

Estenose traqueal – complicação tardia após intubação e traqueostomia

“Tracheal stenosis – a late complication after intubation and tracheostomy”

Lívia Magda Garrido Avelar¹, Mariana Costa Rossette¹, Pedro Micherif Barbosa¹, Rafael Viana Pessoa Nunes¹, Rafaela Anselmo Soares¹, Rairine Guimarães de Carvalho Faleiro¹, Raquel Bandeira¹, Rodrigo Gonçalves Catapreta¹, José Carlos Serufo²

RESUMO

Constitui problema clínico grave a iatrogenia de via aérea após traqueostomia ou intubação endotraqueal.¹ A causa de estenose das vias aéreas superiores mais frequente, em todas as faixas etárias, é a lesão traqueal pós-intubação,² que na ausência de tratamento pode levar a óbito. Este relato aborda a estenose traqueal após intubação endotraqueal e traqueostomia em paciente masculino, negro, de 39 anos de idade, admitido na Unidade de Pronto-Atendimento Centro-Sul, vindo de sua cidade de origem em ambulância, com oxigenioterapia por cateter nasal, sem acompanhamento médico, com intensa taquidispneia após perda acidental há um mês da cânula de traqueostomia. Foi traqueostomizado sete meses antes, por necessidade de permanecer em ventilação mecânica por período prolongado devido a traumatismo crânio-encefálico. Apresentava-se com intenso esforço respiratório, acianótico, com saturimetria normal e uso de musculatura ventilatória acessória. Realizada intubação nasotraqueal, colocado tubo endotraqueal no local da traqueostomia e transferido para o Hospital Rizoleta Tolentino Neves, onde foi feita nova traqueostomia de emergência. A estenose traqueal constitui complicação associada à morte previsível e evitável.

Palavras-chave: Estenose Traqueal; Estenose Traqueal/complicações; Estenose Traqueal/epidemiologia; Intubação Intratraqueal; Morbidade; Traqueostomia.

ABSTRACT

The iatrogenic airway lesion post tracheotomy or orotracheal intubation is an important clinical intercourse. The benign cause of upper-airway stenosis, in different ages, is the tracheal lesion post intubation. If not upper airway stenosis can cause death due to respiratory failure. Here we present a case of a black, male of 39 years old, with tracheal stenosis post long term orotracheal intubation and posterior tracheostomy. The patient was admitted at the emergency room of UPA Centro-Sul at Belo Horizonte, coming from his home city in an ambulance just provided with an oxygen supply through nasal catheter and no medical assistance. He had the history of tachypnoea that started after accidentally losing his tracheostomy cannula a month before. This patient was a polytrauma victim with cranio encefalic traumatism and had to undergo long term mechanic ventilation, remaining tracheostomized for seven months. At admission the patient was with intense tachypnoea, respiratory distress, cyanosis, good saturation levels and sings of initial respiratory muscle spasm. Nasotracheal intubation was performed and a small endotracheal tube (number 6) was inserted in the tracheostomy site. A tracheal stenosis in the tracheostomy site was identified and the patient was transferred to the Risoleta Torentino Neves Hospital where a new

¹ Acadêmico do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² Professor do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Endereço para correspondência:
Rairine Guimarães de Carvalho Faleiro
Email: rairine@hotmail.com

emergency tracheostomy was performed. The tracheal stenosis is a severe complication of tracheal intubation and tracheostomy that has a high morbidity and mortality, thus it has to be rapidly identified and treated. This condition can be prevented with correct procedure techniques, so it is very important to outline and discuss this subject.

Key words: Tracheal Stenosis; Tracheal Stenosis/complications; Tracheal Stenosis/epidemiology; Intubation, Intratracheal; Morbidity; Tracheostomy.

INTRODUÇÃO

A vítima de politraumatismo, traumatismo crânio-encefálico e outros estados que necessitam de intubação endotraqueal tem, muitas vezes, as suas lesões agravadas pelo desenvolvimento de estenose da traqueia, que exige cuidados que podem envolver endoscopias múltiplas, dilatações e ressecções endoscópicas, criocirurgia, ressecções a *laser*, traqueostomia, enxerto de cartilagem e ressecções cricotraqueais, necessitando, às vezes, até de traqueostomia definitiva.³

A causa benigna mais comum de estenose das vias aéreas superiores, em todas as faixas etárias, é a lesão traqueal pós-intubação, que ocorre em 1 a 4% dos pacientes submetidos à ventilação mecânica por longo período. Pode provocar o óbito, se não for tratada adequadamente.²

Este estudo descreve paciente com estenose traqueal pós-intubação endotraqueal e traqueostomia, identificando os principais erros cometidos em sua abordagem.

RELATO DO CASO

DF, 39 anos de idade, masculino, proveniente de Teófilo Otoni (MG), admitido na Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) – Centro-Sul em 26/08/2011 em dispnéia intensa desde a perda acidental da cânula de traqueostomia, há um mês. Revelava não ter mais “forças” para continuar ventilando. Sofreu traumatismo crânio-encefálico (TCE) há sete meses, quando necessitou de traqueostomia devido a período prolongado de ventilação mecânica. Estava consciente, colaborativo, informando bem, agitado, muito ansioso, respirando à custa de intenso esforço respiratório, normocorado.

Apresentava: A – Respiração ruidosa e fala entrecortada; B – FR: 20 irpm, Sat O₂: 96%, com murmúrio vesicular fisiológico e roncocal, esforço ventilatório

intenso com utilização de musculatura acessória, tórax simétrico com boa expansão; C – FC: 88 bpm, ritmo cardíaco regular em dois tempos, sem sopros, pulsos periféricos cheios e simétricos, boa perfusão capilar; D – Consciente, verbalizando, respondendo aos comandos, orientado no tempo e espaço, ECG = 15. Pupilas isocóricas e fotorreativas; E – Temperatura corporal normal.

Administrado oxigênio por máscara facial com melhora da ventilação, porém sem redução do esforço, tendo desenvolvido exaustão ventilatória, necessitando de intubação nasotraqueal e nova traqueostomia. Foi identificada estenose abaixo do ponto de traqueostomia, sendo necessário introduzir tubo endotraqueal número 6 no local da traqueostomia para ultrapassar a estenose.

O diagnóstico estabelecido foi de estenose subglótica pós-traqueostomia. Foi realizada outra traqueostomia de urgência, iniciada sedação contínua.

Transferido para o Hospital Rizoleta Tolentino Neves (HRTN) em 22/08/2011 com tubo endotraqueal no local da traqueostomia, sendo submetido à dilatação de estenose traqueal com cânulas de traqueostomia metálica *standard* e longa. Foi posicionada cânula longa número 6 com bom resultado.

DISCUSSÃO

Tubos oro ou nasotraqueais em contato direto com as estruturas das vias aéreas podem provocar lesões de mucosa, decorrentes, principalmente, de intubações traumáticas e prolongadas, da utilização de tubos de grande calibre e da elevada pressão em seu balonete,⁴ e resultar na estenose traqueal.¹ Medidas profiláticas simples e práticas, tais como cautela e habilidade na introdução da sonda, escolha do seu calibre ideal, opção pelos novos protótipos de sondas com balonetes mais complacentes e maleáveis, monitorização permanente da pressão no interior do balonete (que deve ser mantida abaixo de 25-30 mmHg), podem ser adotadas durante a assistência ao paciente intubado ou traqueostomizado, as quais garantem redução no índice de morbidade das vias aéreas.⁴

A localização da estenose (subglótica) aqui descrita ocorreu devido à hiperinsuflação do balonete da cânula de traqueostomia, o que poderia ter sido evitado usando-se tubo com balonete complacente e maleável e monitorizando sua pressão.

Constitui especial alerta em relação ao fato de o paciente ter ficado um mês após a perda da cânula de traqueostomia, com dificuldade ventilatória, com necessidade de oxigenioterapia, sem resolução médica. Outra questão preocupante foi a forma como foi transportado, sem acompanhamento médico, nem material disponível para realizar intubação emergencial, caso desenvolvesse insuficiência respiratória, o que resultaria em parada cardiorrespiratória e óbito.

CONCLUSÃO

As complicações das vias aéreas associadas à intubação endotraqueal ou à traqueostomia são frequentes e muitas vezes graves.⁴ A estenose traqueal é dessas complicações, com elevada morbidade, porém prevenível. Sua incidência pode diminuir a partir

do conhecimento da sua fisiopatologia e dos cuidados para evitá-la.

REFERÊNCIAS

1. Sarper A, Ayten A, Eser I, Ozbudak O, Demircan A. Tracheal Stenosis after Tracheostomy or Intubation. *Tex Heart Inst J*. 2005; 32(2):154-8.
2. Kwiatkowski A, Almeida P, Sacco A, Adaime SBR, Londero TM. Estenose traqueal após intubação orotraqueal. *Rev AMRIGS*. 2008 abr/jun; 52(2):126-9.
3. Rahman NA, Fruchter O, Shitrit D, Fox BD, Kramer MR. Flexible bronchoscopic management of benign tracheal stenosis: long term follow-up of 15 patients. *J Cardiothorac Surg*. 2010; 5:2.
4. Martins RHG, Dias NH, Braz JRC, Castilho EC. Complicações das vias aéreas relacionadas à intubação endotraqueal. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2004; 70(5):671-7.