

ANESTESIA GERAL EM ODONTOLOGIA

experiência pessoal

DR. RENAUD ALVES MENEZES, E.A. (*)

AP 2385

A anestesia para procedimentos odontológicas exige uma avaliação pre-operatória sob a responsabilidade direta do anestesiológista. As intervenções devem ser realizadas em hospital ou em consultório especialmente preparado, contando inclusive com sala de recuperação pos-anestésica. A técnica anestésica depende das condições gerais do paciente e da duração provável da intervenção. Só em casos de excepcional labilidade emocional é administrado um pré-anestésico. Nos adultos a indução foi feita com Fabantol via venosa, nas crianças com Ketamina por via intramuscular. Os casos mais demorados são entubados após a administração de 15 mg de galamina, atropina e Succinilcolina (conforme o peso) e a indução e manutenção são feitos com óxido nítrico e oxigênio (50%) e concentrações variáveis de halotano. É feito sempre um tamponamento, cujo local varia com a técnica de manutenção de vias aéreas. A entubação nasotraqueal é feita com sonda de plástico amolecida em água quente. Antes da retirada do tampão de espuma de nylon deve ser feito uma limpeza cuidadosa da cavidade oral.

Os contactos iniciais que tivemos com pacientes odontológicos foram há cerca de 11 anos, quando anestesiávamos em uma policlínica pacientes pediátricos com desenvolvimento mental deficiente. Após um período de aproximadamente 4 anos com anestésias eventuais para extrações dentárias em casas de saúde diversas, fomos convidados a trabalhar em uma clínica especializada em Odontologia quando passamos a anestésiar com alguma constância pacientes pediátricos e também, e até em maior porcentagem, adultos. As indicações eram: as crianças, por falta de colaboração, devido à pouca idade ou a doenças (mongolismo, crianças excepcionais); os adultos, por serem nervosos não aceitarem

(*) Do Serviço de Anestesia do Hospital de Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado da Guanabara.

anestesia local ou o que nos surpreendeu (sinal dos tempos), por desejarem não perder tempo em várias consultas, preferindo resolver tôda a parte dolorosa em poucas horas.

MATERIAL E MÉTODOS

Nossa experiência se resume até agora em 217 casos, devidamente fichados, sendo 138 adultos e 79 crianças.

Temos por hábito deixar com o odontólogo uma ficha por nós elaborada a qual vai orientar em uma primeira triagem a conduta quanto à marcação da intervenção. Assim, as perguntas contidas na ficha são respondidas, e em caso de nenhuma anormalidade é marcada a anestesia geral, sendo o paciente re-examinado pelo anestesista no próprio dia do ato cirúrgico. No caso do odontólogo verificar no primeiro exame qualquer anormalidade, por menor que seja, o anestesista é comunicado e fará um exame prévio um a dois dias antes da anestesia.

São considerados exames laboratoriais de rotina quando se vislumbrar a possibilidade do sangramento pré-operatório: tempo de coagulação e sangramento, prova do laço, tempo de prótombina. Em casos duvidosos são pedidas a glicemia, uréia, hemograma, exame de urina. Em casos específicos podem ser pedidos ECG, Raios-X de tórax, etc. podendo, conforme os resultados, a anestesia geral ser ou não contra-indicada.

Ficha individual do paciente (que fica com o odontólogo) com perguntas a serem respondidas: a) foi a algum médico recentemente? conclusão; b) já fez alguma operação? há quanto tempo? com anestesia geral? passou bem? c) quando sofre um corte, por exemplo, sangra mais do que o normal?; d) tem alguma alergia?; e) tem alguma infecção que tenha feito suspeitar de foco dentário?; f) está em uso de algum medicamento? qual? (hipotensor, corticóide, tranqüilizante); g) motivo da anestesia geral (nervoso, apressado, etc.); h) alguma dor pré-cordial? fumante? inchação nos pés? cansaço ao esforço físico? dificuldade respiratória?

Em caso de paciente pediátrico mongoloide, é necessário um laudo do médico pediatra, já que são pacientes muitas vezes portadores de anomalias cardíacas, e sabe-se que 85% das mortes neses pacientes são causadas pelas mesmas. Além dessa ficha preenchida, e "checada" posteriormente pelo anestesista, deve o mesmo perguntar ao odontólogo qual o trabalho a ser realizado no paciente e a duração prevista, o que irá orientar na escolha da técnica anestésica.

Exame físico — Idade, pêsos, altura, etc. aspecto geral, batimentos arteriais visíveis, veias, pescoço, fossas nasais (desvio de septo?), bôca, olhos, etc.

Tomada de pulso e pressão arterial (deitado ou sentado, e em pé; uma queda da pressão arterial e taquicardia em pé, indica fraqueza circulatória à sobrecarga).

Ausculta das bases pulmonares. Teste da apnéia voluntária: $\frac{\text{apnéia inspiratória} = t \text{ em segundos}}{\text{apnéia expiratória} = t \text{ em segundos}} = 2$. Abaixo de 1.5 ou 1.0 é insatisfatório.

Há necessidade de consentimento por escrito, por parte do paciente ou seu responsável, se fôr menor. Dia da intervenção: Jejum mínimo de 6.00 horas para sólidos e 2.00 horas para líquidos: outras condições podem dilatar êsse prazos. Os intestinos, se possível, e a bexiga devem ser esvaziados antes do ato anestésico, bem assim como cintos, soutiens, etc. devem ser afrouxados. No caso do paciente estar em cadeira odontológica, esta deverá estar quase horizontalizada, estando o paciente com os pés apoiados sôbre uma almofada, com os joelhos unidos e sem estar com os braços fixados no descanso da cadeira, enquanto estiver consciente.

O paciente deverá estar acompanhado de parente ou amigo, pois ao regressar à sua residência não poderá dirigir veículo.

TÉCNICA — Descrevemos a técnica na qual nos fixamos, e que foi utilizada na grande maioria dos casos. Pré-medicação: não usamos rotineiramente, porém para pacientes demasiadamente nervosos recomendamos o uso oral, duas horas antes da anestesia. do diazepam (10 mg.). No caso do paciente se internar na casa de saúde e desejar ficar até o dia seguinte, mandamos injetar 10 mg de diazepam 1.00 hora antes da anestesia.

Indução — aparelhagem completa de anestesia. aspirador elétrico ou a vácuo, além do existente no equipo dentário, abridores de bôca especiais, etc. Usamos monitoragem eletrônica para pulso e atualmente também para a pressão arterial (para procedimentos cirúrgicos simples aumenta geomêtricamente a responsabilidade anestésica; além do mais, verificamos que o seu uso inspira maior confiança ao paciente).

1 — *Casos com duração acima de 30 minutos.*

a — *Adultos: sem pré-medicação* — Indução venosa com Fabantol (8 a 10 mg/kg) + galamina (15 mg) após a indução e conexão de gôta a gôta de sôro glicosado isotônico a 5%, aproveita-se a hiperventilação obtida com o Fabantol para fazer o paciente ir inalando fluotano (vaporizador de microbolhas); na fase de normo ou hipoven-

tilação que se segue, injeta-se succinilcolina (100 mg) + atropina (0.5). Após ventilar o paciente (6 movimentos) é feito um "spray" com tetracaína a 1% ou com xilocaína a 4% sendo o paciente então entubado via naso-traqueal, com tubo de borracha Rush, com balonete, para uso naso-traqueal. (Últimamente experimentamos com sucesso o uso de tubos plásticos, transparente, com balonete, mergulhados na água quente momentos antes da entubação e lubrificadas com geléia de xilocaína; isto devido ao fato da dificuldade de se encontrar no nosso meio tubos nasotraqueais de borracha, com balonete). Coloca-se a seguir, um tamponamento com espuma de nylon, no faringe, prêsso por um fio de linha prêto (o fio dental branco pode ser usado, mas ao se sujar de sangue pode tornar-se de difícil visualização).

b — Crianças (até 5 anos): Pré-anestésico, ketamina intramuscular 2 mg/kg de pêsso. Indução, N_2O/O_2 + fluotano, seguido de succinilcolina (1-2 mg/kg) + atropina (0.25 mg), entubação nasotraqueal com tubo plástico, transparente, sem balonete, tamponamento faríngeo com espuma de nylon.

2 — Casos com duração abaixo de 30 minutos.

a — Adultos: Indução fabantol + atropina e a seguir máscara nasal odontológica ou sonda nasofaringéia lubrificada com geléia de xilocaína, e tamponamento com espuma de nylon umedicido com anestésico tópico, no orofaringe (região do istmo das fauces); é preciso cuidado para o tamponamento não se aprofundar e impedir a passagem livre do ar para o paciente.

b — Crianças: Pré-anestésico e indução iguais à técnica descrita anteriormente em b. (com atropina, mas sem succinilcolina) porém, sem entubação, à semelhança da técnica para adultos.

Manutenção — em ambos os casos (adultos ou crianças), a manutenção é feita em sistema com reinalação parcial, método circular, (adultos) ou sem reinalação, Jackson-Rees (crianças), com fluotano (halotano) a 1.0 — 1.0 — 2.0% + N_2O e O_2 a 50% (2 litros de fluxo total) com respiração espontânea. Em caso de superficialização com reação do paciente ("bucking") é feita hiperventilação com aumento momentâneo da concentração do fluotano, ou, se necessário, uma dose pequena (± 20 mg) de succinilcolina.

Recuperação — Após ser encerrada a parte cirúrgica, suspende-se a administração de fluotano, mantendo-se apenas o N_2O/O_2 . Faz-se então a retirada do tamponamento e uma limpeza, sob visão laringoscópica, do oro e laringo-faringe do paciente; às vês, há necessidade de retirar pequenos pedaços de cimento dentário da cavidade bucal com auxílio de

uma pinça. Suspendendo-se a seguir, a administração do N₂O e procedendo-se à "lavagem" dos pulmões com O₂ a 100% (para impedir a hipóxia por difusão de Fink), procede-se à extubação. Na grande maioria dos casos, os pacientes recuperam a consciência após 10 a 20 minutos, quase, que, matematicamente. São deixados então a descansar por mais 10 a 20 minutos e levados para a sala de recuperação onde ficam deitados, repousando, por mais uma hora. Em caso de não desejarem dormir na casa de saúde, ou de precisarem de se retirar, poderão fazê-lo após mais uma hora, sempre com acompanhante.

RESULTADOS E COMENTARIOS

É verdadeiramente surpreendente como os pacientes adultos vão suplantando em número aos pacientes pediátricos, à medida que a anestesia geral para Odontologia vai se tornando mais difundida.

É necessário que se chame a atenção para o fato de que o anestesista só deve realizar o ato anestésico em casa de saúde ou em um consultório que esteja aparelhado como uma verdadeira clínica, inclusive com sala de recuperação; não se deve nunca aceitar anestésiar um paciente em um consultório dentário qualquer, nem que seja somente para um procedimento de minutos (sic). Graças à essa conduta, nenhuma complicação séria tivemos a lamentar; as principais queixas dos pacientes foram:

1.º — Dores musculares generalizadas, que atribuímos à posição na cadeira odontológica e às fasciculações provocadas pelo agente despolarizante. Essas queixas praticamente cessaram quando passamos a usar travesseiros e almofadas, ou mesmo pequenos colchões de espuma de nylon, e no caso das fasciculações, a mistura de um agente não despolarizante em pequena dose (15 mg de galamina) associado ao fabantol, previamente à injeção da succinilcolina.

2.º — dor de garganta pós-entubação. Esse é realmente um problema mais difícil de ser resolvido, pois quando o paciente não tem que se preocupar com a dor de uma operação maior, procura a dor secundária (no caso, a dor de garganta); além do mais, a movimentação com a cabeça do paciente deve contribuir com a sua parcela, fazendo com que o tubo traqueal atrite no laringo-faringe ou traquéia. Em trabalho recente, tivemos ocasião de estudar a profilaxia dessa complicação (1). O tratamento que melhor resultado vem dando é o uso de analgésicos anti-inflamatórios (analgésico + enzimas), os quais existem de diversos laboratórios

no mercado, o uso de pastilhas em que há a associação de um antibiótico (tirotricina, bacitracina) à um anestésico tópico (benzocaina), para serem deixados dissolver na boca várias vezes ao dia (melhora a dor no faringe), e nos casos mais graves o uso da betamatazona injetável (caso de edema de glote; casos desse tipo não tivemos, felizmente). Também pode ser recomendável a inalação de vapor frio (úmido).

Um detalhe que nos despertou a atenção foi o fato de com anestesia geral não haver quase edema pós-operatório, mesmo com múltiplas extrações, inclusive traumáticas (cisos inclusos impactados), o que atribuímos à ausência de irritação tecidual e compressão dos tecidos provocada pelo anestésico local. Por outro lado, um bloqueio que falhe parcialmente permitindo a sensação dolorosa, já é suficiente para provocar edema, por mecanismo de vasodilatação reflexa. Não sendo feita a infiltração local, não há a taquicardia comumente observada pela presença de simpaticomiméticos.

Pós-operatòriamente prescrevemos analgésicos-relaxantes, anti-inflamatórios (enzimas) associados, às vezes, a antibióticos e anti-eméticos, além das pastilhas já citadas acima.

SUMMARY

GENERAL ANESTHESIA FOR DENTAL SURGERY

The anesthesiologist is very often the only physician who evaluates the patient before dental surgery. These procedures should be carried out in a hospital or in a specially prepared dental clinic, that also has a recovery room. The anesthetic technique depends on the physical status of the patient, and the probable duration of the procedure only very emotionally unstable patients are premedicated. Adult patients are usually induced with propanidid followed by nitrous oxide + halothane, intubated after atropine, 15 mg of gallamine and 1-2 mg/kg of succinicholine. Children are induced with 2 mg/kg of intramuscular ketamine and the same inhalation agent as above. Naso tracheal intubation with softened plastic tubes (Hot water) is used only for longer cases. Nylon sponges are used for packing. The site of the packing depends on the inhalation technique (intubation or not). Before removing the pack the oral cavity has to be cleaned very effectively.

BIBLIOGRAFIA

1. Menezes R A — Profilaxia da dor de garganta pós-entubação. Trabalho apresentado nos Congressos. Rev Bras Anest 21: 1971.
2. Archer H W — A Manual of Dental Anesthesia. W B Saunders Company. Philadelphia and London, 1952.
3. Seldin H M — General Anesthesia for Ambulatory Patients in Office Oral Surgery. Anesth Analg Curr Res 48: 1969.