

Intubação nasal guiada por fibra óptica em paciente acordado – uma manobra simples para facilitar a navegação do fibroscópio através da nasofaringe



Awake nasal fibre optic intubation – a simple manoeuvre for easy navigation of the fibroscope through the nasopharynx

Cara Editora,

A intubação nasal guiada por fibra óptica é a técnica de escolha em caso de via aérea difícil antecipada e, portanto, um conjunto de habilidades essenciais ao arsenal dos anestesiológicos. Porém, é necessário tempo para a aquisição e o desenvolvimento das habilidades necessárias para a aplicação dessa técnica de intubação. Uma das habilidades primárias no período inicial do treinamento é a capacidade de o endoscopista navegar o fibroscópio óptico na direção correta, ou seja, a glote. A técnica correta para conseguir essa navegação é procurar o “espaço aéreo escuro” e direcionar o fibroscópio para ele. Isso costuma ser difícil devido ao fechamento da via aérea superior sobre o fibroscópio, que leva à perda de visibilidade ou a um *redout* (perda de visão com possibilidade de ver apenas em tons avermelhados). Nesse caso, o endoscopista novato perde o senso de direção. Essa perda de visibilidade do espaço aéreo é comumente encontrada na parte mais estreita da faringe, denominada nasofaringe ou região retropalatal. Esse problema é com frequência exagerado em pacientes obesos ou com apneia obstrutiva do sono (AOS), os quais podem ser candidatos ideais para uma intubação nasal guiada por fibra óptica em paciente acordado. Os indivíduos obesos geralmente apresentam depósitos de gordura em excesso na região palatofaríngea, o que pode causar o deslocamento dos tecidos moles e estreitar ainda mais o espaço aéreo retropalatal. Os pacientes com AOS podem apresentar um palato mole longo, volumoso e flexível como resultado dos depósitos de gordura e da lesão mecânica devido ao ronco forte que leva ao estreitamento das vias aéreas.¹

Descrevemos uma manobra simples para facilitar a navegação do fibroscópio pela nasofaringe até a orofaringe. Após topicalizar adequadamente as vias aéreas, o fibroscópio é introduzido na narina selecionada e passado pelas conchas nasais. Antes de avançar mais o fibroscópio, solicita-se ao paciente que respire pelo nariz, o que abre a nasofaringe e traz o espaço aéreo escuro à visibilidade. O fibroscópio pode então ser facilmente navegado em direção ao espaço aéreo e à orofaringe, sem a obstrução causada pelo tecido nasofaríngeo.

Durante a intubação nasal guiada por fibra óptica em paciente acordado há o instinto natural de o paciente res-

pirar pela boca. Durante a respiração bucal, o palato mole se eleva e reduz assim o tamanho da via aérea nasofaríngea. Isso também pode ser observado durante a fonação e a deglutição. O choro pode até causar a protuberância frontal da parede retrofaríngea e agravar a situação.² Por outro lado, a respiração nasal isolada é conhecida por distender a via aérea nasofaríngea. O tamanho e a dinâmica das vias aéreas superiores avaliadas durante a respiração por meio de tomografia computadorizada ultrarrápida mostraram que a via aérea posterior ao palato mole permaneceu aberta durante todo o ciclo respiratório na respiração nasal. Enquanto na respiração bucal primária, as vias aéreas permaneceram do mesmo tamanho, estreitas ou totalmente obliteradas.³

Em conclusão, durante a intubação nasal guiada por fibra óptica em paciente acordado, a simples manobra de sollicitar ao paciente que respire pelo nariz ajuda a facilitar a navegação do fibroscópio através da nasofaringe.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referências

1. Horner RL, Mohiaddin RH, Lowell DG, et al. Sites and sizes of fat deposits around the pharynx in obese patients with obstructive sleep apnoea and weight matched controls. *Eur Respir J*. 1989;2:613–22.
2. Britton PD. Effect of respiration on nasopharyngeal radiographs when assessing adenoidal enlargement. *J Laryngol Otol*. 1989;103:71–3.
3. Stanford W, Galvin J, Rooholamini M. Effects of awake tidal breathing, swallowing, nasal breathing, oral breathing and the Müller and Valsalva maneuvers on the dimensions of the upper airway. Evaluation by ultrafast computerized tomography. *Chest*. 1988;94:149–54.

Vimi Rewari ^{a,*}, Rashmi Ramachandran ^a
e Chirom Amit Singh ^b

^a All India Institute of Medical Sciences, Pain Medicine and Critical Care, Department of Anaesthesiology, Ansari Nagar, Índia

^b All India Institute of Medical Sciences, Department of Otorhinolaryngology, Ansari Nagar, Índia

* Autor para correspondência.

E-mail: vimirewari@gmail.com (V. Rewari).
Disponível na Internet em 17 outubro 2019

<https://doi.org/10.1016/j.bjan.2019.06.011>

0034-7094/ © 2019 Sociedade Brasileira de Anestesiologia.

Publicado por Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).