

PO 27 - UMA ABORDAGEM INESPERADA DE VIA AÉREA DIFÍCIL PREVISÍVEL

André Matos Delgado¹, Rita Lopes Dinis¹, Ana Sofia Pinto¹, Nuno Serrano²

¹Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, ²Instituto Português de Oncologia de Lisboa
Francisco Gentil

A incidência de via aérea difícil (VAD) nos doentes com neoplasias da cabeça e pescoço é superior em relação à população em geral.¹ A potencial dificuldade na ventilação e intubação não deve ser negligenciada e um plano de resgate da via aérea (VA) tem que estar sempre equacionado, de forma a garantir oxigenação adequada.¹ É fundamental a avaliação dos exames imagiológicos, que ajudam a determinar a extensão das lesões e a potencial obstrução da VA.¹ O plano de abordagem da VA deve ser consistente com a apresentação clínica, experiência individual e o equipamento disponível.¹ É fulcral também uma comunicação clara e coordenada entre toda a equipa.¹

Apresentamos o caso clínico de um doente do sexo masculino, 64 anos, estado físico ASA III, com diagnóstico de carcinoma pavimentocelular da cavidade oral, proposto para pelvimandibulectomia segmentar com esvaziamento ganglionar cervical bilateral e reconstrução com retalho do grande peitoral. Apresentava antecedentes pessoais de enfisema pulmonar, com hábitos tabágicos e alcoólicos acentuados. A TC maxilo-facial mostrava extenso tumor no pavimento bucal esquerdo que condicionava assimetria da base da língua e orofaringe, desvio interno da parede lateral esquerda da faringe e colapso da valécula homolateral, sem compromisso do calibre da VA. Decidiu-se executar uma anestesia geral endovenosa com perfusão contínua de propofol e remifentanil e *bolus* de rocurónio, seguida de intubação nasotraqueal (INT). Como alternativa de resgate da VA, planeou-se uma abordagem cirúrgica da traqueia. Iniciou-se uma adequada pré-oxigenação, seguida da indução anestésica. A ventilação com máscara facial mostrou-se fácil. Realizada uma primeira tentativa de INT com apoio de videolaringoscópio (VDL), sem sucesso por distorção marcada da anatomia da VA, não sendo possível direcionar o tubo para a glote. Percebeu-se que a IOT era potencialmente fácil e foi, de seguida, realizada com apoio de VDL, à primeira tentativa e sem intercorrências. Assegurada a via aérea, foi feita a introdução de um Frova pela fossa nasal até entrar na glote tangencialmente ao tubo oro-traqueal (TOT), sob visualização com VDL. Posteriormente o Frova serviu de guia ao tubo naso-traqueal até à entrada da glote. Por fim, foi retirado o TOT e realizada INT com o tubo guiado pelo Frova, sempre com apoio de VDL. O Frova foi posteriormente retirado. Durante todo o procedimento, o doente manteve sempre oximetrias periféricas adequadas.

Este caso é um exemplo de VAD previsível num doente com um extenso tumor do pavimento da boca cuja abordagem, apesar de planeada, teve que ser modificada e adaptada às alterações anatómicas encontradas. A previsibilidade de VAD deve ser sempre acompanhada pela

estruturação de um plano de abordagem que inclua várias alternativas na manutenção da VA, incorporando a abordagem cirúrgica como última linha.

1. *BJA Education*. 2017; 17 (12): 383–389



