Obstrução de via aérea, uma emergência oncológica

Airway obstruction, an oncologic emergency

Samantha Duran Botaro, Bruno Lee, Maria José Alves
Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil
Publicação do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (Iamspe)

RESUMO

A obstrução das vias aéreas é uma emergência potencialmente fatal caracterizada por comprometer o fluxo de ar através do trato respiratório. Pode ocorrer em diversos níveis anatômicos e exige avaliação e intervenção imediatas. A condição pode manifestar-se de forma aguda ou crônica, com causas que incluem infecção e inflamação – mais comuns nos quadros agudos – além de etiologias neoplásicas, traumáticas, mecânicas e iatrogênicas. Em doenças malignas, a obstrução das vias aéreas está frequentemente associada a prognóstico reservado. A abordagem depende da capacitação do profissional de saúde e dos recursos locais, o que pode tornar os cuidados clínicos e os desfechos bastante variáveis.

Descritores: Obstrução das vias respiratórias; Diagnóstico por imagem; Emergência; Oncologia.

ABSTRACT

Airway obstruction is a potentially life threatening emergency characterized by impaired airflow through the respiratory tract. It may occur at various anatomical levels and requires immediate assessment and intervention. The condition can present acutely or chronically, with causes including infection and inflammation — more commonly associated with acute presentations — as well as neoplastic, traumatic, mechanical, and iatrogenic etiologies. In malignant diseases, airway obstruction is frequently associated with a poor prognosis. Management depends on the expertise of the healthcare professional and the availability of local resources, which can result in considerable variability in both the clinical approach and patient outcomes.

Keywords: Airway obstruction; Diagnostic imaging; Emergency; Oncology.

CORRESPONDÊNCIA:
Samantha Duran Botaro
E-MAIL: sam-db@hotmail.com
DATA DE SUBMISSÃO: 31/07/2026
DATA DE ACEITE: 11/08/2026

TRABALHO REALIZADO:
Serviço de Radioterapia do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO SP.
Rua Pedro de Toledo, 1800, 1° Andar – Vila Clementino – CEP: 04039-901, São Paulo, SP, Brasil.

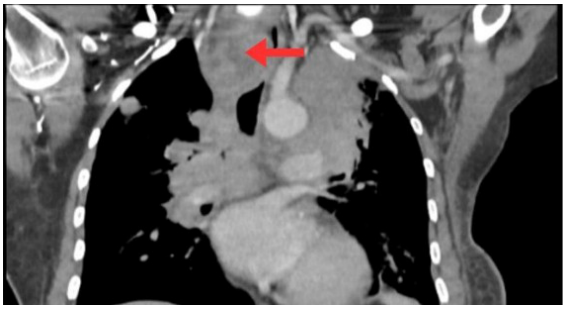


Figura 1: Corte coronal de tomografia de tórax com contraste endovenoso onde a seta mostra linfonodomegalia paratraqueal superior direita.

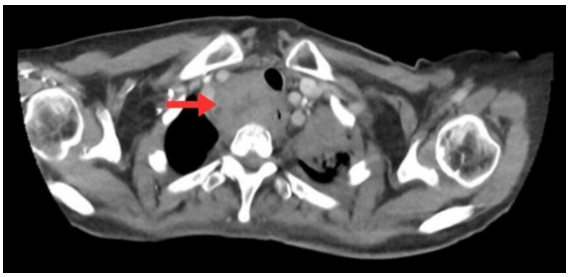


Figura 2: Corte axial de tomografia de tórax com contraste endovenoso onde a seta mostra linfonodomegalia paratraqueal superior direita.

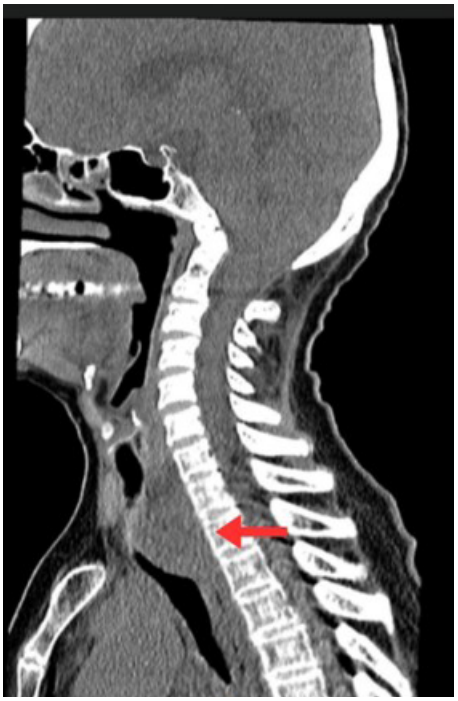


Figura 3: Corte sagital de tomografia de tórax com contraste endovenoso onde a seta mostra linfonodomegalia paratraqueal superior direita

INTRODUÇÃO

A obstrução de via aérea é uma emergência oncológica potencialmente fatal que requer avaliação e intervenção imediatas. A obstrução pode ser intrínseca, extrínseca ou mista, e o manejo depende da morfologia da obstrução, características do paciente e urgência clínica.[1-2]

Os pacientes podem apresentar dispneia, sibilância, estridor, hipoxemia e podem evoluir para atelectasia obstrutiva, pneumonia ou insuficiência respiratória, se não tratados. A gravidade dos sintomas depende do grau de obstrução e da velocidade de desenvolvimento.[3]

Os achados de imagem na obstrução de via aérea são fundamentais para o diagnóstico, classificação e tratamento. A tomografia de tórax auxilia na seleção da estratégia terapêutica mais adequada ao caracterizar a localização, extensão e morfologia da obstrução[4]; é o método de imagem padrão, enquanto a broncoscopia permanece o padrão-ouro para confirmação diagnóstica.

Este trabalho tem como objetivo a apresentação de imagens tomográficas referentes a um caso clínico de emergência oncológica por obstrução extrínseca de via aérea decorrente de neoplasia maligna.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de caso no qual são discutidos os achados de imagem. A utilização e divulgação das imagens apresentadas foram devidamente autorizadas pelo paciente, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em conformidade com os princípios éticos aplicáveis à utilização de dados e imagens.

Foram preservadas a identidade e a confidencialidade das informações pessoais garantindo-se o anonimato e a proteção dos dados apresentados.

DISCUSSÃO

O papel diagnóstico da tomografia na obstrução de via aérea oncológica é fundamental. Permite identificar a obstrução de vias aéreas centrais de origem maligna em até 99% dos casos.[5]

A obstrução de via aérea é classificada em três subtipos baseados na localização do tumor:

- Obstrução intrínseca: tumor endobrônquico que protrai para dentro do lúmen da via aérea;

• Obstrução extrínseca: compressão externa por massa mediastinal, linfonodos ou invasão tumoral da parede brônquica sem componente endobrônquico;

• Obstrução mista: combinação de componentes intrínsecos e extrínsecos.

A tomografia também possibilita avaliar o grau de estenose luminal, a extensão extraluminal da lesão, o envolvimento de estruturas adjacentes e a relação entre o comprimento da obstrução e da traqueia.[6]

Nas imagens tomográficas apresentadas acima, observa-se linfonodomegalia paratraqueal superior direita com compressão de traqueia e esôfago.

O manejo terapêutico mais frequentemente empregado é baseado na broncoscopia, que atua como ponte para o tratamento definitivo. Direciona os pacientes para receberem radioterapia, quimioterapia, imunoterapia ou terapias-alvo, conforme indicado.

CONCLUSÃO

A compressão de via aérea por neoplasia é considerada uma emergência oncológica que apresenta manifestações clínicas diversas. O diagnóstico precoce e o início do tratamento são fatores determinantes para sobrevida do paciente.

Assim como o reconhecimento dos padrões tomográficos de obstrução, compressão extrínseca, invasão mural direta ou crescimento endoluminal e sua correlação com a apresentação clínica são fundamentais para a tomada de decisão multidisciplinar rápida, dado o potencial de deterioração respiratória abrupta nesses pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Eskander A, Almeida JR, Irish JC. Acute upper airway obstruction. N Engl J Med. 2019;381(20):1940-49.
2. Mahmood K, Frazer-Green L, Gonzalez AV, Shofer SL, Argento AC, Welsby I, et al. Management of central airway obstruction: an American College of Chest Physicians clinical practice guideline. Chest. 2025;167(1):283-95.
3. Choi S, Chaddha U. Narrative review of malignant central airway obstruction: management updates. J Thorac Dis. 2025;17(9):7390-7405.
4. Godoy MC, Truong MT, Jimenez CA, Shroff GS, Vlahos I, Casal RF. Imaging of therapeutic airway interventions in thoracic oncology. Clin Radiol. 2022;77(1):58-72.
5. Kalvapudi S, Zubair HM, Kunadharaju R, Bhura S, Mengiste H, Saeed M, et al. Correlation of bronchoscopy and CT in characterizing malignant central airway obstruction. Cancers. 2024;16(7):1258.
6. Expert Panel on Thoracic Imaging, Little BP, Walker CM, Chung JH, Bang TJ, Brixey AG, et al. ACR Appropriateness Criteria®: tracheobronchial disease. J Am Coll Radiol. 2024;21(11S):S518-S533.Poels PJ, Jong FI, Schutte HK. Consistency of the preoperative and intraoperative diagnosis of benign vocal fold lesions. J Voice. 2003;17(3):425-33.