RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O Saber.
ISSN: 2675-9128. São Paulo-SP.
Ano V, v.1 2025. | submissão: 29/09/2025 | aceito: 01/10/2025 | publicação: 03/10/2025

Abordagem de via aérea difícil em paciente com patologia de cabeça e pescoço

Difficult airway management in patient with head and neck pathology: a case report

Fernanda Cristina Galerani Gualtieri Parpinelli (Acadêmica de Medicina, UFMS)
Carolina Martinho Bertoletti - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)
Mariana Farias da Rocha (Médica Residente R1, HUMAP-UFMS)
Antônio Rodrigues de Pontes Neto (Anestesiologista, HUMAP-UFMS)
Liandra de Alencar Marques - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)

Resumo
A via aérea difícil (VAD) representa um desafio relevante na prática anestésica, sobretudo em pacientes portadores de alterações anatômicas decorrentes de patologias de cabeça e pescoço. Este estudo tem como objetivo relatar o caso de um paciente de 40 anos, com comorbidades cardíacas e malformações faciais (fenda palatina e macrognatia), submetido à amputação transfemural do membro inferior esquerdo. Durante a indução anestésica, houve falha em duas tentativas de intubação orotraqueal, sendo necessária intubação nasotraqueal com videolaringoscópio, realizada com sucesso. O relato destaca a importância da avaliação pré-anestésica detalhada, do planejamento individualizado e da disponibilidade de recursos avançados comovideolaringoscópio, bougie e fibroscópio para manejo seguro da VAD. Conclui-se que o reconhecimento prévio dos fatores de risco e a adoção de estratégias alternativas de intubação são fundamentais para reduzir complicações e garantir segurança ao paciente.

Palavras-chave: Via aérea difícil; intubação; anestesiologia; videolaringoscópio; relato de caso

Abstract
Difficult airway (DA) remains a challenge in anesthetic practice, particularly in patients with head and neck pathologies leading to anatomical alterations. We report the case of a 40-year-old male with severe cardiac comorbidities and craniofacial malformations (cleft palate and macrognathia), undergoing transfemoral amputation. Two attempts at orotracheal intubation failed, requiring successful nasotracheal intubation with videolaryngoscope. This case highlights the importance of detailed pre-anesthetic assessment, individualized planning, and the use of advanced devices such as videolaryngoscope, bougie and fiberscope for safe management of DA. We conclude that early recognition of risk factors and the adoption of alternative strategies are essential to reduce complications and ensure patient safety.

Keywords: Difficult airway; intubation; anesthesiology; videolaryngoscope; case report

1. INTRODUÇÃO

A VAD é definida como uma situação a qual um anestesista experiente, tem dificuldade de ventilar com máscara facial (DVMF), dificuldade na intubação endotraqueal ou ambas. A intubação difícil é definida pela necessidade de três tentativas de intubação orotraqueal (IOT) ou mais de dez minutos para ser realizada por laringoscopia convencional. A avaliação da via aérea (VA) é um procedimento

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

essencial na prática da Anestesiologia, é considerada uma prioridade obrigatória, pois permite prever dificuldades na abordagem de uma via aérea difícil (VAD). Destarte segundo estudos (Pedrosa, 2012), pacientes com patologias de cabeça e pescoço apresentam predisposição à VAD quando comparado ao restante da população. Os elementos anatômicos identificáveis nessa população predizem dificuldades técnicas para garantir uma boa abordagem a via aerea. Em sua grande maioria, as patologias que envolvam a face, orofaringe, laringe e o pescoço devem ser investigadas, pois existência de deformidades faciais contribui para a DVMF. Este relato tem como objetivo demonstrar a importância da avaliação pré-anestésica para prever dificuldades durante abordagem da via aérea, associada a um planejamento prévio dos possíveis desafios durante a IOT em pacientes com distorção anatômica de cabeça e pescoço.

2. RELATO DE CASO

Homem, 40 anos, altura 1,58 m, peso 70 kg, sobrepeso (IMC 28), hipertenso, cardiopata (cardiomegalia, Insuficiência cardíaca mitral, Taquicardia sinusal, Bloqueio de ramo esquerdo, sobrecarga ventricular, extrassístoles ventriculares e dilatação da aorta ascendente), com limitação cognitiva e intelectual e surdez. As medicações em uso: Digoxina 0,25 mg/dia, Furosemida 40mg/dia, Espironolactona 25mg/dia, Carvedilol 6,2 mg/dia, Enalapril 10mg/dia. Sem alergias, classificado como ASA III. Na consulta pré-anestésica foram detectados preditores de VAD, como má formação congênita facial (fenda palatina) não fechada e macrognatia e prognatismo ou também chamado de má oclusão oral, é caracterizada por uma discrepância dentária ântero-posterior. Paciente faz acompanhamento na Fundação para estudo e tratamento das deformidades crânio - faciais (FUNCRAF-MS), porém o histórico cirúrgico do paciente não foi compartilhado pela instituição mesmo com autorização da família, devido ausência de procuração judicial.

Os preditores de dificuldade para uma boa laringoscopia são: intubação difícil prévia; distância tireomentoniana <6 cm; distância interincisivos < 4cm; distância esternomentoniana < 12 cm; extensão cabeça/pescoço reduzida < 30 graus; classificação de mallampati 3 ou 4; classificação de cormack-lehane 3 ou 4; protrusão mandibular; circunferência do pescoço grande. A dificuldade da laringoscopia direta correlaciona-se com a melhor visão da glote, conforme definido pela escala de Cormack-Lehane.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Com essa escala, uma visão de grau I denota uma visão completa de toda a abertura glótica, o grau II representa uma visão glótica parcial, o grau III representa apenas a visualização da epiglote e o grau IV representa incapacidade de visualizar até mesmo a epiglote.

O procedimento proposto foi amputação transfemural do membro inferior esquerdo, altura da coxa, por isquemia com oclusão arterial aguda. A monitorização foi realizada com capnografia, cardioscopia, oximetria de pulso, temperatura transcutânea, pressão venosa não invasiva. Optou-se por anestesia geral balanceada com indução endovenosa (EV) com opioide (fentanil 180mg), hipnótico (etomidato 50mg), bloqueador neuromuscular (BNM) (rocurônio 50mg), pré oxigenação com oxigênio a 100%, realização de laringoscopia direta com laringoscópio de lâmina curva modelo Macintosh tamanho 3 e tubo endotraqueal número 7,5 com cuff, durante a laringoscopia foi reconhecido uma interiorização da anatomia das VA's, uma classificação de Cormack-Lehane 3 (três), sendo necessário reposicionar e ventilar antes da nova laringoscopia. Iniciamos nova laringoscopia com vídeo laringoscópio e dispositivo de guia endotraqueal para intubação (boogie), novamente não sendo possível uma IOT. Pela terceira vez, após novo resgate com ventilação e confirmação do posicionamento adequado, foi optado por uma Intubação nasotraqueal (INT) para assim concluir a intubação do paciente. Após INT a manutenção anestésica foi realizada com sevoflurano (gasoso). Os medicamentos utilizados como adjuvantes foram: dexametasona 10mg, ondansetrona 8mg, dipirona 2g, cetoprofeno 100mg e morfina 4mg, para potencializar analgesia intra e pós operatória. Sem intercorrência durante ato cirúrgico que teve curso de aproximadamente uma hora, utilizado reversor do rocurônio, Sugamadex 200mg. A extubação foi realizada sem intercorrências e sem teste de verificação da fonação por conta da dificuldade de comunicação devido tanto a surdez quanto a deficiência intelectual do paciente. Encaminhado a sala de recuperação acordado onde não houve intercorrências. Posteriormente, o paciente foi encaminhado para o quarto.

3. DISCUSSÃO

Os principais eventos que podem ocorrer em uma abordagem de uma VAD são edema supraglótico, hipóxia e sangramento, vale ressaltar que o sangue é um irritante gástrico que pode provocar emese, que devido a pressão ou fator irritativo pode provocar eventos adversos no pós-operatório. Em pacientes com patologias de cabeça e pescoço, é necessária atenção redobrada com a via aérea. É essencial que, quando possível, em cirurgias eletivas, possa-se realizar exames de imagem e até

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

mesmo avaliação de dentista, além de exame físico detalhado, e avaliação minuciosa da anatomia para prever possíveis complicações e riscos. O objetivo da realização de anestesia, além de analgesia, é minimizar o risco de hipoxemia e alterações hemodinâmicas, para evitar riscos para o paciente. Desta forma, macrognatia, prognatismo, acromegalia, algum tipo de déficit intelectual cognitivo unido ou não a deficiência auditiva, dificulta a comunicação e até a avaliação preconizada podendo levar a possíveis complicações e maiores riscos para o indivíduo que será submetido a anestesia. Os conhecimentos anatômicos e suas variações (desvio de septo, hiperplasia de cornetos, fenda palatina e etc.) são essenciais, caso necessário uma intubação das vias aéreas superiores (boca, nariz, cavidades nasais, faringe e laringe), bem como o domínio da técnica de posicionamento e alinhamentos dos eixos oral, faríngeo e laríngeo relacionada aos órgãos que devem ser visualizados e alinhados durante a IOT (cordas vocais), são essenciais para a intubação de uma VAD. Assim, já é consolidado na literatura preditores de uma laringoscopia difícil como história de intubação difícil prévia, distância tireomentoniana <6 cm, distância interincisivos < 4cm, distância esternomentoniana < 12 cm, extensão cabeça/pescoço reduzida < 30 graus, classificação de mallampati 3 ou 4, classificação de cormack-lehane 3 ou 4, protrusão mandibular, circunferência do pescoço grande.

Torna-se importante, durante a indução anestésica, como forma de otimizar a obtenção de uma via aérea avançada, em pacientes que previamente apresentam indicadores de VAD deve-se seguir uma sequência previamente planejada para as intercorrências.

Podemos observar que adversidades relacionadas a eventos respiratórios em Anestesiologia, correspondem a cerca de 17% de VAD segundo Caplan (1990). Além dos scores e mnemônicos também existem manobras para otimizar a laringoscopia, como a manobra de BURP (backward, upward, right pressure on the thyroid cartilage), que é a pressão para trás para cima e para a direita na cartilagem cricóide segundo (Cicarelli, 2020). Utilização de dispositivos como videolaringoscópio, bogge e fibroscópio.

Isso tudo com o intuito de se obter uma melhor intubação e se ter diminuição de consequências negativas ao paciente como diversas tentativas de IOT.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

3. CONCLUSÃO

A VAD é então um fator de desafio para os anestesistas mesmo para os mais experientes, devido ao aumento no risco de mortalidade e morbidade ao paciente. Nesse caso descrito, após a tentativa, por duas vezes de IOT com falha. Em nossa prática clínica diária devemos lançar mão de todos os recursos disponíveis para trazer ao nosso paciente a maior segurança e qualidade em seu procedimento anestésico – cirúrgico. No caso descrito a tentativa de intubação nasal com sucesso, trazendo à tona a importância da prática e dos estudos para conduzir a intubação e individualizar a abordagem de acordo com a necessidade do paciente. Dessa forma, favorecer para que o paciente não tenha qualquer consequência negativa e garantindo qualidade anestésica

Referências

ALBANEZ DA CUNHA ANDRADE, R. G. A. et al. Dificuldade na laringoscopia e na intubação orotraqueal: estudo observacional. ***Brazilian Journal of Anesthesiology***, v. 68, n. 2, p. 168-173, 2018.

CANGIANI, L. H. A. et al. Use of video laryngoscope for tracheal intubation in patient with oral cavity mass: case report. ***Brazilian Journal of Anesthesiology***, v. 70, n. 4, p. 434-439, 2020.

CAPLAN, R. A. et al. Adverse respiratory events in anesthesia: a closed claims analysis. ***Anesthesiology (The Journal of the American Society of Anesthesiologists)***, v. 72, n. 5, p. 828-833, 1990.

CICARELLI, D. D. et al. Intubação traqueal: avaliação da eficácia da manobra BURP. ***Brazilian Journal of Anesthesiology***, v. 49, n. 1, p. 24-26, 2020.

COOK, T. et al. Major Complications of Airway Management in the United Kingdom – Report and Finding of the 4th National Audit Project... In: **Airway Assessment and Planning**. London: The Royal College of Anaesthetists, 2011. p. 135-142.

FINUCANE, B. et al. Principles of Airway Management. 4. ed. In: **Evaluation of the Airway**. New York: Springer, 2011. p. 27-50. In: **The Difficult Airway**. New York: Springer, 2011. p. 361-371.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

HEWS, J.; EL-BOGHDADLY, K.; AHMAD, I. Difficult airway management for the anaesthetist. ***British Journal of Hospital Medicine***, v. 80, n. 8, p. 432-440, 2019.

ILHA DE AZAMBUJA, M. A. et al. Intubação endotraqueal e via aérea cirúrgica. ***Vittalle – Revista de Ciências da Saúde***, v. 33, n. 1, p. 159-172, 2021.

KUHLKAMP, L. F. **Maloclusão classe III de Angle: características e tratamentos. Uma revisão de literatura**. 2011. Monografia (Curso de Odontologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

ORTENZI, A. V.; MARTINS, M. P.; MATTOS, S. L. L.; NUNES, R. R. **Controle da via aérea**. 2. ed. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Anestesiologia, 2012.

PEARCE, A. Evaluation of the airway and preparation for difficulty. ***Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology***, v. 19, n. 4, p. 559-579, 2005.

RODRIGUES, A. J. et al. Intubação de via aérea difícil com broncoscópio flexível. ***Revista Brasileira de Anestesiologia***, v. 63, n. 4, p. 359-362, 2013.

SELVI, O. A. et al. Eficácia do escore simplificado preditivo de dificuldade de intubação e da altura tiromentoniana em cirurgias de cabeça e pescoço: estudo observacional. ***Brazilian Journal of Anesthesiology***, v. 70, p. 595-604, 2020.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.