

# Estilete ótico ou fibroscópio semi-rígido: uma nova maneira de enfrentar o desafio da via aérea difícil

*Hospital Santa Cruz, São Paulo*

## INTRODUÇÃO

Estudo prospectivo com o objetivo de avaliar a eficiência e a curva de aprendizado de um novo instrumento para o manuseio da via aérea difícil.

## MÉTODOS

O dispositivo utilizado faz uso do mesmo princípio do fibroscópio flexível, que é considerado padrão-ouro, porém com expressivas vantagens sobre o segundo. O fibroscópio semi-rígido ou estilete ótico se compõe de uma fibra ótica em forma de "J" ligada a uma peça ocular, através da qual o operador olha, e a uma fonte de luz. A peça ocular pode ser utilizada para visão direta pelo olho do observador ou ser conectada a uma câmera do equipamento de videoscopia para visão ou gravação em monitor de vídeo. A peça ocular dispensa ajuste de foco e, se o operador usar óculos, deve olhar por ela com as lentes habituais. Os 5 cm finais da ponta em "J" são maleáveis, daí o nome semi-rígido, podendo ter o raio de curvatura manualmente alterado de 3,2 a 5 cm. Toda a parte ótica, tanto os últimos centímetros semi-rígidos, quanto o restante, a parte reta do "J", é revestido com aço inoxidável, de maneira que, diferentemente do que ocorre com o fibroscópio flexível, não existe atrito das fibras óticas com o tubo ou estruturas do paciente – o atrito é todo com a capa de aço, o que resulta em vida útil potencialmente ilimitada para o equipamento. O estilete tem 4,3 mm de diâmetro, o que permite o uso de tubos finos, como o infantil nº 5. O treinamento iniciou-se com pacientes sem dificuldade de intubação, a partir da indução habitual da anestesia. Na intubação reconhecida difícil, o paciente era sedado mantendo-se ventilação espontânea adequada e a intubação era procedida com o paciente respirando espontaneamente, sendo induzida a anestesia após a introdução do tubo na traquéia.

## RESULTADOS

Inicialmente o aparelho foi usado para intubar pacientes em anestésias rotineiras, nas quais não era esperada dificuldade de manuseio de via aérea, com a finalidade de adaptação ao

equipamento. Após as quatro primeiras intubações com o equipamento, surgiu um caso de via aérea nitidamente difícil, que em anestesia anterior exigiu intubação com a máscara laríngea de intubação, por apresentar laringoscopia impossível, e foi obtido sucesso apesar da limitada experiência com o mesmo. Nas 30 intubações subseqüentes com o aparelho não houve sucesso em apenas um paciente. No serviço de anestesia do Hospital Santa Cruz, a equipe de 12 anestesiológicos realizou de 4 a 7 intubações em pacientes sem dificuldade para a intubação e obteve bom resultado. A curva de aprendizado foi muito mais favorável do que a da fibroscopia flexível. Após 5 intubações com o fibroscópio semi-rígido, o anestesiológico se sente seguro para manusear o aparelho e tem alto grau de sucesso na intubação.

## DISCUSSÃO

O fibroscópio semi-rígido mostrou versatilidade e facilidade de uso, o que o posiciona como grande facilitador para a intubação quando a glote não pode ser vista com laringoscopia convencional.

## CONCLUSÃO

Embora algumas situações ainda requeiram o fibroscópio flexível, especialmente quando é preciso fazer curvas para atingir a glote, como no caso de tumores e obstáculos antes da glote, o fibroscópio semi-rígido mostrou versatilidade e facilidade de uso, inclusive nos obesos mórbidos ou em pacientes portadores de apnéia obstrutiva do sono.

## BIBLIOGRAFIA

1. Shukry M, Hanson RD, Koveleskie JR, Ramadhyani U. Management of the difficult pediatric airway with Shikani Optical Stylet. *Paediatr Anaesth*. 2005;15:342-5.

## Endereço para correspondência:

Marcelo Sperandio Ramos  
Rua Berto Conde, 295 – apto. 46  
São Paulo (SP) – CEP 04304-030