

Protocolo de Atendimento da Unidade de Cirurgia Torácica Da Clínica Respirar

Complicações da Cirurgia da Traquéia

1- Introdução:

As complicações mais graves e freqüentes das ressecções de segmento traqueal e anastomose término-terminal são: infecção, deiscência de anastomose, re-estenose e lesão de estruturas adjacentes.

Neste protocolo apontaremos modos de prevenção e manejo dessas complicações.

2- Infecção:

A cirurgia da traquéia, devido à abertura da sua luz, é classificada como potencialmente contaminada. A contaminação do campo operatório se faz maior devido à presença e frequente manipulação do tubo endotraqueal que carrega consigo, ao ser introduzido, a rica flora microbiana da orofaringe. A introdução de um tubo na porção distal da traquéia, através do campo operatório, também contribui para o crescimento da contaminação.

2.1- Prevenção:

- Cuidadosa técnica cirúrgica, mínima manipulação de tubos endotraqueais.
- Lavagem ampla do campo operatório.
- Fechamento cuidadoso da ferida com boa hemostasia e sem deixar espaço morto.
- Utilização de antibioticoterapia profilática de rotina.

2.2- Manejo:

- Imediata abertura da ferida, drenagem ampla e desbridamento, seguido de curativos freqüentes e antibioticoterapia terapêutica.



3- Deiscência da Anastomose:

3.1- Prevenção:

- Evitar a dissecação circunferencial da traquéia, de modo a preservar os pedículos vasculares que penetram nas porções laterais da parede traqueal.
- Mobilização adequada dos cotos proximal e distal da traquéia, evitando trauma com a pinça de dissecação anatômica, utilizando pinça delicada com dente.
- Evitar a tensão excessiva da anastomose.
- Procurar extubar o paciente o mais precoce possível, ao final do procedimento com a presença do cirurgião.

3.2- Manejo:

- Em caso de deiscência da anastomose traqueal evoluindo com enfisema subcutâneo proceder com drenagem através da incisão cirúrgica.
- Nas deiscências precoces proceder com ressutura ou traqueostomia protetora.
- Nas deiscências mais tardias, em que há predomínio da necrose e/ou infecção, a abertura ampla da incisão e adequada drenagem com cicatrização por segunda intenção, especialmente se a área de deiscência for pequena.
- Nas deiscências de maior extensão, a melhor opção pode ser a colocação de um tubo em T através da área de deiscência, após a drenagem e desbridamento ou traqueostomia. A tentativa de ressuturar uma deiscência traqueal tardia com tecidos friáveis e infecção presente tem mínimas chances de sucesso e pode, em verdade, ampliar ainda mais o defeito.

4- Re-Estenose:

4.1- Prevenção:

- Técnica cirúrgica adequada.
- Uso de fios finos (3-0 ou 4-0), absorvíveis, monofilamentares, com agulhas cilíndricas finas e delicadas.
- Tanto quanto possível, os pontos não deverão ser transfixantes da parede traqueal, poupando a mucosa de forma a não ficarem expostos na luz traqueal.
- O número de pontos deve ser o estritamente necessário para coaptar as bordas da traquéia e não devem ser amarrados com força excessiva.
- Os nós deverão ficar externamente à luz.
- Não realizar a anastomose em área de tecido doente, em segmento malácico ou em área excessivamente inflamada da parede.
- Mobilização adequada dos cotos proximal e distal da traquéia, evitando trauma com a pinça de dissecação anatômica, utilizando pinça delicada com dente.
- Dissecação romba nas paredes posterior e anterior de ambos os cotos traqueais sem comprometer as paredes laterais da traquéia.
- O paciente deverá manter o pescoço sem extender no pós-operatório de 5-7 dias com ou sem ponto que une o mento à região do manúbrio.



- A partir de 15 dias é recomendável realizar fibrobroncoscopia, para avaliação da evolução da cicatrização ou Tomografia de Computadorizada de Traquéia com reconstrução.

4.2- Manejo:

- Reavaliação da via aérea com fibrobronoscópio.
- Feito o diagnóstico de re-estenose por tecido de granulação ou por múltiplos granulomas por fio, pode-se optar pelo tratamento endoscópico ou clínico.
- Prednisona 40mg via oral, uma vez ao dia, reduzindo pela metade a cada 10 dias(Adulto).
- Muito raramente estará indicada a re-operação nesta fase, devido à friabilidade dos tecidos e à intensa reação inflamatória local e de vizinhança.
- Em situação de falência completa do tratamento conservador, a colocação de um tubo em T e aguardar a re-operação para correção definitiva por um período não inferior a 3 meses.

5- Lesão de Estruturas Adjacentes:

- As estruturas adjacentes mais comumente lesadas, em cirurgia de traquéia, são por ordem de frequência, o nervo laríngeo recorrente, o esôfago e a artéria inominada.

5.1- Prevenção:

- Realizar pre-operatóriamente laringoscopia para avaliar mobilidade de pregas vocais.
- Dissecção cuidadosa e delicada, adequada aspiração e ótima iluminação do campo cirúrgico.
- A dissecção das paredes laterais da traquéia na altura do segmento comprometido deve sempre ser feita contra a parede da traquéia, usando tesoura delicada e afastando lateralmente os tecidos comprometidos pela reação inflamatória que ocultam o nervo no sulco esôfago-traqueal, mantendo-se no plano da adventícia da traquéia evitando-se qualquer tentativa de identificar e isolar o nervo, a procura do nervo em um tecido previamente manipulado aumenta a chance de lesão do mesmo.
- Ao executar a secção da traquéia visando a ressecção do segmento doente, ao se aproximar das paredes laterais, a incisão deve ser realizada de dentro para fora, isto é, da mucosa em direção à adventícia e, simultaneamente, rebatendo lateralmente os tecidos.
- Evitar manobras intempestivas de afastamento dos tecidos, evitando-se o uso de afastadores.
- Manter a dissecção no plano da adventícia da traquéia, dissecando contra a parede da mesma, para evitar lesão arterial ou venosa no mediastino.

5.2- Manejo:

- Em caso de lesão esofágica proceder com rafia com fio monofilamentar, inabsorvível de agulha delicada.



- Em caso de lesão vascular, poderá ser necessária a esternotomia mediana parcial ou total para seu controle, especialmente, quando se trata de artéria braquicefálica ou veia braquiocefálica esquerda, que podem retrair-se para trás do manúbrio.

6- Referências:

- 1- Cooper JD, Grillo HC. The evolution of tracheal injury due to ventilatory assistance through cuffed tubes: a pathologic study. *Ann Surg* 1969;169:334-48.
- 2- Cooper JD, Grillo HC. Experimental production and prevention of injury due to cuffed tracheal tubes. *Surg Gynecol Obst* 1969;129:1235-41.
- 3- Cooper JD, Todd TR, Ilves R, Pearson FG. Use of the silicone tracheal T-tube for the management of complex tracheal injuries. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1981;82:559-68.
- 4- Grillo HC. Surgical anatomy of the trachea and techniques of resection and reconstruction. In: Shields TW, Locicero J, Ponn RB, Rusch VW. *General Thoracic*.



SGAS 613 Conjunto "E" Bloco "A"
Sala 201 - Edifício Centro Médico L2 Sul



(61) 3032-7599
(61) 98587-1643



www.respirar.com.br
contato@respirardf.com.br



[facebook/respirardf](https://facebook.com/respirardf)
[instagram/respirardf](https://instagram.com/respirardf)