

Disfunção respiratória no pós-operatório imediato de adenoamigdalectomia

Denise Manica¹, Mariana Magnus Smith²

Adenotonsillectomy - immediate post operative respiratory distress

Palavras-chave: adenoidectomia, amigdalectomia, apnéia, edema pulmonar.

Keywords: adenoidectomy, apnea, pulmonary edema, tonsillectomy.

INTRODUÇÃO

O edema pulmonar pós-obstrutivo, uma forma de edema pulmonar não-cardiogênico¹, é uma patologia rara. Tal condição foi primeiramente descrita em humanos em 1973² e sua incidência é difícil de precisar já que a maioria dos estudos são relatos de caso. Dois mecanismos distintos têm sido descritos na literatura. O tipo I é aquele que segue uma obstrução aguda de via aérea, como laringoespasma, que pode ocorrer após qualquer procedimento cirúrgico, sendo mais comum após cirurgias otorrinolaringológicas³. O tipo II ocorre após alívio de uma obstrução crônica da via aérea, sendo considerado menos comum que o tipo I⁴. Apresentamos relato de paciente submetido à adenoamigdalectomia que evoluiu com disfunção respiratória no pós-operatório imediato.

APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente masculino, 2 anos e 8 meses, foi atendido em emergência pediátrica por disfunção respiratória. Mãe referia história de roncos e episódios de apnéia há 1 ano, com piora nas últimas 2 semanas. Ao exame físico, esforço ventilatório inspiratório, com retração subcostal. A saturação se mantinha entre 98 e 100% enquanto acordado, apresentando episódios de queda até 82% durante sono. À orofaringoscopia foi observada hipertrofia de tonsilas palatinas grau 4/5, sendo a ausculta pulmonar normal. O paciente foi submetido à adenoamigdalectomia, realizada sem intercorrências. No pós-operatório imediato, a criança apresentou agitação, com queda de saturação, sem resposta à oxigenioterapia por cateter nasal. Não havia estridor ou outro sinal de obstrução respiratória alta. O paciente foi colocado em máscara de Venturi e foi realizada nebulização com adrenalina, havendo melhora do padrão ventilatório. RX de tórax demonstrou infiltrado intersticial difuso, sem aumento de volume cardíaco

(Figura 1). O paciente necessitou de suporte ventilatório por aproximadamente 24 horas. RX de tórax repetido após 2 dias foi normal.

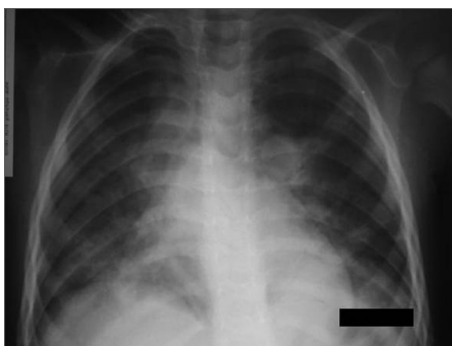


Figura 1. RX de tórax durante quadro de disfunção respiratória demonstrando infiltrado intersticial bilateral.

DISCUSSÃO

A história clínica do paciente apresentado sugere fortemente o diagnóstico de edema pulmonar pós-obstrutivo tipo II, uma vez que havia obstrução crônica da via aérea resolvida rapidamente através de cirurgia e a ausência de sinais de obstrução de via aérea alta. O edema pulmonar tipo II é explicado pela pressão expiratória final positiva gerada pela obstrução crônica da via aérea. Quando esta é aliviada, a diminuição brusca da pressão intratorácica faz com que o retorno venoso aumente, aumentando a pressão hidrostática e gerando edema⁶. Já no tipo I, o esforço ventilatório para vencer a obstrução aguda gera uma pressão negativa suficiente para aumentar o volume sanguíneo, aumentando a pressão hidrostática e gerando edema⁶.

Os dois tipos de edema apresentam quadro clínico similar com disfunção respiratória, taquipnéia, taquicardia, queda de saturação, roncos e crepitações à ausculta pulmonar. No entanto, esses quadros podem se apresentar como um achado radiológico isolado, assintomático⁴.

O tratamento utilizado no pacien-

te apresentado, com monitorização em unidade de terapia intensiva pediátrica e administração de oxigênio suplementar está de acordo com o recomendado na literatura^{4,6}. A infusão de líquidos deve ser cuidadosa e o uso de diurético deve ser feito com parcimônia⁶. O uso de corticóide pode ser útil, considerando dano alveolar na patogênese do edema. A completa resolução do edema em geral se dá em 24 horas³, tendo sido esta a evolução observada no caso clínico apresentado.

COMENTÁRIOS FINAIS

É fundamental que os profissionais que prestam assistência a pacientes pediátricos portadores de doença obstrutiva crônica da via aérea tenham conhecimento da possibilidade de desenvolvimento de edema pulmonar pós-obstrutivo no pós-operatório de tais pacientes. Apesar de esta ser uma complicação autolimitada na maioria das vezes, necessitando apenas de monitorização e suplementação de oxigênio, o início rápido pode levar a um quadro potencialmente fatal se um reconhecimento e intervenção precoces não forem realizados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tarrac SE. Negative Pressure Pulmonary Edema - A Postanesthesia Emergency. J Perianesth Nurs. 2003; 18(5): 317-23.
2. Capitanio MA, Kirkpatrick JA. Obstructions of the upper airway in children as reflected on the chest radiograph. Radiology. 1973;107:159-61.
3. Mehta VM, Har-El G, Goldstein NA. Postobstructive Pulmonary Edema After Laryngospasm in the Otolaryngology Patient. Laryngoscope. 2006;116:1693-6.
4. Kooy MAV, Gargiulo RF. Postobstructive Pulmonary Edema. Am Fam Physician. 2000; 62: 401-4.
5. Brodsky L. Modern assessment of tonsils and adenoids. Pediatr Clin North Am. 1989; 36: 1551-69.
6. Guffin TN, Har-El G, Sanders A, Lucente FE, Nash M. Acute postobstructive pulmonary edema. Otolaryngol Head Neck Surg. 1995;112:235-7.

¹ Médica Residente do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

² Mestre em Pediatria pela UFRGS. Médica Otorrinolaringologista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da BJORL em 29 de maio de 2007. cod. 4562. Artigo aceito em 1 de setembro de 2007.