REVISTA ELETRÔNICA
Acervo MÉDICO
ISSN 2764-0485

Reação anafilática em anestesia geral: um relato de caso

Anaphylactic reaction during general anesthesia: a case report

Reacción anafiláctica durante anestesia general: reporte de un caso

Daniel Cavalcanti de Oliveira[1], Pedro Henrique Machado de Castro[1], Lúcio Campos Borges[1].

RESUMO

Objetivo: Relatar um caso de reação anafilática durante anestesia geral, destacando os desafios diagnósticos no período perioperatório, a conduta terapêutica instituída e a importância do reconhecimento precoce para a redução da morbimortalidade. **Detalhamento do caso:** Paciente submetido a procedimento cirúrgico sob anestesia geral evoluiu, no intraoperatório, com instabilidade hemodinâmica abrupta caracterizada por hipotensão refratária, taquicardia e manifestações cutâneas após a administração de fármacos anestésicos e antibiótico profilático. Diante da suspeita de anafilaxia perioperatória, foram imediatamente instituídas medidas terapêuticas, incluindo administração de adrenalina, reposição volêmica agressiva e uso de corticoterapia, com resposta clínica favorável e estabilização hemodinâmica. O paciente apresentou boa evolução no pós-operatório, sem intercorrências adicionais, sendo encaminhado para seguimento ambulatorial e investigação alergológica. **Considerações finais:** A anafilaxia perioperatória, embora rara, constitui emergência potencialmente fatal, exigindo alto grau de suspeição clínica. O reconhecimento precoce e o tratamento imediato, especialmente com adrenalina como primeira linha, são determinantes para um desfecho favorável. A adoção de protocolos institucionais, a capacitação contínua das equipes e a adequada investigação pós-evento são fundamentais para a prevenção de recorrências e para a segurança do paciente. Relatos de caso contribuem de forma significativa para a disseminação do conhecimento e para o aprimoramento da prática anestésica baseada em evidências.

Palavras-chave: Anafilaxia, Anestesia geral, Reações adversas a medicamentos, Segurança do paciente.

ABSTRACT

Objective: To report a case of an anaphylactic reaction during general anesthesia, highlighting diagnostic challenges in the perioperative period, the therapeutic management implemented, and the importance of early recognition to reduce morbidity and mortality. **Case details:** A patient undergoing a surgical procedure under general anesthesia developed abrupt intraoperative hemodynamic instability characterized by refractory hypotension, tachycardia, and cutaneous manifestations after the administration of anesthetic agents and prophylactic antibiotics. Given the suspicion of perioperative anaphylaxis, therapeutic measures were immediately instituted, including administration of epinephrine, aggressive fluid resuscitation, and corticosteroid therapy, with favorable clinical response and hemodynamic stabilization. The patient showed good postoperative evolution without additional complications and was referred for outpatient follow-up and allergological investigation. **Final considerations:** Perioperative anaphylaxis, although rare, constitutes a potentially fatal emergency requiring a high degree of clinical suspicion. Early recognition and immediate treatment, especially with epinephrine as first-line therapy, are crucial for a favorable outcome. The adoption of institutional protocols, continuous team training, and appropriate post-event investigation are essential to

[1] Hospital Regional Antônio Dias – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), Patos de Minas - MG.

SUBMETIDO EM: 2/2026 | **ACEITO EM: 2/2026** | **PUBLICADO EM: 2/2026**

prevent recurrence and ensure patient safety. Case reports contribute significantly to the dissemination of knowledge and to the improvement of evidence-based anesthetic practice.

Keywords: Anaphylaxis, General anesthesia, Adverse drug reactions, Patient safety.

RESUMEN

Objetivo: Reportar un caso de reacción anafiláctica durante anestesia general, destacando los desafíos diagnósticos en el período perioperatorio, la conducta terapéutica instaurada y la importancia del reconocimiento precoz para la reducción de la morbimortalidad. **Descripción del caso:** Paciente sometido a procedimiento quirúrgico bajo anestesia general que presentó, en el intraoperatorio, inestabilidad hemodinámica abrupta caracterizada por hipotensión refractaria, taquicardia y manifestaciones cutáneas tras la administración de fármacos anestésicos y antibiótico profiláctico. Ante la sospecha de anafilaxia perioperatoria, se instauraron inmediatamente medidas terapéuticas, incluyendo administración de adrenalina, reposición volémica agresiva y corticoterapia, con respuesta clínica favorable y estabilización hemodinámica. El paciente presentó buena evolución en el postoperatorio, sin complicaciones adicionales, y fue remitido para seguimiento ambulatorio e investigación alergológica. **Consideraciones finales:** La anafilaxia perioperatoria, aunque rara, constituye una emergencia potencialmente fatal que exige un alto grado de sospecha clínica. El reconocimiento precoz y el tratamiento inmediato, especialmente con adrenalina como primera línea, son determinantes para un desenlace favorable. La adopción de protocolos institucionales, la capacitación continua de los equipos y la adecuada investigación posterior al evento son fundamentales para prevenir recurrencias y garantizar la seguridad del paciente. Los reportes de caso contribuyen significativamente a la difusión del conocimiento y al perfeccionamiento de la práctica anestésica basada en la evidencia.

Palabras clave: Anafilaxia, Anestesia general, Reacciones adversas a medicamentos, Seguridad del paciente.

INTRODUÇÃO

A anestesiologia constitui uma das áreas médicas que mais evoluíram desde o século XIX, a partir da introdução do éter e do clorofórmio como agentes anestésicos, possibilitando o controle da dor e a realização de procedimentos cirúrgicos antes inimagináveis (WATKINS SC, 2020). Desde então, avanços significativos no desenvolvimento farmacológico, na monitorização perioperatória e nas técnicas anestésicas permitiram não apenas a ampliação da complexidade dos procedimentos cirúrgicos, mas também uma redução substancial da morbimortalidade associada ao ato anestésico-cirúrgico, **impactando a segurança, a eficácia terapêutica e os desfechos clínicos**. A anestesia moderna, fundamentada em princípios de segurança, individualização e controle rigoroso das variáveis fisiológicas, tornou-se pilar essencial da medicina contemporânea.

Atualmente, a prática anestésica baseia-se na administração combinada de múltiplos agentes farmacológicos, incluindo hipnóticos intravenosos, anestésicos inalatórios, opioides, bloqueadores neuromusculares, antibióticos profiláticos, anti-inflamatórios e fármacos adjuvantes. Essa abordagem multimodal é indispensável para garantir analgesia adequada, amnésia, relaxamento muscular, estabilidade hemodinâmica e condições ideais para o ato cirúrgico. Entretanto, a exposição simultânea a diversos medicamentos potencialmente alergênicos aumenta significativamente o risco de reações adversas, dentre as quais se destacam as reações de hipersensibilidade imediata, algumas com potencial de evolução fatal (DEWACHTER P, et al., 2009; MERTES PM, et al., 2016).

Nesse contexto, a anafilaxia perioperatória representa uma das complicações mais graves e temidas da anestesia geral. Define-se como uma reação sistêmica aguda, de início rápido, potencialmente fatal, caracterizada por envolvimento de múltiplos sistemas orgânicos, especialmente os sistemas cardiovascular, respiratório e cutâneo-mucoso. Pode ser mediada por imunoglobulina E (IgE) ou ocorrer por mecanismos não imunológicos, resultando em liberação maciça de mediadores inflamatórios, como histamina, triptase, prostaglandinas e leucotrienos (SIMONS FER, et al., 2021; MURARO A, et al., 2022).

O diagnóstico da anafilaxia no ambiente perioperatório constitui um desafio clínico relevante. Diferentemente do cenário extra-hospitalar, os pacientes encontram-se sob anestesia geral, impossibilitando a comunicação de sintomas iniciais, como prurido, sensação de calor ou dispneia. Além disso, sinais clássicos como hipotensão, taquicardia, broncoespasmo e dessaturação podem ser erroneamente atribuídos a efeitos farmacológicos dos anestésicos, hipovolemia, sangramento, profundidade anestésica excessiva ou eventos cardiovasculares agudos. A identificação de manifestações cutâneas, como urticária e eritema, pode ser dificultada pela cobertura cirúrgica e pela posição do paciente na mesa operatória (HARPER NJN, et al., 2018; MERTES PM, et al., 2019).

Do ponto de vista epidemiológico, a incidência da anafilaxia durante anestesia geral varia amplamente na literatura, estimando-se entre 1:1.250 e 1:25.000 procedimentos anestésicos, dependendo da população estudada, do sistema de notificação e dos critérios diagnósticos utilizados. Apesar de considerada um evento raro, sua elevada gravidade confere grande relevância clínica. As taxas de mortalidade descritas situam-se entre 3% e 10%, podendo ser ainda maiores em casos de atraso no reconhecimento e tratamento inadequado (HARPER NJN, et al., 2018; MERTES PM, et al., 2019). No Brasil, dados recentes indicam mortalidade próxima de 9%, evidenciando a necessidade de vigilância contínua, capacitação das equipes e implementação de protocolos padronizados de manejo (FRESENIUS KABI, 2024).

Diversos agentes têm sido implicados como desencadeantes da anafilaxia perioperatória. Os bloqueadores neuromusculares são responsáveis por aproximadamente 50% a 70% dos casos, sendo considerados os principais agentes etiológicos. Antibióticos, especialmente os beta-lactâmicos, correspondem a cerca de 15% a 20% dos episódios. Outros agentes, como látex, clorexidina, coloides, corantes e produtos sanguíneos, também podem atuar como desencadeadores, embora com menor frequência (JARDIM D, et al., 2020; MERTES PM, et al., 2016). A identificação precisa do agente causal é fundamental para prevenir recorrências e orientar futuras exposições anestésicas.

Sob o aspecto fisiopatológico, a anafilaxia mediada por IgE ocorre após uma fase de sensibilização prévia ao antígeno, com produção de anticorpos específicos que se ligam à superfície de mastócitos e basófilos. Na reexposição, a ligação do antígeno aos anticorpos IgE promove a ativação celular e a liberação imediata de mediadores inflamatórios, resultando em vasodilatação sistêmica, aumento da permeabilidade capilar, broncoconstrição, edema de vias aéreas e depressão miocárdica, podendo culminar em choque anafilático. Reações não mediadas por IgE, anteriormente denominadas anafilactoides, apresentam mecanismo distinto, porém manifestações clínicas semelhantes, o que reforça a importância do reconhecimento clínico independente da confirmação imunológica imediata (SIMONS FER, et al., 2021; MURARO A, et al., 2022).

O manejo da anafilaxia perioperatória exige intervenção imediata e coordenada. A adrenalina é universalmente reconhecida como a droga de primeira linha, devido às suas propriedades alfa e beta-adrenérgicas, promovendo vasoconstrição, broncodilatação, aumento do débito cardíaco e redução da liberação adicional de mediadores inflamatórios. Medidas adjuvantes incluem reposição volêmica agressiva, suporte ventilatório, uso de vasopressores adicionais, corticosteroides e anti-histamínicos, conforme a gravidade do quadro (SIMONS FER, et al., 2021; MURARO A, et al., 2022). A existência de protocolos institucionais claros, treinamento contínuo das equipes anestésicas e cultura de segurança do paciente são estratégias fundamentais para reduzir a morbimortalidade associada a essa condição.

Adicionalmente, recomenda-se que serviços cirúrgicos adotem estratégias sistemáticas de prevenção, incluindo avaliação pré-anestésica detalhada, identificação de fatores de risco individuais e padronização de condutas frente a eventos adversos. Essas medidas contribuem para a detecção precoce da anafilaxia, otimização do manejo e melhoria dos desfechos clínicos no período perioperatório (HARPER NJN, et al., 2018).

Diante da gravidade da anafilaxia perioperatória e dos desafios inerentes ao seu diagnóstico e manejo, a descrição de relatos de caso torna-se relevante para o aprimoramento da prática clínica. Nesse contexto, o presente estudo tem como objetivo relatar um caso de reação anafilática durante anestesia geral, descrevendo suas manifestações clínicas, condutas terapêuticas adotadas e evolução, além de discutir aspectos relevantes da literatura, contribuindo para a melhoria da segurança anestésica e da assistência ao paciente cirúrgico.

DETALHAMENTO DO CASO

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A aprovação ocorreu por meio do Parecer Consubstanciado nº 7.656.663, vinculado ao CAAE nº 88471625.3.0000.5119, que autorizou sua realização após análise da metodologia e da documentação apresentada.

Paciente do sexo masculino, 39 anos, 82 kg, 1,75 m (IMC 26,8 kg/m²), classificado como ASA I, etilista social com ingesta esporádica, sem comorbidades conhecidas, sem histórico prévio de alergias medicamentosas ou alimentares e sem exposições anestésicas prévias. Foi admitido no Hospital Regional Antônio Dias, instituição da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, para realização de cirurgia eletiva de correção de fratura de mandíbula (osteossíntese com placa e parafusos), decorrente de trauma facial ocorrido há sete dias, com indicação cirúrgica para estabilização óssea e restauração funcional.

A avaliação pré-anestésica não evidenciou particularidades clínicas relevantes. Exames laboratoriais dentro dos padrões de normalidade e jejum adequado. Via aérea classificada como Mallampati II, com abertura oral discretamente limitada pela dor, porém sem critérios de via aérea difícil crítica. Após admissão em sala cirúrgica, realizou-se monitorização padrão com cardioscopia contínua, oximetria de pulso e pressão arterial não invasiva, com capnografia planejada após intubação. Sinais vitais basais pré-indução: pressão arterial (PA) de 128×76 mmHg, frequência cardíaca (FC) de 82 bpm em ritmo sinusal, saturação periférica de oxigênio (SpO_2) de 98% em ar ambiente, frequência respiratória de 16 irpm e temperatura timpânica de 36,4 ºC. Acesso venoso periférico em membro superior esquerdo (20G), pérvio. Iniciada infusão venosa de solução fisiológica 0,9% associada à antibioticoprofilaxia com cefazolina 2 g.

Optou-se por anestesia geral balanceada com intubação nasotraqueal. Em cirurgias de mandíbula, a anestesia geral com intubação traqueal é considerada a técnica de escolha por permitir proteção adequada da via aérea, ventilação controlada e imobilidade do campo operatório, além de possibilitar a oclusão dentária intraoperatória para alinhamento e estabilização óssea. Pacientes com fraturas mandibulares frequentemente apresentam dor intensa, limitação de abertura oral, edema e risco de sangramento intraoral, fatores que aumentam o risco de obstrução de via aérea e aspiração de secreções ou sangue. Nesse contexto, a intubação nasotraqueal é preferida quando não há contraindicações, pois mantém a cavidade oral livre para manipulação cirúrgica e facilita a fixação intermaxilar durante a osteossíntese. No presente caso, a ausência de fraturas de base de crânio, lesões nasais ou coagulopatias permitiu a escolha segura dessa via. A adoção de anestesia geral balanceada com intubação nasotraqueal configura a estratégia anestésica mais segura e eficaz para o cenário clínico apresentado.

Foram administrados fentanil (2,5 mcg/kg), lidocaína (1 mg/kg), propofol (2 mg/kg) e cisatracúrio (0,15 mg/kg). Após perda adequada da consciência e ventilação sob máscara facial sem dificuldade, realizou-se pré-oxigenação por aproximadamente três minutos, seguida de intubação nasotraqueal pela narina direita com tubo de 6,5 mm sob laringoscopia direta com lâmina Macintosh nº 4, visualização glótica Cormack-Lehane 2A. Paciente acoplado à ventilação mecânica em modo controlado a volume (VCV), volume corrente de 7 mL/kg, PEEP de 7 cmH_2O e frequência respiratória ajustada para manter $EtCO_2$ entre 35 e 40 mmHg. Iniciada manutenção anestésica com sevoflurano a 1,5%. Imediatamente após estabilização do plano anestésico, sinais vitais mantinham-se estáveis: PA 111×72 mmHg, FC 74 bpm, SpO_2 99% com FiO_2 de 50% e $EtCO_2$ de 36 mmHg.

Cerca de cinco minutos após a conclusão da infusão da cefazolina e aproximadamente dez minutos após a indução anestésica e intubação orotraqueal, já com campos cirúrgicos posicionados e sem início de manipulação cirúrgica significativa, observou-se queda abrupta da pressão arterial para 78×42 mmHg, evoluindo rapidamente para valores mínimos de 60×35 mmHg, associada a taquicardia progressiva (FC entre 120 e 135 bpm), pulso periférico filiforme e dificuldade para obtenção de medidas confiáveis de pressão arterial não invasiva. Simultaneamente, verificou-se aumento da resistência à ventilação mecânica, com elevação de pressões de pico, redução do $EtCO_2$ para aproximadamente 18 mmHg e queda progressiva da SpO_2 até 86%, mesmo após elevação da fração inspirada de oxigênio para 100%.

No mesmo período, após retirada parcial dos campos cirúrgicos, evidenciou-se erupção cutânea difusa em tronco e membros superiores, com características de rash urticariforme. Não houve evidência de sangramento cirúrgico significativo, deslocamento de cânula, falhas no circuito anestésico ou profundidade anestésica inadequada que justificassem o quadro. A associação temporal entre antibioticoprofilaxia, administração de bloqueador neuromuscular e o surgimento de hipotensão grave, taquicardia e manifestações cutâneas reforçou a hipótese diagnóstica de anafilaxia perioperatória.

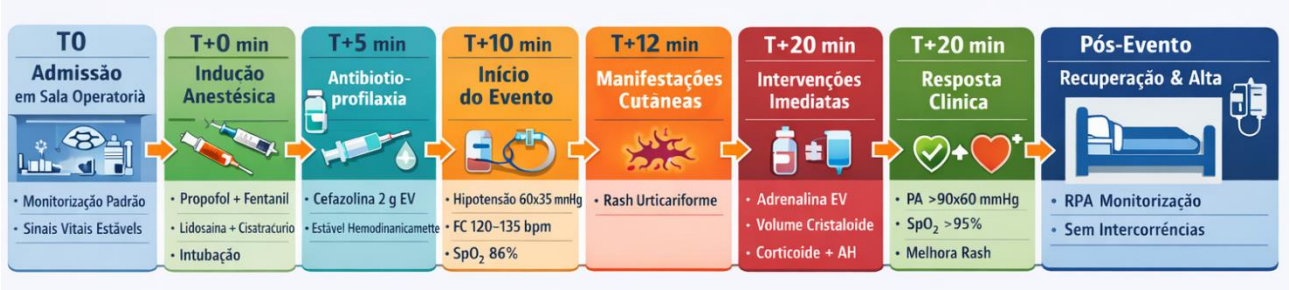
Diante da suspeita clínica, foram imediatamente instituídas medidas terapêuticas conforme os protocolos de emergência vigentes. Procedeu-se à suspensão dos possíveis agentes desencadeantes e iniciou-se reposição volêmica vigorosa com cristaloides aquecidos, totalizando aproximadamente 1.500 mL de Ringer lactato em infusão rápida. Foram administrados bolus sequenciais de adrenalina por via endovenosa em doses tituladas, sendo 20 mcg na primeira dose e 10 mcg na subsequente. Instituiu-se, ainda, corticoterapia sistêmica com hidrocortisona (250 mg E.V.). Após a administração da adrenalina, observou-se resposta hemodinâmica gradual, caracterizada por elevação progressiva da pressão arterial para valores superiores a 90×60 mmHg, redução da taquicardia e melhora da perfusão periférica. A saturação de oxigênio elevou-se progressivamente, atingindo valores acima de 95%, acompanhada de diminuição da resistência ventilatória e normalização gradual dos parâmetros capnográficos.

Com a estabilização hemodinâmica e ventilatória, o procedimento cirúrgico foi suspenso por decisão conjunta das equipes anestésica e cirúrgica, priorizando a segurança do paciente. Após reversão completa do quadro agudo e manutenção de estabilidade por período prolongado em sala operatória, o paciente foi encaminhado à sala de recuperação pós-anestésica para monitorização contínua. Permaneceu em observação por período estendido, sem recorrência de instabilidade hemodinâmica, broncoespasmo ou novas manifestações cutâneas. Não houve necessidade de ventilação mecânica prolongada nem de admissão em unidade de terapia intensiva.

O paciente recebeu alta hospitalar após evolução clínica satisfatória, sendo orientado formalmente, de forma verbal e escrita, quanto à ocorrência de reação anafilática perioperatória e à necessidade de investigação alergológica especializada. Foi orientado a informar o episódio em futuras avaliações médicas e anestésicas, sendo realizado registro detalhado em prontuário eletrônico com alerta para eventos adversos e recomendação de avaliação em serviço de alergologia para investigação etiológica e planejamento de anestesias futuras seguras.

Considerando a cronologia do evento e os fármacos administrados no período perioperatório imediato, os agentes mais prováveis relacionados à reação anafilática foram o cisatracúrio e a cefazolina (**Figura 1**), ambos amplamente descritos na literatura como desencadeantes frequentes de anafilaxia perioperatória (DEWACHTER P, et al., 2009; JARDIM D, et al., 2020).

Figura 1 - Linha do tempo do evento anafilático perioperatório.



Legenda: Linha do tempo ilustrando a sequência cronológica da administração medicamentosa, início das manifestações clínicas, intervenções terapêuticas instituídas e evolução clínica até estabilização hemodinâmica e encaminhamento pós-evento.

Fonte: Oliveira DC, et al., 2026.

DISCUSSÃO

A anafilaxia perioperatória é reconhecida como uma das emergências mais graves em anestesiologia, exigindo resposta rápida, precisa e coordenada da equipe multiprofissional. Embora apresente baixa incidência, seu potencial de evolução para choque circulatório, falência respiratória e óbito torna imprescindíveis o reconhecimento precoce e o manejo imediato, diretamente associados à redução da morbimortalidade. Estudos demonstram que atrasos na administração de adrenalina estão fortemente relacionados a piores desfechos clínicos, incluindo maior necessidade de suporte vasopressor prolongado e aumento da mortalidade (SIMONS FER, et al., 2021; HARPER NJN, et al., 2018; MURARO A, et al., 2022; POPA VT, et al., 2020).

No ambiente perioperatório, a identificação da anafilaxia é particularmente desafiadora, pois o paciente encontra-se sob anestesia geral, impossibilitando a comunicação de sintomas iniciais. Além disso, sinais hemodinâmicos como hipotensão e taquicardia podem ser erroneamente atribuídos a causas frequentes no intraoperatório, como hipovolemia, profundidade anestésica excessiva, sangramento ou disfunção miocárdica. Esse contexto contribui para subdiagnóstico ou atraso terapêutico, reforçando a necessidade de alto grau de suspeição clínica pelo anestesiologista (MERTES PM, et al., 2019; HARPER NJN, et al., 2018; GARVEY LH, et al., 2019).

Os bloqueadores neuromusculares constituem os principais agentes implicados nas reações anafiláticas durante anestesia geral, responsáveis por cerca de 50% a 70% dos casos relatados. O cisatracúrio, pertencente ao grupo dos benzilisoquinolínicos, pode desencadear reações mediadas por imunoglobulina E ou por mecanismos não imunológicos, como liberação direta de histamina. A presença do radical amônio-quaternário em sua estrutura química associa-se à reatividade cruzada com outros bloqueadores neuromusculares e substâncias ambientais, como cosméticos e produtos de higiene, explicando reações em pacientes sem histórico alérgico prévio (DEWACHTER P, et al., 2009; MERTES PM, et al., 2016; MERTES PM, et al., 2019).

Além dos bloqueadores neuromusculares, antibióticos beta-lactâmicos figuram entre os principais desencadeantes de anafilaxia perioperatória. A cefazolina, amplamente utilizada na profilaxia cirúrgica, tem sido progressivamente reconhecida como causa relevante. Dados recentes indicam que, em alguns países, a cefazolina já ultrapassou os bloqueadores neuromusculares como principal agente causador de anafilaxia intraoperatória, especialmente em cirurgias eletivas, nas quais sua administração ocorre logo após a indução anestésica (HARPER NJN, et al., 2018; JARDIM D, et al., 2020; MERTES PM, et al., 2019). Esses achados reforçam a importância da vigilância rigorosa durante sua administração, mesmo em pacientes sem antecedentes alérgicos conhecidos.

O diagnóstico diferencial da anafilaxia no intraoperatório permanece desafiador. Manifestações como hipotensão refratária, broncoespasmo, dessaturação e alterações cutâneas devem ser avaliadas no contexto temporal da exposição a agentes desencadeantes. No caso apresentado, a associação entre hipotensão persistente, refratária às medidas convencionais, e manifestações cutâneas após a administração de fármacos anestésicos e antibióticos fortaleceu a hipótese diagnóstica, atendendo aos critérios clínicos das diretrizes internacionais (SIMONS FER, et al., 2021; MURARO A, et al., 2022).

O tratamento deve ser instituído imediatamente, sendo a adrenalina universalmente reconhecida como droga de primeira linha. Sua ação alfa-adrenérgica promove vasoconstrição e aumento da resistência vascular sistêmica, enquanto a ação beta-adrenérgica contribui para broncodilatação, aumento do débito cardíaco e estabilização da membrana dos mastócitos, reduzindo a liberação adicional de mediadores inflamatórios. A reposição volêmica agressiva é fundamental para corrigir a hipovolemia relativa decorrente do aumento da permeabilidade capilar. Corticosteroides e anti-histamínicos, embora não atuem de forma imediata, desempenham papel adjuvante na prevenção de recorrência tardia e na estabilização clínica (SIMONS FER, et al., 2021; BROCKOW k, et al., 2013; MURARO A, et al., 2022).

Além do manejo agudo, destaca-se a relevância da investigação alergológica pós-evento. A dosagem sérica de triptase nas primeiras horas auxilia na confirmação diagnóstica, enquanto testes cutâneos e

laboratoriais posteriores permitem a identificação do agente causal. Essa abordagem é essencial para orientar futuras anestesias, selecionar alternativas seguras e reduzir o risco de recorrência (BROCKOW K, et al., 2013; MERTES PM, et al., 2019).

Outro aspecto relevante refere-se à subnotificação da anafilaxia perioperatória, especialmente em países em desenvolvimento, como o Brasil. A ausência de sistemas de vigilância estruturados, a dificuldade de confirmação etiológica e a limitação de acesso a serviços especializados contribuem para a escassez de dados epidemiológicos robustos, dificultando a estimativa real da incidência e dos fatores de risco (MERTES PM, et al., 2019; GIRARD T, et al., 2021). Nesse cenário, relatos de caso assumem papel fundamental na educação médica continuada e no aprimoramento das práticas de segurança.

A capacitação contínua das equipes anestésicas, por meio de treinamentos periódicos, simulações realísticas e revisão de protocolos institucionais, é essencial para garantir resposta eficaz frente a eventos adversos graves. A disponibilidade imediata de adrenalina, kits de emergência padronizados e algoritmos de manejo visíveis nas salas cirúrgicas deve ser considerada requisito básico de segurança. Além disso, o registro detalhado do evento no prontuário, com descrição dos fármacos administrados, manifestações clínicas e condutas adotadas, é indispensável para investigação etiológica e prevenção de recorrências (HARPER NJN, et al., 2018; MURARO A, et al., 2022).

Nesse contexto, a anafilaxia durante anestesia geral, embora rara, configura-se como emergência potencialmente fatal, associada a elevada morbimortalidade quando não reconhecida e tratada imediatamente. O caso apresentado reforça a importância do alto grau de suspeição clínica pelo anestesiologista diante de manifestações hemodinâmicas abruptas e sinais cutâneos após administração de fármacos potencialmente desencadeantes. O reconhecimento precoce e a intervenção imediata com adrenalina, associada à reposição volêmica adequada, suporte hemodinâmico e terapias adjuvantes, foram determinantes para desfecho favorável.

Além do manejo agudo, o episódio evidencia a necessidade de estratégias sistematizadas de prevenção e segurança no ambiente cirúrgico, incluindo fortalecimento de protocolos institucionais específicos para reconhecimento e tratamento da anafilaxia perioperatória. A capacitação contínua das equipes, por meio de treinamentos regulares e simulações realísticas, bem como a garantia de acesso imediato a medicamentos e equipamentos de emergência, constitui medida essencial para redução da morbimortalidade.

O seguimento pós-evento, com investigação alergológica especializada, também se mostra etapa fundamental do cuidado integral. A identificação do agente causal permite orientar a evitação de substâncias relacionadas, reduzindo significativamente o risco de novas exposições e recorrência em procedimentos futuros (GARVEY LH, et al., 2019; MERTES PM, et al., 2019; KHAN DA, et al., 2021). O registro sistemático do episódio e a comunicação efetiva entre as equipes assistenciais são centrais para a continuidade e segurança do cuidado.

Por fim, o compartilhamento de experiências clínicas por meio de relatos de caso assume relevância significativa diante da baixa incidência e subnotificação da anafilaxia perioperatória, especialmente em países em desenvolvimento. Relatos bem documentados contribuem para a disseminação do conhecimento, educação médica continuada e fortalecimento da prática anestésica baseada em evidências, promovendo avanços na segurança do paciente e na qualidade da assistência em anestesiologia.

REFERÊNCIAS

1. BROCKOW K, et al. Skin test concentrations for systemically administered drugs. Allergy, 2013; 68(6): 702–712.
2. DEWACHTER P, et al. Perioperative anaphylaxis: epidemiology, mechanisms and risk factors. Current Allergy and Asthma Reports, 2009; 9(3): 196–203.
3. FRESENIUS KABI. Anestesia e reação alérgica: importância dos cuidados na prática clínica. Bad Homburg: Fresenius Kabi, 2024.

4. GARVEY LH, et al. Diagnosis and management of perioperative anaphylaxis. Anaesthesia, 2019; 74(2): 146–156.
5. GIRARD T, et al. Perioperative anaphylaxis: epidemiology and prevention. Current Opinion in Anaesthesiology. 2021;34(3):316–322.
6. HARPER NJN, et al. Anaesthesia, surgery, and life-threatening allergic reactions. British Journal of Anaesthesia, 2018; 121(1): 159–171.
7. JARDIM D, et al. Reações anafiláticas no perioperatório: revisão de literatura. Revista Brasileira de Anestesiologia, 2020; 70(2): 123–131.
8. KHAN DA, et al. Evaluation and management of patients after anaphylaxis. Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice, 2021; 9(6): 2234–2243.
9. MERTES PM, et al. Reducing the risk of anaphylaxis during anesthesia. Journal of Investigational Allergology and Clinical Immunology, 2016; 26(2): 79–92.
10. MERTES PM, et al. Epidemiology of perioperative anaphylaxis. Anesthesia & Analgesia, 2019; 129(1): 139–151.
11. MERTES PM, et al. Perioperative anaphylaxis. British Journal of Anaesthesia, 2019; 123(1): e29–e40.
12. MURARO A, et al. EAACI guidelines for anaphylaxis. Allergy, 2022; 77(2): 357–377.
13. POPA VT, et al. Perioperative anaphylaxis: clinical features and outcomes. Journal of Clinical Anesthesia. 2020;62:109723.
14. SIMONS FER, et al. World Allergy Organization anaphylaxis guidance. World Allergy Organization Journal, 2021; 14(2): 100517.
15. WATKINS SC. Advances in anesthetic pharmacology: a historical perspective. Anesthesia & Analgesia, 2020; 130(1): 39–46.