

Traqueostomia para retirada de corpo estranho em vias aéreas

Tracheostomy for removal of foreign body in airway

DOI:10.34119/bjhrv5n3-249

Recebimento dos originais: 14/02/2022

Aceitação para publicação: 28/03/2022

Lívia Maria Pordeus Coura Urtiga

Ensino Superior Incompleto

Instituição: Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE

Endereço: Rua Abelardo da Silva Guimarães Barreto, 51, APTO 2501A. Bairro Altiplano
João Pessoa

E-mail: liviapordeusc@gmail.com

Anna Mariah Ribeiro Oliveira

Ensino Superior Incompleto

Instituição: Centro Universitário de Mineiros - UNIFIMES

Endereço: Rua Alameda Couto Magalhães, 830, Goiânia

E-mail: annamariaholiveira@hotmail.com

Ketly Yngrid Almeida

Ensino Superior Incompleto

Instituição: Faculdade de Medicina Santa Marcelina - FASM

Endereço: Rua Ponte Serrada, 36. Apto 72, Vila Carmosina, São Paulo

E-mail: ketlyyngrid@icloud.com

Rafaela Carneiro de Almeida Formiga

Ensino Superior Incompleto

Instituição: Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE

Endereço: Av. General Edson Ramalho, 630, João Pessoa

E-mail: rafaelacaf97@hotmail.com

Suzan Karoline Teodoro de Abreu Netto

Ensino Superior Completo - Fisioterapia.

Instituição: Centro Universitário Ingá - UNINGÁ

Endereço: Av. Prudente de Moraes, 301 - Apto 1304, torre 2. Maringá - PR

E-mail: teodorosuzan@gmail.com

Arthur Ribeiro Coutinho da Franca Pereira

Ensino Superior Incompleto

Instituição: Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE

Endereço: Rua Aderbal Maia Paiva, 600, Condomínio Bougainville, João Pessoa - PB

E-mail: arthurfranca8@gmail.com

1 OBJETIVO

Analisar riscos, benefícios e indicações de retirada de corpo estranho por meio de traqueostomia.

2 MÉTODO

Revisão bibliográfica de caráter analítico através de consultas em banco de dados das plataformas PubMed, SciELO e MedLine e livros atuais. As informações foram coletadas e analisadas correspondentes aos anos de 2016 a 2021, no período de março do ano de 2021.

3 RESULTADOS

A aspiração de corpo estranho é um acidente grave e potencialmente fatal. O diagnóstico precoce da ACE é essencial, pois o retardo no seu reconhecimento e tratamento pode incorrer em sequela definitiva ou dano fatal. As indicações são que se um paciente apresentar obstrução completa, com incapacidade de falar ou tossir, a asfixia poderá rapidamente ser letal. Nesses casos, o deslocamento do CE usando tapas nas costas e compressões torácicas em lactentes, assim como a manobra de Heimlich em crianças maiores e adultos, deve ser tentado. No entanto, essas intervenções devem ser evitadas em pacientes capazes de falar ou tossir, uma vez que uma obstrução parcial pode se tornar uma obstrução completa. Pela mesma razão, explorar a boca do paciente “às cegas” deve ser evitado nas obstruções parciais. Se as manobras de deslocamento não surtirem efeito, o paciente deverá ser submetido à intubação orotraqueal (IOT). Se durante a laringoscopia, o CE for identificado na cavidade oral ou estiver impactado na laringe, o mesmo deverá ser retirado com pinça de Magill, mesmo por não endoscopistas em situações de emergência. Se a desobstrução não for possível, uma cricotomia ou traqueotomia de emergência deverá ser realizada. Quando o CE está obstruindo a traquéia e não se move com os procedimentos de emergência, o paciente deverá ser submetido à IOT.

4 CONCLUSÃO

Em suma, a traqueostomia para retirada de corpos estranhos deve ser realizada somente em circunstâncias específicas. Melhor dizendo, se após a execução das manobras de desobstrução em casos de obstrução completa não há resolução do caso, ou ainda, quando a retirada deste com a pinça de Magill durante a laringoscopia não é possível, o paciente deverá ser encaminhado para uma traqueostomia de emergência.

Palavras-chave: traqueostomia, obstrução das vias respiratórias, manuseio das vias aéreas.

REFERÊNCIAS

1. Black RE, Choi KJ, Syme WC, Johnson DG, Matlak ME. Bronchoscopy removal of aspirated foreign bodies in children. *Am J Surg* 1984;148(6):778-81.
2. Hughes CA, Baroody FM, Marsh BR. Pediatric tracheobronchial foreign bodies: historical review from the Johns Hopkins Hospital. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1996;105(7):555-61.
3. Marks SC, Marsh BR, Dudgeon DL. Indications for open surgical removal of airway foreign bodies. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1993;102:690-4.
4. Fraga JC, Neto AM, Seitz E, Schopf L. Bronchoscopy and tracheotomy removal of bronchial foreign body. *J Pediatr Surg* 2002;37(8):1239-40.
5. Swensson EE, Rah KH, Kim MC, Brooks JW, Salzberg AM. Extraction of large tracheal foreign body through a tracheostomy under bronchoscopic control. *Ann Thorac Surg* 1985;39(3):251-3.
6. Ng DK, Cherk SW, Law AK. Flexible fiberoptic bronchoscopic removal of a fractured synthetic tracheostomy tube in a 3-year-old child. *Pediatr Pulmonol* 2002;34:141-3.
7. Bassoe HH, Boe J. Broken tracheostomy tube as a foreign body. *Lancet* 1960;1:1006-1007.
8. Sood RK. Fractured tracheostomy tube. *J Laryngol Otol* 1973;87:1033-4.
9. Bhatia S, Malik MK, Bhatia BP. Fracture of tracheostomy tubes – report of 3 cases. *Indian J Chest Dis Allied Sci* 1992;34:111-3.