

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO JOSÉ
CURSO DE ODONTOLOGIA

Isabela Stéfany Oliveira da Silva e Marialice Borges da Conceição
Sylvio Luiz Costa de Moraes

OBSTRUÇÃO DE VIA AÉREA SUPERIOR POR DENTE
EM CIRURGIA DE TERCEIROS MOLARES INFERIORES:
COMO PREVENIR?

Rio de Janeiro

2020

OBSTRUÇÃO DE VIA AÉREA SUPERIOR POR DENTE

**EM CIRURGIA DE TERCEIROS MOLARES INFERIORES:
COMO PREVENIR?**

**UPPER AIRWAY OBSTRUCTION BY TOOTH
IN LOWER THIRD MOLAR SURGERY:
HOW TO PREVENT?**

Isabela Stéfany de Oliveira da Silva

Marialice Borges da Conceição

Acadêmicas de Odontologia

Sylvio Luiz Costa de Moraes

Professor da Disciplina de Cirurgia Bucal I e Anestesiologia

do Curso de Odontologia do Centro Universitário São José

RESUMO

O presente artigo tem por objetivo abordar a importância da prevenção ao risco de obstrução respiratória mecânica, provocada por dente ou remanescentes, durante a cirurgia de terceiros molares inferiores, dentre as possíveis complicações transoperatórias. Procedimentos técnicos, medidas de prevenção e conduta terapêutica para os casos de ocorrência, também são abordados ressaltando a importância da capacitação do Cirurgião-Dentista e de sua equipe, no manejo desse tipo de emergência médica.

Palavras-chave: dente serotino, prevenção de acidentes, obstrução das vias respiratórias.

ABSTRACT

This article aims to highlight the prevention of the risk of mechanical respiratory obstruction, caused by teeth or remnants, during surgery of lower third molars, among the possible transoperative complications. Technical procedures, preventive measures, and therapeutic conduct for cases of occurrence are also emphasizing the importance of training the Dentist and his team in the management of this type of medical emergency.

Key-words: molar third, airway obstruction, accident prevention.

INTRODUÇÃO:

A extração do terceiro molar é o procedimento cirúrgico mais comum em odontologia, no entanto, tem havido muitas e amplas complicações associadas à extração (KAWASHIMA et al., 2013). E neste trabalho será abordada uma das complicações transoperatórias, a obstrução de vias aéreas por terceiros molares inferiores, eventualmente aspirados, uma ocorrência que representa um problema potencial durante a cirurgia (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2010), requerendo rapidez e precisão no atendimento, já que a obstrução poderá ser fatal.

O risco é maior em idosos e crianças em relação a outras faixas etárias. A aspiração acidental de corpos estranhos pode ocorrer naturalmente em indivíduos que falam ou riem com alimentos sólidos ou líquidos em suas bocas. Durante procedimentos terapêuticos em odontologia o risco se torna maior já que instrumentos podem ser aspirados. Além disso outros fatores como doenças neurológicas, psicológicas, distúrbios, uso de drogas que tem repercussão sobre o Sistema Nervoso Central (SNC) ou que alteram o nível de consciência, uso de álcool, trauma e procedimentos odontológicos realizados sob sedação são todos arriscados em termos de aspiração (EROGLU; ALGAN-KAYA; COSKUN, 2015).

Os princípios de cirurgia, abordam que a prevenção de emergências médicas em pacientes submetidos a cirurgias orais e maxilofaciais ou a outras formas de tratamento odontológicos é sempre preferível e prioritário, do que gerenciá-las após a sua ocorrência (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2010).

A prevenção de emergências médicas em odontologia começa pela anamnese, um somatório de história clínica e exame físico.

Na verdade, o profissional que realiza procedimentos cirúrgicos em ambiente de consultório deve ter em mente que sua prática deve seguir os princípios gerais de cirurgia bucal, destacando ser praticada em ambiente adequado, com posicionamento correto do paciente, com instrumentos e materiais de penso utilizados em cirurgia, manusear corretamente o instrumental e dominar a técnica operatória.

Diante de situações não-rotineiras, e portanto imprevistas, o cirurgião-dentista e sua equipe técnica auxiliar e administrativa (Auxiliar em Saúde Bucal – ASB, Técnico em Saúde Bucal – TSB e secretária) idealmente devem ter noções de suporte básico de vida (SBV) e sobre os procedimentos que devem ser tomados para socorrer o paciente e acionar meios que possibilitem a continuidade do

atendimento e a eventual evacuação do paciente para uma Unidade de Saúde próxima, quando houver tempo para tal.

Portanto, a manutenção de kit de atendimento de urgência/emergência, o treinamento periódico de SBV são importantes para se oferecer o tratamento inicial adequado ao paciente.

Sendo assim, o objetivo geral é demonstrar a importância dos cuidados ao executar cirurgias de terceiros molares inferiores, evitando, assim, uma possível obstrução respiratória.

Enquanto os objetivos específicos são discutir medidas preventivas durante execução de cirurgias de terceiros molares inferiores para evitar possível obstrução das vias aéreas e explicar como o cirurgião-dentista deve proceder caso ocorra obstrução das vias aéreas durante extração de terceiros molares inferiores.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A obstrução de vias aéreas pode ser prevenida de algumas formas como, avaliando os pacientes de risco, colocando a cadeira em posição reclinada ao atender os pacientes que apresentarem a coordenação da deglutição ou o reflexo da tosse afetado, usar sugadores de alta potência e colocar gaze como anteparo (GUIMARÃES, 2001)

A prevenção é a base do gerenciamento de emergências médicas. O primeiro passo é a avaliação do risco. Começa com uma cuidadosa avaliação médica no consultório dentário, o que requer um levantamento preciso do histórico médico do paciente, incluindo uma revisão orientada por respostas positivas relevantes ao histórico. Os sinais vitais devem ser registrados, assim como é preciso realizar um exame físico (adaptado ao histórico médico e problemas atuais de cada paciente) (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2010).

Os pacientes de maior risco são idosos, obesos, gestante (devido ao aumento da pressão intra-abdominal), elitistas ou dependentes de outras drogas depressoras do SNC, deficientes mentais, indivíduos com limitação de abertura bucal (GUIMARÃES, 2001). Também é considerado que os pacientes de maior risco são os idosos e crianças (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2010). Ou até que, os pacientes de maior risco são as crianças pois não mastigam devidamente por conta da falta dos molares e os idosos devido a alguns fatores (FIELDS; SCHOW, 1998).

INCIDÊNCIA NA LITERATURA

A tendência geral na odontologia é tratar pacientes em decúbito dorsal para melhorar a visibilidade, a acessibilidade à cavidade oral e o conforto ergonômico para os operadores (YADAV et al., 2015). Embora a posição supina pareça mais suscetível à aspiração / ingestão acidental de corpos estranhos (TABOR., 2014), fragmentos dentários esses contratempos podem ocorrer em qualquer posição a qualquer momento, não apenas durante o tratamento odontológico, mas também após o tratamento, pois os pacientes carregam os aparelhos ou próteses na boca (YADAV et al., 2015).

Embora qualquer corpo estranho na cavidade oral possa levar a um acidente, a deglutição de alguns objetos estranhos é mais comum que outros. Itens odontológicos têm sido relatados como o segundo objeto estranho mais ingerido / aspirado em adultos (YADAV et al., 2015).

FATORES DE RISCO

Durante qualquer intervenção cirúrgica ou não-cirúrgica relacionada à cavidade oral, é muito crucial identificar fatores de risco relacionados à aspiração / ingestão acidental de corpos estranhos e, assim, evitar possíveis emergências com risco de vida. Vários estudos demonstraram que movimento excessivo inesperado do paciente aumenta o risco de aspiração e ingestão (FIELDS; SCHOW, 1998).

Procedimentos odontológicos, com a posição supina associada a anestesia local, pacientes comumente predispostos em direção à aspiração traqueobrônquica de corpo estranho. Em um estado saudável, a laringe atua como um esfíncter protetor em três níveis diferentes na entrada da passagem aérea: epiglote e pregas ariepiglóticas, cordas vocais falsas (pregas ventriculares) e cordas vocais verdadeiras. Para que a aspiração aconteça, um objeto estranho deve passar por essas três linhas de defesa. Pacientes com fechamento laríngeo reduzido são mais propensos a aspirar saliva, pequenos aparelhos dentários, instrumentos ou suas partes (BENJELLOUN et al., 2014).

Pacientes idosos, sedados por via intravenosa, inebriados, com deficiência mental ou traumatizados, com estados alterados de consciência, geralmente são mais suscetíveis à deglutição por causa da diminuição do reflexo da mordada, incoordenação da deglutição ou outros mecanismos de proteção das vias aéreas prejudicados (BENJELLOUN et al., 2014).

EMERGÊNCIAS MÉDICAS (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2010)

A incidência de emergências médicas (obstrução de vias aéreas por terceiros molares) é maior em pacientes submetidos a cirurgia oral ambulatorial comparando-se com aqueles submetidos a procedimentos não cirúrgicos devido à três fatores: cirurgia provoca mais estresse, uma quantidade maior de medicamentos é normalmente administrada a pacientes que se submeteram à cirurgia frequentemente, são necessárias consultas mais longas para realização de cirurgias.

Estes fatores são conhecidos por aumentar a probabilidade de ocorrência de emergências médicas, outros fatores que aumentam o potencial de emergências são a idade do paciente, maiores riscos para muitos jovens e para idosos acrescente capacidade do profissional e manter pessoas relativamente não saudáveis no ambiente ambulatorial e a grande variedade de medicamentos que cirurgiões-dentistas administrem em seus consultórios a prevenção é a base de gerenciamento de emergências médicas o primeiro passo é a avaliação de risco começa com uma cuidadosa avaliação médica no consultório dentário o que requer um levantamento preciso do histórico médico do paciente incluindo uma revisão orientada por respostas positivas relevantes ao histórico digitais devem ser registrados assim como é preciso realizar um exame físico adaptado.

SINTOMAS DE ASPIRAÇÃO

Os sinais e sintomas de aspiração ou ingestão diferem em conformidade com o tamanho e a forma do corpo estranho e se é livre, fixo ou perfurante. A aspiração pode ocorrer em qualquer lugar da árvore traqueobrônquica. O brônquio direito é geralmente o local mais

comum em adultos devido à configuração anatômica (BASOGLU et al., 2005). No entanto, foi relatado em todos os lobos pulmonares (BENJELLOUN et al., 2014). Os sintomas mais comuns de obstrução laringotraqueal são dispneia, tosse e estridor. Um choque laríngeo da via aérea por objetos estranhos resulta em dificuldade respiratória com ou sem cianose e sinais de mãos agarradas à garganta, dependendo se o choque é parcial ou completo (YADAV et al., 2015).

No entanto, corpos estranhos brônquicos estão associados a tosse, diminuição da entrada de ar, dispneia e chiado no peito. Além disso, alguns pequenos objetos estranhos aspirados inadvertidamente podem passar através das cordas vocais sem obstruir as vias aéreas superiores e permanecer assintomáticos por vários meses. Sua retenção a longo prazo pode resultar em complicações tardias, como paralisia das cordas vocais, pneumonia pós-constitutiva, atelectasia, bronquiectasia, pneumotórax, hemorragia ou abscesso pulmonar e morte (YADAV et al., 2015).

PREVENÇÃO

Embora a vários métodos para evitar a aspiração a prevenção é o melhor método de gerenciar esses episódios. Nesses cenários, os outros métodos de proteção recomendados, como telas de gaze, sucções a alto vácuo, bandejas personalizadas de impressão, ligaduras de fio dental para itens menores, o uso de uma posição mais vertical é praticado para minimizar o risco de ingestão ou aspiração com preocupação especial em pacientes com diminuição reflexos protetores (TIWANA;; TIWANA, 2004).

O primeiro passo é a avaliação do risco. Começa com uma cuidadosa avaliação médica no consultório dentário, o que requer um levantamento preciso do histórico médico do paciente, incluindo uma revisão orientada por respostas positivas relevantes ao histórico. A preparação é o segundo fator mais importante na gestão das emergências médicas depois da prevenção (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2010).

A preparação para lidar com emergências inclui quatro ações específicas: Primeiro, assegurar que o próprio conhecimento do cirurgião-dentista sobre gestão de emergência é adequada e atualizada; Segundo, ter a equipe de apoio do consultório treinada para auxiliar nas emergências médicas; Terceiro, estabelecer um sistema de acesso imediato à prestadores de cuidados médicos

capazes de auxiliar em situações de emergência; e quarto, equipar o consultório com equipamentos e suprimentos necessários para tratar inicialmente dos pacientes com problemas graves (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2010).

MÉTODOS DE PREVENÇÃO

Um dos métodos de prevenção é básico e de obrigação do CD ter conhecimento, lembrando-se de quais materiais utilizar, qual movimento correto na exodontia do terceiro molar inferior e o posicionamento da cadeira odontológica no momento da extração do dente.

INSTRUMENTAL E MOVIMENTO CORRETO DA EXODONTIA

Os principais instrumentos usados para remover um dente do processo alveolar são a alavanca e o fórceps extrator. Alavancas podem ajudar na luxação de um dente. E o fórceps continua o processo através de expansão óssea e de rompimento dos ligamentos periodontais (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2010).

O fórceps nº 17 é normalmente usado para extração dos molares mandibulares. Esse fórceps tem pequenas projeções nas pontas e ambos os bicos para caber na bifurcação das raízes dos dentes (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2010).

O movimento vestibulo-lingual forte é usado para expandir o alvéolo ósseo e permitir que o dente seja extraído na direção vestibulo-oclusal. O osso alveolar lingual ao redor do segundo molar é mais fino que a lâmina vestibular, para que o segundo molar possa ser removido mais facilmente com pressão lingual em vez de pressão vestibular (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2010).

Se as raízes forem claramente bifurcadas, o fórceps nº 23, ou fórceps chifre de vaca, pode ser usado. Deve-se tomar cuidado com esse fórceps para evitar prejuízo aos dentes maxilares porque o molar inferior pode, literalmente, pular para fora do alvéolo e assim soltar o fórceps para bater nos dentes superiores (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2010).

Terceiros molares irrompidos normalmente têm raízes cônicas e fusionadas. Como a bifurcação não é comum, o fórceps 222 é usado para extrair esses dentes. A lâmina óssea lingual é definitivamente mais fina que a lâmina cortical vestibular então a maioria das forças de extração deve ser feita para lingual. O terceiro molar é removido na direção ocluso lingual. Os terceiros molares mandibulares irrompidos que estão em função podem ser decepcionantemente difíceis de extrair. O cirurgião-dentista deve levar em consideração usar a alavanca reta e alcançar determinado grau de luxação antes da aplicação do fórceps. A pressão deve ser aumentada gradualmente, e tentativas de mover o dente devem ser feitas antes que fortes pressões finais sejam feitas. (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2010).

PROCEDIMENTO PARA EXTRAÇÃO FECHADA

A técnica fechada é também conhecida como a técnica de rotina, é a mais usada e é a primeira consideração para quase todas as extrações (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2010).

Os três fundamentos essenciais para uma boa extração são: acesso e visualização adequados do campo cirúrgico; um caminho sem impedimentos para a remoção do dente; e o uso de força controlada para luxar e remover o dente (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2010).

Cinco etapas gerais formam o procedimento de extração fechada:

ETAPA 1: afrouxamento do tecido mole de adesão da porção cervical do dente (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2010).

O primeiro passo na remoção do dente pela técnica de extração fechada é soltar o tecido mole ao redor do dente com um instrumento afiado como lâmina de bisturi e a ponta afiada de um descolador de periósteo nº 9. O propósito do afrouxamento do tecido mole do dente permite que o cirurgião-dentista tenha certeza que anestesia profunda foi atingida e para permitir que a alavanca e o fórceps de extração sejam posicionados mais apicalmente, sem interferência ou impedimento no tecido mole da gengiva, aumentando a largura do sulco gengival e permitindo facilmente a entrada da ponta chanfrada das pontas dos fórceps. A papila gengival adjacente do dente deve também ser rebatida para evitar lesão pela inserção da alavanca reta.

ETAPA 2: luxação do dente com uma alavanca dental (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2010).

A luxação do dente começa com uma alavanca, normalmente pequena, reta, inserida perpendicularmente no dente depois de a papila ser rebatida. O cabo dessa alavanca é girado de forma que o lado oclusal da sua lâmina esteja virada na direção do dente. O cabo também é

movido apicalmente para ajudar a elevar o dente. Em certas situações, a alavanca pode ser girada na direção oposta conseguindo maior deslocamento vertical do dente, o que pode possivelmente resultar em completa remoção do dente. Isso pode ser conseguido apenas se não houver nenhum dente adjacente posterior.

A luxação do dente com alavanca reta deve ser feita com cuidado, pois, forças excessivas podem prejudicar ou até mesmo deslocar os dentes adjacentes aqueles sendo extraídos. Uma alavanca de maior tamanho é usada para fazer o mesmo avanço apical. Geralmente o dente irá se afrouxar o suficiente para ser removido facilmente com o fórceps.

ETAPA 3: adaptação do fórceps ao dente (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2010).

As pontas ativas do fórceps devem apresentar um formato adequado para se adaptarem anatomicamente ao dente, apical à margem cervical, ou seja, na superfície radicular. As pontas do fórceps devem agarrar a raiz abaixo do tecido mole descolado. A ponta lingual é ajustada primeiro e depois a ponta vestibular. Uma vez que o fórceps tenha sido posicionado no dente, o cirurgião-dentista aperta as alças do fórceps nas extremidades para maximizar a vantagem mecânica e controle.

As pontas do fórceps devem ser seguras paralelas ao longo eixo do dente para que as forças possam ser distribuídas e se as pontas não estiverem paralelas ao longo eixo do dente, é muito provável que a raiz do dente frature.

Neste ponto, a mão do cirurgião-dentista deve estar segurando o fórceps firmemente, com o pulso travado e o braço preso junto ao corpo; o cirurgião-dentista deve estar preparado para aplicar força com o ombro e parte superior do braço sem pressionar o pulso. O cirurgião-dentista deve estar de pé, ereto com os pés confortavelmente separados.

ETAPA 4: luxação do dente com fórceps (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2010).

O cirurgião-dentista começa a luxar o dente usando os movimentos discutidos anteriormente. O movimento para os molares será labial e vestibular (p. ex., na direção da camada fina do osso). O cirurgião-dentista usa força lenta e constante para deslocar o dente vestibularmente em vez de uma série de movimentos que fazem pouca expansão óssea. O movimento é deliberado e lento, e gradualmente aumenta sua força. O dente é então movido na direção oposta com pressão ponderada, lenta e forte. Enquanto o osso alveolar começa a se expandir, o fórceps é rearrumado apicalmente com movimento forte e ponderado que causa expansão adicional do osso alveolar e depois desloca o centro de rotação. Pressões linguais e vestibulares continuam a expandir o alvéolo ósseo ou movimentos pequenos de rotação.

ETAPA 5: remoção do dente do alvéolo (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2010).

Uma vez que o osso alveolar foi suficientemente expandido e o dente luxado, uma força de tração leve, geralmente de direção vestibular, pode ser usada. Forças de tração devem ser minimizadas, porque esse último movimento que é usado quando o processo alveolar é suficientemente expandido e o ligamento periodontal está completamente rompido. Deve-se lembrar que a luxação do dente com fórceps e a remoção do dente do osso são passos separados na extração. Luxação é direcionada para expansão do osso e rompimento do ligamento periodontal. O dente não é removido do osso até que esses dois objetivos sejam alcançados. O principal papel do fórceps não é remover o dente, mas sim expandir os ossos para que o dente possa ser removido.

O cirurgião-dentista deve desenvolver um senso da direção que o dente precisa se mover e ser então capaz de movê-lo nessa direção. Exame pré-operatório e planejamento ajudam a guiar esta determinação durante a extração.

POSICIONAMENTO DA CADEIRA

As posições do paciente, da cadeira, e do operador são críticas para o completo sucesso da extração. A melhor posição é a que seja confortável para o paciente e o CD, e permita que o CD tenha o máximo de força feita no dente do paciente através das alavancas e fórceps. Os CDs usualmente ficam de pé durante as extrações. O erro mais comum que os CDs cometem no posicionamento da cadeira para a extração é manter a cadeira muito alta. Isso obriga o cirurgião operar com seus ombros levantados tornando difícil exercer a quantidade de força para que o dente seja extraído de maneira correta (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2010).

Para a extração de terceiros molares inferiores o paciente deve estar em uma posição mais elevada para que quando a boca estiver aberta, o plano oclusal mandibular esteja paralelo ao chão. Um bloco de mordida de tamanho adequado deve ser usado para estabilizar a mandíbula quando a extração com um fórceps é usado. Mesmo que o CD apoie a mandíbula, o apoio adicional gerado pelo bloco irá resultar em menor estresse transmitido pelos maxilares (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2010).

Durante a remoção dos dentes mandibulares posteriores direitos, a cabeça do paciente deve ser bastante virada na direção do cirurgião-dentista para permitir acesso adequado à

mandíbula, e o cirurgião-dentista deve manter posição adequada de braços e mãos. Quando removendo um dente na região anterior da mandíbula, o cirurgião-dentista deve rodar para o lado do paciente. Quando operando na região mandibular posterior direita, o cirurgião-dentista deve ficar de pé na frente do paciente, mas a cabeça do paciente não deve virar tão agudamente na direção do cirurgião-dentista.

Alguns cirurgões preferem acessar dentes mandibulares de uma posição posterior. Isso permite que a mão esquerda do cirurgião-dentista apoie melhor a mandíbula, mas isso exige que o fórceps seja seguro de forma oposta à habitual e que o cirurgião-dentista veja o campo de trabalho de cabeça para baixo. A mão esquerda do cirurgião-dentista vai ao redor da cabeça do paciente e apoia a mandíbula.

Se o cirurgião-dentista escolher sentar enquanto faz as extrações, algumas modificações devem ser feitas. Da mesma forma de quando o cirurgião-dentista está de pé, para extração de dentes no arco inferior, o paciente está levemente mais elevado que para extração de dentes maxilares. O cirurgião-dentista pode trabalhar pela frente do paciente ou por trás do paciente. Quando o fórceps de estilo inglês é usado, a posição do cirurgião-dentista é geralmente atrás do paciente. Deve ser notado que o cirurgião-dentista e o assistente têm as posições da mão e do braço similares às usadas quando o cirurgião-dentista está de pé.

Outro problema de posicionamento frequente é o CD se inclinar sobre o paciente e colocar seu rosto perto da boca do mesmo, isso interfere na iluminação cirúrgica. Essa posição incorreta pode facilitar com que o paciente broncoaspire e resulte em uma obstrução das suas vias aéreas superiores por ser um dente localizado muito posteriormente (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2010).

COMO PROCEDER EM CASOS DE OBSTRUÇÃO

A aspiração de corpos estranhos pelas vias respiratórias sempre será um problema potencial durante a cirurgia ou outros procedimentos odontológicos (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2010).

Isto se verifica principalmente se o paciente estiver posicionado em decúbito dorsal ou semiereto na cadeira ou se está sedado o suficiente para entorpecer o reflexo de vômito. Os objetos que caem na hipofaringe são frequentemente engolidos e geralmente passam inofensivamente pelo

trato gastrointestinal. Mesmo que o cirurgião-dentista tenha certeza de que o material foi engolido, será preciso realizar radiografias torácicas e abdominais para eliminar a possibilidade de ter ocorrido aspiração assintomática para o trato respiratório. Ocasionalmente, o objeto estranho é aspirado para a laringe, onde em pacientes não sedados ou levemente sedados, provocar tosse violenta que pode expelir o material aspirado. O paciente geralmente ainda consegue falar e respirar. No entanto, a aspiração de objetos maiores pode obstruir as vias respiratórias e se alojar de tal maneira que a tosse se torna ineficaz, visto que os pulmões não conseguem ser preenchidos com ar antes da tentativa de tossir. Nesta situação, o paciente normalmente não pode produzir quaisquer vocalizações e torna-se extremamente ansioso. Logo surge a cianose, seguida pela perda de consciência (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2010).

A maneira pela qual devemos lidar com os corpos estranhos aspirados depende principalmente do grau de obstrução das vias aéreas. Pacientes que mantêm o reflexo de vômito intacto, e a via aérea parcialmente obstruída, devem tentar expelir o corpo estranho pela tosse. Se o material não subir, o paciente deve receber oxigênio suplementar e ser transportado para uma unidade de emergência para realização de laringoscopia ou de broncoscopia. O paciente adulto completamente obstruído, mas lúcido, deve receber compressões abdominais ou manobra de Heimlich até que ocorra a expulsão do objeto ou a perda da consciência. Se o paciente estiver com o reflexo de vômito comprometido como resultado da sedação, ou estiver com as vias aéreas completamente obstruídas e perder a consciência, devem-se realizar compressões abdominais com o paciente em decúbito dorsal. Após cada série de impulsos, o paciente deve ser rapidamente virado de lado, e o cirurgião-dentista deve inspecionar a boca do paciente com o dedo para remover qualquer objeto que possa ter sido forçado para fora. Se o paciente não estiver respirando, manobras de Suporte Básico de Vida devem ser iniciadas. Se o ar não puder ser soprado para dentro dos pulmões, devem-se tentar compressões abdominais adicionais, seguidas de varreduras orais manobras de Suporte Básico de Vida (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2010).

O último tópico do preparo para emergências é garantir que medicamentos suprimentos e equipamentos de emergência adequados estejam disponíveis no consultório. Uma peça básica do equipamento é a cadeira odontológica, que deve facilitar a colocação do paciente em decúbito dorsal ou, melhor ainda, na posição em que cabeça esteja baixa, com os pés elevados. Além disso, deve ser possível abaixar a cadeira o mais próximo possível do chão para permitir que as manobras do Suporte Básico de Vida (SBV) sejam realizadas corretamente. Os consultórios devem ser de tamanho suficiente para permitir que um paciente seja colocado no chão para a realização das manobras de Suporte Básico de Vida (SBV) e devem proporcionar espaço para o cirurgião-dentista e outros indivíduos desempenharem os cuidados emergenciais. Se o consultório for demasiado pequeno para

permitir que o paciente seja colocado no chão, placas especiais podem ser colocadas sob o tórax do paciente para permitir a realização eficaz das manobras de Suporte Básico de Vida (SBV) na cadeira (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2010).

MANOBRA DE HEIMLICH (OLIVEIRA, 2018)

- A manobra de Heimlich consiste em colocar-se atrás do paciente que fez a aspiração, com os braços envolvendo o abdômen;
- Colocar a mão fechada, abaixo do esterno e ligeiramente acima do umbigo, com o polegar para dentro, contra o abdômen do paciente;
- Agarrar firmemente o punho com a outra mão;
- Efetuar 5 compressões abdominais, para dentro e para cima, de modo a aumentar a pressão torácica, que irá expulsar o objeto em questão.
- Notar que cada compressão deve ser suficientemente forte para deslocar a obstrução, mas não agressiva de forma a causar uma fratura por exemplo;
- Reavaliar verificando se normalizou a respiração e verificando se o corpo estranho saiu pela boca (OLIVEIRA, 2018).
- Pode-se repetir a operação algumas vezes até conseguir a normalização das funções.

SUPORTE BÁSICO DE VIDA

Na Faculdade de odontologia, cirurgiões-dentistas são informados sobre como avaliar o risco do paciente e a lidar com emergências médicas, contudo o ideal seria que houvesse um tipo de formação e treinamento para que cada cirurgião-dentista conseguisse resolver qualquer tipo de emergência médica nas clínicas da graduação e em seus consultórios. No entanto, devido à raridade da ocorrência destes problemas, os profissionais devem buscar educação continuada nesta área, não só para atualizar seus conhecimentos, mas também para aprender novos conceitos sobre a avaliação

médica e o tratamento de emergências. Uma característica importante da educação continuada é manter certificação em Suporte Básico de Vida (SBV), incluindo o uso de unidades de Desfibrilador Externo Automático (DEA). Alguns especialistas recomendam que anualmente se mantenha uma educação continuada sobre o gerenciamento de emergências, ao passo que a atualização das habilidades em Suporte Básico de Vida (SBV) deve ser revista a cada dois anos (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2010).

Suporte Básico de Vida (ABC da Vida) (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2010):

- A – Airway – Passagem de Ar (vias aéreas)
- B – Breathing – Respiração
- C – Circulation – Circulação

A Passagem de Ar é obtida e mantida pela combinação do seguinte (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2010):

1. Estendendo a cabeça ao empurrar o queixo para cima com uma das mãos e empurrando a testa para trás com a outra mão
2. Empurrando a mandíbula para a frente, pressionando os ângulos mandibulares
3. Puxando a mandíbula para frente pela parte anterior
4. Puxando a língua para a frente, usando material de sutura ou instrumento para segurar a parte anterior da língua

A Respiração é fornecida por uma das seguintes opções (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2010):

1. Ventilação boca-máscara
2. Bolsa de ventilação para ressuscitação

A Circulação é realizada por compressões cardíacas externas. O cirurgião-dentista que administra sedativos parenterais, outros que não óxido nítrico, devem receber treinamento em suporte cardíaco de vida avançado (SCVA) e possuir o equipamento necessário para SCVA disponível (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2010).

TREINAMENTO DA EQUIPE

O cirurgião-dentista deve se assegurar que toda a equipe do consultório esteja treinada para auxiliar no reconhecimento e no tratamento de emergências. Isso deve incluir o reforço de exercícios regulares de emergências e a revisão anual das habilidades de Suporte Básico de Vida (SBV) de todos os membros da equipe. A equipe deve ter responsabilidades específicas predefinidas de modo que, em caso de emergência, cada um saiba qual desempenho se espera dele (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2010).

A facilidade de acesso a outros profissionais de saúde varia de consultório para consultório. Uma providência útil é identificar previamente indivíduos com treinamento que os tornem úteis durante uma emergência médica. Se o consultório dentário estiver localizado próximo de outros consultórios, recomenda-se celebrar acordos prévios para a obtenção de apoio, no caso de uma emergência. Nem todos os médicos estão treinados para o tratamento de situações de emergência, e os cirurgiões-dentistas devem ser seletivos com os médicos que contactarem para obter auxílio durante uma emergência. Cirurgiões buco-maxilo-faciais são uma boa opção, assim como a maioria dos cirurgiões gerais, clínicos gerais, e anestesistas. Ambulâncias equipadas com técnicos em emergências médicas são úteis para o cirurgião-dentista que se depara com uma situação de emergência, e as comunidades fornecem fácil acesso telefônico (BOMBEIRO – 193, para emergências; SAMU – 192, para urgências (ESTADO et al., 2018)) para o atendimento de uma equipe de emergência médica (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2010). Finalmente, é importante identificar nas proximidades um hospital ou uma unidade de emergência com profissionais especializados.

Uma vez estabelecido pelo cirurgião-dentista quem pode ser útil no caso de emergência, os números telefônicos devem estar bem acessíveis. Listas de fácil identificação podem ser colocadas em cada telefone do consultório, ou os números podem ser inseridos na memória dos telefones com discagem automática. Esses números devem ser acionados periodicamente para se testar a sua eficiência (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em virtude do que foi mencionado é suma importância que todos se conscientizem que, se houver a devida prevenção as chances de ocorrer uma obstrução das vias aéreas é bem pequena. E em casos que ocorra a obstrução, o profissional deve estar preparado para realizar as manobras necessárias corretamente e em seguida o paciente precisará ser acompanhado ou encaminhado a um serviço médico para que se realizem exames clínicos e imaginológicos, localizando, assim, o corpo estranho. O acompanhamento do paciente é muito importante, comparado ao encaminhamento, pois o profissional terá como descrever o objeto em que foi aspirado (dimensões, formato e composição), auxiliando o médico na sua localização. Se por algum motivo o cirurgião-dentista não tiver condições de acompanhar o paciente, as informações sobre o objeto deglutido devem ser fornecidas adequadamente. Como os objetos odontológicos são compostos de materiais facilmente detectáveis em radiografias, algumas complicações imediatas ou tardias decorrentes desse tipo de acidente podem aparecer, precisando informar adequadamente ao paciente e ou a seus responsáveis legais sobre os riscos inerentes ao acontecimento e quais condutas deverão ser tomadas.

REFERÊNCIAS:

- BASOGLU, O. K. et al. Pulmonary aspiration of a two-unit bridge during a deep sleep. **Journal of Oral Rehabilitation**, v. 32, n. 6, p. 461–463, 2005.
- BENJELLOUN, H. et al. Tracheobronchial foreign bodies in adults. **The Pan African medical journal**, v. 19, p. 220, 2014.
- EROGLU, O.; ALGAN-KAYA, H.; COSKUN, F. A potentially fatal complication that may occur during dental treatment: “Foreign body aspiration”. **Pan African Medical Journal**, v. 20, p. 1–5, 2015.
- ESTADO, S. D. E. et al. Acesso avançado à via aérea. 2018.
- FIELDS, R. T.; SCHOW, S. R. Aspiration and ingestion of foreign bodies in oral and maxillofacial surgery: A review of the literature and report of five cases. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 56, n. 9, p. 1091–1098, 1998.
- GUIMARÃES, P. S. P. **Emergências médicas em Odontologia** Rev. bras. odontol, 2001.
- HUPP, J. R.; ELLIS, E.; TUCKER, M. R. Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea. **Elsevier**, p. 1563, 2010.
- KAWASHIMA, W. et al. Asphyxial death related to postextraction hematoma in an elderly man. **Forensic Science International**, v. 228, n. 1–3, p. e47–e49, 2013.
- OLIVEIRA, J. CADERNO DO DENTISTA JASIEL OLIVEIRA 3º Revisão 2018 COI-CLÍNICA INTEGRADA. 2018.
- TABOR., S. M. C. W. L. W. M. S. Foreign body aspiration in dentistry. v. 2, n. 2, p. 1–11, 2014.
- TIWANA;, K. K.; TIWANA, T. M. P. S. *Clinical*. v. 135, n. September, p. 1287–1291, 2004.
- YADAV, R. et al. Accidental aspiration/ingestion of foreign bodies in dentistry: A clinical and legal perspective. **National Journal of Maxillofacial Surgery**, v. 6, n. 2, p. 144, 2015.