



# CRICOTIROTOMIA na EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

## A propósito de 2 casos clínicos



**Ourô, S\***; Pinto, N\*\* ; Lufinha, A\*\*\*

VMER do Hospital de São Francisco Xavier  
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE

### CASO CLÍNICO 1

♂ 50 anos, vítima de traumatismo por arma de fogo (auto agressão), com porta de entrada submentoniana, trajecto intracerebral e projectil alojado no lobo frontal. Na avaliação primária objectivou-se uma alteração do estado de consciência (score *Glasgow* 13), eminente compromisso da via aérea com obstrução alta por hemorragia e edema da base da língua. Foi realizada tentativa inicial de Intubação orotraqueal (IOT) sem sucesso. Devido à Intubação esofágica acidental, com regurgitação do conteúdo gástrico, ocorre um agravamento no quadro clínico do doente com dessaturação periférica e bradicardia mantida severa pelo que se decidiu efectuar uma cricotirotomia de emergência.



Transportado ao Serviço de Urgência (SU), sedado e ventilado, com saturações periféricas O<sub>2</sub> acima de 95%, ficou internado na UCIC. Ao 2º dia de internamento, por obstrução da cânula endotraqueal, foi feita nova IOT sob laringoscopia directa, sem incidentes ou acidentes a relatar. Extubado ao 5º dia sem complicações, foi transferido para o hospital da área de residência com evolução neurológica favorável.

### CASO CLÍNICO 2

♂ 56 anos, com queimaduras de 3º grau em cerca de 90% da área superfície corporal por imolação (auto agressão). Na avaliação primária objectivou-se uma alteração do estado de consciência (score *Glasgow* 7), compromisso da via aérea com obstrução alta por edema das estruturas da orofaringe e tecidos moles da face. Por impossibilidade de IOT, particularmente devido a dificuldade na abertura da boca e visualização das estruturas da orofaringe, optou-se pela realização de uma cricotirotomia de emergência. Transportado ao SU, sedado e ventilado com saturações periféricas superiores a 95%, veio a falecer às 48h na Unidade de Queimados.



**DISCUSSÃO:** A abordagem da via aérea é uma questão primordial no trauma, sendo pouco frequente a necessidade de recorrer a uma abordagem cirúrgica. Em ambiente pré-hospitalar as alternativas a uma Intubação endotraqueal, sob laringoscopia directa falhada, são poucas, nomeadamente por limitação do material disponível e treino do pessoal médico.

Nos dois casos supracitados foi realizada a técnica de Cricotirotomia, usando o *PCK® - Portex Cricothyroidotomy Kit*, como último recurso do algoritmo da via aérea difícil. A utilização deste dispositivo revelou-se fácil, rápida e segura possibilitando uma célere permeabilização da via aérea e uma posterior ventilação eficaz. Apesar do ambiente adverso, a técnica foi realizada com sucesso e sem complicações.



#### Bibliografia:

- 1) ATLS, *Student Course Manual*, 7th Ed:47
- 2) Smiths medical products online.

\* Interna do Complementar de Cirurgia Geral

\*\* Interna do Complementar de Anestesiologia

\*\*\* Assistente Hospitalar de Anestesiologia