

754

## Intubação Orotraqueal Seletiva

Z. B. Cheibub, TSA<sup>¶</sup>, A. B. Brandão<sup>§</sup>, C. Esberard Filho<sup>ξ</sup> & E. M. Escada<sup>‡</sup>

Cheibub Z B, Brandão A B, Esberard Filho C, Escada E M – Selective tracheal intubation. Rev Bras Anest 1983; 33: 4: 301 - 302.

PF, 64 anos, masculino, branco deu entrada na Sala de Trauma do Pronto Socorro do Hospital às 17 h do dia 18/10/82.

Estória de queda de 4 m de altura. Ao exame físico notava-se abaulamento na região têmporo-parietal direita. Quadro clínico de coma, ausência de reflexos oculares (córneo palpebral, cílio espinal e óculo motor) e periféricos. Pupilas isocóricas, midriáticas e não reagentes à luz. Cianose intensa, bradipnéia com puxão traqueal (“gasping”).

Imediatamente foram tomadas medidas de suporte ventilatório com intubação traqueal com tubo Rush n.º 40 com balonete e ventilação manual com AMBU. Canulizada veia do antebraço para administração de líquidos, medicamentos e medida de Pressão Venosa Central, cujos valores estavam acima do normal.

Após aqueles cuidados iniciais houve considerável melhora da cianose, sendo o paciente imediatamente transportado para o Serviço de Radiologia para esclarecimento diagnóstico.

O RX de crânio mostrou traço de fratura na região têmporo-parietal.

O RX de tórax mostrou imagem de densidade homogênea (opacificação) do hemitórax E, do lobo superior do pulmão direito e desvio do mediastino para a esquerda (Fig 1).

Face aos achados radiológicos suspeitou-se de atelectasia do pulmão esquerdo e do lobo superior do pulmão direito, compatível com intubação seletiva do brônquio fonte direito. Além disso, notava-se a cânula oro-traqueal introduzida seletivamente no brônquio fonte direito (Fig 1).

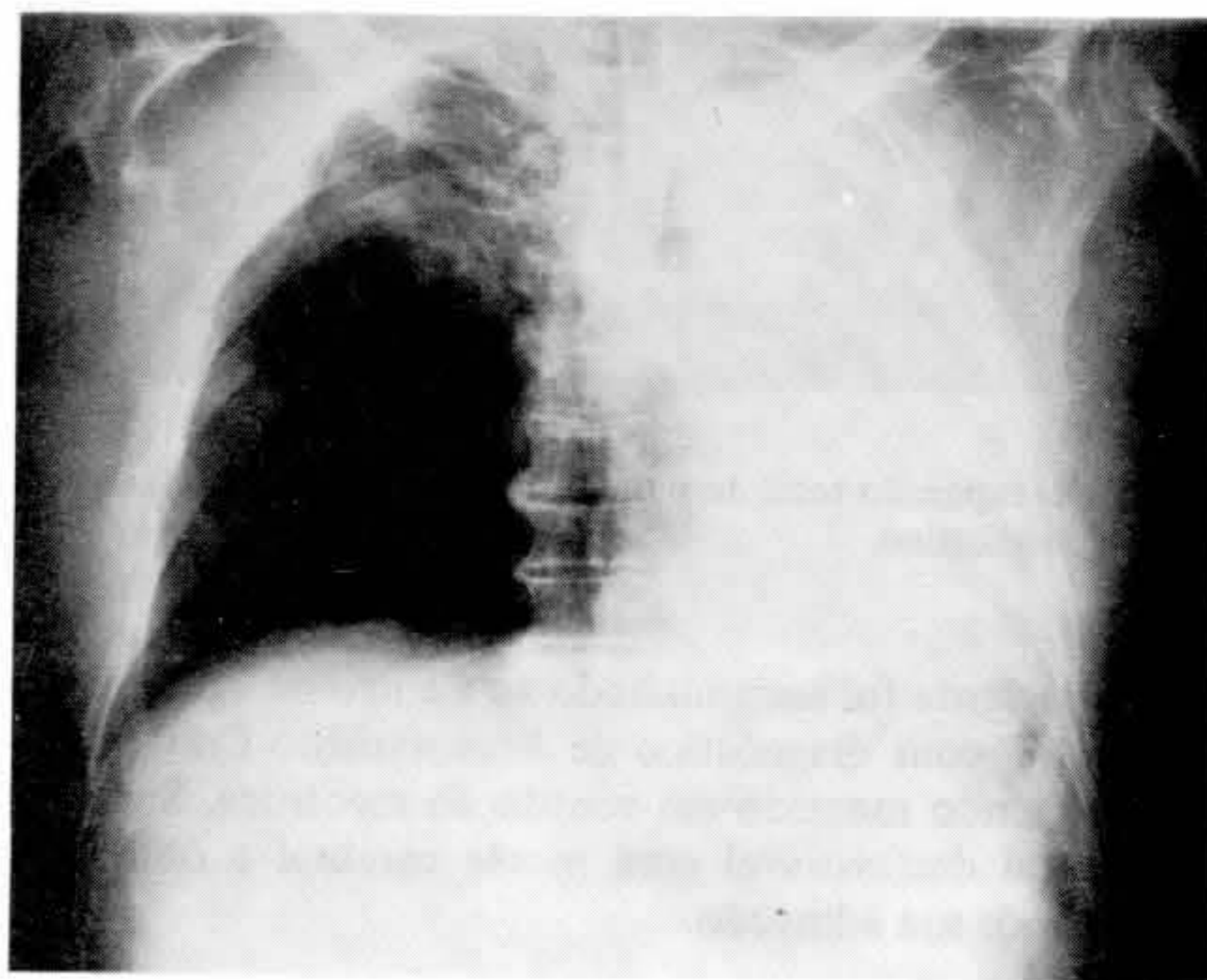


Fig 1 O raio X mostra o tubo traqueal no brônquio fonte direito, desvio do mediastino para a esquerda e atelectasia do pulmão E.

Resolveu-se, então, reposicionar a cânula oro-traqueal em direção cefálica e nova radiografia de tórax mostrou reexpansão parcial do pulmão E (Fig 2), sem alteração da imagem radiológica do lobo superior do pulmão D. Outra reposição de cânula oro-traqueal com nova radiografia mostrou reexpansão do pulmão E com normalização radiológica (Fig 3).

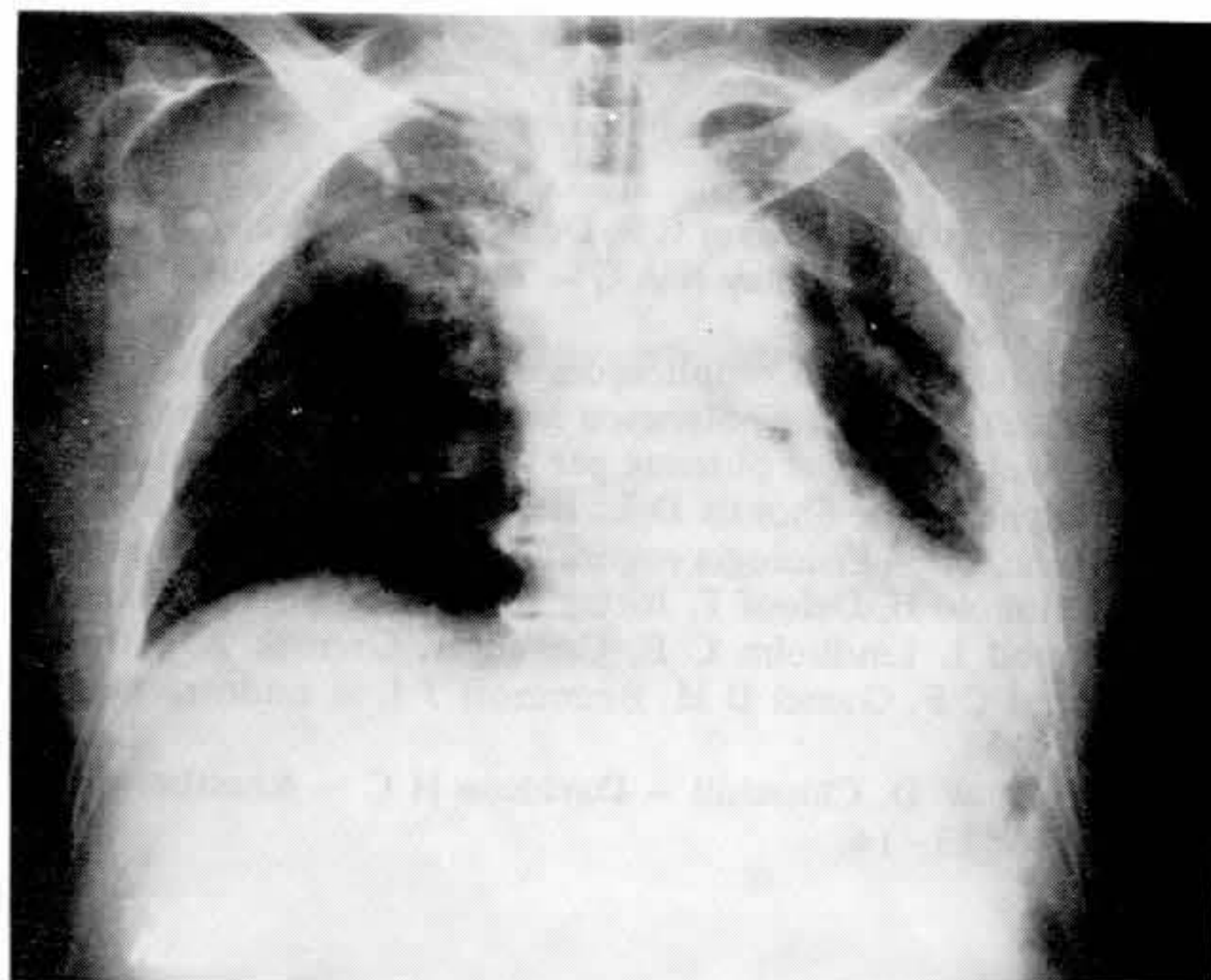


Fig 2 Reposicionado, o tubo traqueal ainda está localizado caudalmente e já se observa reexpansão parcial do pulmão E.

‡ Trabalho realizado no Serviço de Anestesiologia e Gasoterapia do Hospital Universitário Antonio Pedro, Niterói, RJ

¶ Professor Assistente da Disciplina de Anestesiologia da Universidade Federal Fluminense.

§ Professor Assistente da Disciplina de Cirurgia Pediátrica da Universidade Federal Fluminense.

ξ Professor Assistente da Disciplina de Cirurgia Gastroenterológica da Universidade Federal Fluminense.

‡ Interna da Disciplina de Anestesiologia da Universidade Federal Fluminense.

Correspondência para Zacharias Borges Cheibub  
Rua Nilo Peçanha, n.º 1 apto. 1308 - Ingá  
24210 - Niterói, RJ

Recebido em 13 de dezembro de 1982

Aceito para publicação em 20 de janeiro de 1983

© 1983, Sociedade Brasileira de Anestesiologia

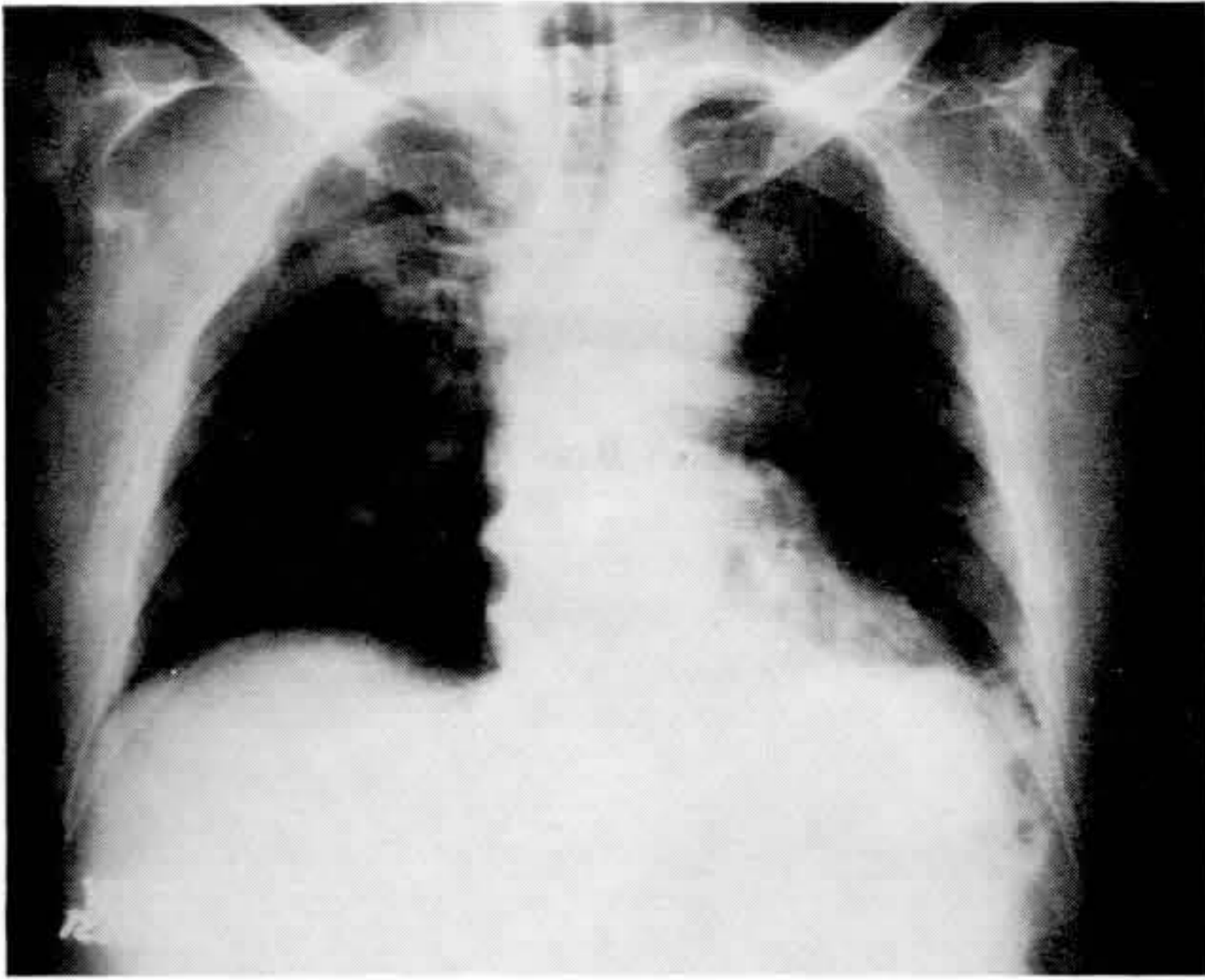


Fig 3 Reexpansão total do pulmão E com correção do desvio do mediastino.

O paciente foi encaminhado ao Centro de Tratamento Intensivo com diagnóstico de Traumatismo Cranioencefálico, sendo mantido em ventilação mecânica. Sua evolução foi desfavorável com morte cerebral e óbito, 24 horas após sua admissão.

### COMENTÁRIOS

A intubação orotraqueal, medida menos agressiva que a traqueostomia, apresenta riscos imediatos<sup>1,4,5,7,9</sup> e riscos a médio e longo prazo<sup>2,7</sup> que já foram descritos e discutidos amplamente. O intuito do relato é chamar atenção para os cuidados de posicionamento do tubo traqueal. Em situações de emergência, principalmente no afã de

recuperação da parada respiratória ou cardio-respiratória, medidas intempestivas de intubação podem ocasionar acidentes, que superpostos à patologia inicial poderão ser desastrosos para o paciente.

A localização ideal da extremidade distal do tubo é 3 cm além das cordas vocais sendo que a ponta do tubo não deve ultrapassar a região cervical<sup>3</sup>.

A intubação seletiva do brônquio fonte direito é facilitada devido à sua disposição anatômica, formando um ângulo de 25° com a linha média, e por ser mais curto e largo que o esquerdo, de modo que as sondas de aspiração e tubos endotraqueais apresentam maior tendência a penetrar sua luz<sup>10</sup>.

O brônquio do lobo superior do pulmão direito emerge do brônquio fonte direito, próximo da bifurcação da traquéia, de modo que a intubação seletiva do brônquio fonte direito poderá ocasionar sua exclusão com atelectasia do lobo superior direito.

A velocidade de instalação da atelectasia do pulmão excluído dependerá da concentração de O<sub>2</sub> nos alvéolos antes da exclusão. Se houver apenas O<sub>2</sub>, CO<sub>2</sub> e vapor d'água (paciente respirando O<sub>2</sub> a 100%) o colapso produz-se-á com rapidez (em torno de 10 min). A situação será muito mais favorável se o paciente estiver respirando ar atmosférico<sup>6</sup>, ou mistura O<sub>2</sub> (40%) e N<sub>2</sub>O (60%)<sup>4</sup>.

A medida fundamental na prevenção da intubação seletiva é a ausculta de ambos os hemitórax<sup>3</sup> que deve ser feita imediatamente após a intubação, de preferência nas regiões apicais do tórax. Também é muito importante a fixação do tubo traqueal que poderá ser deslocado por manipulação intempestiva. Neste caso poderá ocorrer, ao invés de intubação seletiva, a extubação do paciente<sup>8</sup> ou, até mesmo, a deglutição do tubo traqueal<sup>5</sup>.

Finalmente, enfatizamos a importância da radiografia de tórax nas intubações prolongadas para avaliação da posição do tubo traquéia<sup>3</sup>.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

1. Amaranath L, Dwyer C B, De Boer G, Andersen N B – Massive pulmonary collapse during anesthesia. *Anesth Analg* 1972; 51: 324.
2. Blanc U F, Tremblay N A G – The complication of tracheal intubation: A new classification with a review of the literature. *Anesth Analg* 1974; 53: 202.
3. Gonzalez C E – Complicações e seqüelas da intubação traqueal. *Rev Bras Anest* 1973; 23: 489.
4. Mircea N, Jianu E, Manescu M, Stanescu S, Bicleani D, Negru S, Furtunesu B, Sburlea C, Alexin O – Les conséquences de l'obstruction bronchique ague obtenue par le placement inadéquat de la sonde d'intubation. *Anesth Analg (PARIS)* 1976; 33: 423.
5. Mitchell S A, Shoults D L, Heven A L, Benumof J L – Deglutition of an endotracheal tube: case report. *Anesth Analg* 1978; 57: 590.
6. Nunn J F – Fisiologia respiratória aplicada. Versão espanhola da 2.<sup>a</sup> edição inglesa. Barcelona. Salvat. 1980: 261 - 262.
7. Reinhold H, Deloof T, Jortay A, Mathieu M, Vaudesteene A – The risks of tracheal intubation. *Acta Anaesthesiol Belg* 1978; 29: 69 - 70.
8. Ripoll I, Lindholm C E, Carroll R, Grenvik A – Spontaneous deslocation of endotracheal tubes. *Anesthesiology* 1978; 49: 50 - 51.
9. Ward C F, Gamel D M, Benumoff J L – Endotracheal tube cuff herniation: a cause of delayed airway obstruction. *Anesth Analg* 1978; 57: 114.
10. Wylie W D, Churchill – Davidson H C – Anesthesiologia. Versão portuguesa da 3.<sup>a</sup> edição inglesa. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan 1974: 13 - 14.