

IMAGEM CLÍNICA

Epiglote em ômega: um desafio

Joana Veiga*, Cristina Gomes

Hospital de Braga E.P.E, Braga, Portugal

Recebido em 18 de dezembro de 2020; aceito em 27 de fevereiro de 2021.
Disponível online em 21 de março de 2021.

Um homem de 49 anos, fumante compulsivo, estado físico III da *American Society of Anesthesiologist*, com história positiva de dispneia de piora gradativa foi proposto para cirurgia de Microlaringoscopia de Suspensão. A avaliação das vias aéreas mostrou um escore de Mallampati grau III e nenhuma massa cervical aparente ou palpável. Após a pré-oxigenação e indução, a intubação orotraqueal foi realizada com videolaringoscópio C-MAC® D-BLADE e constatou-se uma epiglote em forma de ômega (OSE) (fig.1), com as pregas vocais visualizadas somente após o levantamento da epiglote com a ponta do lâmina curva (fig.2). A intubação foi rea-

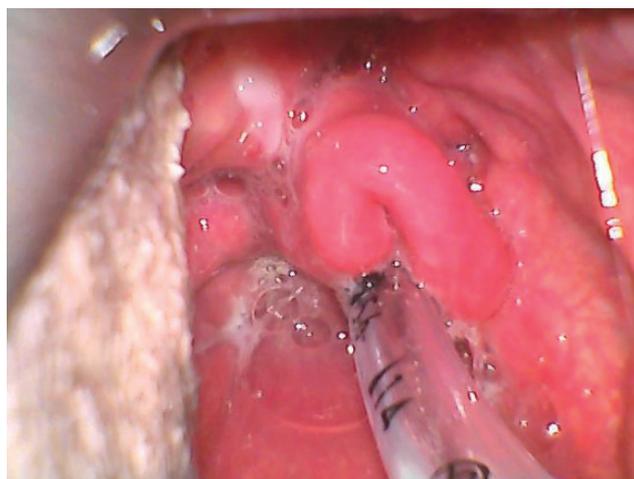


Figura 1 Epiglote em ômega visualizada com videolaringoscópio C-MAC® D-BLADE.



Figura 2 Exposição da laringe e pregas vocais após suspensão da epiglote.

lizada com tubo orotraqueal microlaríngeo de 4,0 mm com balonete, a anestesia foi mantida com sevoflurano e ventilação controlada. A emergência da anestesia transcorreu sem intercorrências. OSE é uma configuração variante da epiglote em que as dobras laterais são enroladas para dentro (1). Embora não necessariamente patológico, pode estar associado à laringomalácia e supraglotite (2). Do ponto de vista anestésico, os problemas potenciais de OSE incluem obstrução e comprometimento variáveis das vias aéreas. As alterações anatômicas da epiglote devem servir de alerta para via aérea difícil, principalmente com ventilação por máscara facial e intubação / extubação orotraqueal (3). A avaliação anestésica pré-operatória deve incluir investigação

* Autor correspondente: E-mail: joana.veiga@hb.min-saude.pt (J. Veiga)

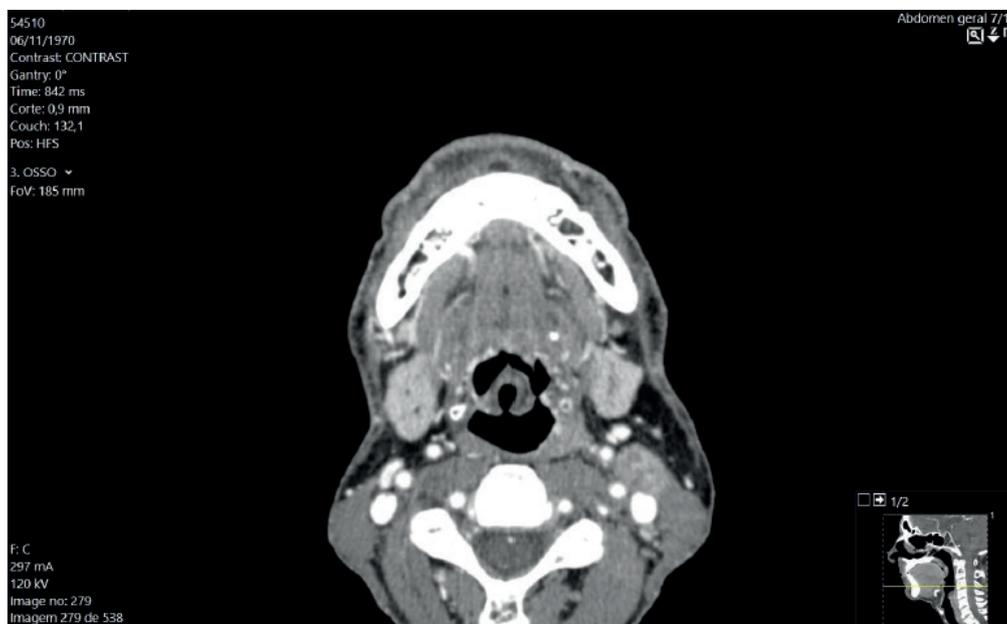


Figura 3 Tomografia Computadorizada da cabeça e do pescoço usando epiglote em ômega.

de sintomas sugestivos de obstrução intermitente das vias aéreas e avaliação de imagem (ressonância magnética ou tomografia computadorizada de cabeça e pescoço) (fig.3).

Referências

1. Ayari S, Aubertin G, Girschig H, Van Den Abbeele T, Mondain M. Pathophysiology and diagnostic approach to laryngomalacia in infants. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis.* 2012;129(5):257-263. doi:10.1016/j.anorl.2012.03.005
2. Kovacs A, Haran S, Paddle P Chronic non-granulomatous supraglottitis of a male adolescent and its successful management with azathioprine *BMJ Case Reports CP* 2019;12:e227458.
3. Laschat M, Kaufmann J, Wappler F. Laryngomalacia with Epiglottic Prolapse Obscuring the Laryngeal Inlet. *Anesthesiology.* 2016;125(2):398. doi:10.1097/ALN.0000000000001035