

ADAPTAÇÃO DE PRÓTESE VENTILATÓRIA PARA PACIENTE PORTADOR DE SÍNDROME DE MOUNIER-KUHN

Autores: Nathalia Souza Silva Zacarias, Davi Sartório Cypriano, Gustavo Moreira Siqueira, Leonardo Cesar Silva Oliveira, Francisco Matheus Tavares Fernandes Vieira

OBJETIVOS

A síndrome de Mounier-Kuhn, também conhecida como traqueobroncomegalia, é uma afecção rara. Este relato descreve a abordagem da via aérea de paciente portador da síndrome que, por complicação infecciosa, evoluiu com ventilação mecânica prolongada. Devido à sua doença de base, mostrou-se um verdadeiro desafio para condução do desmame da ventilação mecânica e adaptação de prótese ventilatória adequada.

MÉTODOS E RESULTADOS

Paciente do sexo masculino, 66 anos, admitido no serviço em franca insuficiência respiratória, agitado, não cooperativo, saturando 78%, sem resposta às medidas não invasivas, sendo necessária intubação orotraqueal. Relatado via aérea difícil, sendo prosseguida intubação com a utilização de tubo orotraqueal n.8 após algumas tentativas mal sucedidas. Contudo, devido a grande vazamento, optou-se por troca do tubo pelo n.9, o qual ainda permaneceu com vazamento. Nesse momento, houve suspeita de lesão de via aérea. Na laringoscopia, foi visualizada grande quantidade de secreção mucopurulenta. Paciente evoluiu com choque séptico de foco presumível pulmonar, sendo conduzido em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Apresentava como comorbidades relatadas hipertensão, diabetes e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Após estabilidade do quadro inicial, foi realizada tomografia de tórax no 5º dia de internação hospitalar (DIH), a qual evidenciou traqueia e brônquios fontes com achatamentos, calibre traqueal em torno de 4 cm e bronquiectasias, sendo feito o diagnóstico de traqueobroncomegalia (fig. 01). Em seguida, foi efetuada broncoscopia, que comprovou os achados da tomografia e descartou lesão da via aérea. Devido ao tempo prolongado de ventilação mecânica e melhora clínica, no 20º DIH e de intubação foi realizada traqueostomia. Tal procedimento ocorreu sem intercorrências, sendo utilizado traqueóstomo de plástico n. 10 (maior disponível na unidade), porém, no mesmo dia, o paciente descompensou com quadro respiratório, não sendo possível ventilar pelo traqueóstomo devido a vazamento importante, sendo optado por nova intubação orotraqueal. Após melhora importante do quadro, foi tentada extubação no 33º DIH. Entretanto, paciente evoluiu com fadiga respiratória, sendo novamente intubado.

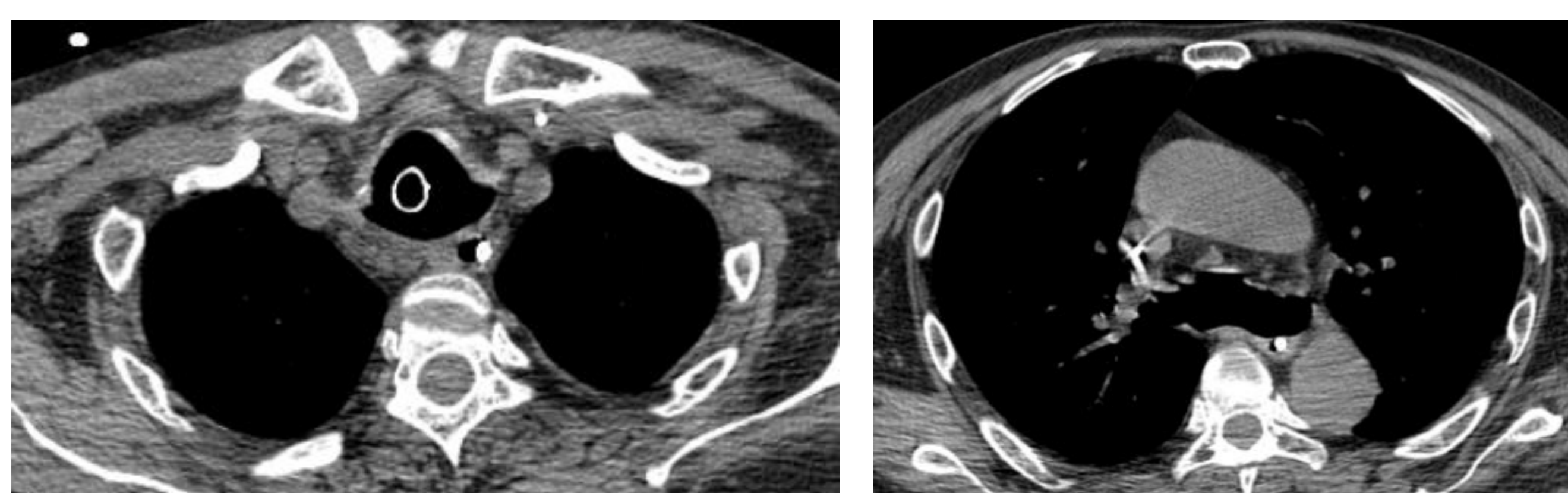


FIG 01. Tomografia de tórax evidenciando dilatação traqueobrônquica

A fim de prosseguir com a melhor conduta, seu caso foi discutido em sessão clínica da unidade, sendo optado por nova tentativa de traqueostomia utilizando o traqueóstomo mais longo possível, evitando, dessa forma, que a porção distal do traqueóstomo fosse ocluída ao tocar nas paredes da traqueia doente. Devido à indisponibilidade de traqueóstomos que preencham todos os requisitos dessa situação no mercado, foi confeccionado um dispositivo, de forma artesanal, utilizando um tubo orotraqueal n.9,5 acoplado a um conector universal para ventilação de um traqueóstomo de paciente obeso (fig.02). Desse modo, o paciente evoluiu com melhora do quadro, sendo desmamado da ventilação mecânica. Destarte, o dispositivo descrito propiciou adaptação e desmame adequados da ventilação mecânica.



FIG 02. Traqueóstomo adaptado

CONCLUSÕES

A traqueobroncomalácia é caracterizada por uma dilatação da traqueia e dos brônquios principais, podendo ser de origem congênita, adquirida ou idiopática^(1,2,3). No caso apresentado, não se encontrou uma causa evidente, sendo classificada como idiopática. Nessa condição, devido à diminuição do *clearance* mucociliar, ocorre uma predisposição ao acúmulo de secreções, resultando em tosse, dispneia, pneumonias de repetição e bronquiectasia^(4,5), compatível com a história do paciente em questão. O grande diferencial do caso apresentado está no manejo da via aérea, já que não dispomos de outros dispositivos que pudessem ser utilizados em uma via aérea tão dilatada quanto a apresentada. Com a confecção do dispositivo de forma artesanal, obtivemos sucesso na evolução do desmame da ventilação mecânica com grande benefício para a abordagem do caso.

REFERÊNCIAS

1. CASO, J A Arranz *et al.* [Mounier-Kuhn syndrome. 2 representative cases of its clinical spectrum]. *Revista Clínica Espanola*, [s. l.], v. 196, n. 4, p. 237-239, abr. 1996.
2. FORTUNA, Fabrício Piccoli *et al.* Mounier-Kuhn syndrome. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, [s. l.], v. 32, n. 2, p. 180-183, 2006.
3. MENON, Balakrishnan *et al.* Mounier-Kuhn Syndrome: report of 8 cases of tracheobronchomegaly with associated complications. *Southern Medical Journal*, [S.L.], v. 101, n. 1, p. 83-87, jan. 2008.
4. NÓBREGA, Bruno Barcelos da *et al.* Traqueobroncomegalia (síndrome de Mounier-Kuhn): relato de caso e revisão da literatura. *Radiologia Brasileira*, [S.L.], v. 35, n. 3, p. 187-189, jun. 2002.
5. WIESNER, B *et al.* [Tracheobronchomegaly--Mounier-Kuhn syndrome--case report and review of the literature]. *Pneumologie*, [s. l.], v. 51, n. 3, p. 291-295, mar. 1997.