

■ Maria Célia B. F. de Melo

■ Rosane do R. Charello

Intubação traqueal em paciente acometido de espondilite anquilosante

Instituto de Neurologia de Curitiba, Hospital Ecoville, Curitiba, Paraná

INTRODUÇÃO

A espondilite anquilosante (EA) é um processo inflamatório que causa diminuição da mobilidade da coluna vertebral. A extrema deformidade da coluna vertebral, em especial no pescoço, pode tornar muito difícil a intubação da traquéia e a ventilação do paciente.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 47 anos, IHCC 32, P2 (antigo ASA II), Goldman I, consciente, orientado. Dados vitais: pressão arterial 108/75 mmHg, frequência cardíaca em 76 bpm, frequência respiratória de 18 ipm, temperatura de 36,5°C. Apresenta comprometimento ósseo importante de quadril, “coluna em bambu” com fraturas nos níveis da décima primeira e décima segunda vértebras torácicas, anquilose em quinta vértebra lombar e primeira sacral. Avaliação de vias aéreas: fixação cervical em flexão, pescoço curto, boca pequena com abertura menor de 3 cm, próteses dentárias fixas em incisivos superiores, teste de Mallampati Classe II, distância tireomentoniana menor de 6 cm. Tabagista. Exames complementares hematológicos dentro da normalidade. Eletrocardiograma apresentando ritmo sinusal com distúrbio da condução do ramo direito e alteração da repolarização ventricular. Ecocardiograma com diminuição do relaxamento de ventrículo esquerdo. Foi explicado ao paciente na visita pré-operatória os eventos que ocorreriam, incluindo a realização de intubação nasotraqueal com ele consciente. Na sala de operações, o paciente foi posicionado e mantido o mais confortável possível com o auxílio de coxins. Procedeu-se a monitorização não-invasiva e a pré-oxigenação por meio de máscara facial. Foi instalado um cateter de teflon 16 G em acesso venoso periférico e iniciada a infusão contínua (com auxílio de bomba infusora Baxter) de remifentanil de 0,1 mcg/kg/min. Foi obtida a anestesia tópica borrifando-se lidocaína 10% na língua, orofaringe e faringe, e utilizando-se lidocaína gel 2% nas fossas nasais. Após 10 minutos, iniciaram-se as manobras de compressão laríngea externa, a introdução do tubo traqueal de

polivinil Portex 8,5, previamente amolecido ao ter sido mergulhado em cuba-rim com soro fisiológico aquecido, direcionado por guia Macintosh-Venn-Eschmann em narina esquerda. Na primeira tentativa, foi percebido ruído respiratório no tubo e o guia foi retirado; foi dada continuidade à anestesia geral balanceada. A estabilidade cardiovascular foi mantida durante todo o procedimento. Após o término da artroplastia de quadril, realizada com sucesso, o paciente foi extubado, encaminhado à sala de recuperação estável e, posteriormente, ao leito hospitalar, confortável e sem dor.

DISCUSSÃO

Em pacientes acometidos de EA, pode ocorrer a impossibilidade de intubação, e mesmo da ventilação, em virtude da fusão ou deformidade da coluna cervical. Fraturas da coluna podem acontecer durante a manipulação da via aérea. Muitos pacientes podem ter alterações no sistema cardiovascular, como cardiomiopatias e defeitos da condução, facilitando a presença de arritmias. No presente caso, o bom resultado deveu-se fundamentalmente ao preparo prévio adequado do paciente, ao conforto e à analgesia. O uso da técnica correta e do material apropriado e a disponibilidade de outros instrumentos, como máscara laríngea, laringoscópio Bullard e material para cricotireoidostomia, facilitaram e permitiram tranquilidade na realização da intubação nasal às cegas.

REFERÊNCIAS

1. Roizen MF, Fleisher LA. *Essence of anesthesia practice*. 1st ed. Philadelphia: WB Saunders; 1997.p.144.
2. Pao-Ping L, et al. The intubating mask airway in severe ankylosing spondylitis. *Can J Anesth*. 2001;48:1015-19.
3. Melhado V, Fortuna. Via aérea difícil. In: *Curso de educação à distância*. IV. SBA. São Paulo. Office, 2004.

Endereço para correspondência:

Rosane do R. Charello
Rua Jeremias Maciel Perreto, 300 – Campo Comprido
Curitiba (PR) – CEP 81210-310