

# Método de Tamponamento Orofaringeo com Esponja e Aspiração Contínua Nasofaríngea

J. Slikta Filho, TBA<sup>1</sup>, L. C. C. Pereira<sup>2</sup> & L. H. M. C. Pereira<sup>3</sup>

Slikta Filho J, Pereira L C C, Pereira, L H M C – Oropharyngeal tamponade method with continuous nasopharyngeal aspiration.

**N**a cirurgia bucal sob anestesia geral intubada, é necessário o tamponamento do orofaringe, a fim de impedir a entrada na cavidade gástrica, de sangue e da água usada na refrigeração da turbina de alta rotação ou do motor de baixa rotação.

Na reabilitação oral, quando da remoção de restaurações metálicas ou de restaurações plásticas, usadas rotineiramente nos tratamentos odontológicos, sempre restam fragmentos que, junto ao sangue e líquidos, podem penetrar na cavidade gástrica provocando vômitos no pós-operatório imediato.

Quando se reduz fraturas tipo Lefort I, II, III ou nas fraturas mandibulares com osteossíntese com colocação de fios de aço nos dentes, arco de Erlich com fios de aço ou goteira acrílica, a imobilização intermaxilar se procede com anéis de borracha, por precaução, em caso de vômitos.

Nas cirurgias ortognáticas, nas reduções dos prognatismos, nos desvios de mandíbula (mordida cruzada) e nas protrusões, a imobilização, geralmente, é feita com fios de aço.

Em determinados casos é necessária a imobilização imediata com fios de aço. Esses casos requerem cuidados especiais para evitar a ocorrência de vômitos no pós-operatório imediato, pois com a imobilização, o doente poderá aspirar o vômito, com conseqüências gravíssimas, podendo levar ao óbito.

1 Professor Adjunto do Departamento de Cirurgia. Disciplina de Anestesiologia da Escola de Medicina

2 Responsável pelo Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial no Hospital Santa Catarina

3 Acadêmico da Faculdade de Odontologia da Universidade de S. Paulo

Correspondência para Luiz Carlos do Canto Pereira  
Av. Brigadeiro Luiz Antonio, 3333 – Conj. 43/44  
01401 – São Paulo, SP

Recebido em 21 de março de 1985  
Aceito para publicação em 20 de junho de 1985

© 1985 Sociedade Brasileira de Anestesiologia

Revista Brasileira de Anestesiologia  
Vol. 35: Nº 5, Setembro - Outubro, 1985

## MÉTODO

Após a intubação naso-traqueal é introduzida uma sonda de Nelaton pela narina oposta. Com o auxílio do laringoscópio e com uma pinça de Magill, a mesma é tracionada para a região bucal. Esta manobra, geralmente, é realizada pelo anestesista.

Durante esta manobra o auxiliar preparou, em uma cuba de aço, uma pasta cujos componentes são: 1 frasco de 500 mg de hidrocortisona e vaselina ou geléia anestésica, solubilizando o corticóide, saturando-se a esponja com esta pasta.

O tubo de plástico ligado à esponja é conectado ao extremo livre da sonda de Nelaton e o extremo da ponta de plástico é conectado ao aspirador. Tracionado, o tubo plástico e a esponja serão introduzidos no orofaringe, sendo que o tubo de plástico não poderá sofrer dobras, dificultando a aspiração dos líquidos.

Antes de iniciar o ato cirúrgico, a aspiração deverá ser testada, colocando-se água na cavidade oral do doente, aspirando-a em seguida.

## COMENTÁRIO

“O tamponamento com gaze deve sempre seguir à intubação traqueal<sup>1</sup>”.

“Com o objetivo de evitar o deslizamento de corpos estranhos, tais como: restaurações metálicas ou plásticas, fragmentos de raízes, fragmentos de fios metálicos, sangue, líquidos e pus, é conveniente obturar o orofaringe com compressas de gaze ou algodão com tamanho adequado. Essa gaze é mantida presa com fio de seda ou algodão fora da cavidade oral. Poderá ser usada, ao invés das compressas de algodão, esponja marinha de tamanho apropriado<sup>2</sup>”.

“Todos os membros da equipe devem ser cientificados da presença de tampões de gaze, devendo assegurar-se de sua remoção antes da extubação, em caso de cirurgia, nos casos dos dentes serem fixados, em traumatologia ou cirur-



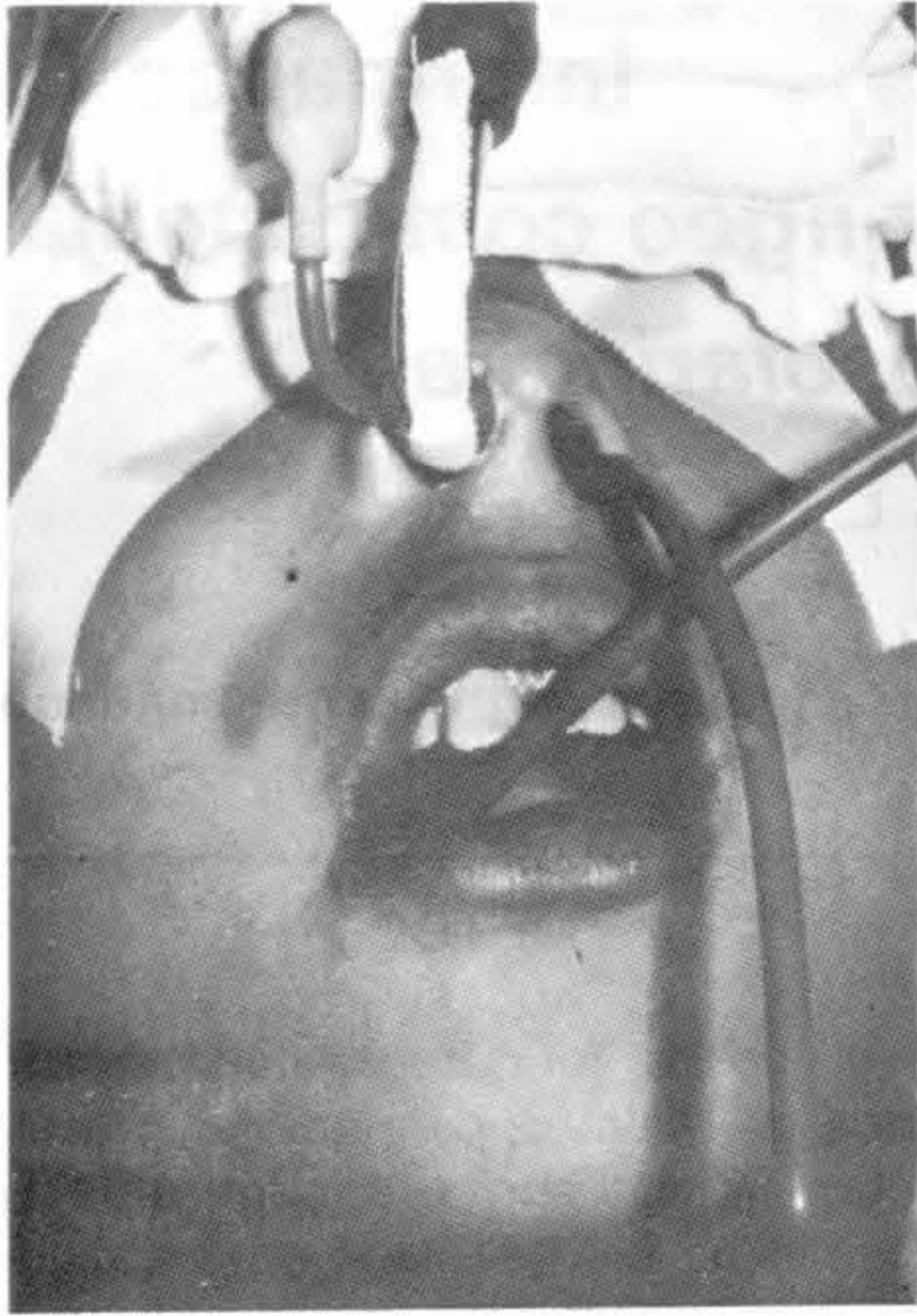


Fig. 1 Após a intubação nasotraqueal, passa-se uma sonda de borracha pela narina oposta.

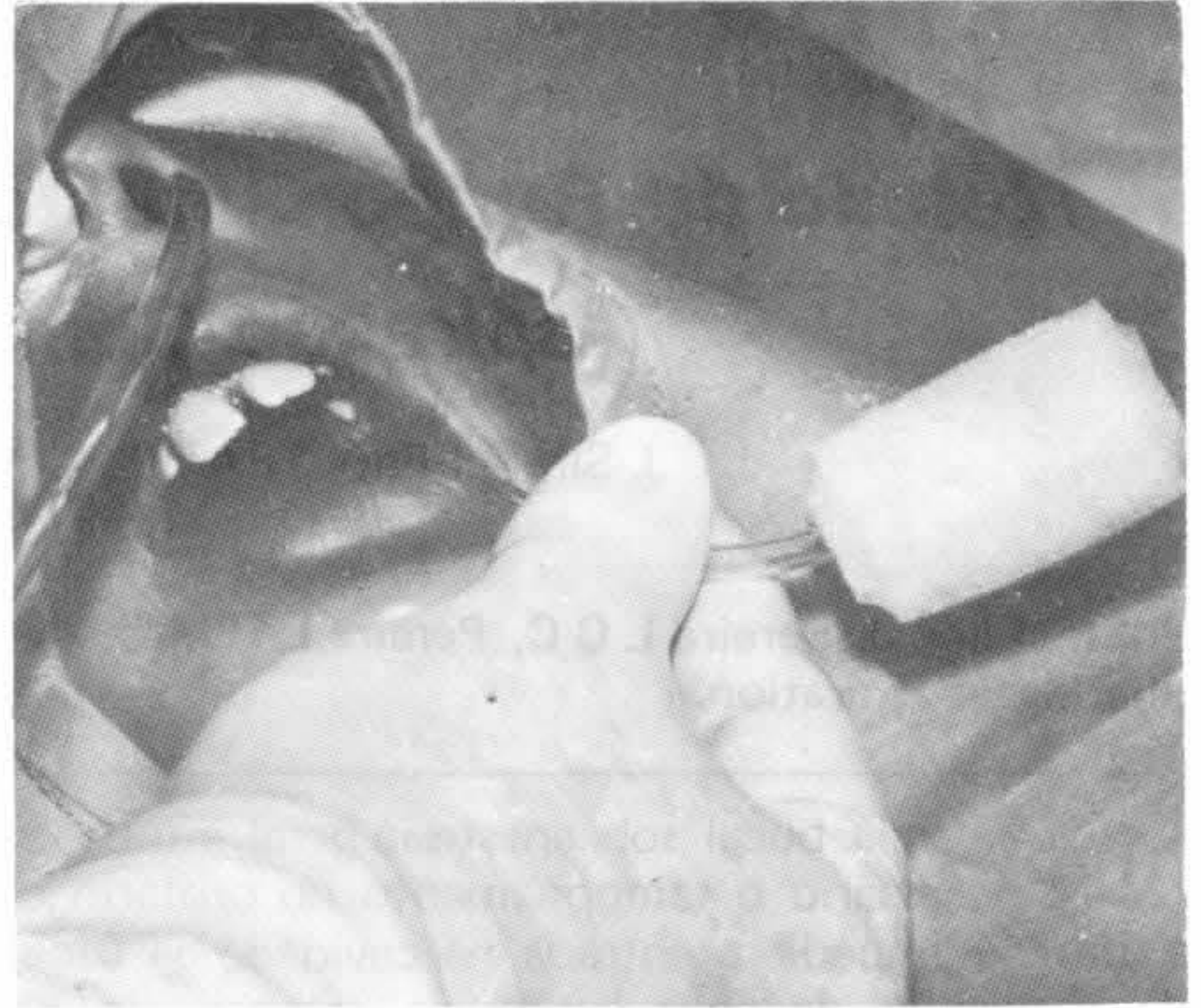


Fig. 4 A esponja de poliéster lubrificado, que será introduzida no orofaringe.

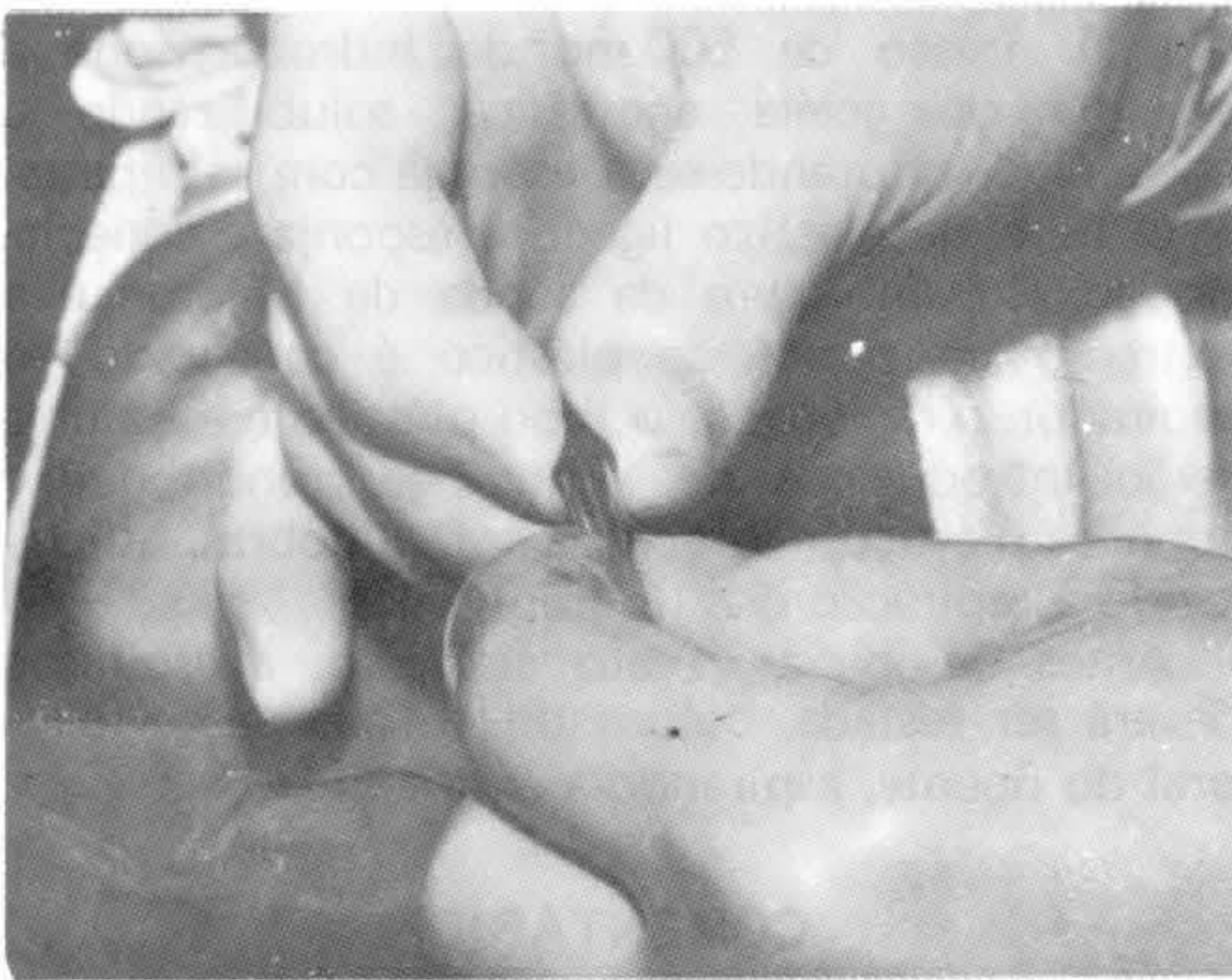


Fig. 2 Conecta-se a sonda de borracha ao tubo de plástico da esponja de aspiração.

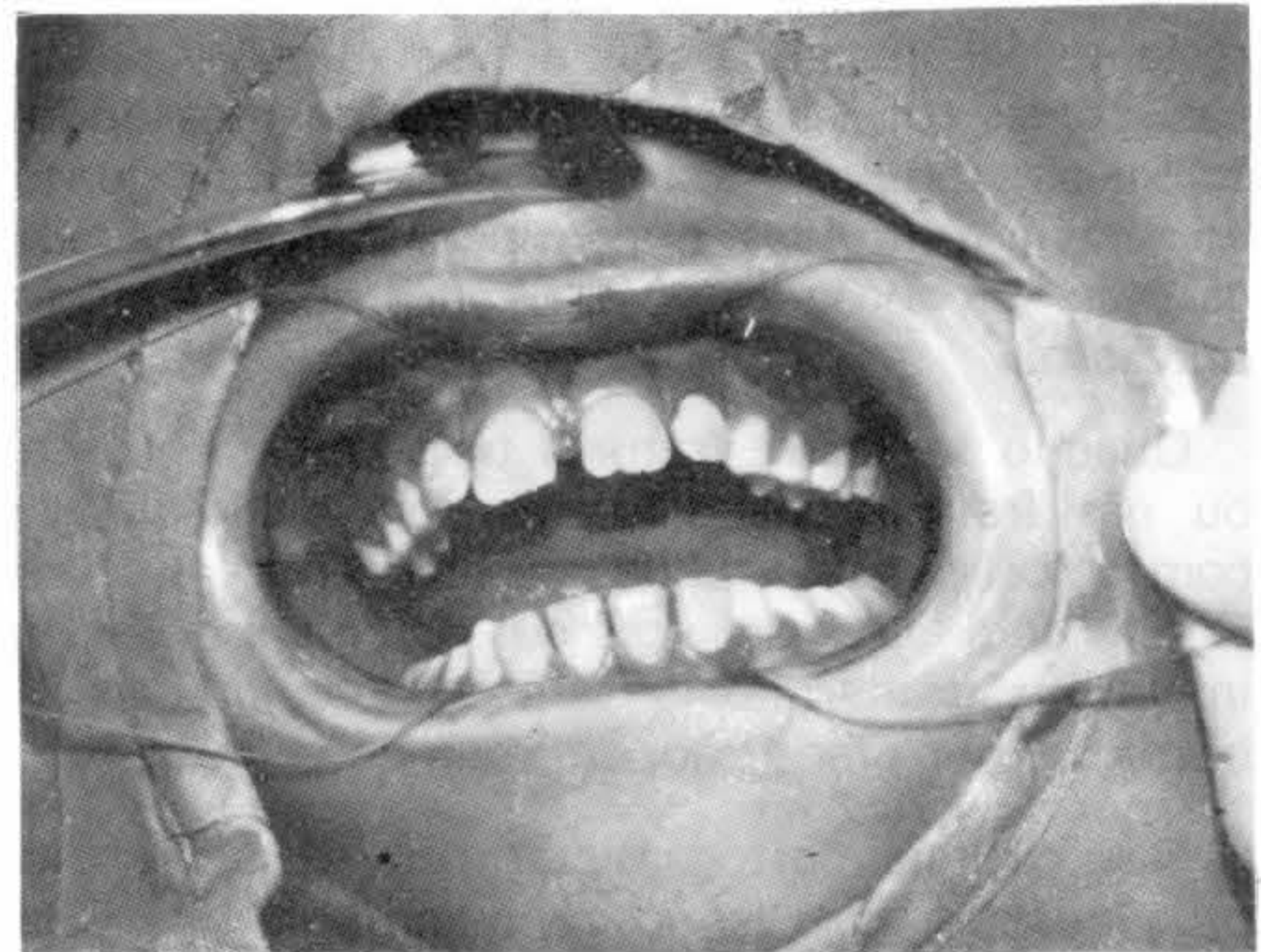


Fig. 5 A cavidade bucal fica livre para o cirurgião, o tubo de plástico é fixado no campo cirúrgico com pinças de Backaus.



Fig. 3 Traciona-se pela narina a sonda de borracha.



Fig. 6 Observe pela transparência do tubo plástico o material sendo aspirado pela esponja.



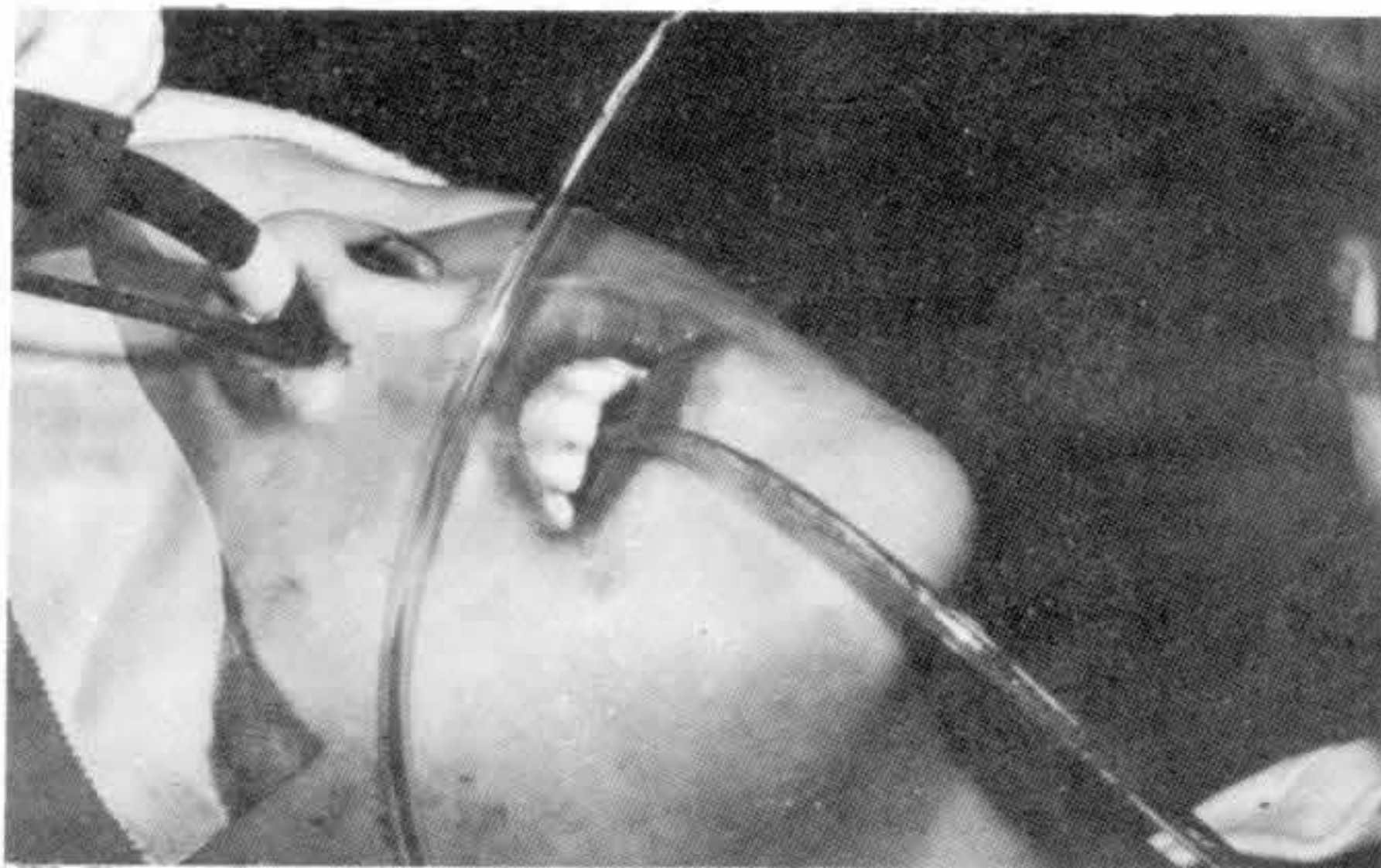


Fig. 7 Após o término da cirurgia, foi passada uma sonda gástrica comprovando a não entrada de sangue e líquidos na cavidade gástrica.

gia ortognática. A não remoção do tampão pode significar obstrução das vias respiratórias no momento da extubação". Este comentário é importante pois a gaze é tingida pelo sangue e poderá passar despercebida pela equipe.

"A redução dos vômitos por ingestão de líquidos e corpos estranhos é significativa"<sup>4</sup>.

Os autores pesquisados não mencionam os vômitos no pós-operatório imediato<sup>1-3</sup>. Porém é um raciocínio lógico, pois a gaze, uma vez saturada de sangue, líquidos, corpos estranhos, drenam líquidos ao esôfago e estômago durante o ato cirúrgico, mesmo ocorrendo a aspiração, que no tamponamento clássico, não é contínua. Esta aspiração, quando efetuada pelo assistente, pode conflitar com o cirurgião.

A esponja deverá ser removida quando o doente começar a reagir, pois há casos em que somente algum tempo após o término do ato cirúrgico é que o doente poderá ser extubado, sendo então necessária a colocação de um abridor de boca de borracha para possibilitar a remoção. Quando o cirurgião, ao término da cirurgia, observar que há sangramento, a esponja deverá permanecer no orofaringe até a extubação do doente, devendo o cirurgião, neste espaço de tempo, proceder à hemostasia por compressão ou por qualquer outro método que julgar indicado.

Nos encefalopatas, quando os reflexos de defesa se apresentarem diminuídos, é aconselhado que a esponja seja mantida até a extubação, pois esses doentes apresentam tendência à depressão respiratória acentuada, devido ao uso de drogas anticonvulsivantes.

O método de tamponamento associado à aspiração contínua orofaríngea minimiza o trabalho do assistente e sendo contínua evita que a esponja se sature de sangue ou líquidos, ao mesmo tempo em que retém nas malhas da esponja os corpos estranhos, facilitando a remoção dos mesmos, quando a esponja for removida ao término do ato cirúrgico.

Uma observação importante quanto ao método ora apresentado diz respeito à impossibilidade da esponja não ser removida, pois a mesma é conectada a um tubo de plástico exterior à cavidade oral.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ginestet G — Atlas de Técnica Operatória; Cirurgia Estomatológica y Maxilo Facial; Editora Mundi. Buenos Aires, 1967; 97.
2. Centeno G A R — Cirugía Bucal; Editora El Ateneo. Buenos Aires, 1979; 134.
3. Dingman R O, Natvig P — Cirurgia das Fraturas Faciais. Editora Santos Médica Odontológica, 1983; 92.
4. Pereira L C C — Odontologia Hospitalar; Editora Santos Médica Odontológica, 1984; 126.



## COMPLICAÇÕES DO PROLAPSO DA VALVA MITRAL

*DISRITMIAS (algumas ameaçadoras à vida por natureza)*

*MORTE SÚBITA*

*ENDOCARDITE*

*ROTURA DAS CORDOALHAS TENDINOSAS DA MITRAL*

*INCOMPETÊNCIA VALVULAR MITRAL*

*As disritmias, complicações mais comuns, são potencialmente as mais sérias. Morte súbita é associada a graves taquicardias, embora outros mecanismos tenham sido evocados, incluindo parada sinusal.*

*Os autores citam um estudo em 40 pacientes, durante 10 anos, com 13% que tiveram inexplicável morte súbita, e concluíram que os óbitos associados a prolapso de valva mitral seriam devido à parada sinusal sem escape ventricular.*

*Outros propõem o espasmo coronário como possível mecanismo de morte súbita em pacientes com prolapso de valva mitral, baseado em uma revisão de 745 pacientes com coronarioangiografia com história de doença cardíaca isquêmica.*

*A medicação pré-anestésica deve ser generosa o suficiente para prevenir ansiedade e subsequente liberação de catecolaminas. Atropina deve ser prescrita pelos efeitos cronotrópicos e inotrópicos que aumentam o esvaziamento cardíaco. Todos os fatores que possam aumentar a irritabilidade cardíaca devem ser evitados. Quando uma disritmia em paciente com diagnóstico de prolapso da valva mitral ocorre, deve-se compreender a causa, antes de assumir um tratamento. Este deve ser empírico, se põe em risco a vida. Isto porque, infelizmente, as respostas esperadas podem não ocorrer nestes pacientes. Por exemplo, as bradidisritmias podem ser resistentes à atropina e exigir isoproterenol ou marcapasso. As contrações ventriculares prematuras são, freqüentemente, refratárias à lidocaína, mas costumam desaparecer espontaneamente.*

*As taquidisritmias costumam melhorar com propranolol, que devem ser administradas com muita cautela e sob monitorização, por via venosa. A ausculta cardíaca deve ser feita com muita cautela em decúbito lateral. Caso se ausculte um "click" ou murmúrio, ecocardiograma está indicado. Quando uma disritmia aparece durante uma cirurgia, sem nenhuma causa aparente, as medidas usuais devem ser empregadas, antes de se presumir que há uma disfunção da valva mitral.*

*Os princípios de minimizar excessivo esvaziamento cardíaco devem ser seguidos na escolha da técnica anestésica.*

*Na Anestesia Geral reduzir as respostas simpáticas à estimulação cirúrgica, assim como as vasodilatações periféricas são indesejáveis. Nas anestésias as atenções devem ser voltadas no sentido de evitar grandes vasodilatações.*

*Sempre que possível, bloqueio nervoso suplementado com sedação adequada é a técnica de escolha, mas adrenalina deve ser proscrita da solução. Finalmente, deve-se evitar as operações na posição sentada nos pacientes portadores de prolapso da valva mitral.*

*Permanece a questão: Pode o prolapso de valva mitral ser responsável por uma série de disritmias intra-operatórias sem explicações? Concluem os autores, que certamente sim, devido à freqüência com que esta anormalidade ocorre na população geral.*

*(Krantz EH, Viljoen JF, Schermer R, Canas MS — Mitral valve prolapse. Anesth Analg, 1980; 59: 379-383).*

**COMENTÁRIOS:** *Por tratar-se de doença relativamente comum na população geral, o prolapso da valva mitral deve ser encarado como causa potencial de disritmias graves. Compete ao anestesiológico, ao conhecer o problema, comunicar aos familiares do paciente quanto ao risco anestésico-cirúrgico potencial. Esta síndrome tem chamado atenção dos autores, face a possibilidade da morte súbita (H. Katayama).*