

ODONTOFOBIA: LIPOTÍMIA E SÍNCOPE

Data de aceite: 01/11/2023

Lucas Geazi da Silva Souza
Montes Claros- MG

Beatriz Tomé Martins de Moraes
Arujá- SP

Gilcileide Correia de Jesus Aragão
São Paulo- SP

Andressa Kleyslla Guedes Pereira
Guanambi- BA

Eduardo Paulino de Jesus
Mogi das Cruzes- SP

Gabriele Motta Alves
São José dos Campos- SP

Kamila Corrêa de Jesus
Suzano- SP

Regiane Bandeira dos Santos
Suzano- SP

Luiz Adriano Teixeira do Rego Barros
São Paulo- SP

Valmir Antonio Finetti
Mogi das Cruzes- SP

Ana Paula Borges oliveira santos
Suzano- SP

Adriano de Oliveira Pinto
Mogi das Cruzes- SP

Viviana Moraes Neder
Mogi das Cruzes- SP

RESUMO: A ansiedade ou medo pela anestesia, pelos instrumentais e até pelo comportamento do cirurgião dentista pode desenvolver a lipotimia ou até mesmo a síncope. O objetivo deste trabalho é realizar uma revisão de literatura sobre pacientes odontofóbicos, ansiosos e estressados que podem desenvolver um quadro de emergência médica, tais como: síncope e lipotimia na odontologia. Foi realizada uma busca nas bases de dados como Scielo e Google Acadêmico com artigos que versassem o tema. Durante a assistência de emergência, o cirurgião dentista deve cessar imediatamente o tratamento dentário, removendo todos os objetos da boca, avaliando o grau de consciência e o pulso verificado, o paciente deve ser colocado em decúbito dorsal com a cabeça lateralizada, para evitar aspiração do vômito. É necessário elevar os membros inferiores para que o sangue circule em maior quantidade no encéfalo. A lipotimia e a síncope são uma das principais emergências médicas acometidas durante o tratamento dentário. O cirurgião dentista deve manter o consultório de forma que os pacientes se sintam confortáveis e o nível de ansiedade se mantenha baixo.

PALAVRAS-CHAVE: Síncope; Lipotimia; Odontofobia.

1 | INTRODUÇÃO

No consultório odontológico, durante o atendimento, o paciente poderá sofrer alterações emocionais devido ao medo, ansiedade ou outros fatores emocionais desencadeados por estímulos visuais ou pós-anestésicos. Estudos indicam que 15% a 20% dos pacientes têm medo de ir ao dentista no Brasil.

O ideal é que o ambiente do consultório esteja em constante harmonia, pois qualquer fator ambiental pode levar ao desenvolvimento de síncope e lipotimia. Uma das emergências clínicas relacionadas e desenvolvidas devido às essas circunstâncias é a lipotimia que pode ser ocasionada pela sensação iminente de desmaio sem perda da consciência, que também é denominada de pré-síncope.

A síncope, que é outro imprevisível, é vista como uma condição mais preocupante, afinal é um estado de estresse emocional, devido à uma hipoperfusão sanguínea no cérebro ou até mesmo à uma reação vasovagal, que leva o paciente ao desmaio e à perda da consciência. Os dois incidentes são os mais frequentes em tratamentos odontológicos e podem ser prevenidos com atitudes realizadas antecipadamente pelo Cirurgião Dentista minimizando o máximo possível qualquer modificação emocional que seja prejudicial ao paciente, como, por exemplo, não deixar instrumentais à vista e aplicar o anestésico local de forma apropriada. Posteriormente o ocorrido, apesar dessas contingências não serem de extrema gravidade, principalmente a lipotimia, ambos precisam de um atendimento de emergência, cuidado pelo profissional e, se caso necessário, encaminhar o paciente imediatamente ao pronto-socorro.

2 | OBJETIVO

O objetivo deste trabalho foi descrever o quadro clínico da lipotimia e síncope, medidas preventivas e conduta a serem seguidas.

3 | MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizada uma busca de dados pelas bases eletrônicas, como PubMed, Scielo e Google Acadêmico, além disso, livros de anestesiologia e emergências médicas na odontologia.

4 | REVISÃO DE LITERATURA

A ansiedade e o medo são emoções naturais ao ser humano e comuns na prática odontológica, contudo, esses sentimentos em demasia podem gerar complicações na clínica dentária. Sendo sentimentos e sensações muito comuns em pacientes que precisam ser submetidos à tratamentos odontológicos, criando inconscientemente uma barreira ao

atendimento adequado do profissional. A ansiedade está ligada à uma resposta emocional interna, caracterizada por preocupação excessiva, expectativa apreensiva com o futuro, causando sentimentos de aflição, angústia e perturbação causada por incertezas, enquanto que o medo pode ser conceituado como temor a algo ou alguma coisa que é externo e que se apresenta como perigo real, que ameaça à integridade física ou psicológica da pessoa; também é visto como um estado emocional de alerta frente ao perigo.

É importante nortear o perfil dos pacientes com ansiedade odontológica e suas razões para essa ansiedade; uso de técnicas não farmacológicas para o manejo desses pacientes como associação com terapia floral para controle de ansiedade e medo e a interdisciplinaridade em odontofobia. Pois a imagem do cirurgião dentista historicamente, desde sociedades antigas, está associada com a dor. Devido à prática nos tempos antigos serem primitivas e rudimentares, representava tortura e penalidade a quem não cumprisse as leis.

A Odontofobia é uma realidade que não deve ser ignorada pelos profissionais da saúde bucal, a presença do medo e fobia na criança. Geralmente esse quadro de ansiedade e medo, quando relacionado à tratamentos odontológicos, inicia-se na infância ou adolescência. Podemos classificar alguns fatores desencadeadores sendo eles: experiências ruins nas quais os pacientes foram submetidos a procedimentos dolorosos, pós-operatórios traumáticos ou com recidivas do quadro anterior, desconhecimento do protocolo de tratamento dos procedimentos realizados, ambiente do consultório, experiências negativas repassadas por outras pessoas e até mesmo estímulos auditivos como som da caneta de baixa/alto rotação.

A presença do medo e fobia na criança é um dos maiores obstáculos no desenvolvimento do tratamento odontológico, que impede a consulta. O cirurgião-dentista deve considerar, ao atender uma criança, que a mesma pode ser portadora de uma fobia do dentista. A partir daí, deve executar técnicas ideais para cada paciente, de forma individual, deixando-o confortável.

Sendo assim através desse quadro de ansiedade e medo, temos um fator desencadeador muito recorrente conhecido como odontofobia que atinge de 15 a 20% da população em geral. Definida como uma condição medica seria, onde o paciente sente medo intenso ou pavor, pessoas com medo de cirurgiões dentistas não sofrem apenas de ansiedade, mas também em alguns casos desenvolvem pânico absoluto do cenário odontológico.

Cerca de 75% dos casos de urgência e emergência na odontologia são decorrentes de medo e ansiedade e correlacionadas à odontofobia, por esse motivo, torna-se importante minimizar e controlar o estresse no período pré-operatório e trans-operatório, visto que a maioria dos pacientes tem suas consultas motivadas por episódios de dor, o que aumenta ainda mais a ansiedade.

A lipotimia e a síncope são as principais causas de emergências médicas acometidas durante o tratamento dentário, desse modo, é essencial entender as características inerentes a cada uma delas a fim de facilitar o diagnóstico e assegurar o protocolo correto e imediato de atendimento.

Dentre as emergências clínicas mais comuns podemos citar a lipotimia que pode ser ocasionada pela sensação iminente de desmaio, ou seja, ausência de força muscular, porém, sem perda da consciência, com integral conservação das funções respiratória e cardíaca e que também é denominada de pré-síncope.

A lipotimia não é uma ocorrência grave, entretanto, alguns pacientes durante o atendimento bucal podem sofrer alterações emocionais desencadeadas pelo estímulo visual ou pós-anestesia. A ansiedade, o medo pela anestesia, a visão de instrumentais e o comportamento do cirurgião dentista podem desenvolver a lipotimia e até mesmo a síncope.

No consultório odontológico, é mais comum a ocorrência da síncope vasovagal, ocasionada por alterações emocionais como ansiedade.

A Síncope apresenta reações psicogênicas onde o paciente perde, temporariamente e momentaneamente, sua consciência. Pode ser desencadeada também por estímulos visuais e auditivos, como por exemplo o som da caneta de alta/baixa rotação, ocorrem principalmente nos pacientes mais ansiosos e inseguros.

Isso ocorre, principalmente, em pacientes ansiosos e inseguros e o desmaio (síncope) ocorre em decorrência de uma descarga de adrenalina endógena, redirecionando o fluxo sanguíneo para os músculos, deixando o Sistema Nervoso Central sem oxigenação sanguínea. Essa redução da oxigenação leva à hipóxia cerebral, com perda da consciência. Assim, o paciente não responde a estímulos sensoriais ou emocionais.

A Síncope vasovagal é a mais comum, sendo desencadeada por fatores emocionais, como a ansiedade aguda, e desencadeada pelo estímulo visual de instrumentais odontológicos em especial o conjunto seringa carpule e da agulha, limas endodônticas, instrumentais de cirurgia, bem como pela visualização de sangue em procedimentos invasivos, sem contar a dor repentina e inesperada que talvez seja o maior fator estressor.

Causas de cunho não emocional também podem estar relacionadas, como debilidade física, ambiente quente e úmido, e hipoglicemia. Em geral, este tipo de síncope é precedido de sinais sugestivos de reação vagal: palidez cutânea, sudorese fria, fraqueza muscular, bradicardia, respiração superficial, pulso fino e queda da pressão arterial.

A síncope vaso depressora ocorre em indivíduos com “pavor” à cadeira do dentista.

A reação de adaptação ao estresse prepara o organismo para “lutar ou fugir” da situação que se apresenta, aumentando o fluxo sanguíneo nos músculos esqueléticos.

Quando a vaso dilatação periférica é acompanhada da diminuição da frequência cardíaca (e não da taquicardia antecipada da reação de pânico), o débito cardíaco inadequado pode resultar na perda da consciência.

Além da síncope vasovagal, outras entidades nosológicas da síncope podem ocorrer por ocasião do atendimento odontológico, sendo as mais importantes a síncope do seio carotídeo e a síncope associada à insuficiência vértebro-basilar.

A síncope do seio carotídeo quando o seio carotídeo situa-se em cada artéria carótida, à altura do pescoço, e corresponde ao agrupamento de células sensíveis às variações da pressão arterial (barorreceptores). Certos indivíduos apresentam alta sensibilidade do seio carotídeo que, numa leve compressão causada por estímulos externos (o ajustar da gravata, o abotoar de um botão da camisa), acarreta na queda brusca da pressão arterial e perda da consciência.

Apesar de raro, este tipo de síncope pode ocorrer durante uma consulta, caso o profissional inadvertidamente apoie sua mão ou cotovelo na região do pescoço do paciente.

A síncope associada à insuficiência vértebro-basilar, também ocorre de forma característica no idoso, em virtude da hiperextensão da musculatura do pescoço e cabeça, o que não é raro na cadeira odontológica. É causada por placas gordurosas (ateromas) dos vasos responsáveis pela irrigação sanguínea cerebral (artérias vertebrais, basilares e comunicantes). Diferentemente da síncope vasovagal, não se observa sudorese fria ou palidez da pele, bem como alterações dos sinais vitais. Outro tipo de síncope é a associada às arritmias cardíacas onde frequências cardíacas (FC) menores do que 30 a 35 ou maiores do que 150 a 180 bpm podem levar à síncope. Em pacientes com certas cardiopatias de base, até mesmo FC menos extremas do que estas podem precipitar o quadro. Esta síncope apresenta um significado clínico mais importante, por se manifestar em pacientes portadores de arritmias cardíacas ou insuficiência cardíaca congestiva.

Para a prevenção da lipotimia e síncope, o cirurgião-dentista deve identificar e procurar atenuar ou mesmo eliminar os fatores predisponentes. Aplicando-se os seguintes cuidados: fazer uma anamnese para avaliar o grau de ansiedade do paciente. Constatado o quadro de ansiedade aguda, procure condicioná-lo ao tratamento por métodos não farmacológicos, caso não tenha sucesso, considerar um protocolo de sedação mínima por meio do uso de benzodiazepínicos via oral. Orientar a alimentar-se antes das consultas, pois o estado de jejum predispõe à hipoglicemia, um possível fator para a indução da síncope vasovagal. Sempre que possível, posicionar a cadeira de modo que o paciente fique deitado de costas (posição supina) ou ao menos com a cadeira semi-inclinada. Evitar os estímulos visuais estressores (sangue, seringas e agulhas, instrumental cirúrgico, limas endodônticas, brocas, componentes de implantes). Fazer com que a anestesia local seja menos traumática possível, evitando a dor no local da punção pelo uso correto do anestésico tópico. Escolher a solução anestésica e a técnica que proporcione anestesia local adequada, com duração e profundidade compatíveis ao tipo de procedimento, para que o paciente não sinta dor.

Contudo, ainda que todos os cuidados preventivos tenham sido tomados, a alteração ou perda da consciência pode ocorrer de forma inesperada, devido à lipotimia ou síncope.

Nesse caso o Cirurgião Dentista deve proceder da seguinte forma:

1. Interromper o atendimento e remover todo o material da boca do paciente, inclusive próteses removíveis;
2. Avaliar o grau de consciência, por meio de estímulo físico;
3. Manter o paciente em decúbito dorsal, com os pés levemente elevados em relação à cabeça (basta um ângulo de 10 a 15 graus);
4. Afrouxar as roupas (gravata, lenço, cinto, faixas etc.) e remover os óculos;
5. Liberar a passagem de ar inclinando a cabeça para trás, da seguinte forma: uma das mãos é colocada sobre a testa. Com dois dedos da outra mão apoiada sobre a ponta do queixo, deve-se elevar a mandíbula cuidadosamente, sem fazer pressão nos tecidos moles submandibulares;
6. Monitorizar a respiração e o pulso carotídeo;
7. Durante estas manobras, não deixar de conversar ativamente com o paciente, para que ele possa sentir que alguém está no comando;
8. Aguardar dois a três minutos para que haja a melhora do mal-estar ou mesmo a recuperação da consciência;
9. Após a recuperação, aguardar dez a 15 minutos para poder dispensá-lo, na companhia de um responsável;
10. Investigar as possíveis causas do desmaio, prevenindo sua recorrência em outras consultas;
11. Se a recuperação da consciência não ocorrer após três minutos;
12. Solicitar socorro móvel de urgência;
13. Enquanto aguarda o socorro, continuar monitorando a respiração e o pulso carotídeo.

5 | DISCUSSÃO

No ambiente odontológico, o estresse e ansiedade são as causas primárias na maioria dos casos de perda da consciência. Nos levantamentos feitos sobre os atendimentos odontológicos, Sá Del Fiol et al. (2004) e Malamed (2013) dizem que a perda da consciência foi à situação emergencial mais comumente relatada. A síncope, a causa mais comum da perda da consciência na odontologia, ocorre em função dos altos níveis de estresse e odontofobia. Uma perda repentina da consciência que ocorre durante a injeção intra-oral do anestésico local é um exemplo clássico de síncope vasopressora.

Os anestésicos locais representam os medicamentos mais comuns utilizados na odontologia, segundo Bonfim et al., a injeção anestésica é necessária para evitar que o paciente sinta algum tipo de dor local, entretanto, os anestésicos locais predis põem o

aparecimento da síncope.

Carvalho & Oliveira afirma que situações potencialmente fatais, associadas à administração de anestésicos locais, podem ocorrer, e de fato ocorrem. De longe, a grande maioria dessas reações adversas é induzida pelo estresse (medo e ansiedade); mas, reações diretamente relacionadas ao anestésico local em si são observadas ocasionalmente. Estas incluem reações de overdose (toxicidade) e alergias (reações adversas aos anestésicos locais e outros medicamentos).

Segundo Medeiros; O trauma a tratamentos odontológicos inicia-se na infância ou na adolescência onde o paciente foi submetido à um quadro de extrema ansiedade e medo.

Através desse quadro de ansiedade e medo, temos um fator desencadeador muito recorrente conhecido como odontofobia, onde a chance de o paciente evoluir para um quadro de emergências médicas é grande, pois o mesmo se remete à intenso pavor, medo e ansiedade além da alta taxa de estresse, afirma Paiva Filho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível concluir que a lipotimia (ou pré-síncope) e a síncope são os imprevistos que mais ocorrem durante um tratamento dentário e, são acarretados principalmente por questões; traumáticas ou emocionais que são estimuladas pelo fato de o paciente visualizar instrumentais, agulhas, etc. ou até mesmo após a aplicação do anestésico local de forma incorreta.

Quando intercorre a lipotimia verifica-se que o paciente tem sintomas de mal-estar, designado por uma sensação angustiante e iminente de desfalecimento, sem levar à perda da consciência. A síncope é a perda súbita e transitória da consciência e do tônus postural, ou seja, a capacidade de ficar em pé, seguida de recuperação rápida e completa. Na maior parte dos casos, os desmaios ocorrem por causa da diminuição do fluxo sanguíneo no cérebro ocasionada também por um alto estresse, medo, ansiedade, injeção anestésica aplicada de modo incorreto e outros fatores. De modo geral, o incidente costuma ser de curta duração e bom prognóstico. Ambas as emergências clínicas podem ser evitadas através de cuidados vindos do Cirurgião-Dentista, como por exemplo, deixar o paciente confortável com a situação (consulta ou procedimento odontológico), aplicar os anestésicos de forma correta e, de maneira que o mesmo sinta a mínima dor, evitar que os instrumentais fiquem à vista do paciente e outras ponderações que poderá interferir no psicológico do mesmo. Se caso decorrer algum dos eventos, o paciente deverá ser atendido imediatamente pelo Cirurgião

Dentista, apesar de não ser grave (principalmente a lipotimia) cada caso deverá ser analisado e tratado cuidadosamente. E caso o estado seja mais grave o paciente deverá ser levado ao pronto-atendimento.

REFERÊNCIAS

1. Possobon RF. O tratamento odontológico como gerador de ansiedade. SciELO- científico electronic library online, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/StpJjSrV9SPzJRbZDjGnmLR/?lang=pt>. (Acesso em dia: 10 de Mar. de 2022)
2. Oliveira KKSC, Taliari MAS, Rocha RR, Ramos RR. Síncope e lipotimia: emergências clínicas na Odontologia. Arch Health Invest [Internet]. 1º de novembro de 2018 [citado 23º de agosto de 2022];7. Disponível em: <https://archhealthinvestigation.emnuvens.com.br/ArchHI/article/view/378>
3. Filho JHP, Filho JFF. Jornada Odontológica dos acadêmicos da católica. 2016. Disponível em: <https://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/joac/article/download/376/327> . (Acesso em: 04 de abril de 2022.)
4. Malamed SF. Manual de anestesia local. São Paulo: Elsevier, 2013; 356- 379.
5. Figueiredo CHMC, Coura TLAS, Oliveira CL, Penha ES, Medeiros LADM. Ansiedade dos pacientes submetidos ao atendimento odontológico. Arch Health Invest 2020.
6. Pimentel, ACSB, Cappai, A, Junior JRF, Grossmann SMC, Magalhães SR. Emergências em odontologia. Revista de iniciacao científica do Rio verde. V. 4,n.1, 2014, p. 105-113. 2014. Disponível em:<https://core.ac.uk/download/pdf/230547432.pdf> . (Acesso em: 19 de junho de 2022.)
7. Andrade ED, Groppo FC, Ranali J. Emergências na clínica odontológica: lipotímia e síncope. 3a ed. São Paulo, Implant News Perio. 2017.
8. Cruz AD, Manfrinato L, Santos LFA, Mota PHR, Andrade DMB, Sanches CH; et al. Síncope E Lipotimia Em Odontologia. V.6 P.317-322, Out/Dez. 2017
9. Baeder FM, Bacci JE, Silva DF, Silva PHL. Conhecimento De Pacientes Sobre O Uso De Benzodiazepínicos - Fluxo 1369. Indd 333 22/08/16 17:04 Rev Assoc Paul Cir Dent 2016;70(3):333-7
10. Alves WCP, Sousa M do S, Costa DA. A TERAPIA FLORAL FRENTE À ANSIEDADE EM TRATAMENTO ODONTOLÓGICO. Psicodebate [Internet]. 30º de setembro de 2020 [citado 23º de agosto de 2022];6(2):162-83. Disponível em: <http://www.psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/view/V6N2A12>
11. Santiago EP, Brito TS, Almeida SA. Odontofobia na infância e a conduta do cirurgião-dentista: uma revisão integrativa da literatura. JNT- Facit Business and Technology Journal. 1,26.2021.
12. Sá Del Fiol F, Fernandes AV. Emergências médicas em consultório odontológico. Revista ABO Nacional, São Paulo, v. 12, n. 5, p. 314-318, 2004.