

Relato de Caso

Intubação Desperta Sentado e Frente a Frente como Alternativa em uma Via Aérea Difícil: Relato de Caso

Camila Gomes Dall'Aqua ¹, David Ribeiro do Nascimento ¹, Katharina Lanza Japolino ¹, Marina Ayres Delgado ^{1,*}

¹ Divisão de Anestesiologia, Departamento de Cirurgia, Hospital das Clínicas de Belo Horizonte, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

* Correspondência: marina.ayres.delgado@gmail.com.

Resumo: A intubação traqueal em paciente desperto é uma habilidade essencial para anestesiológicos, especialmente em casos de trauma em que o posicionamento padrão não é viável. Embora a posição supina com a cabeça em “farejar” seja comumente utilizada, a abordagem sentada permanece subutilizada e carece de padronização, apesar de suas vantagens. Relatamos o caso de um homem de 24 anos com uma chave de fenda cravada na coluna torácica, que não conseguia se deitar e necessitava de intervenção cirúrgica urgente. A intubação com fibroscópio em paciente desperto foi realizada com sucesso na posição sentada, frente a frente, utilizando remifentanil administrado por infusão controlada por alvo. Planos de contingência foram estabelecidos, incluindo preparo para acesso cirúrgico emergencial às vias aéreas e disponibilidade de um segundo anestesiológico. A técnica permitiu o manejo seguro das vias aéreas sem comprometer a estabilidade da coluna. A anestesia geral foi então induzida sem complicações, e tanto o procedimento quanto a recuperação transcorreram sem intercorrências. O paciente recebeu alta sem sequelas. Este caso destaca as vantagens práticas da intubação desperta na posição sentada, incluindo melhor drenagem de secreções pela gravidade e navegação facilitada do broncoscópio com mínima manipulação. A familiaridade e o treinamento nesta técnica podem aumentar a segurança do paciente e ampliar as estratégias de manejo das vias aéreas do anestesiológico em cenários complexos.

Palavras-chave: Manejo das Vias Aéreas; Anestesia; Intubação.

Citação: Dall'Aqua CG, Nascimento DR, Japolino KL, Delgado MA. Intubação Desperta Sentado e Frente a Frente como Alternativa em uma Via Aérea Difícil: Relato de Caso. Brazilian Journal of Case Reports. 2025 Jan-Dec;05(1):bjcr95.

<https://doi.org/10.52600/2763-583X.bjcr.2025.5.1.bjcr95>

Recebido: 30 Abril 2025

Aceito: 26 Junho 2025

Publicado: 30 Junho 2025



Copyright: This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0).

1. Introdução

O manejo das vias aéreas em pacientes despertos é uma competência crítica para anestesiológicos, oferecendo benefícios bem estabelecidos, como a preservação do tônus e da permeabilidade das vias aéreas superiores, a manutenção da ventilação espontânea e a proteção contra aspiração por meio dos reflexos das vias aéreas preservados. As indicações para intubação em paciente desperto incluem expectativa de dificuldade na laringoscopia ou intubação, dificuldade na ventilação com máscara ou na inserção de dispositivos supraglóticos, e alto risco de aspiração ou dessaturação rápida [1]. Cenários adicionais, como trauma facial ou de vias aéreas e instabilidade da coluna cervical, são frequentemente encontrados em contextos de trauma.

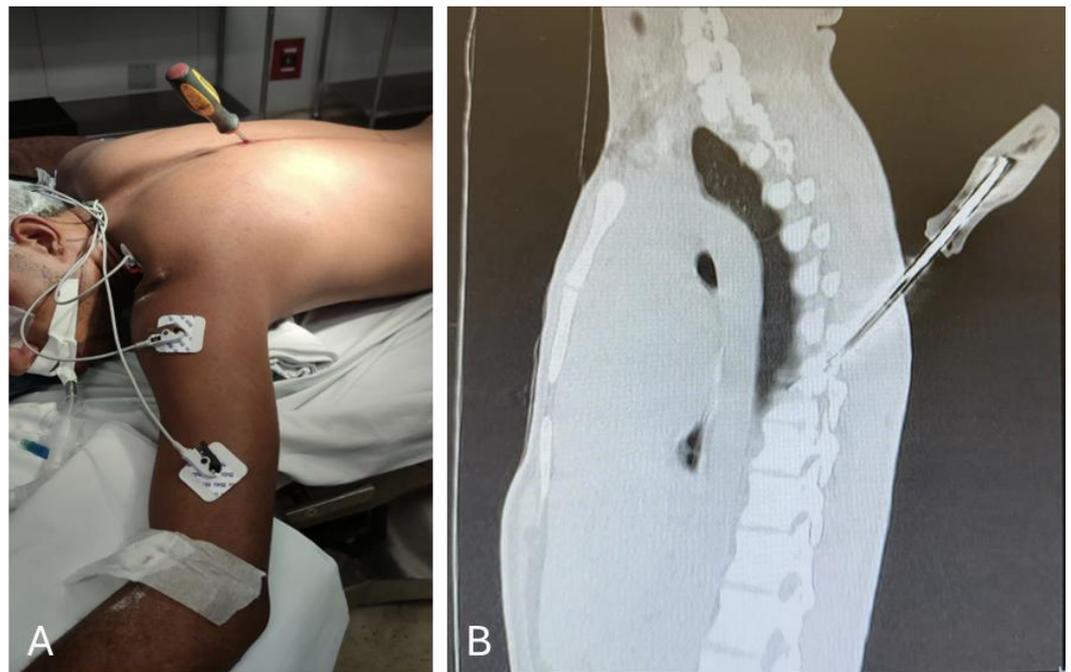
O posicionamento do paciente desempenha um papel fundamental no manejo das vias aéreas. A posição de “farejar” (sniffing), em decúbito dorsal, que envolve a flexão cervical com extensão atlanto-occipital, alinha os eixos oral, faríngeo e laríngeo para facilitar a visualização. No entanto, essa posição pode não ser tolerada por pacientes com lesões na coluna vertebral ou trauma penetrante. Nesses casos, abordagens alternativas devem ser adotadas. A intubação com fibroscópio em paciente desperto na posição

sentada foi descrita pela primeira vez em 1984 [2], mas, apesar de seus benefícios potenciais, essa técnica permanece relativamente pouco familiar e pouco padronizada. Neste artigo, relatamos um caso que demonstra sua utilidade em um paciente politraumatizado e propomos considerações para a aplicação segura e reprodutível dessa técnica.

2. Relato de Caso

Um homem de 24 anos, previamente saudável (76 kg), deu entrada no departamento de emergência após uma agressão, com uma chave de fenda cravada na coluna torácica (Figura 1A). Estava hemodinamicamente estável, respirando espontaneamente em ar ambiente e capaz de deambular. A tomografia computadorizada de tórax, realizada na posição prona, revelou um objeto metálico alojado no pedículo esquerdo da sétima vértebra torácica, obliterando o forame neural e penetrando o corpo vertebral (Figura 1B). Nenhuma fratura adicional ou lesão mediastinal foi identificada. Embora não houvesse sinais de compressão medular, o risco de instabilidade vertebral e lesão neurológica secundária era significativo.

Figura 1. A. Paciente em posição prona após intubação bem-sucedida, com uma chave de fenda inserida na coluna torácica. B. A tomografia computadorizada revelou um objeto metálico alojado no pedículo esquerdo da sétima vértebra torácica, obliterando o forame neural e penetrando o corpo vertebral.



Nesses casos, o reposicionamento ou a manipulação do objeto cravado pode resultar em lesão aguda da medula espinhal por edema, hemorragia ou trauma direto. Portanto, a manutenção do alinhamento da coluna durante o manejo das vias aéreas é crucial para evitar deterioração neurológica. Na sala cirúrgica, o plano de intubação em paciente desperto foi cuidadosamente explicado ao paciente. A avaliação das vias aéreas revelou classe II de Mallampati, abertura bucal adequada, boa mobilidade cervical e distância tiromentoniana normal. A nasofaringe e a orofaringe foram topicadas com lidocaína a 10% em spray. As cordas vocais foram anestesiadas utilizando a técnica "spray-as-you-go" com lidocaína a 1% administrada pelo canal de trabalho do broncoscópio.

A sedação foi realizada com remifentanil a 1,5 ng/mL por infusão controlada por alvo (TCI), escolhida por seu rápido início de ação, curta meia-vida sensível ao contexto e capacidade de titulação, permitindo conforto ao paciente sem comprometer a ventilação

espontânea. Dois anesthesiologistas estavam presentes: um responsável pela intubação e outro para intervir em caso de complicações. Uma enfermeira treinada forneceu apoio lateral, garantindo que o paciente permanecesse sentado, sem contato dorsal, o que poderia agravar a lesão espinhal. O paciente foi posicionado sentado e de frente para o anesthesiologista (Figura 2). O broncoscópio flexível foi introduzido pela via oral com auxílio de uma cânula VAMA®. Com o broncoscópio orientado na linha média e elevado em direção à entrada laríngea, a glote foi visualizada. Após a identificação da carina, um tubo endotraqueal de 8,0 mm foi avançado sobre o escopo, e o posicionamento correto foi confirmado por capnografia.

Figura 2. Ilustração esquemática mostrando o paciente em posição sentada, frente a frente com o anesthesiologista durante a intubação desperta utilizando broncoscópio flexível.



A anestesia geral foi induzida com 160 mg de propofol, 50 mg de rocurônio e 200 mcg de fentanil. O paciente foi cuidadosamente reposicionado para a posição prona em coordenação com a equipe cirúrgica. A chave de fenda foi removida sob visualização direta, revelando uma fratura moderada da faceta articular. A cirurgia transcorreu sem intercorrências. O paciente foi extubado na sala cirúrgica e transferido para a UTI para observação por 24 horas. Permaneceu neurologicamente íntegro e recebeu alta hospitalar dois dias depois.

3. Discussão

Este caso ilustra o uso bem-sucedido da intubação desperta na posição sentada, realizada com broncoscopia flexível, em um paciente politraumatizado com empalamento torácico da coluna vertebral, em que o posicionamento convencional em decúbito dorsal era contraindicado. A posição sentada ofereceu diversas vantagens, como a drenagem gravitacional de secreções, melhor visualização das estruturas das vias aéreas e um acesso direto à glote com manipulação mínima [3]. Embora relatos anteriores descrevam a intubação na posição sentada com o anestesiológista posicionado lateralmente ao paciente [2], adotamos a técnica frente a frente, que melhorou a ergonomia e o controle do broncoscópio, reproduzindo de forma mais fiel os movimentos utilizados na intubação com fibroscópio em decúbito dorsal. Embora a intubação desperta frente a frente já tenha sido descrita com o uso de videolaringoscopia, a literatura específica para broncoscopia flexível nessa orientação é limitada [4].

Um dos principais desafios neste caso foi a ausência de apoio dorsal, o que exigiu sedação cuidadosa para manter a permeabilidade das vias aéreas e a colaboração do paciente. Em contraste com os casos que envolvem massas mediastinais, em que os pacientes podem permanecer em posição semi-reclinada com suporte nas costas, este paciente necessitou de posicionamento totalmente vertical e sem contato [5]. Nossa estratégia envolveu sedação mínima com remifentanil por infusão controlada por alvo (TCI) e constante tranquilização verbal. Importante destacar que a permeabilidade das vias aéreas foi mantida, sem ocorrência de dessaturação ou obstrução.

Após a intubação bem-sucedida e indução anestésica, o reposicionamento cuidadoso para a posição prona foi realizado em parceria com a equipe cirúrgica, priorizando a proteção da coluna vertebral. Essa colaboração interdisciplinar é fundamental em casos de trauma com potencial instabilidade vertebral.

4. Conclusão

A intubação desperta na posição sentada utilizando broncoscopia flexível é uma estratégia viável e eficaz em pacientes politraumatizados selecionados, quando o posicionamento convencional não é possível. Este caso ressalta a importância da preparação técnica, da sedação precisa e do trabalho em equipe coordenado para garantir a segurança das vias aéreas e a proteção da coluna. A familiaridade e o treinamento mais amplos com essa técnica podem ampliar as ferramentas do anestesiológista, especialmente em cenários complexos e de alto risco.

Financiamento: Nenhum.

Aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa: Foi obtido consentimento informado por escrito do paciente para publicação dos dados clínicos e das imagens de forma anonimizada. O estudo seguiu as diretrizes éticas estabelecidas na Declaração de Helsinque.

Agradecimentos: Nenhum.

Conflitos de Interesse: Nenhum.

Referência

1. Apfelbaum JL, Hagberg CA, Connis RT, Abdelmalak BB, Agarkar M, Dutton RP, et al. 2022 American Society of Anesthesiologists Practice Guidelines for Management of the Difficult Airway. *Anesthesiology*. 2022;136:31–81.
2. Shapiro HM, Sanford TJ, Schaldach AL. Fiberoptic stylet laryngoscope and sitting position for tracheal intubation in acute superior vena caval syndrome. *Anesth Analg*. 1984;63(2):161–2.
3. Saxena KN, Kumar S, Taneja B, Gaba P. Awake fiberoptic intubation in the sitting position in a patient with a huge goitre. *Case Rep Anesthesiol*. 2011;2011:1–3.
4. Suzuki A, Terao M, Aizawa K, Sasakawa T, Henderson JJ, Iwasaki H. Pentax-AWS airway scope as an alternative for awake flexible fiberoptic intubation of a morbidly obese patient in the semi-sitting position. *J Anesth*. 2009;23(1):162–3.

5. Etemadi SH, Bahrami A, Farahmand AM, Zamani MM. Sitting nasal intubation with fiberoptic in an elective mandible surgery under general anesthesia. *Anesthesiol Pain Med.* 2015;5(6):5-8.