

Protocolo de Atendimento da Unidade de Cirurgia Torácica Da Clínica Respirar

Manejo das Doenças Traqueobrônquicas Complexas

1- Introdução:

A cirurgia da traquéia, até poucas décadas atrás, se limitava a execução de traqueostomia e, muito raramente à ressecção de algum tumor traqueal. A raridade das neoplasias, benignas ou malignas da traquéia, e a elevada frequência com que as malignas são diagnosticadas em fase de irressecabilidade, explicavam a limitadíssima experiência com cirurgias desse tipo.

O advento da terapia intensiva e, com ela da ventilação mecânica, permitindo que milhares de pessoas que de outra sorte morreriam de suas doenças de base, sobrevivessem, criou uma nova doença cirúrgica, a estenose traqueal pós-intubação prolongada.

O diagnóstico, o tratamento na emergência e o tratamento cirúrgico definitivo com suas várias alternativas técnicas serão o alvo deste protocolo.

2- Diagnóstico:

- **Anamnese:** Deve-se atentar para queixas de dispneia, história de intubação prévia ou cirurgias prévias na traquéia.
- **Exame Físico:** Avaliar quanto a cornagem, dispneia, taquipnéia, cianose e avaliação de cicatrizes cervicais.
- **Exame de Imagem:** Realizar Tomografia Computadorizada de Região Cervical sem contraste, com retirada da cânula metálica de traqueostomia durante o exame e esofagograma(contraste baritado) em caso de suspeita de fístula traqueo-esofágica.
- **Laringotraqueoscopia:** Exame padrão ouro para diagnóstico de lesão em traquéia, assim como em laringe e subglote, também sendo utilizado como terapia em alguns casos. Sendo importante medir o tamanho da estenose, assim como a distância da carina a estenose e da estenose às pregas vocais.

3- Tratamento na Emergência:

- Dilatação traqueal com balão hidrostático, auxiliado por laringo de suspensão.



4- Tratamento Eletivo:

- Broncofibroscopia para confirmar ausência de processo inflamatório envolvendo a estenose e constatar posicionamento da estenose.
- Confirmada estenose madura, proceder com a traqueoplastia.

4.1- Estenose Subglótica:

- Ressecção da região subglótica com uma amputação em diagonal que remove 2/3 anteriores da cartilagem cricóide, poupando seus cornos posteriores onde entram os nervos laríngeos recorrentes.
- Esculpir parede posterior da cricóide.
- Anastomosar termino-terminal coto distal com subglote.

4.2- Estenose Cervico-Mediastinal:

- Possibilidade de esternotomia associada a cervicotomia para abordagem destas lesões.
- É importante a adequada realização de manobras de rebaixamento de laringe para reduzir a tensão da anastomose.

4.3- Cirurgia dos Tumores Traqueais:

- Em caso de tumores de traquéia avançados, sem possibilidade de ressecção cirúrgica curativa, com obstrução parcial da via aérea, existe a possibilidade de implante de próteses endotraqueais como tratamento paliativo.

5- Referências:

- ANDREWS, M.J. & PEARSON, F.G. -Incidence and pathogenesis of tracheal injury following cuffed tube tracheostomy with assisted ventilation: analysis of a two-years prospective study. Ann. Surg., 173:249-63,1971
- BISSON, A.; BONNETTE, P.; BEN EL KADI, N.; LEROY, M.; COLCHEN, A.; PERSONNE, C.; TOTY, L.; HERZOG, P. — Tracheal sleeve resection for iatrogenic stenosis (subglottic laryngeal and tracheal). J. Thorac. Cardiovasc. Surg., 104:882-7, 1992
- CANTRELL, J.R. & FOLSE, J.R. — The repair of circumferential defects of the trachea by direct anastomosis: experimental evaluation. J. Thorac. Cardiovasc. Surg., 42:589-98, 1961.

