

*Quebra do Guia de Intubação Traqueal. Relato de Caso **

Tailur Alberto Grando, TSA¹; Alexei Schmidt²; Maria E. Cavalheiro²

Grando TA, Schmidt A, Cavalheiro ME - Breaking of the Intubation Guide. Case Report

KEY WORDS: COMPLICATIONS: breaking of the intubation guide; EQUIPMENTS: tracheal intubation guide

O caminho da intubação traqueal é conhecido e percorrido diariamente pelo anesthesiologista. As complicações mais comuns do procedimento são: lacerações dos lábios, da língua, da faringe e as luxações dentárias, dor de garganta, edema e espasmo da glote¹⁻³. Estas complicações são ocasionadas por dificuldade na intubação ou incapacidade técnica.

No presente, relatamos um caso de quebra do guia de intubação traqueal.

RELATO DO CASO

Paciente feminina com 45 anos, estado físico ASA II, Mallampati I⁴ programada para nefrectomia radical. A visita pré-anestésica não renunciava intubação difícil. Foi medicada com bromazepam (6 mg) na véspera e de midazolam (15 mg) 60 minutos antes da cirurgia. A venóclise foi realizada com cateter nº 18G e a monitori-

zação constou de pressão arterial não invasiva, frequência cardíaca, ECG na derivação D II, oximetria de pulso e capnografia. A indução da anestesia foi realizada com tiopental (4 mg.kg⁻¹), fentanil (10 µg.kg⁻¹) e pancurônio (0,1 mg.kg⁻¹) e a manutenção com isoflurano. A ventilação foi controlada mecanicamente e os parâmetros de normalidade da ventilação analisados através da capnografia.

Após a indução da anestesia a paciente foi ventilada com oxigênio a 100% durante quatro minutos aguardando o relaxamento muscular. Após a laringoscopia não foi possível visualizar as cordas vocais e não se obteve sucesso na tentativa de intubação da traquéia. Foi novamente tentada a intubação sem a visualização das cordas vocais e mais uma vez não se obteve sucesso. Optou-se então pela colocação de um guia de intubação que foi lubrificado e moldado ao tubo. A intubação traqueal foi realizada sem problemas mas quando o guia foi retirado observou-se a falta de uma parte do mesmo. Sem ventilar a paciente, realizou-se a extubação e verificou-se que a parte do guia se encontrava na luz do tubo traqueal (fig 1).

DISCUSSÃO

Embora as técnicas de intubação tenham evoluído, ainda ocorrem complicações. A intubação traqueal foi pensada nos tempos de Hipócrates (440-370 a.C.) e relatada por Avicena (1000 d.C.) mas foi William Macewem, em 1878, quem pela primeira vez a utilizou no homem.

* Trabalho realizado no Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul/Fundação Universitária de Cardiologia, Porto Alegre, RS
1 Médico Anesthesiologista do Instituto de Cardiologia no Rio Grande do Sul, Fundação Universitária de Cardiologia, Co-responsável pelo CET/SANE Porto Alegre, RS
2 ME₁ do CET/SANE

Correspondência Tailur Alberto Grando
Av. Princesa Isabel 395
90620-001 Porto Alegre RS

Apresentado em 29 de novembro de 1995
Aceito para publicação em 23 de janeiro de 1996

© 1996, Sociedade Brasileira de Anesthesiologia

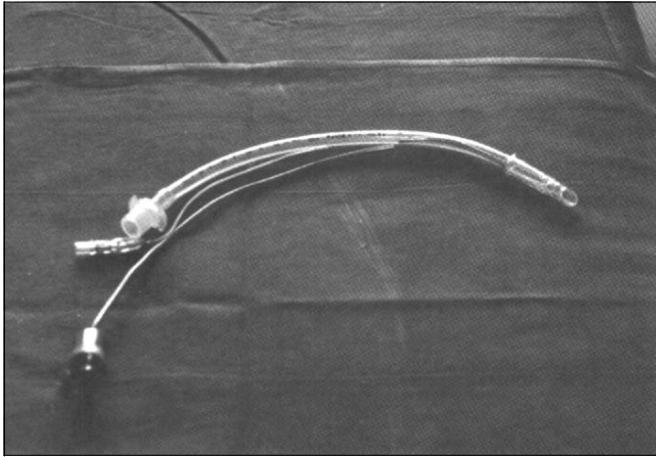


Fig 1 - Guia quebrado na luz do tubo traqueal

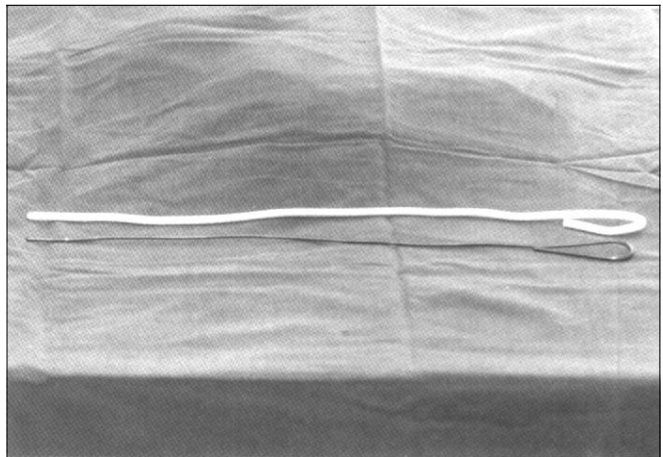


Fig 2 - Guia metálico e guia metálico revestido

Quebra do guia de intubação é uma complicação muito rara mas quando ocorre pode funcionar como corpo estranho e cair na árvore respiratória, podendo trazer sérias complicações para a paciente que poderá necessitar de uma broncoscopia ou até de toracotomia. Mesmo com uma boa anamnese e acurado exame físico pode não se prever uma intubação difícil⁵.

A fibroscopia óptica pode ser usada como alternativa para facilitar a intubação traqueal, evitando maior trauma tecidual e o uso de guia de intubação naqueles casos em que se prevê dificuldade na intubação.

Desejamos com este relato alertar os anesthesiologistas para as complicações inerentes do uso do guia de intubação. Queremos também chamar atenção para o uso de guias inadequados e para a necessidade de serem revistos periodicamente. Entendemos que os metais usados na fabricação dos guias de intubação traqueal devam ser maleáveis, resistentes e envolvidos em material que impeça a separação dos fragmentos no momento da cisão e que a observação de sua integridade após a retirada do tubo traqueal seja rotineira (fig 2).

Grando TA, Schmidt A, Cavalheiro ME -
Quebra do Guia de Intubação Traqueal.
Relato de Caso

UNITERMOS: COMPLICAÇÕES: quebra do
guia de intubação; EQUIPAMENTOS:
guia de intubação traqueal

REFERÊNCIAS

01. Barash PG, Cullen BF, Stoelting RK - Clinical Anesthesia. 1ª Ed, Philadelphia, JB Lippincott, 1989;543-561.
02. Orkin FK, Coopeman LH - Complications in Anesthesiology. Philadelphia, JB Lippincott, 1989;125-151.
03. Cremonese E, Halpern H - Complicações da intubação traqueal. Rev Bras Anesthesiol, 1990; 40: 449-454.
04. Mallampati SR, Gatt SP, Gugino LD et al - A clinical sign to predict difficult tracheal intubation - A prospective study. Can Anaesth Soc J, 1985;32:429-434.
05. Grando TA, Puricelli E - Anestesia em Cirurgia Bucomaxilofacial, em: Manica JT. Anestesiologia: Princípios e Técnicas. 1ª Ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992;373-384.