

## CARTA AO EDITOR

# Uma intubação por broncoscópico de fibra ótica assistida por fórceps

*Caro editor,*

Em 1967, Peter Murphy introduziu pela primeira vez a intubação por broncoscópico com fibra óptica (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.<sup>1</sup> 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 anestesistas 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 anestesista for, menos complicações ocorrerão. Seu sucesso e resultados dependem da experiência dos operadores, o que requer habilidades psicomotoras complexas e prática regular.<sup>2</sup> Em outras palavras, a intubação BFO é uma técnica de gerenciamento de vias aéreas difícil.

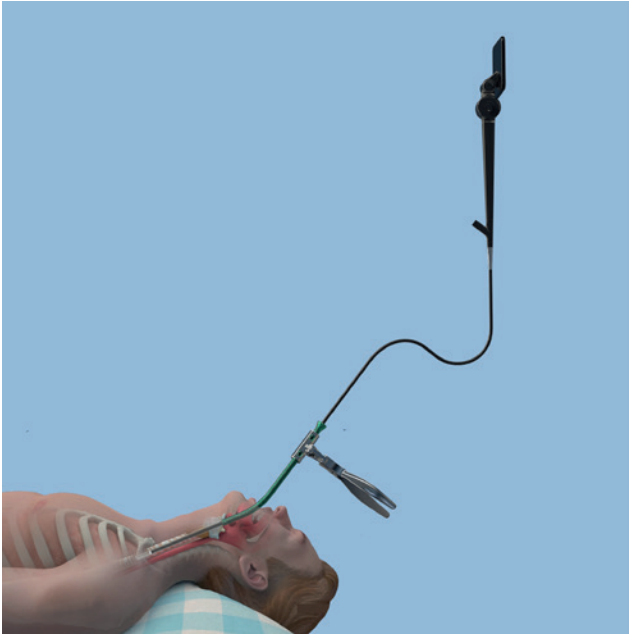
O estilete óptico Shikani (EOS) é um endoscópio de aço inoxidável maleável em forma de J. Recentemente, este estilete óptico rígido demonstrou ser promissor no auxílio à intubação difícil. Uma luneta reutilizável e portátil com um estilete de aço inoxidável moldável é a vantagem mais óbvia do EOS. Alguns 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.<sup>3,4</sup> 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.<sup>5</sup> Mas o EOS só é adequado para vias aéreas parcialmente difíceis.

Em alguns casos, dispositivos específicos têm sido usados para auxiliar os anestesistas 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.<sup>1</sup> 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 anestesiológista, 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