

Complicações da via cervical anterior

DR. MARIO PENA DIAS
HC-FMUSP

Introdução

- Posicionamento do Paciente;
- Incisão;
- Dissecção;
- Retração;
- Distração;
- Discectomia;
- Fusão;

Posicionamento do Paciente

- Evitar hiper-extensão do pescoço;
- Entubação naso traqueal;
- Tracionar ombros sentido crâneo caudal: melhor exposição;
- Nível cirúrgico;

Incisão

- Acesso direito/esquerdo: discutível;
- Determinação correta do nível:
 - Erro comum incisão mais caudal;
- Incisão transversa: 1- 2 níveis (3->?);

Dissecção

- Transecção do platisma: visão mais ampla;
- Identificar: a. carótida (palpação digital);
- Visualizar: traquéia, esôfago, músculos;
- Reoperações: sonda naso gástricas;
- Fistulas esofágicas : 2% a 5% (nível inferior + comum);
 - Suturar parede esôfago + tubo naso gástrico;
 - Tardamente : quadro infeccioso grave (mediastinite);

Retração

- Dissecção mm. longus colli = 3mm;
 - 0,2% a 2% : síndrome de Horner;
 - Retração lateral cuidadosa aterosclerose a. Carótida;
 - Retração medial: lesão n. laríngeo recorrente;
- Principal complicação:
 - Disfonia definitiva: 2% a 4%;
 - Transitória: 7% a 11%;
- Causas prováveis:
 - Entubação anestésica traumática;
 - Manipulação indireta do NLR (afastadores) -> estiramento;
- Medidas preventivas:
 - Exposição cirúrgica das estruturas viscerais;
 - Diminuir pressão do cuff (afastadores);
 - Acesso direito/esquerdo: controverso;
 - Potencial evocado ou eletroneuromiografia: sem validade;
 - Estudo foniatríco prévio;

Disfagia: etiologia inserta;
Maior incidência em mulheres e cirurgias multinível;
(RILEY III, 2010, Spine Surgery, v. 35, n.98)