**Título:** CHOQUE ANAFILÁTICO NO INTRAOPERATÓRIO PROVOCADO POR CEFTRIAXONA – UM DIAGNÓSTICO DESAFIANTE.

**Autores:** Ana Lídia Rouxinol-Dias, Rui Silva, Mara Sousa, Filipe Vieira.

**Instituições:** Centro Hospitalar de São João

**Área Terapêutica/Tema:** Segurança dos Doentes (Patient Safety)

**Resumo:**

Introdução: A anafilaxia intraoperatória é um evento raro, potencialmente fatal. O diagnóstico é essencialmente clínico, mas no contexto intraoperatório é um desafio, exigindo elevado grau de suspeição, uma vez que os efeitos cardiovasculares e cutâneo-mucosos da reação anafilática são frequentes mascarados pelos efeitos dos anestésicos gerais e pelos campos cirúrgicos, respetivamente.

Caso clínico: Homem de 65 anos, ASA IV, referenciado recentemente para cardio-desfribrilador implantável (CDI). Sem alergias conhecidas e com múltiplos antecedentes anestesico-cirurgicos sem intercorrências. Por hemorragia grave de quisto renal resistente a medidas conservadoras, foi submetido a nefrectomia sob anestesia combinada. Além da monitorização standard da ASA, foi monitorizado com pressão arterial invasiva (colocação com o doente acordado sob infiltração local de lidocaína 2%) e foi colocado um cateter epidural torácico T11-T12. Posteriormente, foi induzida anestesia geral, após a qual foi colocado um cateter venoso central (CVC) jugular interno direito (ecoguiado) e administrada a profilaxia antibiótica com 2g de ceftriaxona. Doze minutos após a indução anestésica (7 minutos após a administração de ceftriaxona), no final da colocação do CVC, o doente apresentou uma diminuição súbita do EtCO2, seguido de uma hipotensão de início súbito, taquicardia marcada e dessaturação. Ao serem removidos os campos cirúrgicos utilizados para colocação do do CVC identificaram-se pápulas eritematosas nos membros superiores, levantando-se de imediato a suspeita de um episódio de anafilaxia. Num minuto, o doente entrou em PCR em atividade elétrica sem pulso, ativando-se de imediato o algoritmo de suporte avançado de vida, com recuperação da circulação espontânea ao fim de 4 ciclos. Posteriormente, o doente foi transferido para a unidade de cuidados pós-anestésicos (UCPA) sob ventilação invasiva e suporte vasopressor com noradrenalina (0,1mcg/kg/min) - admissão já programada pelas comorbilidades do doente. O doseamento de triptase sérica 1h após o evento foi de >200,00 mcg/L.  Cinco horas após a admissão na UCPA, mais estável hemodinamicamente com redução gradual do suporte vasopresor, o doente foi extubado sem intercorrências. Cinco dias depois, o doente regressou à enfermaria e teve alta hospitalar 26 dias após o evento, completamente recuperado, com capacidade funcional e multiorgânica conforme o basal, já com o CDI implantado. Foi orientado para consulta de imunoalergologia e notificada a reação anafilática no sistema de registos clínicos eletrónicos.

Discussão: Este foi um caso extremo de uma PCR intraoperatória súbita, com reversão e evolução favorável, num paciente ASA IV, com múltiplos antecedentes anestésico-cirúrgicos, por anafilaxia à ceftriaxona. Expõe as dificuldades de prever e diagnosticar a anafilaxia perioperatória, especialmente durante o período intraoperatório.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_