

Traqueostomia

Alaor Teixeira

Teresinha M. C. Teixeira

Segundo nos revela a prática médica diária, a traqueostomia se constitui num tipo de intervenção cirúrgica que, com bastante frequência, tem suas indicações e execução solicitadas não sómente no terreno da urgência como em casos relacionados com a complementação de tratamento clínico e/ou cirúrgico. Exatamente por isto julgam os AA. não ser ocioso recordar - nesta publicação e de forma sumária - os principais tópicos que a caracterizam.

CONCEITO: — Conceituamos traqueostomia como sendo o procedimento transoperatório por intermédio do qual induzimos a comunicação da luz traqueal com o plano cutâneo da região cervical.

CLASSIFICAÇÃO: — As traqueostomias podem ser classificadas:

1º — Quanto à sua localização anatômica:

- a) Traqueostomia ALTA — efetuada ao nível dos 3 primeiros anéis traqueais, proximal ao istmo da glândula tireóide;
- b) Traqueostomia BAIXA — assestada na altura dos 4 últimos anéis traqueais, distal ao istmo tireoideu;

2º — Quanto à indicação Clínica:

- a) Traqueostomia TEMPORÁRIA
- b) Traqueostomia DEFINITIVA

INDICAÇÕES: — Basicamente indicada naqueles casos de obstrução mecânica alta (temporária ou definitiva) localizada acima da árvore traqueal, tem a mesma em nossos dias valiosa utilização nos casos de traumatismos crânio-encefálicos (pacientes comatosos), em determinados tipos clínicos de broncopneumonias (limpeza da árvore respiratória) e naqueles casos nos quais está indicada respiração artificial controlada com tempo prolongado de utilização (Bird).

SISTEMATIZAÇÃO TÉCNICA: — As FIGURAS que documentam esta publicação divulgam — de forma clara — os principais objetivos e os tempos fundamentais da manipulação visceral transoperatória relacionados com a execução dos tempos cirúrgicos em análise.

OBSERVAÇÕES: — Naqueles casos para os quais está indicada uma traqueostomia TEMPORÁRIA, desaparecido o obstáculo mecânico que indicou a feitura da mesma, a simples retirada da cânula se constitui no procedimento indicado, já que a ostomia ao nível da luz traqueal — como de resto todas as ostomias — tem tendência natural a se obliterar, através do trabalho específico do conjuntivo, mobilizado em tais circunstâncias, pelo organismo.

FIGURA 1: — Instrumental utilizado e sistematização técnica transoperatória adotada para a execução de uma traqueostomia Alta (ao nível dos tres primeiros aneis traqueais, proximal ao ístmo da glândula tireóide). Verificamos: em A o instrumental necessário, salientando-se uma pinça de TROUSSEAU (seta) atualmente pouco utilizada (devido ao tipo de abertura que se efetua, presentemente, na traqueia); uma cânula para traqueostomia de material plástico descartável (a) e outra, metálica (b), subdividida em seus tres elementos constituintes: cânula externa (1), cânula interna (2) e mandril (3); em B detalhe dos diversos tipos e tamanhos de cânulas geralmente utilizadas na prática diária, visando manter a comunicação da luz traqueal com o plano cutâneo ventral da região cervical: em (a) no sentido indicado pela seta — os diversos tamanhos de cânulas metálicas (tipo Krishaber), utilizáveis segundo a idade e característicos anatômicos dos pacientes e, em (b) — segundo a orientação da seta — tipos, modelos e tamanhos de cânulas descartáveis de material plástico — providas ou não de balonetes (algumas delas — não representadas na documentação em

análise — com até dois balonetes acoplados) — para a mesma finalidade; em C a posição correta do paciente na mesa cirúrgica: decúbito dorsal com hiperextensão cervical (visando posicionar a traqueia o mais próximo possível do plano superficial ventral da região cervical). obtida através da utilização de um coxim localizado ao nível cintura escapular; em D a via de acesso, representada por uma incisão transversal de 1 a 2 cm de extensão, localizada dois dedos transversos acima do manúbrio esternal. A traqueia encontra-se situada, na região cervical, ao nível da linha média, na altura da bissetriz do ângulo formado pela inserção distal dos mm. esternoclidomastoideus — ângulo traqueostômico de Jackson). Este tipo de incisão — além de proporcionar a obtenção de um resultado estético final de melhor aparência — permite ao cirurgião respeitar de forma rigorosa um dos princípios fundamentais de técnica cirúrgica, segundo o qual toda a via de acesso deve ser perpendicular ao trajeto do objetivo cirúrgico visado, possibilitando, destarte, a presença do mesmo sempre identificável ao nível do campo cirúrgico (Continua).

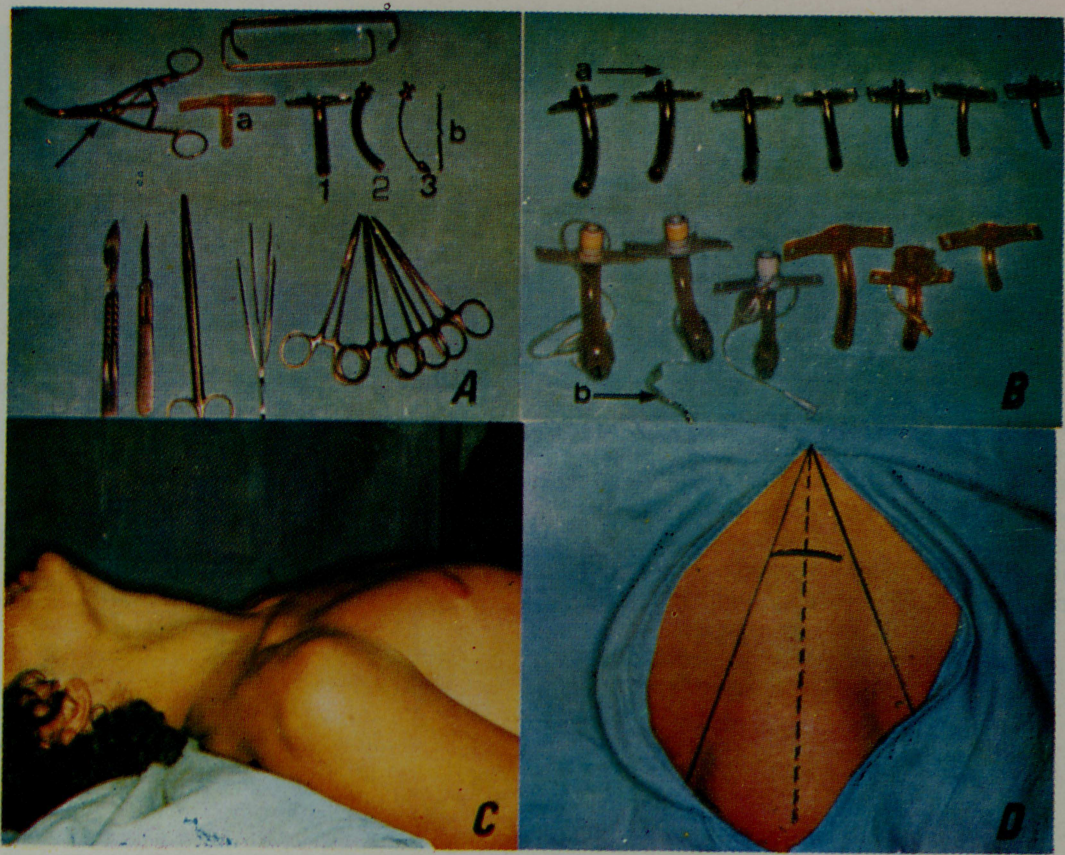


FIGURA 3: — Traqueostomia (Conclusão): em I excisão (ao nível do anel traqueal) de um segmento circular com diâmetro aproximadamente igual ao calibre da cânula a ser utilizada, a fim de que o ar — ao infiltrar-se entre a parede da cânula e o orifício efetuado na parede traqueal — não determine o estabelecimento do enfisema subcutâneo, o qual pode evoluir, em determinados casos, até a extubação do paciente. A seta identifica a extremidade do mandril o qual — exteriorizando-se pela extremidade distal da cânula externa — permite a introdução des-

ta no luz da traquéia; em J colocação da cânula externa na traquéia e retirada do mandril; em K e L, o aspecto final da intervenção, após a fixação da cânula externa (por um cadarço colocado ao nível dos dois orifícios situados na platina da mesma) ao pescoço e colocação da cânula interna em sua posição. A abertura da luz traqueal não deve nunca ser feita por intermédio de uma incisão longitudinal ou mesmo transversal linear, pois a porção da parede invaginada pela cânula terminará se fixando nesta posição, induzindo a este nível uma estenose.

