



REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA

Official Publication of the Brazilian Society of Anesthesiology
www.sba.com.br



INFORMAÇÃO CLÍNICA

Cisto Assintomático em Região da Valécua: Relato de Caso

Yucel Yuce*, Sennur Uzun, Ulku Aypar

Departamento de Anestesiologia e Reanimação, Faculdade de Medicina, Hacettepe University, Ankara, Turquia

Recebido em 7 de fevereiro de 2013; aceito em 25 de março de 2013

PALAVRAS-CHAVE

ANATOMIA, Epiglote;
Cistos;
COMPLICAÇÕES,
Intubação Traqueal;
Doenças da Laringe

Resumo

Paciente do sexo masculino, 56 anos, apresentou-se para excisão de glioblastoma intracraniano multiforme. Após ser rotineiramente monitorado, o paciente foi pré-oxigenado. Anestesia e paralisia foram induzidas com propofol (200 mg), fentanil (50 µg) e vecurônio (9 mg). Laringoscopia direta com lâmina Macintosh número 3 revelou um cisto pedunculado de 2x2 cm, que surgia do lado direito da valécua e impedia a intubação endotraqueal. Enquanto o paciente permanecia anestesiado, consultamos rapidamente um otorrinolaringologista e o cisto foi aspirado por uma seringa com agulha de calibre 22G sob laringoscopia direta. Aspiramos 10 cc de líquido. Intubação traqueal foi feita em seguida sem intercorrências com sonda de 9,0 aramada e com balão. Uma opção para a intubação com fibra óptica pode ser a aspiração cuidadosa do cisto para facilitar a intubação.

© 2013 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

Introdução

Os cistos de laringe são raros e geralmente seguem um curso benigno. Podem ser acompanhados por obstrução aguda das vias aéreas pela natureza de sua localização. Os cistos de laringe foram previamente relatados na literatura em anestesiologia.¹

Os cistos de laringe foram estudados e classificados de acordo com o tamanho, a localização, o conteúdo e a relação com a mucosa laríngea. Os cistos ductais (cistos de retenção

de muco) são o tipo mais comum de cistos de laringe e respondem por 75% dos casos. São formados pela distensão coletiva dos ductos glandulares obstruídos. Os cistos saculares, que respondem pelos outros 25% dos casos, surgem a partir do sáculo, uma extensão do ventrículo. Eles podem causar sintomas respiratórios e alargar a prega arriepiglótica.^{2,3} Os cistos ductais são geralmente pequenos, cerca de 1-5 mm de diâmetro, e muitas vezes são assintomáticos.² A descoberta é quase sempre incidental durante o exame otorrinolaringológico de rotina ou *post-mortem*.¹

* Autor para correspondência. Department of Anaesthesiology and Reanimation, Faculty of Medicine, Hacettepe University, Sıhhiye, Ankara, Turkey.

E-mail: dryyuce@gmail.com (Y. Yuce)

0034-7094/\$ - see front matter © 2013 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2013.03.018>

A incidência exata de cistos laríngeos é desconhecida, mas estima-se que seja baixa.³ Não há predominância de gênero e pode ocorrer em qualquer faixa etária, mas uma prevalência maior na quinta e sexta décadas de vida vem sendo observada. A localização mais frequente de cistos duc-tais é nas pregas vocais verdadeiras. A segunda localização mais comum é nas proximidades da epiglote - na superfície da língua ou na própria valécula.^{2,3}

Embora sejam geralmente assintomáticos, ocasionalmen-te os cistos podem causar sintomas de estridor e déficit de crescimento, tosse, disfonia, sensação de corpo estranho na garganta e disfagia.⁴

Relato de caso

Paciente do sexo masculino, 56 anos, apresentou-se para excisão de glioblastoma multiforme intracraniano. O pa-ciente não apresentava outros problemas de saúde, exceto por dispneia havia vários anos, e foi examinado no departa-mento de doenças torácicas. Antes da cirurgia, uma prova de função respiratória foi feita e obtivemos os seguintes resultados: CVF = 4,11 L (87%), VEF1 = 2,78 L (74%), VEF1/ CVF = 87%. Um inalador com albuterol estava disponível para uso quando necessário. Não administramos qualquer outro medicamento. O paciente não havia recebido anestesia em nenhum procedimento anterior.

O paciente media 172 cm e pesava 85 kg; sua abertura de boca e a extensão do pescoço eram normais. Não obser-vamos qualquer massa ou distorção da língua ou do pescoço. A ausculta pulmonar revelou sons normais.

Após o monitoramento de rotina, o paciente foi pré-oxigenado. Anestesia e bloqueio neuromuscular foram indu-zidas com propofol (200 mg), fentanil (50 µg) e vecurônio (9 mg). Laringoscopia direta com lâmina Macintosh número 3 revelou um cisto pedunculado de 2x2 cm. O cisto obliterava completamente a visão da epiglote e da laringe e impedia a intubação, a despeito de duas tentativas por dois anes-tesiólogistas que usaram uma lâmina Macintosh número 3, aumento da extensão do pescoço e pressão cricoide. Para evitar uma redução da saturação de oxigênio (SaO₂), o paciente foi ventilado com máscara facial. Enquanto o

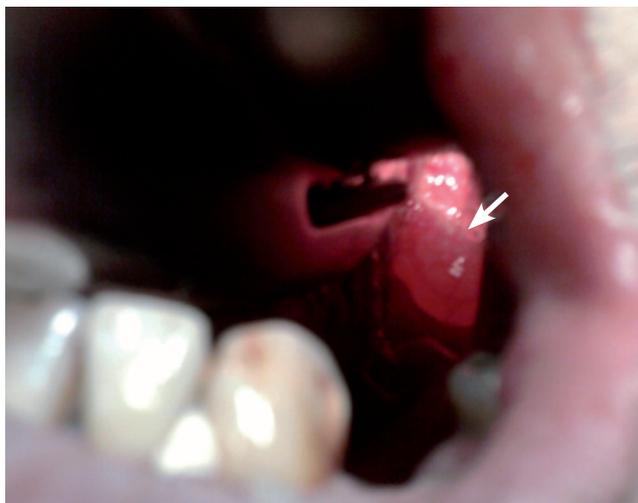


Figura 1 Cisto em região da valécula.

paciente permanecia anestesiado, um otorrinolaringologista foi consultado e o cisto foi aspirado com agulha de calibre 22G sob laringoscopia direta. Aspiramos 10 cc de líquido e, em seguida, fizemos a intubação endotraqueal com sonda de 9,0 aramada e com balão.

Discussão

Neste relato de caso, um cisto em região da valécula, as-sintomático, foi descoberto durante a indução de anestesia geral (fig. 1), o que dificultou a intubação. O paciente não apresentava sintomas e o exame de suas vias aéreas era normal. Além disso, seus registros anestésicos e prontuários hospitalares também eram normais.

Quando a anestesia geral é induzida em um paciente e surgem dificuldades para a intubação, é importante manter a oxigenação e a ventilação. Esses procedimentos foram feitos em nosso paciente com máscara facial e oxigênio a 100%. Em caso de intubação difícil, as tentativas repetidas de laringoscopia devem ser evitadas para prevenir hemor-ragia e edema. Caso o paciente não possa ser intubado ou ventilado por máscara, então existe uma situação de “não intubo, não ventilo” (NINV) e manobras de resgate devem ser imediatamente instituídas. Esse não foi o caso em nosso relato - prontamente transferimos a intubação para as mãos de um anestesista mais experiente e um cirurgião otorri-nolaringologista cuidou do paciente durante a ventilação com máscara.

O Algoritmo de Abordagem de Via Aérea Difícil da Sociedade Americana de Anestesiologia lista máscara laríngea (ML), tubo de duplo lúmen esôfago/traqueia (Combitube) e ventilação a jato transtraqueal (VJTT) como soluções não cirúrgicas apropriadas para uma situação de NINV.⁵ Em caso de cisto laríngeo, as duas primeiras opções podem falhar na resolução do problema, porque ambas são dispositivos de ventilação supraglóticos. Além disso, como esses dispo-sitivos são inseridos cegamente nas vias aéreas, eles podem causar a ruptura do cisto ou de seus vasos sanguíneos, o que resultaria em sangramento e aspiração. A solução, portanto, seria avançar o dispositivo ventilatório para além da lesão por VJTT ou intervenção cirúrgica. Embora a traqueostomia de emergência tenha sido previamente descrita como abor-dagem em caso de obstrução da epiglote por cisto,⁶ todos os relatos de casos nos quais cistos foram descobertos durante a anestesia foram tratados com o uso de técnicas não cirúr-gicas. Em nosso caso, o cisto foi aspirado através de seringa com agulha de calibre 22G, o que mostrou ser um método seguro para solucionar o problema.

Um otorrinolaringologista foi consultado, enquanto o paciente permanecia anestesiado, para que pudéssemos remover o cisto antes da intubação. Isso evitou o risco de obstrução das vias aéreas após a extubação. Este caso certamente seria tratado de forma diferente se tivéssemos conhecimento da situação antes da indução anestésica. Uma opção razoável teria sido a intubação com fibra óptica em paciente acordado ou a remoção prévia do cisto por otorri-nolaringologia antes da cirurgia principal.

O cisto em região da valécula, assintomático em nosso paciente, que diagnosticamos durante a indução da anestesia geral causou dificuldade para a feitura de laringoscopia e intubação traqueal. Diante dessa condição rara, o manejo das vias aéreas depende da possibilidade de manter a ventilação

e a oxigenação. Se essa possibilidade for obtida com o retorno do paciente à ventilação espontânea, uma intubação traqueal guiada por fibra óptica pode ser uma primeira opção de abordagem mais segura. O paciente deve ser acordado, pois o retorno à ventilação espontânea facilita a exposição da laringe à fibra óptica. Drenamos o cisto com uma agulha espinhal de calibre 22G, o que permitiu a remoção do obstáculo localizado à frente das pregas vocais, e a intubação endotraqueal pode ser feita facilmente com o uso de um laringoscópio Macintosh após a drenagem do cisto. Acreditamos que essa pode ser uma abordagem mais segura para lidar com um cisto do que a intubação com fibra óptica.

Agradecimentos

Gostaríamos de agradecer à enfermeira anestesista Ebru Kaya pelo auxílio durante o manejo do caso.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referências

1. Mason DG, Wark KJ - Unexpected difficult intubation. Asymptomatic epiglottic cysts as a cause of upper airway obstruction during anesthesia. *Anaesthesia*. 1987;42:407-410.
2. De Santo L, Devine K, Weiland L - Cysts of the larynx - Classification. *Laryngoscope*. 1970;80:145-176.
3. Arens C, Glanz H, Kleinsasser O - Clinical and morphological aspects of laryngeal cysts. *Eur Arch Otorhinolaryng*. 1997;254:430-436.
4. Oluwole M - Congenital vallecular cyst: a cause of failure to thrive. *Br J Clin Prac*. 1996;50:170.
5. Practice guidelines for management of the difficult airway. A report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Management of the Difficult Airway. *Anesthesiology*. 1993;78:597-602.
6. Henderson LT, Denney JC 3rd, Teichgraeber J - Airway-obstructing epiglottic cyst. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1985;94:473-476.