

Imagem Clínica

Método Alternativo para Abordagem das Vias Aéreas na Anestesia de um Recém-Nascido com Encefalocele Occipital

Thatiane Noel Ximenes ^{1,*}, Marco Antônio Cardoso de Resende ¹, Rogério Luiz da Rocha Videira ¹, Andrea Jorge e Silva ¹, Joana de Almeida Figueiredo ¹, Iara Tânia Gonçalves ¹, Bruno Camara de Resende ¹

¹ Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil.

* Correspondência: thatianenoel@id.uff.br.

Resumo: Não aplicável.

Palavras-chave: Anestesia Geral; Malformação; Intubação Endotraqueal.

Citação: Ximenes TN, Resende MAC, Videira RLR, Jorge e Silva A, Figueiredo, Gonçalves IT, Resende BC. Método Alternativo para Abordagem das Vias Aéreas na Anestesia de um Recém-Nascido com Encefalocele Occipital. Brazilian Journal of Case Reports. 2025 Jan-Dec;05(1):bjcr 22.

<https://doi.org/10.52600/2763-583X.bjcr.2025.5.1.bjcr22>

Recebido: 21 Agosto 2024

Aceito: 18 Setembro 2024

Publicado: 23 Setembro 2024



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



Figura 1: Recém-nascido antes do procedimento de correção da encefalocele.

Encefalocele é um defeito raro na linha média da fusão óssea craniana, levando à formação de um saco preenchido por líquido cefalorraquidiano, geralmente na região occipital [1]. Nesse cenário, o posicionamento e a laringoscopia tornam-se desafiadores. Relatamos o caso de um recém-nascido do sexo masculino, pesando 3,2 kg, com hipotonia,

hidronefrose bilateral, micrognatia, microcefalia e encefalocele occipital pronunciada (Figura 1). O pré-natal foi iniciado no terceiro trimestre, com relatos de alcoolismo até a 16ª semana e diabetes gestacional.

Foi indicada a correção cirúrgica da encefalocele nas primeiras 24 horas de vida. A indução inalatória foi realizada com 4% de sevoflurano em 100% de O₂, um cateter de 24G foi inserido no braço direito, e uma punção umbilical havia sido previamente realizada. O paciente foi posicionado com um coxim subescapular e dorsal para compensar o grande volume da encefalocele, que estava sendo sustentada pelas mãos de dois anestesistas. Foram administrados 3 µg de fentanil IV; a ventilação espontânea foi mantida, e a via aérea foi abordada com laringoscopia direta utilizando uma lâmina Macintosh 0, sendo a intubação bem-sucedida após a terceira tentativa com um tubo endotraqueal de 3,0 mm. O procedimento durou 180 minutos, e o RN foi transferido intubado para a UTI neonatal.

A ressonância magnética pós-operatória do crânio mostrou um complexo de Dandy-Walker, lisencefalia tipo II, ausência de mielinização, encefalocele corrigida e uma "dobra" no tronco encefálico. A alteração morfológica do crânio e uma encefalocele occipital podem comprometer o posicionamento adequado, levando a uma laringoscopia difícil. Isada et al. analisaram casos pediátricos e relataram um risco maior de intubação difícil entre crianças com malformações congênitas [1]. Encefalocelos são um tipo comum de malformação congênita, com lesões occipitais representando aproximadamente 85% dos casos [2]. Recomenda-se evitar a compressão do saco, o que pode aumentar a pressão intracraniana ou causar ruptura. A técnica de indução que preserva a ventilação espontânea é vantajosa para garantir ventilação adequada sob máscara. Nesses casos, os agentes inalatórios são preferidos, pois se dissipam rapidamente em situações adversas [3].

Protocolos para vias aéreas difíceis devem ser utilizados, e equipamentos como carrinho de vias aéreas difíceis, dispositivos supraglóticos, broncofibroscópio e videolarinoscópio devem estar disponíveis, se possível [3]. Nossa opção, sem um coxim alternativo adaptado que segurasse a cabeça com uma encefalocele sem pressão, foi utilizar as mãos de dois anestesistas para apoiar parte da região subescapular e a cabeça do recém-nascido, proporcionando uma melhor angulação e visão da laringoscopia pelo membro mais experiente da equipe.

Na literatura, há relatos de algumas opções quanto à escolha do posicionamento, que incluem lateral (direita ou esquerda) [3], posicionar a cabeça na borda da mesa com um assistente apoiando-a [4] ou até mesmo sustentar a cabeça do bebê fora da mesa com a ajuda de um Apoio de Cabeça em Forma de Ferradura [5]. A temperatura corporal deve ser monitorada, pois a falta de controle autônomo central e o grande tamanho da encefalocele aumentam a área de exposição, o que pode levar à hipotermia. A raridade desses casos resulta na falta de evidências sobre a superioridade de uma técnica para o manejo das vias aéreas. No entanto, o manejo perioperatório desses pacientes requer cuidados que vão além de garantir as vias aéreas.

Financiamento: Nenhum.

Aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa: Declaramos que o estudo foi aprovado pelo representante legal da criança, que assinou um termo de consentimento informado, e o estudo seguiu as diretrizes éticas estabelecidas pela Declaração de Helsinque.

Agradecimentos: Gostaríamos de agradecer ao André Faria por sua ajuda útil na discussão das melhores abordagens no tratamento desta paciente.

Conflitos de Interesse: Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referências

1. Isada T, Miwa T, Hiroki K, Fukuda S. [The management of the difficult pediatric airway]. *Masui*. 2005 May;54(5):490-5.
2. Shimizu T, Kitamura S, Kinouchi K, Fukumitsu K. A rare case of upper airway obstruction in an infant caused by basal encephalocele complicating facial midline deformity. *Paediatr Anaesth*. 1999;9(1):73-6.

3. Mahajan C, Rath GP, Bithal PK, Mahapatra AK. Perioperative Management of Children with Giant Encephalocele: A Clinical Report of 29 Cases. *J Neurosurg Anesthesiol.* 2017 Jul;29(3):322-329. doi: 10.1097/ANA.0000000000000282.
4. Singh H, Singh D, Sharma D, Tandon MS, Ganjoo P. Perioperative challenges in patients with giant occipital encephalocele with microcephaly and micrognathia. *J Neurosci Rural Pract.* 2012 Jan;3(1):68-70. doi: 10.4103/0976-3147.91949.
5. Karim, Habib & Yunus, Muhammad & Barman, Angkita & Kakati, Sonai & Dey, Samarjit. (2017). Adjustable Horseshoe Headrest as a Positioning Adjunct in Airway Management for a Giant Occipital Encephalocele. *The Open Anesthesiology Journal.* 11. 83-87. 10.2174/1874321801711010083.