



Intubação Vígil: Desafios de um Bócio Uninodular Volumoso – Caso Clínico

Introdução

Após a indução para anestesia geral, o palato mole e a epiglote prolapsam sobre a parede faríngea posterior, obstruindo as vias aéreas e dificultando a visualização das cordas vocais, atendendo ao espaço reduzido para manobrar o laringoscópio. Tentativas falhadas de realização da intubação traqueal aumentam ainda mais a dificuldade do procedimento e podem comprometer a segurança das vias aéreas. A intubação vígil consiste na introdução do tubo orotraqueal com o paciente acordado, colaborativo e em ventilação espontânea, através de videolaringoscopia e sedação ligeira. Esta é uma abordagem útil em casos de via aérea difícil previamente reconhecida.

Caso Clínico



- 60 anos

- Antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, hiperuricemia e obesidade (IMC 36.4).

A ecografia apresentava uma lesão nodular volumosa na dependência da hemitiróide direita, com áreas de degenerescência cística (EuTI-RADS 4) com 75mm de maior eixo. Realizou duas citologias aspirativas por agulha fina (CAAF) que foram inconclusivas. Cirurgia proposta: hemitiroidectomia direita. Intubação orotraqueal vígil devido à previsão de via aérea difícil. Após a hemitiroidectomia, não houve sinais óbvios de traqueomalácia, pós operatório sem intercorrências.

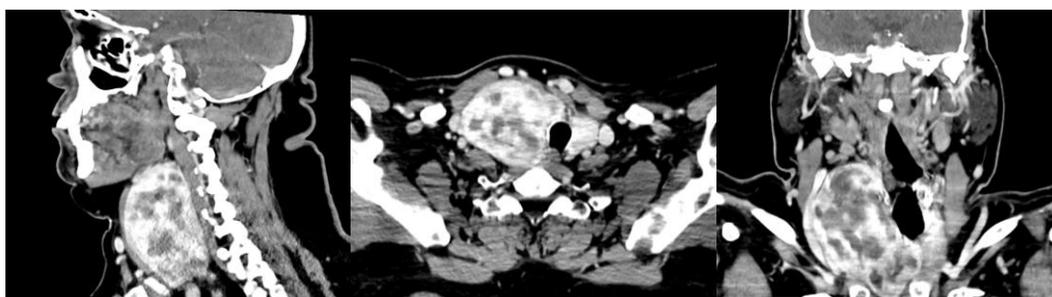


Figura 1. Imagens de TC revelaram bócio mergulhante condicionando desvio esquerdo e redução do lúmen da traqueia.



Figura 2. Intubação orotraqueal vígil.



Figura 3. Doente anestesiado e intubado.



Figura 4. Hemitiroidectomia direita.

Discussão

A intubação vígil é uma opção viável e segura para a gestão da via aérea em pacientes com bócios volumosos, particularmente quando há desvio traqueal e risco de via aérea difícil. A técnica de intubação depende das características do paciente e da experiência do anestesista. A intubação orotraqueal vígil com orientação videolaringoscópica deve fazer parte do algoritmo de abordagem se existir previsão de intubação difícil, uma vez que permite ultrapassar o prolapso posterior da língua e glote após indução anestésica.

Este caso clínico reforça a importância do trabalho em equipa para a melhoria dos resultados no tratamento dos nossos doentes.

