

TRATAMENTO HOMEOPÁTICO DE DOENÇA HEMOLÍTICA PERINATAL POR INCOMPATIBILIDADE MATERNO-FETAL ABO GRAVE: RELATO DE CASO

Adriane E.G. Gaete¹; Larissa H. Santana²; Marília da C. Fagundes²; Roberto Pinotti³ ·

Introdução: A doença hemolítica perinatal (DHPN) por incompatibilidade materno-fetal ABO ocorre quando a mãe – tipo sanguíneo 0 – produz anticorpos IgG contra hemácias do feto – tipo sanguíneo A ou B –, o que resulta em hemólise e pode levar a anemia fetal e DHPN [1,2]. Em populações caucasianas, aproximadamente, 20% das gestações têm incompatibilidade ABO, mas apenas a minoria resulta em DHPN [1]. Diferente da incompatibilidade Rh, a ABO não é detectada mediante o teste de Coombs; o diagnóstico baseia-se na icterícia neonatal e em evidências laboratoriais de hemólise após o nascimento: anemia, aumento de reticulócitos, bilirrubina direta (BD) >1,5mg/dL e bilirrubina indireta (BI) >1,3mg/dL [2,3]. O tratamento de casos graves (bilirrubina total – BT ≥ 25mg/dL), que podem levar a kernicterus, é fototerapia associada a exangüineotransfusão [1, 3-5]. **Metodologia:** Caso de neonato feminina, 7 dias de vida, admitida em UTI por anemia (VG= 36%), icterícia e aumento de bilirrubinas (BT= 27,2mg/dL e BI= 25mg/dL), com diagnóstico de DHPN grave por incompatibilidade ABO. É prescrita fototerapia e exangüineotransfusão, mas a família não consente, devido a crenças religiosas (Testemunhas de Jeová). Conduta homeopática foi *Aconitum napellus* 30cH (3 gotas de 1 em 1 hora), com início às 22h30 no dia da admissão (03/09/91) e durante 2 dias. Em 04/09, às 04h30, a criança foi liberada da UTI. Em 05/09, foi prescrito *Acon* 40cH (4 gotas de 30 em 30 minutos), durante 1 dia. **Resultados:** Em acompanhamento clínico, 8 horas após início do tratamento homeopático associado a fototerapia, a BT estava em 15,8mg/dL e a BI em 15,5mg/dL. 6 dias após a admissão, BT= 1,08mg/dL e BI= 0,28mg/dL. Criança com posterior desenvolvimento psicomotor e social sem sequelas, mesmo sem uso da exangüineotransfusão. **Conclusões:** O tratamento homeopático, ao que tudo indica, teve grande valia na reversão do quadro da DHPN grave e na prevenção do kernicterus no caso apresentado. Não foi feita exangüineotransfusão, mas a criança apresentou boa evolução clínica, com queda dos níveis de bilirrubinas em poucas horas.

Referências

1. Carvalho M de. Tratamento da icterícia neonatal. J Pediatr 2001; 77: 71-80.
2. Cianciarullo MA, Ceccon MEJ, Vaz FAC. Prevalência de marcadores imuno-hematológicos em recém-nascidos ao nascimento e em suas respectivas mães e incidência de doença hemolítica numa maternidade de São Paulo. Rev Assoc Med Bras 2003; 49(1): 45-53.
3. Falcão MC, Deutsch AD. Abordagem clínica, laboratorial e terapêutica do recém-nascido icterico. Pediatria (1997; 19(4): 280-7.
4. Maisels M. Encefalopatia hiperbilirrubínica: um problema ainda presente. Clínica de Perinatologia 2002; 2: 355-366.
5. American Academy of Pediatrics. Committee on Quality Improvement and Subcommittee on Hyperbilirubinemia. Practice parameter: management of hyperbilirubinemia in the healthy term newborn. Pediatrics 1994; 94:558-565.