

Via aérea difícil não prevista em paciente com tumor de amígdala: relato de caso

Complicated airway unexpected in a patient with tonsil tumor: a case report

DOI:10.34119/bjhrv6n1-256

Recebimento dos originais: 09/01/2023

Aceitação para publicação: 10/02/2023

Maria Letícia Costa Holanda

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade Federal do Maranhão

Endereço: Pr. Gonçalves Dias, 21, Centro, São Luís - MA, CEP: 65020-240

E-mail: holanda.maria@discente.ufma.br

Juan Marcos Araújo Reis

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade Federal do Maranhão

Endereço: Pr. Gonçalves Dias, 21, Centro, São Luís - MA, CEP: 65020-240

E-mail: juan.marcos@discente.ufma.br

Francisca Daline dos Santos Silva

Residente em Anestesiologia

Instituição: Hospital São Domingos

Endereço: Av. Jerônimo de Albuquerque, 540, Bequimão, São Luís - MA, CEP: 65060-645

E-mail: fdalinesant@gmail.com

Plínio da Cunha Leal

Pós-Doutor em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo

Instituição: Universidade Federal do Maranhão

Endereço: Pr. Gonçalves Dias, 21, Centro, São Luís - MA, CEP: 65020-240

E-mail: pliniocunhaleal@hotmail.com

Caio Marcio Barros de Oliveira

Pós-Doutor em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo

Instituição: Universidade Federal do Maranhão

Endereço: Pr. Gonçalves Dias, 21, Centro, São Luís - MA, CEP: 65020-240

E-mail: caiomboliveira@hotmail.com

Ed Carlos Rey Moura

Pós-Doutor em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo

Instituição: Universidade Federal do Maranhão

Endereço: Pr. Gonçalves Dias, 21, Centro, São Luís - MA, CEP: 65020-240

E-mail: edcrmoura@yahoo.com.br

Lyvia Maria Rodrigues de Sousa Gomes

Doutorado em Princípios da Cirurgia pela Faculdade Evangélica do Paraná
Instituição: Universidade Federal do Maranhão
Endereço: Pr. Gonçalves Dias, 21, Centro, São Luís - MA, CEP: 65020-240
E-mail: lyviamariag@uol.com.br

Elizabeth Teixeira Noguera Servin

Doutorado em Princípios da Cirurgia pela Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná
Instituição: Universidade Federal do Maranhão
Endereço: Pr. Gonçalves Dias, 21, Centro, São Luís - MA, CEP:65020-240
E-mail: beth_servin@hotmail.com

RESUMO

A via aérea difícil é a situação clínica, na qual um anestesiologista treinado tem dificuldade na ventilação da via aérea superior com máscara facial, dificuldade na intubação traqueal, ou ambas. A via aérea pode ser identificada como difícil antes do seu manejo, através da consulta pré-anestésica. Essa avaliação corrobora com o planejamento adequado para o momento da intubação orotraqueal. Contudo, existem situações nas quais a via aérea não é classificada como difícil, porém, no momento do manejo da via aérea, o anestesiologista tem dificuldades para realizar a intubação orotraqueal, implicando em uma via aérea difícil não prevista. Casos imprevistos não são encontrados com frequência na literatura. Por isso, mais estudos, como este, a respeito da via aérea difícil imprevista tornam-se essenciais para que o planejamento do acesso à via aérea seja realizado de forma mais rigorosa, com o intuito de um desfecho positivo da intubação orotraqueal.

Palavras-chave: via aérea difícil, via aérea difícil imprevista, relato de caso.

ABSTRACT

A difficult airway is the clinical situation in which a trained anesthesiologist has difficulty with face mask ventilation of the upper airway, difficulty with tracheal intubation, or both. The airway can be identified as difficult before its handling, through the pre-anesthesia evaluation. This assessment corroborates with the suitable planning for the moment of orotracheal intubation. However, there are situations in which the respiratory tract is not classified as difficult. Even though some anesthesiologists have difficulty performing orotracheal intubation, implying an unexpected difficult airway. Unforeseen cases are not often found in the literature. Therefore, further studies, such as this one, become essential so that the planning of access to the airway can be rigorously carried out, with the aim of a positive outcome of orotracheal intubation.

Keywords: difficult airway, unexpected difficult airway, case report.

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Sociedade Americana de Anestesiologia (ASA), a via aérea difícil é aquela na qual o anestesiologista experiente encontra dificuldade com a ventilação sob máscara e/ou intubação orotraqueal (IOT). A intubação orotraqueal difícil pode ser caracterizada como a que ocorre após três tentativas de IOT ou duração maior que dez minutos para acesso a via aérea

definitiva, na presença ou não de doença traqueal.¹ A incidência das complicações de via aérea da cirurgia de cabeça e pescoço está relacionada com a dificuldade de previsão de uma via aérea difícil. Este tipo de cirurgia está associado à alta taxa de complicações de via aérea que não são administradas de forma correta em torno de um terço de todos os casos.² A IOT difícil relaciona-se com variadas características anatômicas da cabeça e do pescoço. Além disso, a existência de dentes protusos, o peso do paciente superior a 110 kg, a movimentação da cabeça e do pescoço prejudicada são fatores importantes para determinar uma intubação difícil.³ Devido a importância de uma adequada IOT para a realização de cirurgia, em especial nas de cabeça e pescoço, é necessário que os anestesiólogos realizem um planejamento, desde a consulta pré-anestésica até a escolha da melhor forma para realizar a intubação, além disso, pensar em uma segunda forma de intubar, caso a primeira escolha seja falha.

2 RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 68 anos, 55 kg, 168 cm de altura, estado físico ASA II, apresenta-se para realizar biópsia excisional de tumoração em amígdala esquerda. A paciente tinha história de dislipidemia e hipertensão arterial sistêmica controlados, com avaliação cardiovascular satisfatória submetida previamente à raquianestesia para cirurgia ginecológica sem intercorrências. A avaliação pré-anestésica foi significativa para episódios classificados como amigdalite de repetição e odinofagia, ausência de comprometimento respiratório ou de fonação. O exame físico avaliou alguns preditores de via aérea difícil como: Mallampati III, distância interincisiva > 3cm e tireo-mentoniana > 6cm, adequada mobilidade cervical e protrusão mandibular, chamando atenção para uma tumoração amigdaliana esquerda descrita como pequena. Os exames laboratoriais mostraram leucocitose com neutrofilia, provas de coagulação, sorologias e função renal normais. Na sala de cirurgia a paciente apresentou-se eupneica e sem sinais de comprometimento respiratório, foi adequadamente monitorizada e induzida com propofol, fentanil e cisatracúrio. Após relaxamento e tentativa de laringoscopia direta a via aérea foi obstruída pela tumoração com escala de Comarck-Lehane IV porém com ventilação adequada. As duas tentativas de laringoscopia direta subsequentes foram realizadas por dois anestesistas experientes com aumento da dificuldade de acesso a via aérea por sangramento profuso advindo da lesão impossibilitando a ventilação adequada. A via aérea definitiva foi conseguida com auxílio de fibroscopia flexível, um segundo anestesista rechaçando a lesão com a lâmina de Macintosh e um terceiro aspirando o sangramento. Um tubo oro-traqueal número 7,0 foi alocado na traqueia e confirmado por capnografia. Apesar disso, sucederam 3 minutos até a saturação alcançar níveis acima de 92%, aventando a hipótese

de broncoaspiração neste episódio. A cirurgia transcorreu sem intercorrências e a extubação foi programada cuidadosamente com fibroscópio flexível e dispositivo supraglótico de primeira geração preparados. Foi aspirado o tubo e o estômago previamente com pequena quantidade de secreção sanguinolenta vistos. A paciente foi extubada sem intercorrências e manteve oximetria de 93% com aporte de oxigênio, ainda em sala, uma radiografia de tórax foi realizada e mostrou uma atelectasia em base esquerda. A paciente foi encaminhada à Unidade de Terapia Intensiva onde foi monitorizada e tratada para pneumonia aspirativa, recebendo alta 3 dias após o procedimento. O diagnóstico da lesão em questão foi confirmado como linfoma não Hodgkin de alto grau.

3 DISCUSSÃO

Uma das maneiras de dificultar o acesso às vias aéreas é a presença de tumor na orofaringe, a exemplo da tumefação presente na amígdala esquerda da paciente deste relato. No primeiro momento, baseando-se na consulta pré - anestésica , acreditou-se que a IOT iria ocorrer sem nenhuma intercorrência, porém não foi o que aconteceu, isto é, ocorreu uma situação de uma via aérea difícil não prevista. Os linfomas não Hodgkin (LNH) são comuns no trato aerodigestivo superior.² Os LNH apresentam uma diversidade de particularidades biológicas e clínicas, fazendo parte de um grupo heterogêneo de doenças linfoproliferativas malignas. A fase inicial acomete os órgãos linfáticos primários, o timo e a medula óssea, seguindo diferenciação nos nódulos linfáticos, nos tecidos linfáticos correlacionados à mucosa e no baço, isto é, nos tecidos linfáticos secundários.⁴As implicações desse tipo de linfoma quando infiltrado são o aumento da friabilidade da mucosa, aderência e distorção das estruturas anatômicas, isso faz com que aumente a dificuldade do gerenciamento das vias aéreas.² É importante ressaltar que a paciente não apresentou sintomas respiratórios e problemas de fonação , que pudessem indicar uma via aérea difícil, porém, a perda do tônus muscular associada à indução de anestésicos gerais e relaxamento neuromuscular podem causar obstrução aguda das vias aéreas superiores e comprometer a patência das vias aéreas.² A via aérea difícil imprevista corrobora com a importância do planejamento da abordagem à via aérea, sendo a laringoscopia direta a primeira escolha deste caso e a fibroscopia flexível a segunda.

4 CONCLUSÃO

Relatamos o caso de um manejo de via aérea difícil imprevista, devido ao crescimento de massa tumoral na orofaringe, em que o sucesso da abordagem incluiu trabalho em equipe, disponibilidade de equipamentos adequados e fibroscopia por médico experiente na técnica.

Diante da importância do planejamento do anestesiologista quanto ao manejo adequado da via aérea, é necessário que o profissional se mantenha atualizado dos algoritmos de via aérea difícil priorizando a ventilação adequada. Desta forma, o caso apresentado corrobora a importância de uma avaliação pré-operatória abrangente, bom planejamento e da atualização em gerir situações inesperadas como esta à luz das evidências atuais.

REFERÊNCIAS

1. GALVÃO, Vinícius de Souza. Abordagem da via aérea difícil. Monografia (Residência Médica em Anestesiologia) – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), Rio de Janeiro, 2019.
2. González-Benito E, del Castillo Fernández de Betono~ T, Cruz Pardos P, Elvira Ruiz P. Vía aérea difícil en paciente con linfoma. Descripción de un caso clínico. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2021;68:297---300.
3. JÚNIOR, Adilson Varela; FREIRE, Rebeca Alves; Bezerra, Mauro Muniz. Características anatômicas relacionadas a uma intubação difícil em pacientes pré-operatórios. Brazilian Journal of Health Review. Curitiba, v.4, n.6, nov 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/39620>. Acesso em: 17 jan.2023
4. SILVA, S. Y. K. D; RODRIGUES, Paulo Henrique. Cardiomiopatia em paciente portador de linfoma não Hodgkin de grandes células B tratada com poliquimioterapia: relato de caso. Brazilian Journal of Health Review. Curitiba, v.4, n.6, dez./2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/41563>. Acesso em: 17 jan.2023