da infusão da solução citada, a paciente começou a apresentar agitação, sudorese intensa, fraqueza muscular progressiva, chegando a apresentar certa dificuldade ventilatória.

A avaliação clínica constatou: tensão arterial de 13,3/8,64 kPa (100/65 mm Hg) e frequência de pulso idêntica aos batimentos cardíacos (60 por min), sudorese intensa, sialorréia, mióse e diplopia. A paciente apresentava dificuldade em manter as pálpebras abertas e a sua ventilação era difícil, de pequena amplitude, com frequência de 20 ipm.

Conduta: sulfato de atropina 1 mg venoso, máscara facial com oxigênio úmido, (5 l/min) e aspiração das secreções das vias aéreas quando necessário.

Após 25 minutos, a paciente apresentava-se calma, tensão arterial inalterada, pulso de 110 btm, desaparecendo a diplopia e a dificuldade em abrir os olhos. Ocorreu normalização da ventilação com frequência de 10 ipm, sem anormalidade de ritmo sendo dispensada a máscara facial. Foi suspensa a medicação anticolínerásica preconizada até segunda ordem.

DISCUSSÃO

A Miastenia gravis é uma doença crônica, caracterizada por uma fadiga progressiva da musculatura voluntária. Os músculos inervados pelos pares crânicos são os mais afetados, seguidos pela musculatura da postura e intercostal. Os músculos lisos, o miocárdio e o miométrio não são afetados. A incidência na população varia de 1:15000 a 1:50000 sendo máxima em torno de 25 anos na mulher e no homem acima de 35 anos e duas vezes mais freqüente no sexo feminino nas primeiras décadas da vida^{1, 3, 4, 5, 6, 8}. A etiopatogenia mais aceita^{1, 3, 4, 6, 8}, é uma alteração estrutural nos receptores da acetilcolina na placa motora, exigindo o dobro de mediador do que nas pessoas normais¹.

A paciente miastênica, grávida, poderá apresentar dependência maior ou menor ao anticolínerásico e em outras gestações, diferentes necessidades. Não há um padrão fixo para o seu tratamento com medicamentos desta natureza^{2, 4}, como foi observado no presente caso. O tratamento deve ser ajustado de acordo com a evolução da gestação. O amônio quaternário da molécula dos anticolínerásicos não permite sua passagem pela barreira hematoencefálica ou placentária, não prejudicando assim o conceito em qualquer fase da gravidez^{2, 7}.

A terapêutica na Miastenia gravis visa a obtenção de uma resposta máxima com uma dose mínima. As substâncias utilizadas são: brometo ou metil sulfato de neostigmine, 0,5 mg via muscular ou 15 mg via oral e o seu efeito dura de 1 a 4 horas^{3, 4, 5, 6, 7, 8}; brometo de piridostigmine, 2 mg via muscular e 60 mg via oral; apesar de menos potente que a anterior, tem menos efeitos muscarínicos^{3, 5, 6, 8} e ambenônio, que apresenta menor período de latência com uma duração maior que os outros⁸.

Os bloqueios anestésicos tem a sua máxima indicação, nos portadores de miastenia, que vão ser submetidos a intervenções cirúrgicas^{3, 5, 6, 8}.

‡ Trabalho realizado no CET do Serviço de Anestesia e Maternidade do Hospital São Francisco, Ribeirão Preto, SP. Apresentado como Tema Livre no XXVI Congresso Brasileiro de Anestesiologia, Rio de Janeiro, RJ, novembro de 1979.

¶ Membro do Serviço de Anestesia

§ Responsável pelo CET - SBA do Serviço de Anestesia e Maternidade do Hospital São Francisco, Ribeirão Preto

† Membro do Serviço de Anestesia

‡ Médico Estagiário do 2º ano do CET - SBA

Correspondência para Getúlio Luppi Ursolino
Av. João Fiuza, 1363 - 14.100 - Ribeirão Preto, SP.

Trabalho recebido em 7 de dezembro de 1979

Aceito para publicação em 4 de março de 1980

Direitos Reservados à Sociedade Brasileira de Anestesiologia

No caso, adicionar 0,5 mg de neostigmine na solução glicosada, foi uma tentativa de compensar a paciente pela não ingestão da primeira dose recomendada, que poderia levá-la a uma crise miastênica, com conseqüências indesejáveis e desastrosas no período expulsivo, pelo esforço realizado.

A não informação de que a primeira dose fora administrada por via parenteral na sala obstétrica, levou a paciente a ingerir com a segunda dose, aquela que fora suprimida, conforme orientação de seu neurologista. E, isto levou a uma sobre dose de anticolinesterásico.

A crise colinérgica caracteriza-se clinicamente por uma exacerbação dos efeitos muscarínicos periféricos; sudorese intensa, sialorréia, diarréia, mióse, diplopia, dificuldade em abrir as pálpebras, broncoespasmos e bradicardia, mas o que exige maiores cuidados é a paralisia da musculatura ventilatória que pode levar a apnéia⁸. A causa é um excesso de anticolinesterásico^{3, 4, 5, 8}, sendo mais freqüente que a crise miastênica, quase sem-

pre devido a dose insuficiente do medicamento, esforço ou agravamento da doença⁸. O diagnóstico diferencial é difícil, e um erro poderá ser fatal⁸. A administração de cloridrato de edrofônio, 10 mg venoso pode elucidar o diagnóstico: há melhora evidente na crise miastênica e piora na colinérgica. Devido à sua ação fugaz, não ocorre agravamento considerável na crise colinérgica^{4, 8}. A não opção desta conduta deveram-se, primeiro à evidência de um excesso de ingestão de anticolinesterásico e segundo a inexistência do cloridrato de edrofônio no nosso meio.

O tratamento da crise colinérgica consiste na administração venosa de 0,5 a 1 mg de sulfato de atropina, com reversão do quadro rapidamente^{4, 6, 8}. Observamos em 30 minutos, reversão total dos efeitos muscarínicos periféricos indesejáveis e a normalização da dispnéia apresentada. A assistência ventilatória nos quadros mais graves poderá exigir tubagem traqueal e suporte ventilatório⁸.

Ursolino G L, Biagini J A, Cunto J J and Charaneck K S – Colinergic Crisis in Myasthenic patient. A case report. Rev Bras Anest 30: 3: 223 - 224, 1980

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Drachman D B – Myasthenia Gravis. New Eng J Med 3: 136 – 142, 1978.
2. Edery H, Porath, Zahavy J – Passage of 2 – hydroxyminomethyl - N - methylpyridium methane sulfate to the fetus and cerebral spaces. Toxicol Appl Pharmacol 9: 341 – 346, 1966.
3. Hay D M – Myasthenia gravis and pregnancy. J Obstet Gynaecol, Commonwealth 76: 323 – 329, 1969.
4. Haward C W H – Progress in myasthenia gravis. Br Med J 3: 437 – 440, 1973.
5. Donaldson J O – Neurology of Pregnancy X.º Ed Philadelphia, W B Saunders Co, 1978, 56 – 65.
6. Jenkins M T – Anesthesia for patients with endocrine disease. Philadelphia, Fa Davis Co, 1963, 92 – 108.
7. Roberts J B, Thomas N H, Wilson A – Placental transfers of pyridostigmine. Br J Pharmacol 38: 202 – 205, 1970.
8. Terra E S H, Eugênio A G – Miastenia Gravis e Anestesia. Rev Bras Anest 27: 294 – 307, 1977.