

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ASMA GRAVE: RELATO DE ESTENOSE TRAQUEAL PÓS INTUBAÇÃO

*Giulia Elisio Fernandes de Souza*¹; *Isabelle El-Mann Cohen*¹; *Gabriella Vasques Rocha*¹; *Nathália Mendes Protazio*¹; *Alice Klajman Agostino*¹; *Digiane Barbosa Silva Albuquerque*¹; *Jorge Eduardo Pio*²;

1. Idomed - Campus Città; 2. Policlínica Helio Pelegrino SMSRJ;

Autor principal: Giulia Elisio Fernandes de Souza

INTRODUÇÃO: A estenose traqueal decorrente de intubação prolongada é uma complicação potencialmente grave e frequentemente subdiagnosticada, sobretudo quando os sintomas respiratórios são atribuídos a condições mais prevalentes, como a asma. Sua manifestação clínica costuma ser inespecífica, com dispneia, sibilos e estridor, o que favorece o diagnóstico incorreto de asma refratária. A diferenciação entre essas entidades exige anamnese criteriosa, exame físico detalhado e exames complementares direcionados, como espirometria e broncoscopia. O reconhecimento precoce depende de um elevado índice de suspeição clínica aliado à avaliação minuciosa do paciente. É de extrema importância considerar quadros como esse no manejo de pacientes que necessitem de intubação, visto que o desenvolvimento de estenose traqueal é uma consequência grave de um procedimento que visa preservar a saúde do paciente. **RELATO DE CASO:** M.F.P., 32 anos, sexo feminino, portadora de diagnóstico prévio de “asma grave” de difícil controle, foi encaminhada em 2025 ao serviço de pneumologia para otimização do quadro respiratório antes de colecistectomia eletiva. Durante a consulta, identificou-se estridor inspiratório à ausculta, achado não descrito nos registros clínicos anteriores. Na anamnese dirigida, foi relatado antecedente de acidente motociclístico em 2009, com politraumatismo e necessidade de intubação orotraqueal prolongada, mantida por aproximadamente 45 dias, sem realização de traqueostomia. Foi solicitada espirometria, que revelou capacidade vital forçada (FVC) de 2,97 L (86% do previsto), volume expiratório forçado no primeiro segundo (FEV₁) de 2,15 L (73% do previsto) e relação FEV₁/FVC de 72,4%. Observou-se pico de fluxo inspiratório (PIF) reduzido, 2,01 L/s (31% do previsto), e pico de fluxo expiratório (PEF) de 2,36 L/s (37% do previsto). A morfologia da curva fluxo-volume demonstrou redução simétrica dos fluxos inspiratório e expiratório máximos, compatível com obstrução fixa de via aérea alta. Não houve resposta significativa ao tratamento padrão com broncodilatadores e corticoide inalado. A broncoscopia subsequente evidenciou sinéquias na parede lateral esquerda da traquéia, compatível com estenose, confirmando obstrução mecânica secundária à intubação prolongada. **DISCUSSÃO:** Este relato refere-se a uma paciente jovem que, por vários anos, recebeu erroneamente o diagnóstico de asma grave, enquanto cursava, na verdade, com estenose traqueal. O atraso diagnóstico refletiu falhas importantes na avaliação clínica: a anamnese não explorou adequadamente antecedentes relevantes, como episódios de intubação prolongada, e sinais clínicos claros — em especial o estridor, presente desde o início do quadro — foram desconsiderados ou atribuídos à asma. Além disso, a manutenção prolongada da intubação orotraqueal sem conversão para traqueostomia aumentou o risco de lesão traqueal, evidenciando a necessidade de atenção ao manejo correto das vias aéreas em longo prazo. A história desta paciente reforça a importância da avaliação minuciosa e da valorização de sinais sugestivos de obstrução das vias aéreas superiores. Estenoses traqueais pós-intubação podem permanecer subdiagnosticadas por anos, especialmente quando os sintomas respiratórios inespecíficos — como dispneia, sibilos e estridor — são confundidos com doenças

respiratórias comuns. Nesse contexto, a espirometria com curva fluxo-volume, exames de imagem ou broncoscopia são essenciais para o diagnóstico precoce e o planejamento terapêutico adequado.

Palavras-chave: Estenose Traqueal, Asma, Espirometria.

