## CBS - (14038) - TRAQUEOTOMIZAR OU NÃO TRAQUEOTOMIZAR: EIS A QUESTÃO!

Ana Cristóvão Ferreira[1]; Lara Ortins[2]; Raquel Camara[3]; Pedro Miguel[1]; Diogo Tomé[4]; José Rosal Gonçalves[5]; Maria João Palaré[6]; Ana Saianda[7]; Luísa Pereira[7,8]; Bandeira Teresa[7,8]

1 - Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE; 2 - Serviço de Pediatria Médica, Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada; 3 - Serviço de Pneumologia, Hospital Nossa Senhora do Rosário, Centro Hospitalar Barreiro-Montijo; 4 - Serviço de Otorrinolaringologia, Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE; 5 - Unidade de Técnicas Endoscópicas, Serviço de Pneumologia, Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, EPE; 6 - Unidade de Hematologia Pediátrica, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, EPE; 7 - Unidade de Pneumologia Pediátrica, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, EPE; 8 - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

### Introdução

A estenose laríngea adquirida é rara nas crianças, resultando sobretudo da complicação de procedimentos/trauma. Geralmente ocorre na região subglótica. A decisão terapêutica é crítica.

### Descrição do caso

Rapaz, 22 meses, raça negra, natural da República do Congo, em Portugal desde os 18 meses, com pedido de asilo. Foi traqueotomizado aos 16 meses, no Brasil, na sequência de estenose subglótica (ESG) associada a ventilação mecânica por infeção respiratória. Tem diagnóstico de Doença de Células Falciformes (DCF) complicada por sequestro esplénico aos 20 meses.

Num segundo internamento hospitalar por pneumonia apresentou segundo sequestro esplénico, iniciando regime transfusional mensal. Após melhoria clínica, foi observado por Otorrinolaringologia. Após laringoscopia, decidiu-se pelo encerramento do traqueostoma, sem intercorrências imediatas. No dia seguinte, iniciou estridor e sinais de esforço respiratório inspiratório, sem melhoria com terapêutica médica, sendo submetido a broncofibroscopia que revelou estreitamento concêntrico do lúmen subglótico com redução de 70% do diâmetro, granuloma traqueal volumoso no terço médio da parede anterior, correspondendo a ESG grau II. Realizou-se dilatação por balão, após decisão multidisciplinar. Por estridor e dessaturação imediatamente após a intervenção, foi entubado, ventilado e transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos.

Por tentativa de extubação sem sucesso e atendendo ao enquadramento clínico, optou-se por re-traqueotomizar, ficando em ar ambiente, sem dificuldade respiratória, mas com compromisso da expressão oral que tinha adquirido. Segunda tentativa de dilatação por balão não conseguida por edema acentuado a nível glótico. Teve alta integrado em programa de dilatações da ESG e de terapia da fala.

### Discussão

Este caso ilustra a dificuldade na decisão do tratamento da ESG e a necessidade de equipas

multidisciplinares. A opção de re-traqueotomizar baseou-se na maior predisposição para formação de cicatrizes hipertróficas na raça negra, na necessidade de intervenções seriadas culminando na esplenectomia por sequestro esplénico na DCF e na segurança que deve ser assegurada em todas as circunstâncias.

**Palavras-chave : Estenose subglótica, doença de células falciformes, raça negra, criança, estridor**