

LIPOTIMIA

LIVIO BORGES FORTES

Instrutor de Ensino de Clínica
Odontológica

SINOPSE

O autor propõe-se a uma condensação da matéria em seus variados aspectos sob a forma de revisão bibliográfica.

Procura comentar a opinião de autores e apresentar, onde cabe, sua observação pessoal.

Os capítulos que aborda ao longo da exposição são:

Introdução, sinonímia, frequência, patogenia, etiologia, fatores predisponentes, sintomatologia, previsão, prevenção, pré-medicação, tratamento, referências bibliográficas.

LIPOTIMIA

1 — Introdução:

O propósito que nos levou à elaboração do presente trabalho, foi o da revisão bibliográfica, com o fito de contribuir ao esclarecimento de aspectos de um problema muito frequente na atividade odontológica, elucidando certas condutas terapêuticas consagradas, e que parecem carecer de base científica.

2 — Sinonímia:

Esta ocorrência encontra diversas denominações: lipotimia (7, 10, 12, 18); desmaio (11, 15); desmaio simples (9); síncope (1, 5, 13, 16); síncope (desmaio) (2, 3, 14, 17); síncope benigna (4); colapso (2).

Sob estas denominações os autores apresentam quadro clínico semelhante, embora, muitas vezes, levando em conta o vocábulo em si, se conclue pela infelicidade de sua aplicação, por exemplo: colapso.

Os autores anglo-saxônicos, em sua maioria, utilizam a denominação de síncope, isoladamente ou acompanhada de um adjetivo, por exemplo, síncope benigna; usam também o termo desmaio (fainting), sendo que, em alguns autores se encontra o emprego, como sinônimos, tanto de um, como de outro termo.

Vieira Romeiro (18), diferencia o uso destes termos, considerando como lipotimia, aquele estado em que a perda de consciência não é total, sendo simples obnubilação mental, não chegando a uma síncope total; reserva para a síncope, o quadro

caracterizado pela perda subitânea e completa da consciência, da sensibilidade e da motilidade voluntária, com paradas fugazes dos batimentos cardíacos e da respiração. Lipotimia, seria pois, um esbôço de síncope, isto é, estados vizinhos em que entre um e outro há apenas diferença de intensidade. Admite, porém, a possibilidade do indivíduo passar de um estado de lipotimia para o de síncope cardio-respiratória completa.

3 — Freqüência:

A ocorrência das lipotimias é bastante comum, sendo que, dos acidentes de ordem geral, é o que mais se verifica; apesar disso, seu conhecimento continua sendo superficial (12).

Está quase sempre associada à execução anestésica, não podendo, entretanto, ser responsabilizada a solução em si, com ou sem vasoconstritor (12). Seu aparecimento pode se fazer antes, durante ou logo após a anestesia (7), não excluindo, porém, as reações tóxicas aos anestésicos, com ou sem vasoconstritor pois ambos são potencialmente tóxicos (7).

Há semelhanças no quadro clínico da lipotimia e da reação tóxica aos anestésicos, sendo esta mais grave e de mais difícil recuperação (7).

4 — Patogenia:

Na lipotimia, em última análise, ocorre uma hipoxia cerebral, resultante de uma súbita e transitória insuficiência circulatória (12). A dila-

ção do leito vascular, cria uma discrepância entre êle e o volume de sangue circulante, havendo diminuição da pressão sanguínea (12).

O cérebro, por sua posição superior, sente mais os efeitos desta anemia transitória.

Este mecanismo é aceito pela maioria dos autores consultados, mas, em Mathis e Winkler (11), encontramos o seguinte: «a opinião de autores sobre a patogênica do desmaio é a de que estímulos de ordem psíquica ou sensorial determinam um espasmo nos pequenos vasos que irrigam o córtice cerebral e de que, a falta de irrigação sanguínea consecutiva ao referido espasmo, conduz à perda do conhecimento e à suspensão das funções sensoriais e motrizes do cérebro».

Segundo Coenen, citado por Mathis e Winkler (11) é possível se apresentar uma série de argumentos contrários — pois opina não se tratar de um «complexo sintomático cortical» e sim do «tronco cerebral» (istmo do encéfalo e bulbo raquidiano), visto que se verifica a participação do centro vasomotor, erupção de suor e uma série de outros fatores.

5 — Etiologia

A melhor classificação de ordem etiológica encontra-se em Vieira Romeiro (18), que, embora tenha sido elaborada sob o ponto de vista médico, pode ser adaptada à Odontologia.

Assim, classifica:

5.1. Síncope de origem cardíaca

5.2. **Síncope de origem circulatória**5.3. **Síncope de origem nervosa**

Psicogênicas

Neurológicas reflexas

Neurogênicas puras

5.4. **Síncope de origem Infecciosa**

— Tóxica — Metabólicas

Identificando os diversos itens dessa classificação com a realidade odontológica, baseados em nossa vivência profissional, analisaremos como segue:

5.1.) **Síncope de origem cardíaca:**

Estas síncopes são decorrência de doenças cardíacas, tais como, miocardites, endocardites e pericardites, nas quais a síncope pode aparecer, seja durante a evolução ou como episódio final.

Não comentaremos este tipo de síncope, pois nossa experiência é nula.

5.2) **Síncope de origem circulatória ou sanguíneas:**

Das síncopes desta origem, a de maior incidência é a chamada síncope postural (hipotensão), sendo própria de indivíduos que apresentam uma disfunção ou instabilidade variável dos reflexos vasomotores. A síncope se manifesta pela manhã. Convalescença de doenças prolongadas, sobretudo em indivíduos idosos, a inanição e o jejum prolongado são causas destas síncopes posturais.

Este tipo de síncope tem grande possibilidade de ocorrência em nosso ambiente de trabalho, pois são

inúmeras as ocasiões em que atendemos pacientes em convalescença e em jejum, este devido a impossibilidade de mastigação e deglutição. Em determinadas camadas sociais, verifica-se a crença de que o paciente a ser submetido a uma exodontia deva estar em jejum, atitude que não encontra nenhum apoio científico.

5.3) **Síncopes de origem nervosa:**5.3.1. **Psicogênicas, emotivas ou vaso-vagais**

De acordo com os autores consultados, esta é a que, possivelmente, mais se verifica nos consultórios.

Como fatores emotivos pode-se citar: visão de sangue e instrumental, ambiente hospitalar, odores de medicamentos, palestra sobre intervenções cirúrgicas, etc. Seria enorme a lista de «gatilhos» de síncopes psicogênicas que atuam sobre um indivíduo, além de estados próprios em que se encontra, tais como estados de tensão, angústia, medo.

É interessante a observação de que, em um mesmo indivíduo, a tendência para desmaiar apresenta grandes variações, uma vez que, para sobreviver um desmaio, concorre uma série de fatos e fatores passados pouco antes (11).

Segundo C. Bernard citado em (18), «tôdas as impressões sensitivas enérgicas e súbitas, de qualquer natureza, podem determinar síncope».

Para Ross (15), a lipotimia representa uma verdadeira fuga. Fenichel (6), refere: uma vez completada esta diferenciação, o organismo se acha

em situação de se proteger da afluência excessiva de estímulos, mediante a interrupção da função de percepção. Esta atitude pode ser observada nos desmaios e nos sintomas das neuroses traumáticas. Em última instância, o desmaio, como mecanismo de defesa e bloqueio de funções em perigo, é consequência de um reflexo biológico de profundas raízes, a que se deve, não só de funções em perigo, senão também de órgãos em perigo (autotomia).

A ruptura com a realidade pode ser descrita como um mecanismo muito arcaico de defesa, análogo ao desmaio, como resposta a um trauma. Quando o «Eu» passa por más experiências, se renuncia novamente ao «Eu» (6).

Assim, o desmaio seria uma fuga de algo, ao qual o indivíduo não desejaria se submeter, seja por temor ao desconhecido ou por saber, por experiências anteriores, que algo desagradável lhe espera, daí lançar mão deste mecanismo para fugir da agressão real ou imaginária.

Segundo Ross (15), após a ocorrência da lipotimia, circunstâncias sociais impedem o afastamento do consultório, razão por que o paciente decide não tentar escapar, resolvendo cooperar. Esta observação encontra apoio na evidência clínica, pois, se após a ocorrência de uma lipotimia, informa-se ao paciente a intenção de interromper o andamento do trabalho, encontraremos sua obstinação em aceitar esta diretriz, demonstrando a firme resolução de que se prosiga no tratamento, tal como se de-

cidisse a enfrentar uma situação a que antes resolvera fugir.

Outro aspecto que se observa após as lipotimias, é o sentimento de vergonha ou de culpa que invade certos pacientes. Na literatura a nosso alcance, não encontramos explicação para êsse comportamento.

5.3.2. Síncopes neurogênicas reflexas:

São as decorrentes de dores violentas, mais freqüentes se o indivíduo for vagotônico (face pálida, extremidades frias, transpiração constante, instabilidade cardíaca relativa, com períodos de bradicardia, hipotensão).

As síncopes desta origem têm grande possibilidade de se verificar, pois, por exemplo, a picada da agulha, algumas vês, pode ocasionar dor violenta, e, sendo o paciente vagotônico aumenta a possibilidade de seu desencadeamento.

Outro tipo de síncope estudada com esta etiologia, é a chamada «síncope carotidiana», que tem como causa primeira a hipersensibilidade do seio carotidiano. É freqüente na arterioesclerose, hipertensão, alcoolismo crônico, menopausa, digitalização e nos estados asfíxicos. Para seu aparecimento basta, às vês, a simples compressão pelo girar do pescoço, uma gola apertada ou mesmo pela ação de friccionar o pescoço. Estas crises, quase sempre, sobrevêm quando o indivíduo está em posição, ereto ou sentado.

Pelo exposto se constata que é possível, nos predispostos, ocorrerem

estas síncofes, em nossas condições de trabalho, seja pela posição sentada e/ou pela facilidade de compressão do seio carotidiano por golas ou colarinhos, pelas posições que assume a cabeça do paciente.

5.3.3) Síncofes neurogênicas puras ou diretas:

Estas síncofes ocorrem em indivíduos com lesões dos centros nervosos (cérebro e bulbo), traumatismos cranianos, tumores cerebrais, etc.

Devido à gravidade destas lesões, tais pacientes dificilmente serão atendidos em consultórios, pois que em sua maioria, estarão hospitalizados.

5.4. Síncofes de origem: Infecciosas — Tóxicas — Metabólicas

5.4.1. Infecciosas:

Estas decorrem da extensão do processo infeccioso sobre os centros bulbares, que presidem a função cardio-respiratória e o próprio miocárdio.

Um processo infeccioso de tal magnitude, possivelmente, manterá o paciente acamado ou hospitalizado, não sendo, portanto, passível de atendimento em consultório.

5.4.2. Tóxicas:

São provenientes de toxicoses exógenas, opiáceas, fenóis, barbitúricos, etc., dentre as quais, a mais importante é a decorrente da anestesia.

Todos os anestésicos locais por nós

usados, são potencialmente tóxicos e as possibilidades de ocorrer este tipo de síncope é grande.

5.4.3. Metabólicas:

As síncofes de origem metabólica são ditas hipoglicêmicas e seriam antes lipotimias do que síncofes verdadeiras. São bastante freqüentes e ocorrem quando a glicemia desce à níveis muito baixos.

Os sintomas surgem pela manhã, ou algumas horas após a ingestão de alimento; sua duração é variável, entre minutos e horas, com tóda a sintomatologia clássica da lipotimia.

Convém notar que estes sintomas não melhoram com o decúbito, conseguindo-se sua supressão ou alívio, com a administração de uma boa dose de açúcar.

Da explanação de Vieira Romeiro sobre este tipo síncope, depreende-se da possibilidade de sua ocorrência nos consultórios dentários.

6 — Fatores predisponentes:

Estes fatores, atuam sobre qualquer indivíduo, mas, naturalmente serão mais atuantes nos indivíduos predispostos. Certos fatores determinantes para um autor (18), são considerados como predisponentes para outro (16).

Segundo os autores consultados, os fatores predisponentes mais evidentes são: tensão emocional, fome, fadiga, dor, visões ou odores desagradáveis, trauma da inserção da agulha, visão de instrumental cirúrgico, desidratação (ocorre em dias muito

quentes), medo e ambientes abafados.

Estes fatores são os mais frequentes, existindo muitos outros ligados a reações individuais, cuja citação é desnecessária, por se referirem a casos particulares.

7 — Sintomatologia:

Apesar dos autores considerarem os sintomas, a seguir enumerados, como pertencentes ao quadro clássico da lipotimia, alguns (8, 11 e 16) os consideram como sinais prodrômicos ou premonitórios: sensação de fraqueza, tonturas e suores profusos.

A lipotimia se apresenta quase sempre com um quadro clássico, precedido de «queixas» por parte do paciente, sendo as mais comuns: «Não estou me sentindo bem»; «Sinto que vou desmaiar»; «Estou meio tonto»; «Sinto as pernas e braços pesados, entorpecidos»; «Estou enxergando tudo embaralhado» e «Estou com vontade de vomitar».

É comum, também, a dissimulação da situação, com respostas evasivas às perguntas sobre o que se passa.

Pelo exame visual constatamos que a face se torna pálida, com acentuada isquemia no lábio superior; concomitantemente se nota o aparecimento de gotinhas de suor, em toda a face, sendo mais abundante na testa.

Deixada ao próprio curso, os sintomas se agravarão, com o aparecimento de discretos tremores; ocasionalmente poderão advir movimentos convulsivos de pequena amplitude e, por fim, perda da cons-

ciência, durante a qual pode haver micção e defecação involuntárias, assim como vômito. A respiração é lenta e imperceptível, de 30 a 60 por minuto (3), podendo, às vezes, desaparecer (11). Há queda de pressão não muito acentuada.

8 — Previsão:

É possível a previsão da lipotimia, estando condicionada à obtenção de história de ocorrências passadas e, em caso positivo, devemos nos precaver, pois existem possibilidades de que o acidente se repita em nossas mãos.

9 — Prevenção:

Em indivíduos normais, o acidente não é perigoso, mas, em doentes, especialmente nos que sofrem de hipotensão, hipertensão ou arterioesclerose, a síncope pode ter consequências graves, pois, nêstes casos os mecanismos compensatórios podem não ser eficazes. Dêste modo, é interessante conhecer as condições físicas, antes do início do trabalho (14).

A prevenção pode ser alicerçada na correta anamnese sobre ocorrências anteriores e numa judiciosa interpretação dos dados colhidos.

Existem certas medidas preventivas que devem ser extendidas a qualquer paciente, que se resumem:

9.1) Ligadas à parte física do paciente:

- evitar manobras que provoquem dôr intensa

- procurar tornar a picada da agulha indolor
- manter o instrumental, seringas, agulhas, forceps, etc., fora das vistas do paciente.
- evitar sessões longas, em dias quentes e abafados, principalmente em pacientes debilitados.
- manter o consultório arejado, com temperatura agradável e livre de odores de medicamentos.

9.2) Ligadas à parte psíquica do paciente:

Como o fator de ordem psíquica é predisponente e/ou determinante dos mais freqüentes, a maioria das medidas devem ser tomadas neste setor.

De um modo geral, cada paciente requer um tipo de atendimento particular, baseado na anamnese de ocorrências anteriores.

Naturalmente, deve-se ter em conta a atitude mental do paciente e sua susceptibilidade ao trauma, sendo aconselhável conquistar sua confiança, através da psicoterapia (12).

10 — Pré-medicação

Monhein (12) recomenda, ao paciente agressivo, a pré-medicação.

Bevilacqua (7) refere a possibilidade do emprego dos atarácicos e hipnóticos, mas prefere a utilização dos placebos.

Para Dobbs (5), o paciente excessivamente nervoso deve ser medicado um ou dois dias antes da consulta,

continuando a merecer atenção especial no dia da consulta.

Burket (3) salienta que uma pré-medicação adequada poderá eliminar os fatores emocionais, os quais predisporiam à síncope. Recomenda, para indivíduos que costumam desmaiar, a administração de Seconal — 100mg., 1 a 2 cápsulas meia hora antes da consulta.

Cumprido salientar a posição assumida por R.D.O. (14) face ao uso dos atarácicos como pré-medicação em Odontologia:

«Como o uso odontológico dos medicamentos atarácicos permanece grandemente empírico, eles não podem ser recomendados como substitutos de confiança para os bem estabelecidos depressores centrais, que são os barbitúricos. Alguns integrantes do grupo dos atarácicos, mostram possível valor para a sedação pré-operatória em Odontologia, e cuidadosos estudos posteriores são necessários».

Do exposto se conclue que, quando houver necessidade de pré-medicação, se deve lançar mão dos barbitúricos.

11 — Tratamento:

Sadove (17), julga que os princípios da ressuscitação, são muito bem fundamentados em medicina, e é justo que se os use em odontologia.

A primeira medida a ser tomada, é a de colocar o paciente em posição horizontal, na cadeira operatória, de modo a que sua cabeça fique em posição mais baixa do que o resto do corpo.

A elevação das pernas acima do nível do coração, muitas vezes, leva até 700ml de sangue para a parte superior do corpo (14).

A prática do colocar a cabeça do paciente entre os joelhos, fazendo após pressão sobre a nuca, com a solicitação de que reacione à pressão, não é aconselhável, já que, nesta posição, a compressão do território visceral não proporciona o restabelecimento da circulação periférica (7).

Monhein (12) acha que a compressão do território visceral em indivíduos inconscientes pode interferir com a respiração e circulação normal.

Com o paciente em posição horizontal, é recomendado o afrouxamento das vestes, especialmente colarinhos e golas apertadas, ou qualquer outra que possa estar interferindo com a respiração e circulação.

Também é de valor a ventilação do ambiente, no caso de não haver aparelho fornecedor de oxigênio.

Complementando estas manobras que, executadas precocemente e em casos leves resolvem, pode-se lançar mão de medicação aceita e recomendada (3, 4, 5, 8, 11, 14, 17), que é a inalação de espírito aromático de amônia.

A prática da inalação do nitrito de amilo, é sugerida apenas por Bronner (2), reservando-a para casos severos, com a necessária precaução.

R.D.O. (14), assinala o que segue em relação ao nitrito de amilo:

«A nitroglicerina e o nitrito de amilo freqüentemente são receitados

pelos médicos para aliviar a dor nos ataques de angina do peito. Estes medicamentos são administrados para dilatar os vasos coronários; a ação, porém, não é seletiva, estendendo-se a muitos outros vasos. Assim, pode sobrevir uma queda súbita de tensão arterial, que pode inclusive ocasionar uma síncope (desmaio)».

Do exposto se conclue não ser procedente o emprêgo do nitrito de amilo no tratamento da lipotimia.

Emprêgo do oxigênio:

Com o paciente em posição horizontal, estamos combatendo a anêmia cerebral transitória e, com a inalação do espírito aromático de amônia estimulando a respiração; como medida complementar obrigatória, impõe-se a administração de oxigênio, cujo uso é enfaticamente recomendado (7, 8, 12, 13, 16, 17).

Para Monhein (12), nesta emergência, deve ser utilizado oxigênio — elemento indispensável em todo consultório dentário.

Emprêgo de analépticos:

Litter (10) afirma que «no colapso vaso-motor (incluindo o choque primário), nas lipotimias e na insuficiência circulatória periférica (quadro hipotensivo, por depressão do centro vaso-motor), se pode utilizar drogas analépticas, por sua ação sobre o centro vaso-motor (não por sua ação cardíaca, que não existe, nem é necessária, sua utilidade é discutível, mas, mesmo assim, se administram estas drogas «mais com a idéia de se fazer algo, do que cumprir o

tangível», como muito bem dis Sollman.

Bevilacqua (7), assim se expressa em relação aos analépticos: «o tratamento a esmo, sem conhecimento da reação, no mais das vezes é tão indesejável como o próprio acidente, inclusive podendo ser desastroso». A isto se pode juntar a pouca familiaridade do dentista, no manejo destas drogas.

Outras medidas:

Como estimulante reflexo da respiração, além do espírito aromático de amônia, se recomenda, também compressas frias sôbre a testa, e mesmo estimulações periféricas violentas na face, por intermédio de panos úmidos.

Pode-se lançar mão de bebidas, tais como café forte, chá, cognac, e mesmo gotas de Hoffmann — (uma parte de éter e duas de alcool). No entanto, a medicação por via oral não deve ser usada, enquanto o paciente estiver inconsciente (2).

Julgamos que as bebidas serão melhor empregadas após a crise, com o fim de reanimar e confortar o paciente.

Resumo do tratamento:

Colocar o paciente em posição horizontal, de modo a que fique com a cabeça mais baixa que o resto do corpo.

Fazê-lo inalar espírito aromático

de amônia e utilizar estimulações periféricas.

Afrouxar as vestes que dificultem a respiração ou circulação.

Fazê-lo respirar oxigênio por meio de máscara com balão e, em sua falta, ventilar profusamente o ambiente.

Passada a crise, fornecer ao paciente alguma bebida quente, como meia xícara de café forte.

A permanência do paciente em posição horizontal deve ser de 10 a 30 minutos, voltando-se a cadeira à posição primitiva gradualmente, antes de se permitir que se ponha de pé (14).

Quanto ao problema da continuação ou não do trabalho que estava sendo executado, é difícil estabelecer-se conduta rígida, cabendo ao profissional a ponderação, com a devida avaliação do estado do paciente.

A retirada do paciente para a residência, será mais segura, se puder ser feita com o acompanhamento da auxiliar do profissional ou por pessoa da família, chamada para este fim.

SYNOPSIS

Bibliographic review about lipothymia. The author's opinions are commented and in some cases are added by personal observations. The paper includes: introduction, synonymy, frequency, pathogeny, etiology, predisposition, syptomatology, prevision, prevention, pré-medication, treatment and bibliographic references.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARCHER, H. — **A manual of oral surgery.** Philadelphia, Saunders, 1952. p. 315.
2. BRONNER, M. & BRONNER, M. — **The dental surgeons handbook.** 2. ed. Bristol, John Wright, 1948. p. 12.
3. BURKET, L.W. — **Oral diagnosis.** 4. ed. Philadelphia, Lippincott, 1961. p. 221.
4. COMROE, B. I. et alii — **Internal medicine in dental practice.** 3. ed. Philadelphia, Lea & Febiger, 1949. p. 89.
5. DOBBS, E.C. — **Pharmacology and oral therapeutics.** 12. ed. St. Louis, Mosby, 1961. p. 134.
6. FENICHEL, O. **Teoría psicoanalítica de las neurosis.** Versión castellana por Mario Carlisky. Buenos Aires, Nova, 1957. p. 51, 52, 186 e 564.
7. FILGUEIRAS, J. et alii — **Endodontia clínica.** Rio de Janeiro, Científica, 1962. p. 78.
8. FRANCIS, L.E. & WOOD, D.R. — **Dental pharmacology and therapeutics.** Philadelphia, Saunders, 1961. p. 221.
9. FREEDMANN, S.O. — Medical emergencies in dental practice. **In:** Dental Clinics of North America. Philadelphia, Saunders, Jul. 1963. p. 513.
10. LITTER, M. — **Farmacología.** Buenos Aires, El Ateneo, 1959. p. 269.
11. MATHIS, H. & WINKLER, W. — **Odontología y medicina interna.** Barcelona, Labor, 1945. p. 323.
12. MONHEIN, L.M. — Emergencias anestésicas en el consultorio dentario. **In:** Odontología Clínica de Norteamérica. Buenos Aires, Mundi |1959| Série 1, v. 2, p. 15-29.
13. NOEPPPEL, O. — **Pharmacologia et pharmacotherapie dentaire.** Paris, Masson, 1958. p. 213.
14. REMÉDIOS DENTÁRIOS OFICIAIS. Tradução de Roberto Moreira. Rio de Janeiro, Centro de Publicações Técnicas da Aliança para o Progresso, 1963. p. 13.
15. ROSS, J.B. — Fainting at the dental office. **Science Digest,** New York, 47:27, Mar., 1960.
16. SADOVE, M.S. — Principles of resuscitation in the dental office. **Journal of American Dental Association,** Chicago, 53:168-174, Aug., 1956.
17. SADOVE, M.S. & ANDERSON, A.G. — Tratamiento de las emergencias que requieren resucitación en la práctica dental. **In:** Odontología Clínica de Norteamérica. Buenos Aires, Mundi |1960| Série 2, v. 5. p. 276-289.
18. VIEIRA ROMEIRO — **Medicina de urgência.** 3. ed. Rio de Janeiro, Guanabara, 1960, v. 1. p. 27.