

Protocolo de Atendimento da Unidade de Cirurgia Torácica Da Clínica Respirar

Estenoses Traqueais Benignas

1- Introdução:

As estenoses traqueais podem ter várias etiopatogenias: intubação traqueal (naso ou orotraqueal ou traqueostomia), tumores (benignos ou malignos), traumatismo aberto ou fechado, iatrogênicas (procedimentos endoscópicos), infecciosas inespecíficas (bacterianas) ou específicas (tuberculose ou blastomicose ou histoplasmose), parasitárias (leishmaniose), queimadura por inalação de ar ou fumaça quente ou cáustica, queimadura por aspiração ou ingestão de ácidos ou álcalis, alteração metabólica (amiloidose), radioterapia, doença por vasculite ou auto-imune (granulomatose de Wegner ou policondrite), de origem indeterminada (traqueopatia osteocondroplástica ou idiopática), além de poder ter também origem congênita e finalmente outras doenças de incidência esporádica.

As estenoses pós-intubação originadas de uma intubação naso ou orotraqueal ou de uma traqueostomia, são as mais frequentes, chegando a atingir aproximadamente 80%. Esse tipo de estenose recebeu várias denominações: benigna, não tumoral, iatrogênica, pós-intubação e cicatricial.

No adulto as estenoses traqueais pós-intubação se originam pela isquemia até a necrose da mucosa traqueal e a seguir, da cartilagem traqueal esmagadas, pelo balonete de alta pressão de uma cânula naso ou orotraqueal ou de uma traqueostomia. Portanto não há relação com o tempo de intubação, mas com a intensidade da isquemia gerada na parede traqueal. Já nas crianças, que em 95% tem estenose subglótica, a estenose não depende do balonete, mas da isquemia e necrose produzida pela superfície externa do tubo na laringe, portanto estão relacionadas com diâmetro do tubo.

Neste protocolo serão discutidos o modo de diagnóstico, tratamento e cuidados pós-operatórios do paciente com estenose traqueal.

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:

3.1- Clínico:

- Tratamento a base de corticoides tópicos e/ou sistêmicos, podendo ser associado ou não ao tratamento endoscópico ou cirúrgico.

3.2- Endoscópico:

- Tratamento realizado preferencialmente com laringoscópio de suspensão para apresentação e utilização de balão hidrostático para dilatação. Podendo ser associado ao implante de prótese endotraqueal (Dumon, Montgomery ou Y), com ou sem fissura prévia de fibrose em via aérea com instrumental frio ou laser de CO₂.

3.3- Cirúrgico:

- Tratamento que consiste na ressecção cirúrgica do seguimento doente e anastomose entre os seguimentos proximal e distal. Sendo utilizado fio monofilamentar absorvível na membranososa com sutura contínua e o mesmo fio para a rafia anterior da anastomose com pontos separados.

4- Pós-Operatório:

- Nos casos de ressecção cirúrgica de grande segmento de traquéia, manter um ponto de contenção, transfixado do mento ao esterno, para não haver a hiperextensão cervical. Tal ponto deve ser retirado no 7º DPO.
- O médico assistente deve acompanhar a extubação do paciente.
- Evitar corticóides sistêmicos no pós operatório imediato. Iniciando seu uso com doses baixas a partir da primeira semana, principalmente na utilização de próteses ou moldes.
- Aspirações de rotina em pacientes com próteses no pós operatório.
- Após 30 dias da cirurgia realizar broncofibroscopia de controle.

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.
- COURAUD, L.; JOUGON, J.B.; VELLY, J-F. — Surgical treatment of nontumoral stenoses of the upper airway. Ann. Thorac. Surg., 60:250-60, 1995.

