

Laringotraqueoplastia à pearson em paciente pós-covid: um relato de caso

Pearson laryngotracheoplasty in a post-covid patient: a case report

DOI:10.34119/bjhrv4n4-146

Recebimento dos originais: 02/07/2021

Aceitação para publicação: 02/08/2021

Matheus Teodoro Cortes

Acadêmico do curso de Medicina do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB),
Brasília-DF, Brasil.

Endereço: SHIGS 715 bloco D casa 89.

Email: matheuscortes12@sempreceub.com

Nathalia Melo de Sá

Acadêmico do curso de Medicina do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB),
Brasília-DF, Brasil.

Endereço: SQN 310 bloco G apt 407, Brasília-DF, CEP: 70756070

E-mail: nath.melo.sa@gmail.com

Diego Rabello Iglesias

Acadêmico do curso de medicina do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB),
Brasília-DF, Brasil.

Endereço: SHIS Qi 15 Conjunto 15 casa 10 lago sul, Brasília-DF, CEP: 71635350

E-mail: diego.iglesias@sempreceub.com

Kevin Haley Barbosa

Acadêmico do curso de Medicina do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB),
Brasília, Brasil.

Endereço: QE 15 conjunto K casa 16 Guarará II, Brasília DF, CEP 71050111

E-mail: kevinhaleybarbosa@sempreceub.com

Larissa Radd Magalhães de Almeida

Formacao: Ensino superior completo, medicina, universidade católica de Brasília.

Médica do Hospital de Base do Distrito Federal

Endereço: SQN quadra: 402 Bloco: L apartamento:301

Brasilia, Distrito Federal, CEP: 70834120

E-mail: larissaradd@gmail.com

Jaqueline Côrtes Tormena

Formação: Residência em Clinica Medica pelo Hospital de Base do Distrito Federal

Médica da Secretaria de Saúde do Distrito Federal

Endereco: SHIGS 715 bloco D casa 89

Brasília, DF, CEP:70381704

E-mail: jaquelinetormena@gmail.com

RESUMO

O presente artigo tem como objetivo relatar o caso de um paciente submetido à laringotraqueoplastia a Pearson devido a uma estenose cricotraqueal secundária à intubação orotraqueal prolongada por COVID-19.

Palavras-Chave: Covid-19, Laringotraqueoplastia, Pearson, Estenose Traqueal, Intubação prolongada, Granulomas.

ABSTRACT

This article aims to report the case of a patient who underwent Pearson laryngotracheoplasty due to a cricotracheal stenosis secondary to prolonged orotracheal intubation by COVID-19.

Keywords: Covid-19, Laryngotracheoplasty, Pearson, Tracheal Stenosis, Prolonged Intubation, Granulomas.

1 INTRODUÇÃO

Em novembro de 2019 um surto de doença respiratória, causado pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), foi detectado na cidade de Wuhan, na China. Em dois meses foram confirmados milhares de casos de Covid-19 (atual denominação da doença), que resultaram em inúmeros óbitos. Em março de 2020, o novo coronavírus disseminou-se para mais de uma centena de países, continuando a causar doença respiratória e óbitos, especialmente em grupos de risco como idosos, gestantes, imunodeprimidos e outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

A infecção com SARS-CoV-2 pode se apresentar clinicamente em uma destas três principais condições: portadores assintomáticos, indivíduos com doença respiratória aguda (DRA) ou pacientes com pneumonia em diferentes graus de gravidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

As complicações mais comuns são síndrome respiratória aguda grave (SRAG) definida por presença de dispneia ou os seguintes sinais de gravidade: saturação de SpO₂ < que 95% em ar ambiente, sinais de desconforto respiratório ou aumento da frequência respiratória avaliada de acordo com a idade, piora nas condições clínicas de doença de base, hipotensão em relação à pressão arterial habitual do paciente, indivíduo de qualquer idade com quadro de insuficiência respiratória aguda durante o período sazonal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Em pacientes críticos a intubação orotraqueal (IOT) é considerada como um dos principais procedimentos potencialmente salvadores de vida. Sua principal indicação é

em situações nas quais haja prejuízo na manutenção da permeabilidade das vias aéreas.(YAMANAKA, 2010).

A intubação endotraqueal permite a assistência ventilatória em pacientes anestesiados ou sob ventilação mecânica, podendo ser de curta ou longa duração.(MARTINS, 2004).

O tempo máximo de permanência da cânula e o momento ideal da traqueostomia ainda é alvo de muita discussão e controvérsia na literatura, principalmente por ser uma necessidade individual em que não é possível prever o tempo necessário de ventilação mecânica. (CARDOSO, 2014)

De maneira geral, considera-se tempo prolongado os períodos superiores a 24 ou 48 horas de intubação orotraqueal, variando entre alguns estudos (MOTA, 2012).

A presença de tubos oro ou nasotraqueais em contato direto com as estruturas das vias aéreas pode provocar lesões de mucosa, decorrentes, principalmente, de intubações traumáticas e prolongadas, da utilização de tubos de grande calibre e da elevada pressão no balonete das sondas (MARTINS, 2004).

Diversos tipos de lesões laríngeas e traqueais, secundárias à intubação endotraqueal, têm sido descritas . Logo na introdução da cânula por via oral, durante tentativas de exposição da glote com o laringoscópio, são descritas, exodontia, lesão de lábio, língua e faringe, lacerações em epiglote, pregas vocais, esôfago e traqueia, hematomas e avulsão de pregas vocais, deslocamento e luxação de cartilagens aritenóideas . Com o tempo ocorrem complicações como ulcerações de mucosa, estenoses e granulomas .(MOTA, 2012)

Os granulomas são lesões arredondadas, de diversas colorações (róseas, esbranquiçadas ou vinhosas), unilaterais ou bilaterais, na maioria das vezes pediculadas, apresentando-se com superfície lisa ou irregular. Seus pedículos de implantação se inserem na região posterior da glote, especialmente ao nível das apófises vocais, local em que a cânula mantém íntimo contato com a mucosa da laringe (MOTA, 2012).

Esses granulomas são responsáveis por disfonia persistente e nem sempre regridem espontaneamente, exigindo remoção cirúrgica (MARTINS,2004). Os sintomas vocais surgem após 15 a 20 dias da remoção do tubo traqueal, porém quando pequenos eles podem não causar sintomas.(MARTIN, 2006)

Importante causa de rouquidão após a extubação, a estenose laríngea é uma das mais temíveis. Além do grave comprometimento vocal, o paciente apresenta intensa dispnéia. Mesmo em centros considerados de excelência em cuidados intensivos, a

ocorrência de estenose de laringe por intubação orotraqueal varia de 0,5% a 14% (MOTA, 2012)

A estenose de traqueia é determinada quando há uma diminuição do seu lúmen em 10% ou mais, evidenciada por métodos de imagem. O tempo de intubação é um indicador importante para estenose (CARDOSO, 2005).

Na prática clínica, a maioria dos pacientes que se apresentam com estenose traqueal pós-intubação possui cicatrizes fibróticas maduras, com mínima evidência de inflamação das vias aéreas. Esses pacientes tipicamente foram submetidos à intubação em um passado relativamente distante, e alguns deles poderiam ter sido tratados para asma antes do diagnóstico correto. A fase precoce da estenose traqueal pós-intubação é caracterizada por ulceração da mucosa e pericondrite, seguidas por formação de tecido de granulação exofítico. Posteriormente, o tecido de granulação é gradualmente substituído por uma cicatriz fibrótica madura, que se contrai e origina a lesão clássica da estenose (MOTA, 2012).

Traqueoplastia é o procedimento de eleição para o tratamento definitivo de uma série de doenças da traquéia, como estenoses, traqueomalácia, fístula traqueoesofágica e tumores da via aérea central. A magnitude do procedimento pode variar dependendo da doença a ser tratada, usando-se técnicas que vão desde a ressecção de um segmento da traquéia com anastomoses término-terminais, enxerto condral, colocação de reforço com tela de polipropileno, sutura primária e até colocação de prótese traqueal. (REMOLINA MEDINA, 2010).

Em 1974, Gerwat e Bryce estabeleceram o limite inferior para a ressecção da traquéia, como sendo localizado na borda inferior da face anterior da cartilagem tireóide e, por trás, abaixo da união cricotireoidea. Pearson et al, em 1975, propôs um novo limite, com preservação da lâmina posterior da cartilagem cricóide, promovendo a anastomose com o anel traqueal, preservando o nervo laríngeo recorrente, com rebaixamento glótico e colocação de tubo em T. (REMOLINA MEDINA, 2010).

2 RELATO DE CASO

Paciente, masculino, 42 anos de idade, previamente hígido, com diagnóstico de COVID-19 em junho/2020, evolui com piora de quadro respiratório e consequente intubação orotraqueal prolongada por 22 dias. Após 20 dias de extubação, apresentou quadro de dispnéia aos pequenos esforços e cornagem, sendo solicitada videolaringotraqueoscopia, a qual evidenciou presença de estenose traqueal proximal a

altura de 1° e 2° anéis traqueais, complexa, com duplo anel estenótico, anelar, madura, redução de lúmen em aproximadamente 75% - estenose traqueal grau III de Cotton-Myer. Paciente internado em caráter de urgência e encaminhado ao centro cirúrgico no dia seguinte, vindo a ser submetido à Laringotraqueoplastia a Pearson.

Paciente sob anestesia geral. Realizada ressecção completa de área estenótica, envolvendo desde a lâmina anterior da cricóide até 3,6 cm de extensão traqueal para realização da laringotraqueoplastia, e cricoidostomia parcial com ampliação de abertura luminal proximal. Confeccionados pontos de reparo em laringe e traquéia distal e anastomose laringotraqueal com fios absorvíveis de PDS 3.0, 4.0 e vicryl 3.0. Durante a realização de anastomose, foi realizada intubação retrógrada. Foi realizada manobra de valsalva, sendo identificado ponto de abertura em porção traqueal superior, necessitando de ponto de reforço com pontos simples. Realizada nova valsalva, sem escape de ar. Patch em área anastomótica com tireóide. Síntese de planos. Ponto de fixação esternomentoniano e curativo oclusivo e compressivo. Paciente com despertar sem intercorrências, com verbalização.

Após procedimento, realizado broncoscopia com identificação de secreção, necessitando de toilette em área epiglótica.

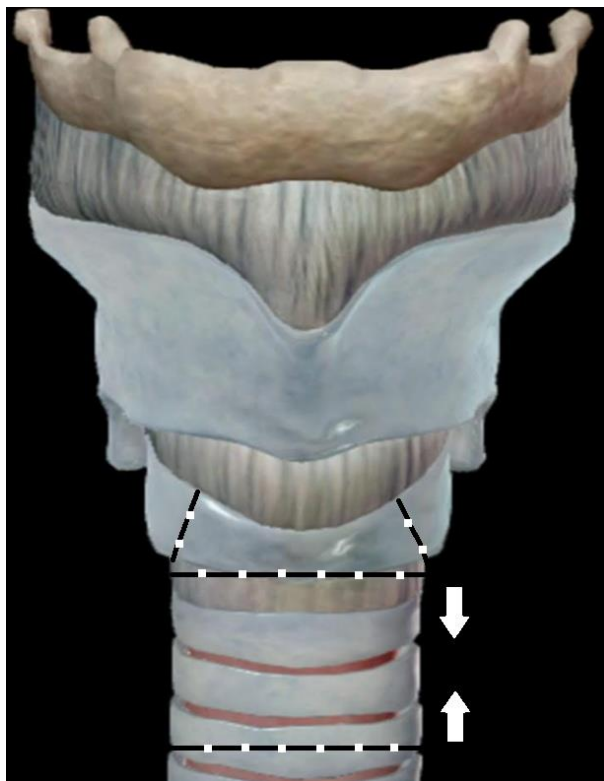
No 5° dia pós-operatório, paciente evoluiu com quadro de dispnéia, necessitando de traqueostomia de urgência por estenose infraglótica, obstruindo cerca de 90% da via aérea.

No 15° dia pós-operatório, realizada laringoscopia de suspensão, evidenciando edema em aritenóides e hipertrofia glótica e epiglótica e obstrução de cerca de 85% da via aérea. Realizada dilatação hidrostática com balão, retirada de 2 granulomas em região do traqueostoma, os quais obliteravam a luz da via aérea e aplicação de dexametasona 4mg em área de granulomas.

Paciente posteriormente acompanhado com nova revisão em centro cirúrgico para remoção de granulomas, seguindo com boa evolução. Evoluiu favoravelmente, sem mais complicações com posterior alta hospitalar.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos profissionais de saúde que têm se dedicado e sacrificado desde o início desta pandemia pelo COVID-19.



REFERÊNCIAS

- 1- ARGOSY PUBLISHING. (2020). Human anatomy atlas (Version 2020.0) [Computer software]. Visible Body. <https://www.visiblebody.com/anatomy-and-physiology-apps/humananatomy-atlas>
- 2- CARDOSO, Lenon et al. Intubação orotraqueal prolongada e a indicação de traqueostomia. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 16, n. 4, p. 170-173, 2014.
- 3- COELHO ALVES SILVEIRA, Fábio. Reconstrução laringotraqueal em adultos com uso de cartilagem tireóide autógena. 2005.
- 4- Grillo HC. Development of tracheal surgery: a historical review. Part 1: Techniques of tracheal surgery. *Ann Thorac Surg*. 2003 Feb;75(2):610-9. doi: 10.1016/s0003-4975(02)04108-5. PMID: 12607695.
- 5- MARTINS, Regina HG et al. Complicações das vias aéreas relacionadas à intubação endotraqueal. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v. 70, p. 671-677, 2004.
- 6- MARTINS, Regina Helena Garcia et al. Rouquidão após intubação traqueal. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 56, p. 189-199, 2006.
- 7- MINISTERIO DA SAUDE. Protocolo de manejo clínico da COVID 19 na Atenção Especializada. Protocolo de manejo clínico da COVID 19 na Atenção Especializada, Brasília DF, ed. 1, 1 jan. 2020. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/14/Protocolo-de-Manejo-Clinico-para-o-Covid-19.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2021.
- 8- MOTA, Luiz Alberto Alves; CAVALHO, Glauber Barbosa de; BRITO, Valeska Almeida. Complicações laringeas por intubação orotraqueal: revisão da literatura. **International Archives of Otorhinolaryngology**, v. 16, p. 236-245, 2012.
- 9- REMOLINA MEDINA, Carlos Emilio. Tratamento cirúrgico das afecções traqueais: análise de 256 casos consecutivos. Orientador: José da Silva Moreira. 2010. 146 f. Dissertação de mestrado (Pós graduação em ciências pneumológicas) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul Faculdade de Medicina, Porto Alegre, 2010
- 10- YAMANAKA, Caroline Setsuko et al. Intubação orotraqueal: avaliação do conhecimento médico e das práticas clínicas adotadas em unidades de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 22, p. 103-111, 2010.