# Periglótica associada ao manejo anestésico em pacientes oncológicos com comorbidades em uma unidade de referência para tratamento do câncer em Manaus – Am

Francy Anne Lima Delaguila; Universidade Federal do Amazonas - UFAM;
francyldelaguila@gmail.com;
Caroline Olinda de Souza Pitoli; Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas;
Mirlane Guimarães de Melo Cardoso; Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas;

## 1. Introdução

Os procedimentos de intubação e especialmente a extubação (retirada do tubo endotraqueal) durante a anestesia geral estão associados a dor e desconforto ao paciente [1,2]. Entre as complicações destacam-se a tosse pós-operatória, dor de garganta, rouquidão e laringoespasmos, além de respostas hemodinâmicas com elevações nas pressões intra abdominal e intracraniana [2]. Tais eventos contribuem para a morbimortalidade no pós operatório. Para mitigar esses riscos, diversas técnicas e agentes têm sido propostos, como o uso de medicações intravenosas, anestésicos locais aplicados no balonete do TET, via intramanguito ou tópicos laringotraqueais, injeção translaríngea e bloqueios de nervos [3].

Embora a tosse seja um mecanismo protetor, no ambiente perioperatório ela pode desencadear complicações durante o despertar anestésico, movimentos bruscos que elevam a pressão arterial, causando sangramentos, rompimento de suturas, broncoespasmo [4-5]. A dor de garganta pós-operatória é um efeito adverso frequente, com incidências variando de 7% a 90% . Considerado o segundo desfecho adverso mais comum após a anestesia geral, impacta negativamente a qualidade de vida do paciente [6]. Os mecanismos envolvidos incluem a irritação e trauma mecânico decorrentes da inserção do TET, inflamação à insuflação do manguito e movimento do tubo contra as cordas vocais durante o reposicionamento do paciente [5,7]. Embora os sintomas costumem se resolver espontaneamente, o manejo profilático reduz sua frequência e gravidade [7].

As complicações respiratórias na extubação são desencadeadas pela irritação da mucosa traqueal provocada pelo TET, a tosse causa elevação das pressões fisiológicas e no risco de edema pulmonar por pressão negativa [2]. A lidocaína, reconhecida por suas propriedades anti-inflamatórias e analgésicas, é o anestésico local mais utilizado nos procedimentos envolvendo as vias aéreas [1,8]. Seu mecanismo de ação baseia-se no bloqueio dos canais de sódio, inibindo a transmissão sináptica e o reflexo da tosse. A lidocaína exerce efeitos centrais que contribuem para a depressão hemodinâmica, vasodilatação periférica e ação depressora do miocárdio [1,6].

O efeito anestésico da lidocaína pode ocorrer pela anestesia direta da mucosa ou pela absorção sistêmica [6]. Sua atividade dura de 1 a 2 horas, embora a aplicação tópica ofereça uma duração de 20 a 40 minutos, com pico plasmático mais baixo e menor risco de efeitos sistêmicos [8,9]. A eficácia da lidocaína na prevenção da tosse e da dor de garganta depende da dose, via e composição da formulação utilizada. Entre os mecanismos propostos para a supressão da tosse estão a inibição da excitabilidade das fibras C sensoriais das vias aéreas e a depressão da transmissão da dor na medula espinhal [6,5]. Dessa forma, a diminuição da

irritação da mucosa traqueal reduz a incidência de dor de garganta pós-operatória [1,4]. Porém, alguns estudos relatam controvérsias quanto aos benefícios da lidocaína na prevenção da dor de garganta alegando que aplicação tópica, pode ser prejudicial devido à presença de aditivos ou solventes alcalinizados, que podem lesionar a mucosa traqueal [7,8]. Além disso, concentrações elevadas (≥5%) podem induzir citotoxicidade em fibroblastos da mucosa oral, aumentando a incidência do sintoma [7].

Em suma, o manejo dos eventos adversos associados à extubação traqueal exige uma abordagem multifacetada e a utilização da lidocaína pode reduzir significativamente a incidência de tosse e dor de garganta pós-operatória. Assim, para otimizar os desfechos clínicos, é fundamental que os profissionais adotem estratégias personalizadas e baseadas em evidências, considerando as particularidades de cada paciente e procedimento [1–10]. O objetivos deste trabalho é demonstrar as vantagens da anestesia periglótica no perioperatório em pacientes oncológicos e com comorbidades. Através da avaliação de parâmetros de frequência cardíaca, pressão arterial, saturação, para determinação da resposta intraoperatória além da existência de tosse no pós-extubação, odinofagia, laringoespasmos e alterações respiratórias

## 2. Material e Métodos

O Nº Parecer: 7.302.449

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, prospectivo e quantitativo em pacientes submetidos às cirurgias oncológicas. A população foi composta por indivíduos maiores de 18 anos de idade, com comorbidades, submetidos a anestesia geral + periglótica, em cirurgias oncológicas no FCECON. O tamanho da amostra estimado em relação ao total de 1.145 cirurgias oncológicas realizadas na FCECON, e a incidência mínima de 7% de dor de garganta pós-operatória relacionada à anestesia geral e intubação traqueal [11]. Definiu- se uma precisão de 5% e um nível de 95% de confiança, perfazendo um tamanho mínimo de amostra igual a 52 pacientes. O tamanho foi estimado considerando os parâmetros estatísticos da fórmula de cálculo do tamanho da amostra para população finita descrita por Bussab e Morettin [12].

Critérios de Inclusão: Foram incluídos pacientes oncológicos, de ambos os sexos, acima de 18 anos de idade; submetidos à anestesia geral+periglótica em cirurgias eletivas de natureza oncológica, com duração de até 3 horas, portadores das comorbidades: diabetes, hipertensão, obesidade, doença cardiovascular, doença hepática e doença renal crônica. Exclusão: fora da faixa etária proposta, sem capacidade civil plena, submetidos a cirurgias de urgência e emergência, sem comorbidades, indígenas, cirurgias não oncológicas, pacientes que utilizaram outros adjuvantes na anestesia (sulfato de magnésio e dexmedetomidina) e os que receberem lidocaína intravenosa no intervalo 40 min antes da extubação.

Materiais e métodos: O aplicador do questionário abordou o paciente na sala de preparação pré-operatória e perguntou se este aceitaria participar da pesquisa, a coleta de dados consistiu em três partes, sendo dois questionários (pré e pós-intubação) e extração direta da ficha anestésica dele, as informações do pós foram coletadas no setor da enfermaria. Todas as informações relacionadas ao estudo foram esclarecidas aos participantes por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, sendo o mesmo assinado após os esclarecimentos. Os questionários são curtos e de fácil compreensão e impressos, podendo ser respondido pelo próprio paciente. Em caso de pacientes iletrados ou na impossibilidade da realização de leitura

pelo paciente o aplicador fez a leitura e anotou as respostas verbais do paciente. O procedimento anestésico irá considerar seringa 5 ml, atomizador traqueal de mucosa, e lidocaína 2%. utilizamos um questionário com dados sociodemográficos (nome, idade, sexo, etc.) e clínicos (manifestações locais e sistêmicas, reações medicamentosas precoces e tardias, complicações, tosse ou odinofagia precedente a intubação etc.).

Sobre os riscos aos pacientes consta-se constrangimento; timidez; nervosismo; estresse; evocação de memórias; quebra de sigilo; quebra de anonimato; imprecisão na divulgação dos resultados. As medidas de prevenção ou minimização dos riscos: perguntas objetiva; atenção aos sinais verbais e não verbais de desconforto; liberdade em interromper a participação; possibilidade de recusa a responder a qualquer pergunta; assegurar a confidencialidade e proteção da imagem. Benefícios: Não existem benefícios diretos aos participantes dessa pesquisa, mas a contribuição pode trazer satisfação por ajudar outros pacientes e contribuir para o avanço da ciência, além de desenvolver habilidades críticas e de autoavaliação.

Análise dos dados: Os dados dos pacientes que receberam a anestesia periglótica foram tabulados e analisados no programa estatístico IBM Statistics SPSS versão 21. Realizada análise descritiva e exploratória dos dados. As possíveis relações entre variáveis foram verificadas por meio do teste Qui-Quadrado de Pearson, ou por meio do teste estatístico que melhor se adequava ao padrão das variáveis. Em todos os testes de hipóteses a regra de decisão considerou o nível de 5% de significância.

## 3. Resultados e Discussão

O título O estudo contou com a participação de 62 pacientes. A idade média de 48,6 ± 12,3 anos, o perfil da amostra foi predominantemente feminino, isso condiz com a estimativa do Instituto Nacional de Câncer (INCA) [13] para Manaus. A maioria já realizou cirurgia prévia (54,8%), o que pode significar a existência de sequelas pós extubação [12]. As comorbidades mais frequentes entre os pacientes foram Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). Durante o procedimento pacientes com comorbidades, podem apresentar alteração na metabolização de medicamentos, tornando o controle da sedação ou dos anestésicos mais complexo e aumentando os riscos de reações adversas durante o procedimento de intubação e extubação. As cirurgias mais frequentes ao ato da coleta de dados foram mastectomia radical e tireoidectomia total. Os sintomas presentes nos pacientes foram: tosse (4,8%), sensação de nó ou aperto na garganta (1,6%), dificuldade para respirar (3,2%), tabagismo (30,3%) e asma (3.2%).

Todos foram submetidos à anestesia periglótica com lidocaína 2% , 1,5mg /Kg antes da intubação orotraqueal, o que dispensou a triagem de pacientes que não foram submetidos a técnica proposta. Quanto a classificação da American Society of Anesthesiology (ASA), que avalia o estado físico do paciente antes da cirurgia, prevaleceram a classificação ASA-II (98,4%), classificação de Mallampati-II e classificação laringoscópica de Cormack-Lehane-II, ambas com taxas de (56,5%) que classificam o grau de dificuldade de manejo do paciente durante o procedimento.

Foram coletados parâmetros cardiorrespiratórios como Pressão Arterial Média e Frequência Cardíaca, as análises prévias dos dados apontam que os valores foram significativamente menores ao final do procedimento cirúrgico. É desejável manter os parâmetros cardiorespiratórios estaveis para evitar sobrecarga do sistema cardiovascular, visando menor risco de complicações cardíacas como arritmias ou isquemia, pressões elevadas

podem aumentar o risco de hemorragias ou complicações nas suturas Antes da realização da cirurgia foi verificado que os pacientes apresentavam os seguintes sintomas : tosse (4,8%), sensação de nó ou aperto na garganta (1,6%), dificuldade para respirar (3,2%).

Foi averiguado a prática de tabagismo ( 30,6%) que é prejudicial aos tecidos das vias respiratórias alterando sua estrutura e prejudicando sua fisiologia natural, estes prejuízos podem predispor a tosse e dor de garganta pós-extubação. Dentre as outras queixas respiratórias a asma foi a única entidade nosológica referida. Os sintomas pós-extubação apresentados foram tosse (29,0%), dor de garganta (14,5%), sensação de nó ou aperto na garganta (21,0%), dificuldade para respirar (21,0%) e laringoespasmos (3,2%), Os resultados obtidos são satisfatórios, pois as taxas de complicações pós-extubação apresentaram-se relativamente baixas, o que indica um desfecho clínico positivo, pois os sintomas são geralmente de curta duração e não resultam em complicações graves. A ocorrência de dificuldades respiratórias e laringoespasmos também foi baixa, o que sugere um bom manejo anestésico com a periglótica. Esses dados reforçam a eficácia do protocolo utilizado, com índices reduzidos de complicações significativas, promovendo uma recuperação segura para os pacientes submetidos ao procedimento.

## 4. Conclusões

A anestesia periglótica com lidocaína mostrou-se eficaz no controle da dor e resposta autonômica durante a intubação orotraqueal, especialmente em pacientes oncológicos. A técnica contribuiu para estabilidade hemodinâmica, refletida na redução gradual de parâmetros vitais antes, durante e após o procedimento, indicando um manejo seguro no perioperatório. A maioria dos participantes era do sexo feminino, com alta prevalência de comorbidades como hipertensão e diabetes, reforçando a importância do cuidado individualizado. Os sintomas pós extubação de tosse, dor de garganta, laringoespasmos e desconforto respiratório foram pouco frequentes, sugerindo que a técnica melhora a qualidade da recuperação. O tabagismo, presente em cerca de um terço dos pacientes, destacou-se como fator de risco adicional para sintomas respiratórios, indicando a necessidade de abordagens específicas nesse grupo. As classificações ASA, Mallampati e Cormack-Lehane apontaram para um perfil clínico estável, e, embora tenha ocorrido leve queda na saturação de oxigênio, os níveis permaneceram seguros. Os dados reforçam a segurança e efetividade da anestesia periglótica quando aplicada com monitoramento adequado. Apesar dos resultados promissores, o estudo apresenta limitações, indicando a necessidade de novas pesquisas em diferentes contextos. Conclui-se que a técnica mostra potencial para reduzir complicações e aprimorar os desfechos anestésicos em oncologia.

**Palavras-Chave:** Anestesia; Extubação traqueal; Efeito adverso; Oncologia cirúrgica

**Agradecimentos (Item Não obrigatório)**

Financiamento: FAPEAM – Programa PAIC

**Divulgação**

O (s) autor (es) e revisores não relataram qualquer conflito de interesse durante a sua avaliação. Logo, o Congresso Pan-Amazônico de Oncologia detém os direitos autorais, tem a aprovação e a permissão dos autores para divulgação deste resumo, por meio eletrônico.

**Referências**

1. Gladston DV, Pandit R, Vemuri NN, Krishna MV, Tandon U, Panda NB, et al. A randomized controlled trial to study the effect of intratracheal and intravenous lignocaine on airway and hemodynamic response during emergence and extubation following general anesthesia. North Clin Istanb. 2022;9(4):323–30.

2. Sakae TM, Souza RLPD, Brandão JCM. Impact of topical airway anesthesia on immediate postoperative cough/bucking: a systematic review and meta-analysis. Braz J Anesthesiol. 2021;1(1):1–10.

3. Singh NP, Makkar JK, Cappellani RB, Sinha A, Lakshminarasimhachar A, Singh PM. Efficacy of topical agents for prevention of postoperative sore throat after single lumen tracheal intubation: a Bayesian network meta-analysis. Can J Anaesth. 2020 Nov;67(11):1624–42. doi: 10.1007/s12630-020-01792-4.

4. Yang SS, Liu Y, Liu H, Sun Y. Intravenous lidocaine to prevent postoperative airway complications in adults: a systematic review and meta-analysis. Br J Anaesth. 2020;124(3):314.

5. Jiwon L, Kim K, Kim D, Kim H. The effect of lidocaine jelly on a taper-shaped cuff of an endotracheal tube on the postoperative sore throat. Medicine (Baltimore). 2017;96(37):e8094.

6. Shabnum, Shweta, Singh GP, Thakur D, Singh AK, Kumar R, et al. Effects of lignocaine administered intravenously or intratracheally on airway and hemodynamic responses during emergence and extubation in patients undergoing elective craniotomies in supine position. Anesth Essays Res. 2017;11(1):216–22.

7. Liao AH-W, Chuang LP, Cheng YJ, Tan PH. Lidocaine lubricants for intubation-related complications: a systematic review and meta-analysis. Can J Anaesth. 2019;66(1):1221–39.

8. Roberts MH, Gildersleve CD. Lignocaine topicalization of the pediatric airway. Paediatr Anaesth. 2016;26(1):337–44.

9. Noorazyze NANRA, Mohamad IF, Yusof Y, Mohamad N, Zainuddin NA, Ismail R, et al. Intravenous fentanyl vs. topical lignocaine for ProSeal™ laryngeal mask airway insertion with propofol induction. Front Med (Lausanne). 2022;9:e979275.

10. Kuriyama A, Maeda H, Sun R. Topical application of corticosteroids to tracheal tubes to prevent postoperative sore throat in adults undergoing tracheal intubation: a systematic review and meta-analysis. Anaesthesia. 2018;73(12):1546–56

11. Bussab WO, Morettin PA. Estatística básica. 9ª ed. São Paulo: Editora Saraiva; 2017.

12. Guerra LELM, Palotti AM. Uso de anestesia periglótica na prevenção de fatores de riscos associados a morbimortalidade pós-cirúrgica. Braz J Health Rev. 2023;6(1):2757–70. 13. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Estatísticas de câncer [Internet]. Disponível em: https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros. Acesso em: 10 jan. 2025.