

CARTA AO EDITOR

Uma intubação por broncoscópio de fibra ótica assistida por fórceps

Caro editor,

Em 1967, Peter Murphy introduziu pela primeira vez a intubação por broncoscópio com fibra ótica (BFO) e essa técnica de gerenciamento das vias aéreas tem uma taxa de sucesso estimada de 88% ~100%. Até agora, a intubação BFO tem sido considerada como o padrão de ouro no manejo de vias aéreas difíceis, seja o que for antecipado ou imprevisto.¹ Embora existam muitos equipamentos modernos de vias aéreas disponíveis, o papel do BFO é imperativo em um contexto clínico como parte da tomada de decisão e gestão da estratégia das vias aéreas. Por mais que a intubação BFO flexível tenha sido realizada com menos frequência, os anestesiologistas devem aplicar o conhecimento teórico e as técnicas práticas das vias aéreas por meio de workshops, simulação e prática regular. Quanto mais experiente em BFO o anestesiologista for, menos complicações ocorrerão. Seu sucesso e resultados dependem da experiência dos operadores, o que requer habilidades psicomotoras complexas e prática regular.² Em outras palavras, a intubação BFO é uma técnica de gerenciamento de vias aéreas difícil.

O estilete óptico Shikani (EOS) é um endoscópio de aço inoxidável maleável em forma de J. Recentemente, este estilete óptico rígido demonstrou ser promissor no auxílio à intubação difícil. Uma luneta reutilizável e portátil com um estilete de aço inoxidável moldável é a vantagem mais óbvia do EOS. Alguns estudos descobriram que era mais eficaz em pacientes com instabilidade da coluna cervical e pode ser uma alternativa ao videolaringoscópio e FOB em via aérea difícil.^{3,4} A exibição de vídeo externa de EOS é mais confiável e conveniente para observação e exposição da faringe, laringe e glote. Portanto, o EOS é mais simples e fácil de operar, enquanto sua curva de aprendizado é curta. Após sete tentativas de intubação traqueal, novos operado-



Figura 1 O perfil do fórceps.

res podem dominar as habilidades do EOS.⁵ Mas o EOS só é adequado para vias aéreas parcialmente difíceis.

Em alguns casos, dispositivos específicos têm sido usados para auxiliar os anestesiologistas durante a intubação BFO para uma visão clara. Projetei uma pinça para um uso conveniente e fácil em BFO. A pinça é um dispositivo rígido e em forma de J com um perfil semelhante ao EOS (Figs. 1 e 2). O BFO pode ser inserido na pinça porque é oco com design de abertura-fechamento. Assim, as pinças e o BFO podem funcionar como uma unidade sólida. Pelo monitor externo do BFO, a unidade é desenvolvida em outro tipo de EOS. Por meio desse procedimento, o BFO flexível é alterado para endoscópio rígido, que apresenta uma série de vantagens distintas para a intubação orotraqueal.¹ O tubo endotraqueal é pré-carregado e fixado na raiz do BFO. O método de manipulação detalhado é igual ao EOS. Após obter a visão ótima da

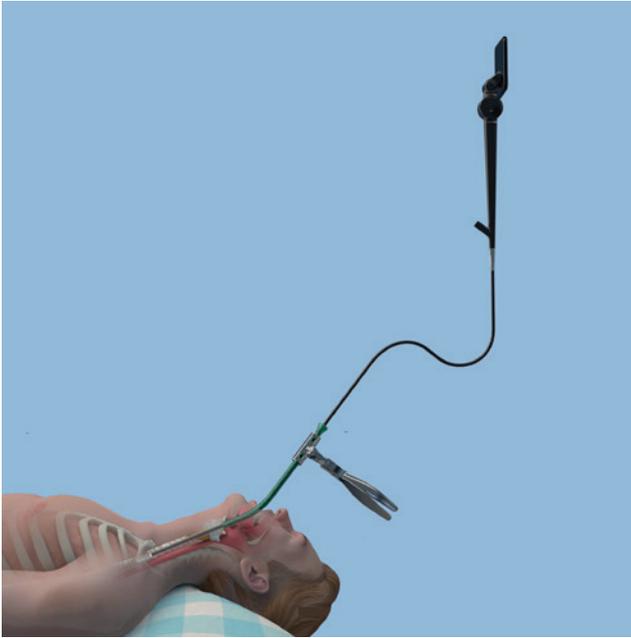


Figura 2 O perfil do BFO e do fórceps na boca do paciente.

glote, o BFO é avançado para contornar a glote. Assim, a pinça foi aberta e retirada da boca para liberar o BFO. Mantendo o BFO na traqueia como um guia, o tubo endotraqueal é inserido para a frente na traqueia.

O propósito de projetar esta pinça é combinar os méritos prospectivos de BFO e EOS. Por exemplo, o EOS é conveniente para manipular, com a ajuda de uma pinça, é rápida e fácil para explorar a glote. O BFO é flexível com funções de sucção e insuflação de oxigênio, e essas funções podem manter a visão clara e a oxigenação do paciente. Além disso, os cliques da pinça são feitos de material plástico transparente e de uso único, que se conectam ao corpo da pinça por meio de uma estrutura de fenda especial. Cliques descartáveis de uso único podem reduzir a oportunidade de infecção. A ponta da pinça é esfregada e polida da mesma forma que a ponta da bala para reduzir o dano ao tecido na orofaringe do paciente. Enquanto isso, a ponta da pinça pende leve-

mente sobre a ponta do BFO para protegê-la da visão obstruída e evitar o cisalhamento do tecido mole.

Há outra vantagem desse fórceps, pois reduz o custo de aquisição e manutenção do SOS. Além disso, aumenta a distância entre o paciente e o anesthesiologista, diminuindo a infecção do aerossol e protegendo o manipulador.

A ideia deste fórceps é muito simples; no entanto, pode promover o desenvolvimento do manejo das vias aéreas.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Reconhecimento

Nossos sinceros agradecimentos ao Senhor Ling Jin, que desenhou duas figuras importantes neste documento.

Referências

1. Wong J, Lee JSE, Wong TGL, Iqbal R, Wong P. Fiberoptic intubation in airway management: a review article. *Singapore Med J.* 2019;60:110-8.
2. Lim WY, Wong P. Awake supraglottic airway guided flexible-bronchoscopic intubation in patients with anticipated difficult airways: a case series and narrative review. *Korean J Anesthesiol.* 2019;72:548-57.
3. Mahrous RSS, Ahmed AMM. The Shikani optical stylet as alternative to awake fiberoptic intubation in patients at risk of secondary cervical spine injury: a randomized controlled trial. *J Neurosurg Anesthesiol.* 2018;30:354-8.
4. Phua DS, Mah CL, Wang CF. The Shikani optical stylet as alternative to the GlideScope videolaryngoscope in simulated-difficult intubation-a randomized controlled trial. *Anaesthesia.* 2012;67:402-6.
5. Liu XC, Zhang YX, Liu ZL, et al. Application of second generation Shikani optical stylet in critically ill patients undergoing cerebral aneurysm embolization. *J Int Med Res.* 2019;47:1565-72.

Jun Xiong

Sanbo Brain Hospital, Capital Medical University, China

E-mail: xiongjun107@mail.ccmu.edu.cn

29 de junho de 2021