Trabalhos Científicos

Título: Lesão Aguda De Via Aérea Pós Intubação: Relato De Caso

Autores: JIULI RODRIGUES GONÇALVES (HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO - ISCMPA), DANIELLE FRIDA FONSECA BARBIARO (HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO - ISCMPA / UFCSPA), MARINA NUNES SOUZA (HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO - ISCMPA / UFCSPA), CERES COUSSEAU FURLANETTO (HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO - ISCMPA / UFCSPA), MARIA LAURA PERAÇA DUARTE (UNIVERSIDADE COMUNITÁRIA DA REGIÃO DE CHAPECÓ - UNOCHAPECÓ), VALENTINA STEFFENS BRACHT (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA), ANA CLARA ESTEVES PEROTTI (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA), MARINA ANDRADE BIEHL (HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO - ISCMPA / UFCSPA), ESTEFANI NAMIE NISHIMOTO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA)

Resumo: O estridor é um sinal que indica alteração de via aérea (VA) que pode ser congênita ou adquirida. As principais patologias obstrutivas relacionadas ao estridor atingem a laringe, fato que está associado diretamente ao tempo de ventilação mecânica prolongado. RVPMS, 2 meses, hígido, internou em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) por bronquiolite viral aguda pelo vírus sincicial respiratório no dia 22/5. Necessitou de aumento de aporte de oxigênio até a intubação orotraqueal (IOT) por piora da disfunção ventilatória em 23/5. Realizada IOT, com mais de uma tentativa e troca de tubo endotraqueal (TET) para TET 4 com balonete. Extubado (EOT) em 29/5, porém evoluiu com estridor e esforço respiratório, falhando EOT, foi reintubado (RIOT) no mesmo dia com TET 4 sem balonete. Realizada nasofibrolaringoscopia (NFL) em 3/6 que mostrou edema e hiperemia de aritenóides e pregas vocais, incapacidade de adução completa das cordas vocais e desnudamento da subglote. EOT após NFL, porém voltou a apresentar estridor e insuficiência respiratória. Foi RIOT, com TET 3,5 sem balonete. Submetido a nova NFL em 12/6, identificado laringomalácia leve, granulações em subglote, realizada ressecção de granulomas subglóticos com melhora de luz, haviam lesões agudas em região de traqueia proximal, provável estenose subglótica em formação. 8203,Optado por RIOT com tubo 3 sem balonete envolto com corticoide. Em 14/6 foi EOT com sucesso. Mantido em CNAF (cânula de alto fluxo) até 17/6, precisou de NFL devido a estridor, identificada estenose subglótica grau 3, dilatada com velas. Permaneceu intubado após o procedimento. EOT em 19/6, paciente afônico, mas manteve bom padrão ventilatório em CNAF. A NFL de controle em 21/6 demonstrou estenose subglótica grau 1 residual em processo de cicatrização com mucosa edemaciada estendendo-se a traqueia proximal, pregas vocais com mobilidade reduzida, simétricas, sem lesões. Revisão com NFL em 26/6 com estenose subglótica grau 1 sem impacto obstrutivo. Continuou sua recuperação clínica, sem suporte ventilatório invasivo até alta (4/7). Em pacientes pediátricos a anatomia da laringe é mais anteriorizada comparada a população adulta, a manipulação deve ser cuidadosa a fim de evitar traumas. Alterações na laringe são comuns após tempo de IOT prolongado e um dos principais sintomas observados é a presença de estridor. O contato do TET com as regiões glótica e subglótica pode desenvolver patologias graves e falha de extubação. Os principais fatores de risco são o tempo prolongado de ventilação invasiva e manipulação excessiva. A endoscopia de VA superior é o preferencial para a avaliação e manejo de anomalias de vias aéreas congênita ou adquirida. A disfunção respiratória associada a obstrução de VA deve ser precoce para que se possa instituir investigação e tratamento. A técnica aprimorada para a manipulação de VA também é um fator essencial na boa assistência em UTI. Essas medidas reduzem a morbidade e mortalidade no cuidado.