

# Reação Anafilática Induzida por Látex em Paciente Submetido à Apendicectomia Aberta. Relato de Caso

Jean Abreu Machado, TSA<sup>1</sup>, Romilton Crozetta da Cunha<sup>2</sup>, Benhur Heleno de Oliveira<sup>3</sup>, Jane da Silva<sup>4</sup>

**Resumo:** Machado JA, Cunha RC, Oliveira BH, Silva J – Reação Anafilática Induzida por Látex em Paciente Submetido à Apendicectomia Aberta. Relato de Caso.

**Justificativa e objetivos:** Embora crescente a incidência de alergia ao látex na população em geral, eventos graves de anafilaxia durante alguns procedimentos cirúrgicos felizmente ainda são raros, porém com morbidade e mortalidade elevados. Não apenas a prevenção, mas o diagnóstico, o pronto tratamento e o acompanhamento dos pacientes acometidos por esse evento representam um desafio para o anestesiologista. O presente relato teve por objetivo descrever um caso de anafilaxia grave ao látex e discutir seu diagnóstico e tratamento.

**Relato do caso:** Paciente do sexo feminino, 39 anos, branca com suspeita diagnóstica de apendicite, é levada para procedimento de urgência sob raquianestesia. Aproximadamente 30 minutos após o início da cirurgia, apresentou quadro de anafilaxia com parada cardiorrespiratória, revertida após tratamento. Um dos cuidados foi o isolamento de eventuais agentes causais, sendo que, posteriormente, a paciente foi encaminhada para unidade de terapia intensiva e evoluiu sem sequelas. A dosagem de IgE-RAST (*Radioallergosorbent Test*) específico para o látex mostrou-se positiva. A paciente foi encaminhada para acompanhamento com o alergologista.

**Conclusões:** O anestesiologista deve concentrar esforços na anamnese, mesmo em procedimentos de urgência, estando consciente das limitações que se apresentam nessas ocasiões. O prognóstico de anafilaxia depende do pronto início do tratamento adequado e o diagnóstico não se limita ao momento do evento, mas sim à determinação do fator causal. Criar um meio de acompanhar esses pacientes, a exemplo de outros centros internacionais, parece ser o caminho a ser seguido.

**Unitermos:** CIRURGIA: Abdominal; COMPLICAÇÕES: Parada CARDIORESPIRATÓRIA; DOENÇAS, Imunológica: alergia.

[Rev Bras Anesthesiol 2011;61(3): 360-366] ©Elsevier Editora Ltda.

## INTRODUÇÃO

O primeiro relato de urticária por borracha natural foi descrito em 1927, na Alemanha: um caso de alergia a látex por hipersensibilidade tipo I ou imediata<sup>1</sup>.

A alergia à borracha converteu-se em uma causa importante de morbidade em todo o mundo, sendo reconhecida como um problema internacional de saúde na década de 1990, quando houve acentuado aumento do número de casos, originados, sobretudo, pelo incremento do uso de luvas de borracha para prevenção do contato com novas doenças<sup>1,2</sup>.

A borracha, (poli-isopropeno) é extraída do látex (seiva) da árvore *Hevea brasiliensis*, um membro da família *Euphorbiaceae*, originária do Amazonas e conhecida como seringueira. O látex natural é constituído do citoplasma das células lactíferas, partículas de borracha natural (cis-isopreno) e organelas subcelulares que contêm proteínas básicas; a heveína, nome dado a um grupo de proteínas do látex, é considerada o principal alérgeno das reações ao látex e está presente em grande quantidade na borracha, levando à sensibilização em indivíduos expostos e a um espectro de reações alérgicas após as exposições subseqüentes<sup>3-6</sup>.

A reação alérgica se produz geralmente pelo contato direto dos artigos que contêm látex, mas também pode ser desenvolvida por inalação de partículas de látex, principalmente em ambientes nos quais o uso de luvas cirúrgicas é frequente, o que provoca alta concentração de látex aerolizado nas partículas de amido de milho que recobrem a superfície interna das luvas como lubrificante seco<sup>1,3</sup>.

Este trabalho teve como objetivo chamar a atenção sobre a alergia ao látex, uma vez que ainda há poucos relatos de caso sobre hipersensibilidade tipo I, especificamente com anafilaxia grave, que podem apresentar desfechos desfavoráveis. Os profissionais da saúde devem estar atentos a esse problema, cujo reconhecimento no perioperatório é potencialmente comprometido<sup>7</sup>.

## RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 39 anos, branca, chegou à emergência com quadro de abdome agudo de início há então 48 horas, sendo o plano cirúrgico de laparotomia por incisão mediana infraumbilical. A suspeita diagnóstica era de apendicite.

Recebido do Serviço de Anestesiologia de Tubarão – SC, Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) e Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PPGCS), Brasil.

1. Coordenador do Serviço de Residência Médica em Anestesiologia do HNSC; MEC; Discente do PPGCS da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL)
2. Especialista em Ortopedia e Traumatologia pela Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT); Ortopedista do HNSC; Discente do PPGCS da UNISUL
3. Anestesiologista do Serviço de Anestesiologia de Tubarão – SC
4. Professora Doutora do PPGCS da UNISUL

Submetido em 16 de novembro de 2010.

Aprovado para publicação em 13 de dezembro de 2010.

Correspondência para:  
Dr. Jean Abreu Machado  
Rua José Evaristo Fogaça, 63  
Vila Moema  
88705060 – Tubarão, SC, Brasil  
E-mail: jean.machado@unisul.br

Durante a avaliação pré-anestésica na sala cirúrgica, momentos antes do procedimento, a paciente relatou hipertensão arterial sistêmica em tratamento com losartan, atenolol e hidroclorotiazida. Negou alergias ou complicações a procedimentos cirúrgicos com anestesia no passado. Ao exame físico, apresentava apenas febre como alteração dos sinais vitais e dor abdominal pertinente ao quadro. A paciente foi considerada P2 pela classificação da Sociedade Americana de Anestesiologistas (ASA), e a cirurgia tida como de urgência pelo caráter do procedimento.

Monitorada com cardioscópio, derivação D<sub>II</sub>, pressão não invasiva e oxímetro. Após pré-medicação com midazolam 3 mg e fentanil 50 µg, via venosos, a paciente foi submetida à raquianestesia no espaço intervertebral L<sub>3</sub>-L<sub>4</sub> com agulha Quincke 27 gauge. O anestésico utilizado foi a bupivacaína hiperbárica 0,5% 15 mg, com a adição de 60 µg de morfina. O nível sensitivo atingido após 10 minutos de bloqueio era o dermatomo correspondente a T<sub>5</sub>. A paciente recebeu 1 g de cefazolina, por via venosa, antes do procedimento. Aproximadamente meia hora após o início da cirurgia, a paciente evoluiu com dispneia, broncoespasmo, bradicardia, hipotensão e agitação psicomotora que não responderam adequadamente ao uso de efedrina, β-agonista aerossol e fluidoterapia com cristaloides. Devido à piora do quadro, optou-se por intubação orotraqueal, com sequência rápida e ventilação mecânica. A evolução do quadro deu-se com parada cardiorrespiratória em atividade elétrica sem pulso, sendo instituídas as manobras para reanimação e uso de epinefrina venosa. Houve retorno do ritmo cardíaco em taquicardia sinusal e, após, novo quadro de parada cardíaca com posterior reversão. Diante da hipótese de choque anafilático, afastou-se qualquer agente potencialmente responsável pelo quadro, entre eles, medicações e látex. Materiais como luvas, equipos e circuito de anestesia foram trocados para materiais isentos de látex. Outras medicações usadas foram: prometazina, hidrocortisona, ranitidina e epinefrina em infusão contínua. Além da monitoração comentada anteriormente, procedeu-se à pressão arterial invasiva, à pressão venosa central e à capnografia.

Após o procedimento cirúrgico, a paciente foi encaminhada sedada e em ventilação mecânica para a Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), com os sinais vitais estabilizados. Extubada no primeiro dia de pós-operatório. No terceiro dia após o ocorrido, ainda na UTI, apresentou edema agudo de pulmão, tendo de retornar para ventilação mecânica.

Recebeu alta da UTI uma semana após o quadro inicial de alergia ao látex, sem sequelas. Foi coletada amostra de sangue e dosado IgE-RAST (*Radioallergosorbent Test*) específico para o látex, com resultado acima de 100 KU/L (classe 5 – acima de 50 KU/L “considerado extremamente alto”).

Novas perguntas feitas à paciente no pós-operatório confirmaram a suspeita da alergia ao látex como a presença de reação às luvas de borracha, alergia a banana, abacate e kiwi. Contou trabalhar no setor de apoio ao centro cirúrgico e ter de usar luvas de silicone no serviço. Indagado o motivo para não ter relatado esse fato ao anestesiologista quando questionada sobre a alergia, respondeu que não acreditou que isso poderia influenciar seu procedimento.

A paciente foi encaminhada ao alergologista para acompanhamento e diagnóstico etiológico diferencial com uma relação completa das medicações e substâncias usadas durante o ato anestésico/cirúrgico. Um dos achados tardios foi a piora dos sintomas quando em contato usual diário com látex, principalmente broncoespasmo e urticária.

Além de esclarecimento verbal, foi-lhe entregue um laudo da internação com detalhes do ocorrido e um cartão com informações sobre seu quadro clínico para ser carregado juntamente com seus documentos em caso de procedimentos de emergência.

## DISCUSSÃO

No caso em questão, por se tratar de cirurgia de urgência, a anamnese do anestesiologista foi realizada no primeiro contato do paciente com o profissional, na sala cirúrgica. Este não se trata do ambiente ideal para a realização do inquérito clínico. Cabe ao anestesiologista ser o mais claro possível quanto às perguntas sobre o estado de saúde do paciente. Fatores como estresse, dor ou dificuldade de comunicação podem esconder fatos relevantes. Dados da internação, muitas vezes, são suficientes para se revelar a profissão do paciente, alertando o médico para um eventual grupo de risco.

As manifestações clínicas à exposição ao látex vão desde uma dermatite de contato irritativa, que não é mediada pelo sistema imunológico, passam pela hipersensibilidade tardia tipo IV, mediado por células-T, e culminam com a hipersensibilidade imediata tipo I, também chamada de reação anafilática ou reação mediada por IgE<sup>3</sup>.

Quanto ao 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<sup>8</sup>.

A paciente aqui descrita, segundo a classificação de gravidade do quadro clínico, iniciou diretamente no estágio III e passou rapidamente para o estágio IV.

Como já dito, peculiaridades dos pacientes que serão submetidos a procedimentos cirúrgicos podem mascarar os quadros cutâneos iniciais, que nem sempre estão presentes. Este é o principal desafio para a equipe médica frente a um quadro de anafilaxia, sendo a instituição do tratamento efetivo, o mais cedo possível, o determinante da diminuição da morbimortalidade desses pacientes.

Tomando o caso em questão como exemplo, certamente a primeira suspeita não foi a anafilaxia, baseando-se no tratamento inicial administrado. Complicações mais frequentes inerentes à própria técnica anestésica ou ao paciente, como bloqueio simpático extenso e broncoespasmo, entre outros, fazem parte do diagnóstico diferencial<sup>9</sup> e acabam aparecendo primeiro como opção diagnóstica, atrasando, de certa forma, o tratamento da anafilaxia. Devem-se adotar medidas para tentar reduzir o intervalo de tempo entre o aparecimento dos sinais e sintomas de uma complicação e o seu manejo

adequado. Desconfiar do diagnóstico incorreto sempre que o tratamento preconizado não surtir efeito e manter a vigilância durante todo o processo são providências importantes para um desfecho favorável.

Mesmo sob forte suspeita de determinado fator etiológico da anafilaxia, ou seja, de alguma substância causal durante o ato anestésico/cirúrgico, chegar a uma conclusão precoce pode induzir ao erro no tratamento. Bom exemplo seria imputar a culpa ao antibiótico, afastá-lo e negligenciar outros como látex, anestésicos locais, bloqueadores neuromusculares, entre outros, prejudicando a adequada condução do quadro, como veremos a seguir.

A pedra angular para o tratamento da anafilaxia parece ser a epinefrina e a fluidoterapia, principalmente nos graus de gravidade III e IV<sup>10</sup>. Os passos seguintes devem ser aplicados o mais cedo possível:

- (a) suspender todas as substâncias suspeitas de ser o fator etiológico, quando possível;
- (b) manter a via aérea com oxigênio a 100%;
- (c) suspender as drogas anestésicas quando o evento ocorrer durante a indução;
- (d) providenciar a administração de epinefrina o mais cedo possível (reações grau III-IV);
- (e) pedir ajuda;
- (f) colocar o paciente em posição de *Trendelenburg*;
- (g) abreviar o procedimento cirúrgico, quando possível<sup>11</sup>.

A epinefrina reverte a vasodilatação e o edema, em virtude de sua ação  $\alpha$ -agonista, enquanto sua ação  $\beta$ -agonista dilata as vias aéreas, aumenta a contração miocárdica e suprime a liberação de mediadores inflamatórios<sup>12</sup>. Em adultos, reações leves a moderadas geralmente respondem a doses de 0,01 - 0,05 mg EV. Em casos extremos, podemos chegar à necessidade de até 5 mg em uma hora<sup>10</sup>. Pacientes que necessitam de doses repetidas podem beneficiar-se de infusão contínua<sup>13</sup>. Em casos refratários, a vasopressina pode ser considerada<sup>14</sup>. Pacientes em uso de  $\beta$ -bloqueadores podem necessitar da administração de glucagon<sup>12</sup>, que poderia ser uma alternativa para o quadro em questão, pois ficou evidente que a paciente (usuária de atenolol) respondeu de maneira pobre à epinefrina, tendo de receber infusão contínua dessa droga.

Quanto à fluidoterapia, poderá ser necessária a infusão de até mais do que 20 mL.kg<sup>-1</sup> devido à perda do intravascular para o interstício e, embora tanto os cristaloides como os coloides possam ser usados<sup>10</sup>, não há evidências de que o segundo seja preferível ao primeiro. Considerando que os coloides podem ser causadores de anafilaxia, seria prudente inicialmente evitá-los<sup>15-17</sup>. Os corticoides e anti-histamínicos têm papel secundário no tratamento da anafilaxia, ajudando a prevenir o edema, os sintomas cutâneos e a recorrência da reação até 24 horas após<sup>9</sup>.

O diagnóstico etiológico de anafilaxia apoia-se em três pontos distintos que incluem evidência clínica, biológica e alergológica<sup>11</sup>.

A evidência clínica do caso específico foi broncoespasmo, hipotensão, taquicardia e parada cardiorrespiratória. Pacientes com grau de gravidade clínica entre II e IV merecem

seguir a investigação<sup>10</sup>. Os achados da história pregressa, quando presentes, são importantes sinalizadores de complicações relacionadas ao látex. História de atopia ao manuseio de produtos que contenham borracha e alergia a alimentos como nozes, tomate, kiwi, banana, manga, abacate, entre outros, podem apresentar reação cruzada ao látex. Além disso, pacientes que apresentam história de exposição prolongada ao látex, como crianças com mielomeningocele, agenesia sacro/lombar, alterações congênitas da bexiga, doenças ortopédicas decorrentes de traumas, espinha bífida e múltiplos procedimentos cirúrgicos também são grupos de risco<sup>6</sup>.

Quando levamos em conta sintomas associados ao contato com o látex em profissionais da área da saúde, em geral, podemos encontrar uma prevalência acima de 17%. Aproximadamente 70% dos eventos adversos ao látex reportados ao *Food and Drug Administration* (FDA – EUA) envolvem esses trabalhadores<sup>18,19</sup>.

A evidência biológica para as proteínas do látex podem ser acessadas por meio de testes sorológicos inespecíficos, como a triptase, e específicos, como anticorpos IgE. No caso da triptase, uma protease natural encontrada quase exclusivamente nos mastócitos, juntamente com a histamina, são marcadores que denunciam a ativação mastocitária<sup>20</sup>. O tempo ideal para a coleta da triptase sérica é de 1 a 4 horas após o início da reação alérgica<sup>21</sup>. Uma amostra de controle deverá ser mensurada antes, no pré-operatório, ou no mínimo 24 horas após o início do quadro<sup>10</sup>. O nível sérico aumentado, comparado com o controle, é um indicador altamente sensível de reação anafilática durante a anestesia, mas os pacientes sem níveis aumentados e com clínica sugestiva requerem investigação quanto à possibilidade de falso negativo<sup>21</sup>. Caso o valor sérico da triptase no controle seja maior do que a referência, as investigações deverão levar em conta a possibilidade de mastocitose<sup>22</sup>. Os anticorpos específicos IgE para o látex podem ser pesquisados através do RAST (*radioallergosorbent test*) ou do CAP (*fluoroimmunoassay – System, Phadia AB, Uppsala, Sweden*)<sup>9</sup>. A janela de tempo ideal para sua mensuração vai do momento da reação até seis meses após<sup>23,24</sup>.

O seguimento dos pacientes com evidência alergológica completa a investigação quanto à anafilaxia mediada ou não por anticorpos IgE. É importante também fazer o diagnóstico diferencial entre as substâncias que não possuem testes biológicos específicos, visto que pacientes anestesiados dificilmente entram em contato com apenas uma substância ou droga. Os testes usados com essa finalidade são: testes cutâneos (*prick teste* e teste intradérmico); teste de sensibilização dos basófilos; provocação direta com a droga<sup>10</sup>.

O seguimento do paciente visa confirmar o fator causal e muni-lo do diagnóstico etiológico para futuros procedimentos. O paciente que sofreu quadro de anafilaxia merece e deve sair documentado quanto ao ocorrido. Certamente, a possibilidade de ele voltar a entrar em contato com o fator etiológico é grande. Neste caso específico, do látex, a possibilidade de contato vai desde um novo procedimento cirúrgico, contato com a borracha em um consultório odontológico ou médico

até materiais de proteção pessoal na própria residência ou no serviço do paciente.

Alguns países como Escandinávia, Grã-Bretanha, França e Austrália já possuem seguimentos de casos ocorridos durante procedimentos anestésico/cirúrgicos através de *guidelines* específicos de diagnóstico que visam melhorar a prática de detecção desses casos<sup>10</sup>. Implantar o mesmo no nosso país certamente traria uma contribuição significativa do ponto de vista epidemiológico, pois, embora crescentes, os casos ainda são raros e certamente subnotificados. Além disso, o benefício direto às instituições por redução dos custos com complicações atuaria como “ferramenta” ao anestesiolegista, servindo como um “norte” na condução desses casos e, finalmente, de todos, contribuindo com o objetivo principal que é garantir a segurança do paciente.

## REFERÊNCIAS / REFERENCES

- Valls A, Pascual CY, Caballero MT et al. Alergia al latex. *Allergol Immunopathol (Madr)*, 2004; 32:295-305.
- Uribe Llopis P, Barbero Del Palacio P, Alonso Cobo MT et al. Hacia un hospital sin látex. *Med Segur Trab (Madr)*. 2008; 54:99-108.
- Allarcon JB, Malito M, Linde H et al. Alergia ao látex. *Rev Bras Anesthesiol*, 2003; 53:89-96.
- Parisi CA, Biló B, Bonifazzi F et al. Alergia al látex. *Arch Argent Pediatr*. 2006; 104:520-529.
- Hamilton RG. Latex allergy: Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis. Base de dados Up ToDate. 2010. Disponível em: <[http://www.uptodate.com/online/content/topic.do?topicKey=oth\\_alle/4787&selectedTitle=1%7E53&source=search\\_result](http://www.uptodate.com/online/content/topic.do?topicKey=oth_alle/4787&selectedTitle=1%7E53&source=search_result)>. Acessado em: 21 set. 2010.
- Potério GMB, Braga AFA, Santos RMSF et al. Reação anafilática durante transplante renal intervivos em criança alérgica ao látex. Relato de caso. *Rev Bras Anesthesiol*. 2009; 59:210-218.
- Ledford DK. Perioperative anaphylaxis: Clinical manifestations, etiology, and diagnosis. . Base de dados Up ToDate. 2010. Disponível em: <[http://www.uptodate.com/online/content/topic.do?topicKey=oth\\_alle/4787&selectedTitle=1%7E53&source=search\\_result](http://www.uptodate.com/online/content/topic.do?topicKey=oth_alle/4787&selectedTitle=1%7E53&source=search_result)>. Acesso em: 21 set. 2010.
- Ring J, Messmer K. Incidence and severity of anaphylactoid reactions to colloid volume substitutes. *Lancet*, 1977; 1:466-469.
- Simons FER – Anaphylaxis. *J Allergy Clin Immunol*, 2010; 125:S161-S181.
- Kroigaard M, Garvey LH, Gillberg L et al. Scandinavian Clinical Practice Guidelines on the diagnosis, management and follow-up of anaphylaxis during anaesthesia. *Acta Anaesthesiol Scand*, 2007; 51:655-670.
- Dewachter P, Mouton-Faivre C, Emala CW. Anaphylaxis and anaesthesia: controversies and new insights. *Anesthesiology*, 2009; 111:1141-1150.
- Soar J, Deakin C, Nolan J et al. European Resuscitation Council guidelines for resuscitation 2005. Section 7. Cardiac arrest in special circumstances. *Resuscitation*, 2005; 67:S135-S170.
- Brown SGA, Blackman KE, Stenlake V et al. Insect sting anaphylaxis; prospective evaluation of treatment with intravenous adrenaline and volume resuscitation. *Emerg Med J*, 2004, 2004; 21:149-154.
- Holt NF, Haspel KL. Vasopressin: a review of therapeutic applications. *J Cardiothorac Vasc Anesth*, 2010; 24:330-347.
- Soar J, Perkins GD, Abbas G et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Section 8. Cardiac arrest in special circumstances: Electrolyte abnormalities, poisoning, drowning, accidental hypothermia, hyperthermia, asthma, anaphylaxis, cardiac surgery, trauma, pregnancy, electrocution. *Resuscitation*, 2010; 81:1400-1433.
- Harper NJ, Dixon T, Dugue P et al. Suspected anaphylactic reactions associated with anaesthesia. *Anaesthesia*, 2009; 64:199-211.
- Mertes PM, Lambert M, Guéant-Rodriguez RM et al. Perioperative anaphylaxis. *Immunol Allergy Clin North Am*, 2009; 29:429-451.
- Filon FL, Radman G. Latex allergy: a follow up study of 1040 health-care workers. *Occup Environ Med*, 2006; 63:121-125.
- Katz JD, Holzman RS, Brown RH et al. Natural rubber latex allergy. Considerations for anesthesiologists. New York, American Society of Anesthesiologists, 2005. Disponível em: <<http://ecommerce.asahq.org/publicationsAndServices/latexallergy.pdf>>
- Hallgren J, Pejler G. Biology of mast cell tryptase. An inflammatory mediators. *FEBS J*, 2006; 273:1871-1895.
- Fisher MM, Baldo BA. Mast cell tryptase in anaesthetic anaphylactoid reactions. *Br J Anaesth*, 1998; 80:26-29.
- Shaffer HC, Parsons DJ, Peden DB et al. Recurrent syncope and anaphylaxis as presentation of systemic mastocytosis in a pediatric patient: case report and literature review. *J Am Acad Dermatol*, 2006; 54:S210-S213.
- Guttormsen AB, Johansson SGO, Öman H et al. No consumption of IgE antibody in serum during allergic drug anaphylaxis. *Allergy*, 2007; 62:1326-1330.
- Garvey LH, Kroigaard M, Polsen LK et al. IgE-mediated allergy to chlorhexidine. *J Allergy Clin Immunol*, 2007; 120:409-415.

**Resumen:** Machado JA, Cunha RC, Oliveira BH, Silva J – Reacción Anafiláctica Inducida por el Látex en Paciente Sometido a la Apendicectomía Abierta. Relato de Caso.

**Justificativa y objetivos:** Aunque exista un aumento en la incidencia de alergia al látex en la población en general, los eventos graves de anafilaxia durante algunos procedimientos quirúrgicos por suerte todavía son raros, aunque con un nivel de morbilidad y mortalidad elevados. La prevención, el diagnóstico, el rápido tratamiento y el seguimiento de los pacientes afectados por ese evento, representan un reto para el anesestesiólogo. El presente relato intentó describir un caso de anafilaxia grave al látex y discutir su diagnóstico y tratamiento.

**Relato del caso:** Paciente del sexo femenino, 39 años, blanca y con sospecha diagnóstica de apendicitis, que fue derivada a quirófano para un procedimiento urgente bajo raquianestesia. Aproximadamente 30 minutos después del inicio de la cirugía, presentó un cuadro de anafilaxia con parada cardiorrespiratoria, revertida posteriormente al tratamiento. Uno de los cuidados tomados fue el aislamiento de eventuales agentes causales, siendo que, posteriormente, la paciente fue derivada a la Unidad de Cuidados Intensivos y evolucionó sin secuelas. La dosificación de IgE-RAST (*Radioallergosorbent Test*), específico para el látex fue positiva. La paciente fue derivada para seguimiento con el alergista.

**Conclusiones:** El anesestesiólogo debe concentrar sus esfuerzos en la anamnesis, aunque en los procedimientos de urgencia, sea consciente de las limitaciones que se presentan en esas ocasiones. El pronóstico de anafilaxia depende del rápido inicio del tratamiento adecuado, y el diagnóstico no se restringe al momento del evento, sino a la determinación del factor causal. Crear un medio de seguimiento para esos pacientes, como lo hacen otros centros internacionales, parece ser el camino que debe ser secundado.

**Descriptor:** ANESTESIA: Regional, raquianestesia; CIRUGÍA: Abdominal; COMPLICACIONES, Alergia, Parada cardiorrespiratoria.