



I SIMPÓSIO E II SEMANA ACADÊMICA
DE MEDICINA UFFS

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA



MANEJO DE VIA AÉREA DIFÍCIL NA EMERGÊNCIA: relato de caso

Amanda Boff¹
Aline Boff Bonfante²

Eixo: relato de caso.

1

Introdução: A via aérea difícil (VAD) consiste em uma situação clínica na qual o médico treinado tem dificuldades em intubar o paciente, manter ventilação manual com máscara facial ou ambos. Por sua vez, a Sociedade Americana de Anestesiologia define intubação difícil como a falha, por um profissional experiente, em intubar após três tentativas. Dentre as causas de VAD estão obesidade e distorções anatômicas na via aérea geradas por procedimentos prévios, como cirurgias e radioterapia. **Objetivos:** relatar os procedimentos utilizados e esclarecer as condições nas quais o relato de caso ocorreu. **Metodologia:** as informações foram obtidas por meio do prontuário e revisando-se a literatura acerca dos conceitos abordados. **Resultados e Discussão:** B.D., 55 anos, homem, conduzido a cirurgia emergencial após acidente com máquina agrícola, com laceração perineal e choque hipovolêmico. À inspeção, constatou-se abertura bucal menor que 3 cm, dentição incompleta, mobilidade cervical diminuída e Malampati nível IV. História mórbida pregressa de radioterapia em região cervical e mandibulectomia. No bloco cirúrgico, encontrava-se agitado, sob ventilação com máscara de Venturi, Glasgow 14, apresentando pressão arterial 119/81mmHg, FC 129bpm e SpO2 97%. Inicialmente foi sedado com midazolam 2mg, recebeu O2 por óculos nasal e anestesia transcricoide a lidocaína 2%, 5ml, juntamente com aplicação de lidocaína via spray na orofaringe para otimizar a primeira tentativa de intubação orotraqueal (IOT), sem êxito, acarretando em intubação esofágica com ocorrência de vômitos. Houve nova tentativa de IOT com tubo orotraqueal utilizando-se guia metálico, havendo nova intubação esofágica, com aspiração do conteúdo pela via aérea. Optou-se, então, por IOT por fibrobroncoscopia. Foram realizadas três tentativas de IOT por meio desta técnica, as duas primeiras, falhas, por um médico inexperiente. Na terceira, o paciente foi intubado via nasal com tubo nasotraqueal (TNT) aramado nº 6,0 por cirurgião geral. Estável, o paciente foi encaminhado a UTI intubado devido à aspiração de conteúdo gástrico. Somente extubado após traqueostomia, recebendo alta hospitalar após 23 dias de internação. Após 1 ano, retornou para outro procedimento cirúrgico, sendo a intubação feita com fibrobroncoscopia sob sedação com remifentanil e midazolam e anestesia tópica de VA com solução de lidocaína gel e líquida e pela técnica “spray as you go” pelo fibrobroncocópio, sendo intubado com sucesso. **Conclusão:** Muitas tentativas de intubar o paciente, sem êxito, devem ser desencorajadas fortemente. O número de tentativas de intubação é diretamente proporcional ao risco de gerar vômitos, edema e sangramento na via aérea, com possibilidade de ocasionar a perda da capacidade de ventilação, inclusive manualmente, criando uma situação que pode ser fatal. Em situação de emergência, o tempo passa surpreendentemente rápido e, por isso,

¹ Estudante de medicina, Universidade Federal da Fronteira Sul, manda.boff@gmail.com

² Médica anesthesiologista pós-graduada em dor, Universidade de São Paulo, alineanestessio@gmail.com



I SIMPÓSIO E II SEMANA ACADÊMICA
DE MEDICINA UFFS

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA



deve ser gerenciado a fim de otimizar o procedimento. Após diagnóstico de possível VAD em paciente por meio da anamnese, a técnica mais segura e considerada padrão-ouro seria a intubação com o paciente acordado com auxílio de broncofibroscopia. Entretanto, o sucesso da intubação requer alto nível de treinamento dos profissionais, que devem estar habilitados a agir em casos de VAD antecipadas ou não.

2

Palavras-chave: Intubação difícil; Manejo de via aérea; Intubação orotraqueal.

¹ Estudante de medicina, Universidade Federal da Fronteira Sul, manda.boff@gmail.com

² Médica anesthesiologista pós-graduada em dor, Universidade de São Paulo, alineanestesio@gmail.com