

PACIENTE ALÉRGICO AO LÁTEX SUBMETIDO À CIRURGIA DE DENOAMIGDALECTOMIA EM AMBIENTE SEGURO AO LÁTEX: RELATO DE CASO

ALLERGIC TO LATEX PATIENT SUBMITTED TO ADENOAMIGDALECTOMY SURGERY IN LATEX SAFE ENVIRONMENT: CASE REPORT

MICHELLY **SARUWATARI**. Médica Residente em Anestesiologia do HONPAR.

FERNANDA LOPES DOS **SANTOS**. Médica Anestesiologista preceptora em Anestesiologia do HONPAR.

Endereço: HONPAR, Hospital Norte Paranaense, Rod PR 218, Km 01, Jardim Universitário, Araongas-PR. E-mail: biblioteca@honpar.com.br

RESUMO

A alergia ao látex aumentou muito nos últimos anos, possivelmente devido à maior utilização de produtos contendo látex em sua composição. Medidas preventivas e terapêuticas surgiram no âmbito da anestesiologia para o adequado manejo de pacientes susceptíveis à alergia ao látex. O artigo descreve a abordagem pré-operatório e intraoperatório de um paciente alérgico ao látex que será submetido à cirurgia de adenoamigdalectomia no Hospital Norte Paranaense (HONPAR) em Araongas, com ênfase no preparo da sala cirúrgica látex seguro. Também faz breve revisão bibliográfica sobre alergia ao látex e suas implicações para o anestesiologista.

PALAVRAS-CHAVE: Alergia ao látex. Hipersensibilidade ao látex. Ambiente látex seguro. Anestesiologia.

ABSTRACT

Allergy to latex has increased a lot in the last years, possibly due to the increased use of latex-containing products in its composition. Preventive and therapeutic measures emerged within the scope of anesthesiology for the adequate management of patients susceptible to latex allergy. The article describes the preoperative and intraoperative approach of a latex allergic patient who will undergo adenotonsillectomy surgery at North Paranaense Hospital (HONPAR) in Araongas, having emphasis on the preparation of the safe latex surgical room. The paper also makes a brief bibliographic review on latex allergy and its implications for the anesthesiologist.

KEYWORDS: Latex allergy. Latex hypersensitivity. Safe latex environment. Anesthesiology.

INTRODUÇÃO

Primeiro relato de urticária por borracha natural foi descrito na Alemanha em 1927, um caso de alergia a látex por hipersensibilidade tipo I ou imediata. Somente nas duas últimas décadas este fato vem merecendo atenção dos especialistas, sendo encarado hoje como um problema de saúde clínico e ocupacional, sobretudo, pelo incremento do uso de luvas de borracha para

prevenção de contato com novas doenças (VALLS et al., 2004; IRIBE et al., 2008).

A borracha natural é extraída da seiva Seringueira (*Hevea brasiliensis*). O agente alergênico mais importante parece ser a Heveína, proteína do látex presente em grande quantidade na borracha, levando a sensibilização em indivíduos expostos e a um espectro de reações alérgicas após as exposições subsequentes (SLATER, 1989; ALLARCON et al., 2003; POTERIO et al., 2009).

Em 1997, o FDA (Food and Drug Administration) recebeu notificações de cerca de 2.300 casos de reações alérgicas envolvendo produtos médicos com látex, sendo 225 casos de anafilaxia, 53 paradas cardíacas e 17 mortes. Dados recentes apontam para uma sensibilidade ao látex de 12,5% a 15,8% entre a população de anesthesiologistas (SPINDOLA et al., 2000).

De acordo com as Recomendações da Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo, no Brasil não há estatísticas confiáveis quanto à incidência de reação anafilática durante anestesia, mas, considerando os dados internacionais, pode ser estimada uma incidência em torno de um caso para cada 8 a 16 mil anestésias.

A alergia ao látex pode manifestar-se como eczema, urticária, simples rinite ou conjuntivite, angioedema, asma e até choque anafilático. A reação alérgica se produz, geralmente, pelo contato direto dos artigos que contêm látex, principalmente em ambientes nos quais o uso de luvas cirúrgicas é frequente (SPINDOLA et al., 2000).

Nas reações intraoperatórias há que se destacar o aspecto mais característico que é o início de ação mais retardado, o qual pode ser explicado pelo tempo para o contato entre superfícies internas, membranas mucosas e as luvas do cirurgião. O sinal mais sensível de anafilaxia percebido pelo anesthesiologista é a taquicardia (ALLARCON et al., 2003; SPINDOLA et al., 2000).

O evento anafilático relacionado ao látex é, como qualquer outro, uma emergência médica. Requer medidas imediatas pelo anesthesiologista. A anafilaxia provocada pelo látex é citada em alguns estudos como segundo agente entre alérgicos peroperatórios entre adultos, depois de relaxantes musculares e seguido pelos antibióticos B-lactâmicos, e como primeiro para pacientes pediátricos (CABAÑES et al., 2012; SPINDOLA et al., 2000).

Os pacientes com maiores riscos de desenvolverem alergia ao látex, incluem crianças com história de múltiplas cirurgias prévias, como portadoras de malformações urinária, mielomeningocele e espinha bífida, e profissionais da saúde. Entretanto a maioria dos pacientes alérgicos ao látex não pertencem a nenhum destes grupos, mas são indivíduos que geralmente apresentam um passado de atopia e estão frequentemente em contato com os produtos do látex (ALENIUS et al., 2002; FILON; RADMAN, 2006).

Dependendo da população estudada e do método empregado para o diagnóstico, entre 20% e 60% dos pacientes alérgicos ao látex apresentam reações após contato com algumas frutas tropicais (abacate, banana, kiwi) e castanhas, o que é denominado síndrome látex-fruta por possuírem proteínas semelhantes, algumas até idênticas, às proteínas encontradas no látex (SÁ et al., 2010).

O cuidado com o paciente alérgico ao látex envolve a documentação da sensibilização ao látex com teste cutâneo com extratos padronizados ou

dosagem de IgE sérica específica, história clínica compatível e programas de educação para evitar o látex (ACCETA et al., 2012).

O conceito de ambiente livre de látex vai além da sala de cirurgia. Não pode conter algum material de látex, incluindo aparelho de anestesia e de monitorização, mesa cirúrgica, móveis, luvas, drenos, sondas, cateteres, instrumental, seringas, torniquetes, entre outros. Estes itens devem ser substituídos por similares feitos com vinil e outros derivados do petróleo, metal ou vidro (QUADROS-COELHO et al., 2010).

Deve-se optar por equipos de PVC sem injetores laterais ou, se houver, não utilizá-los; dar preferência às ampolas de vidro, sem perfurar a borracha isolante de frascos convencionais. A sala de cirurgia “livre de látex” deve ser preparada idealmente na noite anterior e serem colocados no seu interior o máximo dos itens previstos para seu emprego, para se evitar a abertura de sua porta, a qual deve ser fechada ao ser montada, com ar condicionado cuja tubulação não seja comunicante com as demais salas de cirurgias. Os cuidados aos pacientes devem ser planejados e coordenados pelas várias equipes: anestesia, cirurgia, enfermagem e fisioterapia. A atenção ao contato desse paciente com o látex deve ser estendida para além do bloco cirúrgico (MCENTEE, 2012).

As cirurgias eletivas devem ser agendadas, sempre que possível, para o primeiro horário do dia, prevenindo assim níveis muito alto de antígenos de látex na forma de aerossóis na sala de cirurgia (QUADROS-COELHO et al., 2010).

Para os pacientes com indicação de cirurgias eletivas, a consulta pré-anestésica é um momento crucial para se extraírem dados relacionados a alergia e aos alimentos passíveis de reações cruzadas com látex ou eventos clínicos de anafilaxia em procedimentos anteriores. Em caso de suspeita de alergia, o anesthesiologista deve encaminhar o paciente ao serviço de imunologia clínica, para tentar, a partir de métodos específicos, definir o grau de sensibilidade e orientações adequadas (BROWN et al., 1998).

A pré-medicação com glicocorticóide e anti-histamínico defendida por algumas fontes não tem evidência que corrobore seu emprego. Inclusive, pode mascarar as manifestações de anafilaxia no peroperatório (QUADROS-COELHO et al., 2010).

O anesthesiologista é o médico que potencialmente apresenta mais chance de presenciar uma anafilaxia. Nesse contexto, fazem parte de suas funções estarem atentos e reverter o quadro, como também dar seguimento ao paciente acometido no peroperatório, ao encaminhá-lo para ambulatório de imunologia clínica para investigação das causas de anafilaxia (GASPAR; FARIA, 2012).

O objetivo desse trabalho é chamar atenção a alergia ao látex, uma vez que podem apresentar desfechos graves e desfavoráveis, e que se tomadas as medidas preventivas peroperatório para um ambiente látex seguro os riscos de complicações podem diminuir drasticamente.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 12 anos, branca, agendada cirurgia eletiva de adenoamigdalectomia pois apresentava quadro clínico de respiração bucal, obstrução nasal e roncos, sem melhora com tratamento clínico.

Cirurgia cancelada após criança apresentar urticária e prurido em região que o cirurgião avaliou com luvas de látex.

Mãe refere histórico da criança com quadros de urticária, prurido e angiodema labial quando em contato com bexigas e cama elástica, sendo necessário pelo menos 3 atendimentos em pronto socorro.

Mãe nega histórico de asma, bronquite e alergias a outros materiais e alimentos na criança.

Criança encaminhada para ambulatório de imunologia onde realizado exames laboratoriais com dosagem de IgE específico para as proteínas do látex apresentavam-se alterados, corroborando com o diagnóstico de alergia ao látex.

Remarcada cirurgia, dessa vez para o primeiro horário do centro cirúrgico, com todas as equipes devidamente informadas e orientadas do paciente alérgico ao látex, e tomadas todas as precauções para manter um ambiente látex seguro.

Na indução foram utilizados fentanil 100mcg, propofol 4mg/Kg, atracúrio 0,5mg/kg e manutenção com gás Sevoforane. Outras medicações peroperatórias utilizadas foram decadron 6mg, nausedron 4mg, dipirona 2g, cetoprofeno 50mg, atropina 1mg e neostigmina 2mg.

A cirurgia transcorreu sem intercorrências, e a criança teve alta depois de 12 horas de internamento.

DISCUSSÃO

A taxa de sensibilização ao látex vem aumentando desde seu reconhecimento por volta de 1979. A incidência de sensibilidade ou alergia é variável conforme a população estudada, bem como ocupação, mas há estudos que reportam até 6,4% de pessoas sensíveis ao látex (GASPAR; FARIA, 2012).

Sabemos que para pôr em prática uma adequada prevenção é importante conhecermos os pacientes de risco, que resumidamente seriam: pacientes com história de múltiplos procedimentos cirúrgicos (malformações geniturinárias, mielomeningocele, espinha bífida, alterações no fechamento do tubo neural, etc); profissionais de saúde; indivíduos com antecedentes de atopia (rinite, asma e eczemas); indivíduos com antecedentes de alergia a alimentos (banana, kiwi, castanhas) (ALLARCON et al., 2003).

No caso em questão, a paciente não pertencia aos grupos de risco de alergia ao látex.

Quanto a grau de gravidade as reações do tipo I podem ser assim divididas em: I) sinais cutaneomucosos; II) sinais multiviscerais moderados; III) risco de vida com sinais mono ou multiviscerais; IV) parada cardiorrespiratória; V) morte devido à resposta inadequada às manobras de ressuscitação cardiorrespiratórias (GASPAR; FARIA, 2012; RING, 1977).

Nossa paciente apresentou sinais cutaneomucosos na presença de luvas de borracha, quando cancelada a cirurgia e encaminhada ao imunologista. O ambiente livre de látex está indicado a todos com história documentada de alergia ao látex ou que apresentem sinais clínicos ou laboratoriais de sensibilização (QUADROS-COELHO et al., 2010).

Os cuidados da paciente em questão foram planejados e coordenados pelas equipes de anestesia, cirurgia e enfermagem embasados no task force

realizado em 1999 pela ASA (American Society of Anesthesiology). A cirurgia foi agendada para o primeiro horário do dia, prevenindo assim níveis muito altos de antígenos de látex na forma de aerossóis na sala de cirúrgica. A sala livre de látex foi preparada na noite anterior com 12 horas antes antecedência; partes internas e externas dos equipamentos de anestesia foram verificados e ciclados para limpeza; utilizamos máscaras, balões de ventilação e circuitos respiratórios de silicões; as tampas de borracha de medicações foram removidas; não foram utilizados garrotes ou torniquetes de borracha; o manguito para medida de pressão arterial foi encapado com compressa; os equipamentos e materiais da cirurgia foram verificados; não foram utilizados produtos cirúrgicos com látex (luvas, drenos tipo penrose, cateter urinário, clamps de borracha, garrotes e equipamentos de irrigação).

A profilaxia medicamentosa é de utilidade duvidosa. Alguns autores recomendam uso de difenidramina, cimetidina e metilprednisolona no pré-operatório, mas outros não incentivam o seu uso rotineiro, argumentando que a medicação pré-anestésica atenuaria apenas a resposta imune inicial e não a anafilaxia (ALLARCON et al., 2003).

Em nossa paciente não foram utilizadas medicações profiláticas, e o antibiótico profilático não está indicado para realização de adenoamigdalectomia. Entretanto, optou-se por empregar o bloqueador neuromuscular para melhor relaxamento do paciente e melhorar o campo visual do cirurgião.

Dentre todos os agentes e drogas utilizadas no ato anestésico-cirúrgico, os que levam às reações alérgicas com maior frequência são os produtos derivados de sangue, antibióticos, derivados de látex, relaxantes musculares, agentes de indução, protamina e a quimopapaína. Incluindo-se apenas os agentes anestésicos, os relaxantes musculares (50%) continuam sendo os maiores responsáveis pelas reações alérgicas. Eles podem levar a reações anafiláticas (75%) e anafilactóides, por liberação direta de histamina (15%) de por outros mecanismos indefinidos (10%) (LEVY, 1992).

Quando os pacientes apresentam história clínica pregressa de hipersensibilidade, devem ser protegidos por ambientes totalmente desprovidos de produtos com esse material, quando submetidos a procedimentos cirúrgicos. Em acréscimo, afirmam que deve ser observada cuidadosamente a história clínica de sensibilização ao látex em todos os pacientes, independentemente de pertencerem ou não ao grupo de risco. Testes diagnósticos de rotina não são recomendados para pacientes de baixo risco sem história clínica de alergia (SÁ et al., 2010).

CONCLUSÃO

Houve um grande aumento na incidência de alergia ao látex nos últimos anos. Possivelmente devido à maior utilização de produtos contendo látex em sua composição.

É uma entidade potencialmente grave que deve ser sempre atentada pelos anestesiológicos. O conhecimento da população de risco, diagnóstico precoce pela história clínica e pesquisa de IgE, possibilita a adequada manipulação destes pacientes em ambientes livres de látex.

Apesar de todo esse avanço no conhecimento sobre a alergia ao látex nas últimas décadas, em muitos países, como o Brasil, o cuidado ao paciente

com alergia ao látex ainda é deficitário. Desde a dificuldade em se montar uma sala cirúrgica “látex-free” até a falta de recursos para a pesquisa em alergia ao látex, nos deparamos com uma realidade que dificulta o cuidado para com o paciente alérgico ao látex. Até mesmo o diagnóstico de alergia ao látex fica penoso pela falta de extrato de látex padronizado disponível.

Por tudo isso, a alergia ao látex se mostra um tema atual e que ainda tem muito a ser aprofundado. O gerenciamento adequado dos pacientes com alergia ao látex envolve programas educativos a respeito de como evitar a exposição ao látex, em luvas, balões, preservativos e outros produtos, atenção as reações cruzadas com frutas, e planos de emergência no caso de reações ocorrem, não minimizando o potencial das reações alérgicas.

REFERÊNCIAS

ACCETTA, P.D.J. et al. Analysis of available diagnostic tests for latex sensitization in an at-risk population. **Ann Allergy Immunol.** v.108:(2):94-7, 2012.

ALENIUS, H.; TURJANMAA, K.; PALOSUO, T. Natural rubber látex allergy. **BMJ – Occupational and Environmental Medicine.** v. 59:419-424, 2002.

ALLARCON, J.B. et al. Alergia ao látex. **Revista Brasileira de Anestesiologia.** V. 53:(1), 89 – 96, 2003.

BROWN, R.H.; SCHAUBLE, J.F.; HAMILTON, R.G. Prevalence of latex allergy among anesthesiologists: identification of sensitized but asymptomatic individuals. **Anesthesiology.** v. 89(2): 292-9, 2018.

CABAÑES, N.I.J.M.; DE LA HOZ, B.; AUGUSTIN, P. Latex Allergy. **Position Paper. J Investig Allergol Clin Immunol.** v.22(5):313-30, 2012.

FILON, F.L.; RADMAN, G. Latex allergy: a follow up study of 1040 healthcare workers. **Occup Environ Med.** v. 63(2):121-5, fev. 2006.

GASPAR, A.; FARIA, E. Alergia ao látex. **Revista Portuguesa de Imunoalergologia.** v. 20(3):173-92, jul. 2012.

LEVY, J.H. Anaphylatic reactions in anesthesia and intensive care. **Butterworth-Heinemann**, second edition, EUA, 1992.

MCENTEE, J. Dental local anaesthetics and latex: advice for the dental practitioner. **Dent. Update.** v. 39(7):508-10, 2012.

POTERIO, G.M.B. et al. Reação anafilática durante transplante renal intervivos em criança alérgica ao látex. Relato de caso. **Revista Brasileira de Anestesiologia.** v.59: 210-218, 2009.

QUADROS-COELHO, M.A. et al.. Reações anafiláticas em serviço de urgência: tratamento farmacológico em 61 pacientes. **Revista Brasileira de Alergia e Imunopatol.** v.33(5): 199-202, 2010.

RECOMENDAÇÕES DA SOCIEDADE DE ANESTESIOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO - SAESP, **Anafilaxia**. Disponível em: <http://www.sausedireta.com.br/docsupload/1336737518anafilaxia.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2017.

RING, J.; MESSMER, K. Incidence and severity of anaphylactoid reactions to colloid volume substitutes. **Lancet**. V.1: 466- 469, 1977.

SÁ, A.B.; MALLOZI, M.C.; SOLÉ, D. Alergia ao látex: atualização. **Revista Brasileira de Imunopatologia**. v.33(5):173-183, 2010.

SLATER, J.E. Rubber anaphylaxis. **The New England Journal of Medicine**. v. 320: 1126 – 1130, 1989.

SPINDOLA, B.M.A.; GOMES, H.P.; MAZZUCO, R.M. Reação anafilática ao látex no transoperatório. Relato de caso e conduta diagnóstica. **Revista Brasileira de Anestesiologia**. v.50:(supl.25):098B, 2000.

URIBE, L.P.; BARBERO, P.P.; ALONSO, C.M.T. Hacia um hospital sin látex. **Med Segur Trab (Madr)**. v.54: 99-108, 2008.

VALLS, A.P.C.Y.; CABALLERO, M.T.; ESTEBAN, M.M. Alergia al latex. **Allergol Immunopathol**. v.32: 295-305, 2004.