**PO06   ANAFILAXIA NA GRÁVIDA EM TRABALHO DE PARTO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

Francisco Sousa(1); Beatriz Leal(1); Maria Castro(2); João Moniz(1); Muriel Lérias-Cambeiro(2); Filipa Lança(2)

(1) IPO Lisboa (2) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

**Introdução**

As reações anafiláticas na gravidez, em particular durante o 3º trimestre, estão associadas a morbimortalidade materno-fetal significativa.1 O diagnóstico diferencial do colapso cardiovascular na grávida em trabalho de parto é extenso e a anafilaxia pode apresentar um quadro clínico inicial atípico,2 como demonstra o caso que apresentamos.

**Caso Clínico**

Grávida, 41 anos, G2PO (1 IMG), sem alergias conhecidas. Iniciou indução de trabalho parto (TP) às 39 semanas por idade materna avançada. Analgesia com técnica sequencial durante a fase ativa de TP, com manutenção por bólus de ropivacaína 0,2% epidural. Por rotura de membrana amniótica prolongada e suspeita de corioamnionite, iniciou antibioterapia com ampicilina e gentamicina. 15 minutos após a administração, a grávida iniciou quadro súbito de mal-estar, náusea, diaforese, dispneia e sensação de parestesia perioral, da língua e dos quatro membros. Não apresentava edema da via aérea nem alterações na auscultação pulmonar. Hemodinamicamente, registou PA 65-30mmHg e FC 115bpm. A grávida foi posicionada em decúbito lateral esquerdo, iniciou fluidoterapia e bólus de efedrina, sem melhoria. Com o surgimento de rash cutâneo generalizado e suspeita de choque anafilático, foi suspensa a antibioterapia e administrada adrenalina 0,5mg IM e hidrocortisona 100mg EV com progressiva melhoria do quadro. A grávida foi transferida para uma sala de partos polivalente, com monitorização standard da ASA com PA invasiva e monitorização da FC fetal contínua. Realizou colheitas seriadas de triptase sérica (45, 25 e 6ng/mL, às 0h, 4h e 24h, respetivamente) e iniciou vancomicina. Por TP estacionário, a grávida foi submetida a cesariana sob anestesia epidural sem intercorrências. O recém-nascido apresentou índice de Apgar 9/10/10 e teve alta ao 2º dia. O puerpério foi complicado com endometrite e a puérpera teve alta ao 8º dia, com referenciação à Imunoalergologia.

**Discussão**

A anafilaxia na gravidez tem uma incidência de 3:100.000, sendo principalmente despoletada por antibióticos e látex. As manifestações cardiovasculares, agravadas pela compressão aorto-cava pelo útero gravídico, são frequentemente a manifestação inicial, com um diagnóstico diferencial extenso que pode atrasar o tratamento. Neste caso clínico, a toxicidade aos anestésicos locais, o choque sético e a embolia pulmonar poderiam ser outras causas possíveis. O atraso na administração da adrenalina ou doses inadequadas estão frequentemente associadas a morte fetal e morbilidade neurológica fetal (46%). O suporte hemodinâmico imediato com medidas que facilitam o retorno venoso e a perfusão uteroplacentária, bem como a administração precoce de adrenalina e a monitorização materno-fetal contínua não devem ser protelados e, neste caso, poderão ter sido fatores decisivos para um desfecho positivo para a mãe e recém-nascido.

**Referências:**

1. Anaesthesia 2020, 75, 1469–1475
2. J Allergy Clin Immunol. 2012 Sep;130(3):597-606

