

VIA AÉREA DIFÍCIL: INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL EM PACIENTE COM ESPONDILITE ANQUILOSANTE

NABAS, Rafael Costa¹
TORRES, José Ricardo Paintner²
MARTINS, Carlos Eduardo Santos³

RESUMO

O projeto tem por finalidade demonstrar uma via aérea de acesso difícil em um paciente portador de espondilite anquilosante, que tem por objetivo demonstrar novas maneiras e técnicas para abordar pacientes que possuem algumas características fenotípicas que interfiram no acesso as vias aéreas. O método aplicado será a análise de um relato de caso, na cidade de Cascavel – Paraná, pesquisa qualitativa em cima de prontuário de paciente, com embasamento em pesquisas científicas, relatos de caso, dentre outras fontes com grande valor de acurácia.

PALAVRAS-CHAVE: Intubação orotraqueal, Espondilite Anquilosante

DIFFICULT AIRWAY: OROTRAQUEAL INTUBATION IN PATIENT WITH ANKYLOSING SPONDYLITIS

ABSTRACT

The project aims to demonstrate as a difficult access route the patient with ankylosing spondylitis, which aims at new guidelines and techniques to address issues that have some phenotypic characteristics that interfere with access as airways. The method produced will be a case study, in the city of Cascavel - Paraná, qualitative research on patient charts, based on scientific research, case report, among other sources with great value of accuracy.

KEYWORDS: Orotracheal intubation, ankylosing spondylitis

1. INTRODUÇÃO

A manutenção de vias aéreas pervias faz parte do preparo inicial dos pacientes em situações pré-cirúrgicas, entretanto nem sempre há facilidade em ventilar ou realizar a intubação orotraqueal. Sua atenção no atendimento inicial é de extrema valia para o prognóstico do paciente sendo que o manejo inadequado se vias aéreas é maior causa de morte em pacientes em PCR.

Segundo ORTENZI (2006), ele descreve que existem situações associadas a dificuldade na intubação traqueal como trauma de vias aéreas ou face, instabilidade da coluna cervical, pequena abertura da boca, boca pequena, pescoço curto e musculoso, sequelas de queimaduras, anormalidades congênitas, tumores, abscessos, trismo, história de intubação difícil, etc.

Devido ao aprimoramento das técnicas para se realizar a intubação orotraqueal, a descrição de um manejo adequado é de extrema importância para bom manuseio de vias aéreas difíceis causada,

¹ Aluno do curso de medicina 8º período do curso de Medicina, da Faculdade Assis Gurgacz. rafael_nabas@hotmail.com

² Professor Orientador, docente do curso de Medicina – FAG, coordenador adjunto do curso de Medicina -FAG. ricardo@fag.edu.br

³ Coorientador, Médico formado pela UFSC, Residência em Anestesiologista - UEL.

por espondilite anquilosante patologia inflamatória que afeta principalmente as articulações do esqueleto axial.

A parada respiratória, é uma situação de gravidade, pois pode causar sequelas e danos irreversíveis. Assim, estabeleceu-se como problema de pesquisa: quais são as medidas que podem ser tomadas em situações de vias aéreas difíceis?

Como hipóteses foram elencadas: H0 – A utilização de um laringoscópio mais adequado pode facilitar a intubação de um paciente; H1 – A realização da cricostomia pode facilitar a intubação de um paciente; e H2 – A realização da traqueostomia pode facilitar a intubação de um paciente.

Visando responder ao problema proposto e confirmar as hipóteses foi objetivo deste trabalho expor um caso clínico para a medicina, no qual temos condutas que podem ser tomadas em caso de vias aéreas difícil em paciente com espondilite anquilosante. De modo específico, este trabalho buscou: Relatar a evolução da doença inflamatória espondilite anquilosante, e sua associação com a dificuldade de manejo de vias aéreas, expondo alternativas para o manejo adequado do paciente.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A espondilite anquilosante (EA), doença inflamatória crônica que atinge até 1% da população, pode associar-se a importante limitação funcional e comprometimento da qualidade de vida dos pacientes. Os avanços no conhecimento de sua fisiopatologia e o consequente surgimento de novas opções de tratamento – notadamente os agentes biológicos anti-TNF – vêm mudando este cenário. O desenvolvimento de novos conceitos e a disseminação destas informações permitem o diagnóstico mais precoce e a abordagem terapêutica direcionada é capaz de modificar o curso natural da doença (FERREIRA et al., 2007).

2.1. EPIDEMIOLOGIA E DIAGNÓSTICO DE PACIENTE COM ESPONDILITE ANQUILOSANTE.

Geralmente se inicia no adulto jovem (2^a a 4^a décadas da vida), preferencialmente do sexo masculino, da cor branca e em indivíduos HLAB27 positivos (SAMPAIO-BARROS et al., 2007).

Os critérios clínicos são: 1) Dor lombar de mais de três meses de duração que melhora com o exercício e não é aliviada pelo repouso; 2) Limitação da coluna lombar nos planos frontal e sagital; 3) Expansibilidade torácica diminuída (corrigida para idade e sexo). Os critérios radiográficos são: 1) Sacroilíte bilateral, grau 2, 3 ou 4; 2) Sacroilíte unilateral, grau 3 ou 4. Para o diagnóstico de EA é necessária a presença de um critério clínico e um critério radiográfico (SAMPAIO-BARROS et al., 2007)

2.2 AVALIAÇÃO DE VIAS AÉREAS DIFÍCEIS.

Em avaliações pré-anestésicas temos como alvo de preocupação, a permeabilidade das vias aéreas para de oxigenação eficiente como sendo uma situação imprescindível para o bom prognóstico do paciente.

Uma das maiores preocupações ao realizarmos um procedimento anestésico, sem dúvida, está relacionada à via aérea (VA) e sua adequada manutenção. A presença de uma via aérea difícil (VAD) não antecipada é sempre um grande desafio, que muitas vezes pode evoluir para uma catástrofe (MELHADO, [s.d.])

A incapacidade de manter o controle das vias aéreas, impedindo a adequada oxigenação tecidual, traz consequências dramáticas. O estudo chave que trouxe a maior fonte de informações a respeito do problema foi realizado pelo Comitê de Responsabilidade Profissional da Sociedade Americana de Anestesiologistas - ASA, através do qual foram avaliados os casos encerrados movidos contra anestesiologistas durante o período de 1975 a 1990 (C). O estudo apontou os eventos de natureza respiratória como a principal causa isolada dos processos, respondendo por cerca de 34% do total. Destes, a maior parte (85%) evoluiu para óbito ou lesão neurológica irreversível (ANESTESIOLOGIA, 2003)

2.3 ASSOCIAÇÃO ENTRE A ESPONDILITE ANQUILOSANTE E A SUAS VIAS AÉREAS RESTRITAS.

O comprometimento cervical, com movimentos limitados e em flexão, dificulta as manobras de intubação traqueal. É preciso evitar os movimentos forçados do pescoço, mesmo com bloqueio neuromuscular, por causa do risco elevado de fraturas e da possibilidade de insuficiência vertebrobasilar (OLIVEIRA, 2007)

Segundo OLIVEIRA (2007), uma vez previstas as dificuldades de intubação traqueal deve-se optar por um método. O método de escolha nos pacientes com acentuada deformidade da coluna cervical é a intubação com fibrobroncoscópio com o paciente levemente sedado e com anestesia local das mucosas. Tem sido relatado o uso da máscara laríngea com sucesso em pacientes com espondilite anquilosante.

A anestesia geral deve ser a primeira opção, a menos que haja deformidade da coluna cervical e da articulação temporomandibular que possam tornar a IOT tão ou mais demorada e arriscada que um bloqueio neuroaxial. Nesses casos, a IOT guiada por fibroscopia torna-se a técnica de escolha (LUCAS et al., 2012)

3. ENCAMINHAMENTO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo do tipo relato de caso em que onde foi discutido o caso de um paciente portador de espondilite anquilosante que teve uma via aérea de difícil acesso. O caso foi descrito a partir de dados que estão presentes nos arquivos da Master clínica, situada na cidade de Cascavel (PR), através de prontuários do paciente.

O caso foi escolhido por ter apresentado uma relação importante entre a alteração anatômica que a espondilite anquilosante causou no paciente, e a necessidade de melhor atenção para suas vias de difícil acesso.

Antes do estudo começar, o projeto de pesquisa foi submetido ao comitê de ética em pesquisa com seres humanos do centro universitário FAG e aprovado sob o CAAE nº 89160118.1.0000.5219.

4. RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, casado, 46 anos de idade. Possui histórico de diabetes mellitus, submetido a orquiopexia direita aos 11 anos, visão monocular devido a trauma de futebol que acometeu o olho direito, além de espondilite anquilosante (EA), essa já em fase avançada, com importante comprometimento da coluna cervical (causando severa rigidez). Esse achado estava compatível com radiografias realizadas anteriormente pelo paciente. Aos 46 anos foi submetido a nefrolitotripsia flexível a esquerda para retirada de cálculo de 6,5 mm, localizado no cálice renal inferior. Avaliação de vias aéreas: teste de mallampati (Classe IV), grave rigidez cervical, nega alergias medicamentosa. Sendo assim, a escolha foi pela anestesia geral balanceada, com indução venosa utilizando-se hipnótico (Propofol), bloqueio neuromuscular (Besilato de atracúrio) e opioide (Citrato de Sufentanila), sendo realizada manobra de Selick a fim de prevenir a regurgitação do paciente anestesiado, durante primeira tentativa de intubação oro-traqueal (IOT) com uso de laringoscópio convencional, não foi bem sucedida, devido à extensão limitada da coluna cervical e dificuldade no manejo do paciente em decúbito devido deformidades na coluna cervical do paciente.

Após procedimento falho, foi utilizado o King Vision dispositivo de IOT, que possui acoplado a sua lâmina um monitor (LCD) no qual permite uma melhor visualização das cordas vocais, não necessitando uma mobilização severa da região cervical, sendo concluído o processo de intubação oro-traqueal com maior facilidade em menor tempo.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dificuldade em vias aéreas é comumente encontrada em pacientes portadores de patologias endócrinas, tumores, trauma, processos inflamatórios e etc. Dentre os processos inflamatórios temos a Espondilite Anquilosante (EA), doença que causa diminuição da mobilidade da coluna vertebral. Tal comprometimento requer um cuidado para realizar os procedimentos de laringoscopia e intubação orotraqueal, sendo que na EA deve ser preservada a movimentação excessiva da cervical, no qual poderia acometer o seguimento e ocasionar trauma medular.

No relato temos um paciente que foi submetido a intubação orotraqueal com King Vision dispositivo projetado para permitir uma intubação rápida e fácil com seu monitor (LCD), proporcionando uma visão direta das vias aéreas do paciente. O uso de equipamento apropriado e técnicas adequadas permitiram uma facilidade e redução no tempo do procedimento.

REFERÊNCIAS

ANESTESIOLOGIA, S. B. DE. **Projeto Intubação Traqueal Difícil Projeto Diretrizes**, 2003.

FERREIRA, A. L. MOL et al. Espondilite Anquilosante Ankylosing Spondylitis. **Arthritis Rheum Campus Benjamin Franklin**, v. 52, p. 1000–85, 2007.

LUCAS, A. R. et al. Anestesia em paciente portadora de espondilite anquilosante avançada submetida a procedimento cirúrgico de cesariana – relato de caso. v. 22, n. Supl 4, p. 34–37, 2012.

MELHADO, V. B. Avaliação da Via Aérea Difícil. In: **Núcleo de Área Difícil da SAESP**. Sao Paulo: [s.n.]. p. 27–38.

OLIVEIRA, C. R. D. Espondilite Anquilosante e Anestesia. **Revista Brasileira Anestesiologia**, v. 57, p. 214–222, 2007.

ORTENZI, A. V. Previsão de intubação e de ventilação difíceis. **Anestesiologia, Sociedade Brasileira De**, p. 17–19, 2006.

SAMPAIO-BARROS, P. D. et al. Consenso Brasileiro de Espondiloartropatias : Espondilite Anquilosante e Artrite Psoriásica Diagnóstico e Tratamento – Primeira Revisão First Update on the Brazilian Consensus for the Diagnosis and Treatment of Spondyloarthropathies : Ankylosing Spondylit. **Arthritis & Rheumatism**, n. 14, p. 233–242, 2007.