

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 anesthesiologistas 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 anesthesiologista 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, Ramadhani 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