



## Anestesia em paciente com mioepitelioma em palato duro utilizando nasofibroscopia.

Cleóstenes F. do Vale Júnior<sup>1</sup>, Wagner de Paula Rogerio<sup>2</sup>, Andrezza Monteiro Rodrigues da Silva<sup>3</sup>, Clarissa de Magalhães Pereira de Souza<sup>4</sup>.

1-Médico graduado em medicina pela Universidade Nilton Lins. Residente em anestesiologia na Fundação Adriano Jorge,

2-Médico graduado em medicina pela Universidade... Título de Especialista em Anestesiologia. Membro da Sociedade Brasileira de Anestesiologista,

3-Médica graduada pela Universidade Federal do Amazonas. Título de Especialista em Anestesiologia. Membro da Sociedade Brasileira de Anestesiologista. Professora Adjunta da Universidade do Estado do Amazonas,

4-Médica graduada pela universidade Federal do Amazonas. Residente em Anestesiologia na Fundação Adriano Jorge. Endereço para correspondência: drcfvj@icloud.com

### Resumo

O mioepitelioma é uma lesão tumoral de células mioepiteliais de caráter benigna, bastante raro. Dependendo do seu tamanho e localização pode levar o paciente a se encaixar na condição de via aérea difícil. Objetivo: relatar o caso de um paciente portador de via aérea difícil devido a presença de um mioepitelioma em região de palato duro, demonstrando a importância de um bom planejamento anestésico frente a abordagem e obtenção da via aérea de uma forma definitiva e segura. Método e base teórica: Para realização do procedimento foi programada uma avaliação previa da via aérea, através de laringoscopia, após bloqueios dos nervos laríngeo superior e recorrente, seguida da obtenção definitiva da mesma através nasofibroscopia, sendo este considerado o método padrão-ouro para aquisição de via aérea difícil. Tendo como base teórica utilizamos um conjunto de obras relacionadas com a temática, tais quais: Lukte Claudia, Stackhouse Robin, Jeffrey L. Apfelbaum, Carin A. Hagberg, C. Frerk, V.S. Mitchell. Resultados: O planejamento anestésico adequado através da avaliação e abordagem cuidadosa, com técnicas e materiais apropriados, da via aérea em paciente portador de via aérea difícil, como no do caso acima relatado, tende a alcançar o resultado positivo esperado. No caso relatado o paciente foi avaliado e posteriormente realizada indução anestésica e intubação nasotraqueal sem intercorrência com o ato cirúrgico transcorrendo sem anormalidades.

**Palavra-chaves:** Via aérea difícil; Mioepitelioma; Anestesia.

### Abstract

Myoepithelioma is a quite rare myoepithelial cell tumor, of a benign nature. Depending on its size and location, it may lead the patient to have criteria for a difficult airway. Objective: to report the case of a patient with a difficult airway due the presence of a myoepithelioma in the hard palate region, this way showing the importance of a good anesthetic planning in the face of difficult airways, obtaining it in a definitive and safe way. Method and theoretical basis: For the achievement of the procedure, a previous evaluation of the airway was executed through laryngoscopy, after superior and recurrent laryngeal nerve blocks, followed by definitive nasofibroscope, considered the gold standard method for difficult airway management. Having as theoretical basis a set of papers related to the subject, such as: Lukte Claudia, Robin Stackhouse, Jeffrey L. Apfelbaum, Carin A. Hagberg, C. Frerk, V.S. Mitchell. Results: Appropriate anesthetic planning through the evaluation and careful approach, with appropriate techniques and materials, of the airway in a patient with difficult airway, as in the case reported above, tends to reach the expected positive result. In the case reported, the patient was evaluated and subsequently underwent general anesthesia, the nasotracheal intubation happening without adverse events reports, the surgical procedure also following without any incidents.

Keywords: Difficult air route; Myoepithelioma; Anesthesia.

## Introdução

O mioepitelioma é um tumor das glândulas salivares (TGS) de natureza benigna, bastante rara, composto por células mioepiteliais, com uma incidência de 1% dos TGS, sem predileção por sexo<sup>1</sup>. Relatado pela primeira vez por Sheldon em 1943, podendo conter em sua estrutura estroma mucóide ou hialino acelular<sup>2</sup>. Não contém áreas mixóides ou condróides e não possui células capazes de formar ductos, o que ajuda na diferenciação com adenoma pleomórfico.

A sua localização mais frequente é na glândula parótida podendo aparecer em outros locais da mucosa oral, esta característica pode leva o paciente a apresentar uma via aérea difícil a qual é definida como a situação na qual um anestesista treinado encontra dificuldade para intubar, ventilar ou executar ambos os procedimentos<sup>3</sup>.

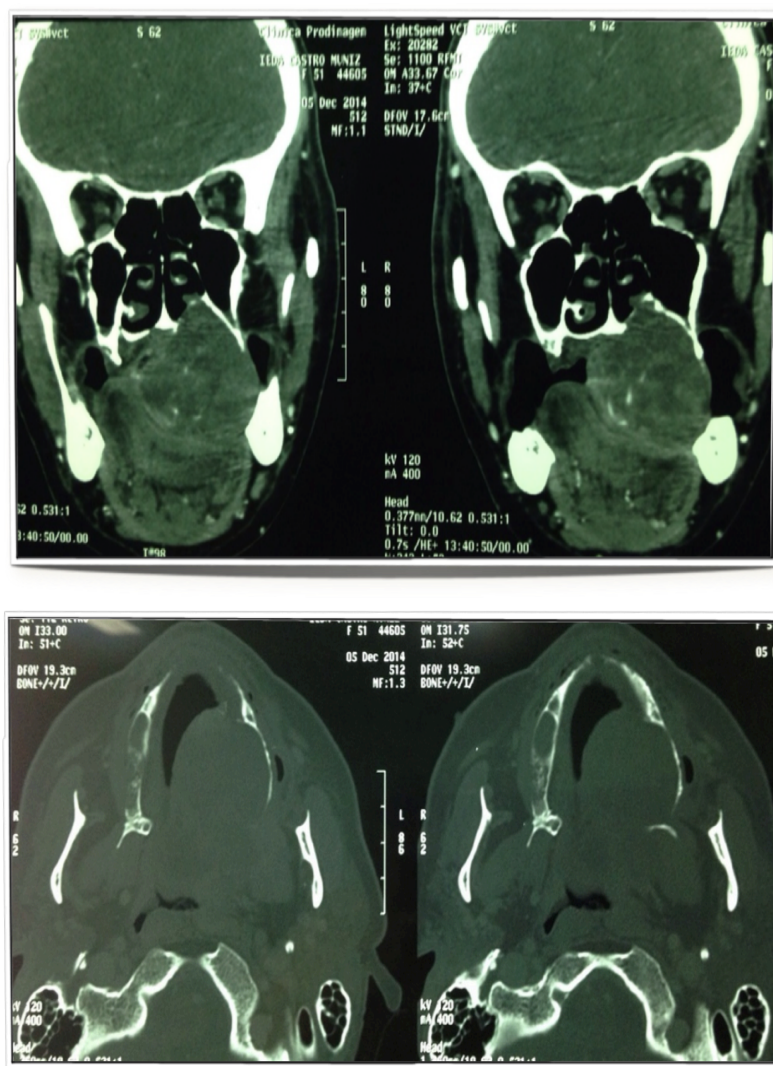
O mioepitelioma tem como aspecto macroscópico um nódulo bem delimitado de cápsula fibrosa e microscopicamente proliferação de células fusiformes formando fascículo, com células claras ou epiteliais de permeio. Seu diagnóstico é realizado por meio de estudo anatomopatológico e de imunohistoquímica. Possui como diagnóstico diferencial: adenocarcinoma de células claras, neurinoma, histiocitoma fibroso e fascite nodular<sup>1</sup>.

O surgimento de um mioepitelioma maligno é bem menos frequente, sendo geralmente composto por células mioepiteliais atípicas, com alta atividade mitótica e crescimento agressivo, podendo surgir da diferenciação de um tumor benigno<sup>4</sup>.

O tratamento para tumores pequenos, que estejam causando poucos sintomas, baseia-se na possibilidade de terapia de supressão com os hormônios tireoidianos. Já para os tumores que estejam causando disfagia severa e obstrução de vias aéreas superiores, o tratamento escolhido é a excisão da lesão<sup>5</sup>. A biópsia excisional deve ser evitada, pois pode favorecer a recidiva pela disseminação de focos não contíguos dentro da glândula<sup>1</sup>.



Figura 1: Mioepitelioma em TC de crânio



### Relato de Caso

Paciente do sexo feminino, 51 anos, 62kg, estado físico P1, com queixa de massa em região do palato duro há cerca de 18 anos, apresentando dificuldade para deglutição. Programado cirurgia para exérese da lesão. No exame físico da cavidade oral constatou-se Mallampati 4 e massa de grande volume. Exames laboratoriais e de imagem sem alterações.

Em sala operatória realizada monitorização com oximetria de pulso, cardioscopia e pressão arterial não invasiva. Em um primeiro momento foi

planejada a intubação com a paciente acordada. Realizados então o bloqueio do nervo laríngeo superior (técnica de Labat) e a punção translaríngea com 3 ml de lidocaína a 2% sem vasoconstritor. Na laringoscopia verificou-se grau 2 de Cormack-Lehane e então foi optado pela indução anestésica com propofol por infusão alvo-controlada (IAC), com alvo de 4 $\mu$ g/ml, remifentanil em IAC de 3ng/ml e succinilcolina em bolus na dose de 1,5mg/kg e posterior intubação nasal com fibroscópio, sendo esta confirmada com a visualização da carina e curva de capnografia. Procedimento anestésico-cirúrgico realizado em 3 horas sem intercorrência. Extubada paciente em sala e encaminhada para sala de recuperação pós-anestésica, em ar ambiente e estável hemodinamicamente.

Figura 3: Peça anatômica do mioepitelioma



## Discussão

O reconhecimento de pacientes com preditores de via aérea difícil é de fundamental importância, para isso se faz necessário um exame físico detalhado com observação das deformidades faciais, das distâncias interincisivos e tireomentoniana, classificação de Mallampati, largura e comprimento do pescoço, mobilidade cervical, conformação do palato, complacência do espaço retromandibular, entre outros fatores<sup>5</sup>.

O primeiro passo é maximizar a probabilidade de uma intubação bem sucedida através de um bom posicionamento na tentativa de alinhar dos eixos



da via aérea e otimizando também a pré-oxigenação, assim adquirindo um maior tempo de reserva para o período de apneia<sup>6</sup>.

Nos casos como no acima relatado, na abordagem inicial deve-se dar preferência para intubação traqueal com paciente acordado visto que esta técnica possui uma efetividade de 88-100% (evidência B3-B)<sup>8</sup>, a qual deve ser realizada com bloqueio dos nervos glossofaríngeo através de anestésico local spray, laríngeo superior através da palpação do corno superior da cartilagem tireóide e laríngeo recorrente com abordagem percutânea na fúrcula tireoidiana utilizando lidocaína a 2%<sup>9</sup>. Dando preferência pela intubação traqueal acordado sempre que possível a fibroscopia de fibra óptica flexível (padrão ouro) será recomendada em pacientes com doenças de coluna cervical, tumores de cabeça e pescoço, obesidade mórbida ou historia de dificuldade de ventilação ou intubação<sup>9</sup>.

Outras opções que poderiam ser utilizadas no manejo de uma via aérea difícil seriam a ventilação por máscara laríngea Fastrach com sucesso de até 95% ou por estilete guia (bougie)<sup>10</sup>. Já a intubação retrógrada e intubação as cegas constituem métodos reservados para situações eletivas de via aérea difícil antecipada com paciente sob sedação consciente pois demandam longo tempo de manipulação<sup>10</sup>.

Nos casos onde não se consegue ventilar ou intubar o paciente devemos lançar mão de técnicas invasivas a partir da membrana cricotireóidea como a cricotireoidostomia, onde através dela podemos ventilar por ventilação padrão e fazer uso do analisador de Pco<sub>2</sub><sup>6</sup>.

Assim, podemos perceber a importância do planejamento anestésico individualizado e o uso de materiais para o controle de via aérea difícil os quais podem diminuir as chances de morte e sequela por hipóxia.

## Conclusão

É possível observar pelo relato de caso que uma boa programação anestésica em um paciente portador de via aérea difícil diminui o risco de complicação causada pela abordagem da via aérea e/ou intubação mal sucedida. entre elas as sequelas neurológicas definitivas por anóxia.



## Referências

1. Costa H; Vianna M. Tumores das Glândulas Salivares. Tratado de Otorrinolaringologia, 2. ed. 2011:769-784, São Paulo: Roca.
2. Silveira E., Janine D. Mioepitelioma de glândula salivar menor: uma análise imunohistoquímica de quatro casos. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, 2006; 72 (4):528-532. Disponível em [www.scielo.br/scielo](http://www.scielo.br/scielo).
3. Barash PG *et al.* Manejos das vias aéreas. Manual de anestesiologia clínica. 7. ed. Porto Alegre, Artmed,2015:417-433.
4. Patrocínio GL *et al.* Mioepitelioma Maligno de Palato Duro. Jornal Brasileiro de Otorrinolaringologia, 2009:620.
5. T-Ping C, Pizarro GU. Mioepitelioma de glândulas salivar menor em base de língua. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, 2004; 70(5). ISSN 0034-7299. Disponível em [www.scielo.br/scielo.php](http://www.scielo.br/scielo.php).
6. Frerk C. *et al.* Difficult Airway Society 2015 guidelines for management of unanticipated difficult intubation in adults. British Journal of Anaesthesia, 2015;115:827-48.
7. Apfelbam LJ *et al.* Practice Guidelines for Management of the Difficult Airway. Anesthesiology,2013; 118(2):1-20.
8. Rebuglio R, Rebuglio MG, Rebuglio MR. Bloqueios para Intubação Traqueal. Atlas de Técnicas de Bloqueios Regionais. Rio de Janeiro, SBA, 2013:141-154.
9. Gauran C; Dunn FP. Avaliação e Controle das Vias Respiratórias. Manual de Anestesiologia Clínica. Procedimento do Massachusetts general Hospital, 2012; 8. ed:154-169.
10. Morgan G, Edward Jr, Mikhail SM; Murray JM. Manuseio das Vias Aéreas. Anestesiologia Clínica. 4. ed. Rio de Janeiro, Revinter,2010: p. 80-101.
11. Germano F, Alípio P *et al.* Vias Aéreas. Bases do Ensino da Anestesiologia. Rio de Janeiro, SBA, 2016:98-115.