

Manejo das vias aéreas em angina de Ludwig: o que é necessário e qual é a condição adequada?



Airway management in Ludwig's angina: what is necessary and what is sufficient condition?

Cara Editora,

Li com interesse o artigo sobre o tema "Manejo das vias aéreas em angina de Ludwig" em sua valiosa revista. Como Fellini et al.¹ descreveram, a tomada de decisão para o manejo das vias aéreas em uma situação tão desastrosa terá como base as características clínicas, a urgência do caso e a disponibilidade técnica. Há uma regra em nossa prática rotineira como anestesiológicos: não existe o agente anestésico mais seguro, nem a técnica anestésica mais segura; existe tão somente o anestesiológico mais seguro! Portanto, ser um anestesiológico especialista é a condição necessária, mas não suficiente, para tomar a melhor decisão sobre o manejo das vias aéreas em pacientes com comprometimento delas. Manter a respiração espontânea é um elemento-chave no manejo de um paciente com comprometimento das vias aéreas. Portanto, ao ler a carta de Guedes, entendi que a situação deve ter sido completamente diferente.² A administração concomitante de clonidina, fentanil e midazolam pode colocar o paciente em risco de colapsar as vias aéreas. Porque não podemos "contestar o sucesso", o manejo bem-sucedido das vias aéreas nesse paciente pode indicar que a melhor pessoa capaz de tomar a melhor deci-

são para o caso do paciente é aquela que está ao seu lado. Em outras palavras, estar em cena é a condição suficiente para tomar a melhor decisão sobre o método de manejo das vias aéreas em pacientes com angina de Ludwig ou qualquer outro tipo de comprometimento das vias aéreas.

Conflitos de interesse

O autor declara não haver conflitos de interesse.

Referências

1. Fellini RT, Volquind D, Schnor OH, et al. Airway management in Ludwig's angina a challenge: case report. *Rev Bras Anesthesiol.* 2017;67:40-637.
2. Guedes AA. Airway management in Ludwig's angina – a challenge: case report. *Braz J Anesthesiol.* 2018;68:661.

Reza Aminnejad

Qom University of Medical Sciences, Department of Anesthesiology & Critical Care, Qom, Irã
E-mail: r.aminnejad@yahoo.com

Disponível na Internet em 21 de julho de 2019

<https://doi.org/10.1016/j.bjan.2019.03.004>
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/>).

Relevância do diâmetro do tubo endotraqueal de único lúmen e do tipo de bloqueador brônquico para o isolamento pulmonar em um caso de emergência



Relevance of single-lumen endotracheal tube diameter and type of bronchial blocker for lung isolation in an emergent case

Cara Editora,

Gostaríamos de acrescentar alguns comentários ao esclarecimento fornecido por Grocott¹ sobre o artigo publicado por Almeida et al.² "Uso de bloqueador brônquico em toracotomia de emergência na presença de hemorragia das vias aéreas superiores e fratura cervical: uma decisão difícil".

No caso relatado, a troca do tubo endotraqueal (TET) de lúmen único (TUL) para um tubo de diâmetro maior pode ser aconselhável. Grocott¹ lembrou aos leitores que o diâmetro mínimo considerado de um TET para fazer o isolamento pulmonar com um EZ-Blocker™ (Teleflex, Morrisville, EUA) e auxílio de fibra ótica para visualização é de 7 mm. Nesse caso, um broncoscópio fino (Ambu aScope S slim 3.8/1.2™, Ambu A/S, Ballerup, Dinamarca) com diâmetro externo de

3.8 mm foi usado, o que permitiria o uso simultâneo do EZ-Blocker™ através do TUL.

No entanto, em um paciente com insuficiência respiratória Tipo II e pressões ventilatórias elevadas, a verificação da posição e o eventual reposicionamento do bloqueador brônquico (BB) sob broncoscopia durante a colocação inicial de um tubo com diâmetro superior a 7 mm permitirá uma ventilação melhor, porque o lúmen do tubo disponível para o fluxo de gás é maior.

Considerando a condição do paciente, a troca do TUL de 7 mm por um de 8 mm foi uma opção valiosa. Além disso, o fato de que o diâmetro mínimo necessário do tubo é de 7 mm para a colocação de um EZ-Blocker™ não significa que tubos maiores não possam ser usados se um fibroscópio de pequeno diâmetro não estiver disponível.

Considerando a relação risco-benefício, a troca pode ser feita muito rapidamente após a aspiração cuidadosa da orofaringe, sem extensão da cabeça, o que não provocará uma entrada significativa de sangue na traqueia proveniente de sangramento da língua.

Como foi explicado no artigo por Almeida et al.,² *ad initium* o paciente não apresentou hemorragia endobrônquica (apenas hemorragia lingual significativa). A hemorragia não estava presente durante o primeiro posicionamento do bloqueador brônquico, mas sim durante o procedimento, devido à manipulação cirúrgica e ao agravamento da coagulopatia.