

# Caso Clínico

## Case Report

Maria de Lurdes Castro<sup>1</sup>  
Petra Chaves<sup>1</sup>  
Margarida Canas<sup>1</sup>  
Maria Leonor Moedas<sup>2</sup>

### Edema agudo do pulmão pós-extubação traqueal – Caso clínico

#### *Post-tracheal extubation pulmonary oedema – Case report*

Recebido para publicação/received for publication: 08.11.18

Aceite para publicação/accepted for publication: 08.12.31

#### Resumo

O edema agudo do pulmão pós-extubação traqueal é um acontecimento raro ( $\approx 0,1\%$ )<sup>1</sup>. A etiologia é multifactorial, sendo a obstrução da via aérea superior o factor desencadeante principal. O esforço inspiratório contra a glote encerrada causa pressões intratorácicas muito negativas, que se transmitem ao interstício pulmonar, condicionando uma transudação de fluidos a partir dos vasos capilares pulmonares<sup>1-5</sup>. Relatamos um caso de edema agudo do pulmão pós-extubação

#### Abstract

Negative pressure pulmonary oedema is an uncommon complication of tracheal extubation ( $\approx 0,1\%$ ) mostly caused by acute upper airway obstruction. Upper airway obstruction from glottis closure leads to marked inspiratory effort, which generates negative intrathoracic pressure transmitting to pulmonary interstitium, and inducing fluid transudation from pulmonary capillary bed<sup>1-5</sup>. We report a case of post-extubation pulmonary oedema in a fifteen years old

<sup>1</sup> Interna de Anestesiologia, Hospital de S. António dos Capuchos, Centro Hospitalar de Lisboa Central – EPE (CHLC – EPE)

<sup>2</sup> Assistente Graduada de Anestesiologia, Hospital de S. José, CHLC – EPE

Trabalho realizado no Hospital de São José, CHLC-EPE

Directora da área de anestesiologia do CHLC – EPE – Dr.<sup>a</sup> Isabel Fragata  
Direcção do Serviço de Anestesiologia  
Hospital de Santa Marta  
Rua de Santa Marta, n.º 50  
1169-024 Lisboa  
Telefone 213594000

num doente de quinze anos, operado no serviço de urgência por amputação traumática da perna esquerda. Revemos a fisiopatologia, o padrão radiológico, potenciais factores de risco e medidas preventivas desta complicação respiratória pós-anestésica.

**Rev Port Pneumol 2009; XV (3): 537-541**

**Palavras-chave:** Edema agudo do pulmão pós-extubação traqueal, obstrução da via aérea superior, laringospasmo, pressão negativa intratorácica.

patient, submitted to surgery following traumatic amputation of his left leg. We review the pathophysiology, radiological findings, potential risk factors and preventive measures of this post-anaesthetic respiratory complication.

**Rev Port Pneumol 2009; XV (3): 537-541**

**Key-words:** Post-extubation pulmonary oedema, upper airway obstruction, laryngospasm, intra-thoracic negative pressure.

### Caso clínico

Relatamos um caso clínico de edema pulmonar agudo pós-extubação traqueal num doente do sexo masculino, de 15 anos, atleta de competição, admitido no serviço de urgência após amputação traumática da perna esquerda. Na avaliação pré-operatória, apurou-se apenas uma história de rinite alérgica. Não se identificaram alterações do exame objectivo, nomeadamente a existência de factores preditivos de via aérea difícil, bem como alterações do exame cardiopulmonar. O doente foi submetido a regularização do coto de amputação sob anestesia geral. Não houve intercorrências na intubação orotraqueal, ventilação mecânica e intervenção cirúrgica, e o procedimento teve a duração de 150 minutos. Durante a cirurgia foram infundidos 1300 ml de soros. Na recuperação anestésica há a referir “mordida” do tubo na extubação, seguida de obstrução da via aérea superior por laringospasmo, resolvido com ventilação manual por máscara facial com  $\text{FiO}_2$  de 1.

O doente foi transferido para o recobro, extubado e em ventilação espontânea com  $\text{SpO}_2$  100%. Após 30 minutos, iniciou um quadro de agitação acompanhado de taquipneia, tiragem intercostal, secreções rosadas e  $\text{SpO}_2$  inferiores a 85%. À auscultação pulmonar apresentava ferveores dispersos. A gasimetria arterial revelou acidose respiratória, hipoxémia e hipercapnia ( $\text{pH}$ :7,23  $\text{PO}_2$ :63mmHg  $\text{PCO}_2$ :66mmHg  $\text{HCO}_3$ : 25,6 mEq/L  $\text{SpO}_2$ :86%) e o doente foi reintubado orotraquealmente, ligado a prótese ventilatória e transferido para a unidade de cuidados intensivos (UCI). Realizou radiografia de tórax, que mostrou um padrão alveolar disperso, de predomínio central. Na tomografia torácica eram visíveis múltiplas densidades dispersas, mais evidentes à direita, sugerindo pneumonite bilateral, com predomínio de alveolite disseminada, não parecendo corresponder a micro-embolos gordos pós-trauma.

O doente permaneceu intubado e ventilado na UCI, sendo extubado 9 horas depois da

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4214132>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4214132>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)