



Brazilian Journal of Otorhinolaryngology

ISSN: 1808-8694

revista@aborlccf.org.br

Associação Brasileira de
Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-
Facial
Brasil

Burihan Cahali, Michel

CONSEQÜÊNCIAS DA SÍNDROME DA APNÉIA OBSTRUTIVA DO SONO

Brazilian Journal of Otorhinolaryngology, vol. 73, núm. 3, mayo-junio, 2007, p. 290

Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=392437774001>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

CONSEQÜÊNCIAS DA SÍNDROME DA APNÉIA OBSTRUTIVA DO SONO

Muitos paleontologistas consideram que entre 200 e 300 mil anos atrás teve início a mais importante mudança anatômica dos ancestrais humanos: a transformação da via aérea superior. Estas alterações incluíram o encurtamento da face, a anteriorização do forame magno, a redução do ângulo entre as partes horizontal e vertical da via aérea superior e, principalmente, a descida da laringe. Esta nova configuração, com um trato aéreo supralaríngeo mais longo e estreito, facilitou o desenvolvimento da fala e linguagem, sendo determinante para o sucesso do surto de criatividade humana que ocorreu há 40 mil anos e nos transformou na espécie dominante do planeta.

Entretanto, a História nos ensina que a natureza sempre cobra um preço pela evolução. A nova anatomia da via aérea atribuiu maior relevância respiratória à nossa faringe, transformada em um segmento vulnerável, sem arcabouço e propensa ao colapso durante a inspiração, particularmente durante o sono. Isto tornou possível o surgimento da síndrome da apnêa obstrutiva do sono (SAOS), exclusividade humana entre os mamíferos à exceção dos cães da raça Bulldogue Inglês (braquicefálicos).

A atenção médica para o diagnóstico da SAOS e suas consequências tem sido crescentes. Alterações polissonográficas compatíveis com a SAOS estão presentes em 1 a 2% das crianças e, dentre os adultos, em 24% dos homens e 9% das mulheres. Na faixa etária dos 50 aos 60 anos, tais alterações ocorrem em 31% dos homens e 16% das mulheres.

As consequências da SAOS em crianças são bem familiares aos otorrinolaringologistas. Aquelas roncadoras com apnêias, hipoxemia noturna e fragmentação do sono podem apresentar baixo rendimento escolar, déficit de atenção e hiperatividade. Além disto, estas crianças têm baixo ganho pôndero-estatural e alterações no desenvolvimento do esqueleto facial. Menos lembradas são as alterações cardiovasculares, como hipertensão pulmonar e, em casos mais graves, o cor pulmonale. Diferentemente dos adultos, a associação entre hipertensão arterial sistêmica e SAOS infantil ainda é controversa.

Já nos adultos com SAOS, as alterações respiratórias e neurológicas que ocorrem durante o sono podem trazer consequências que a ciência tem revelado cada vez mais numerosas. Elas incluem redução da memória, com prejuízo na assimilação de novas informações; diminuição da atenção, com maior risco de envolver-se em acidentes; maior irritabilidade e labilidade emocional. A SAOS também pode provocar alterações inflamatórias, endoteliais,

ateroscleróticas, autonômicas e metabólicas, aumentando o risco para hipertensão arterial sistêmica, arritmias cardíacas, doença nas coronárias e insuficiência cardíaca congestiva. Ainda não está claro se há relação entre SAOS e acidentes vasculares cerebrais.

Além disto, o estresse oxidativo resultante dos eventos de hipoxemia/reoxigenação tem sido associado ao aumento da resistência periférica à ação da insulina, elevação da velocidade de hemossedimentação (VHS), da proteína C reativa, da interleucina-6 e do fator de necrose tumoral tipo alfa (marcadores inflamatórios). A redução da quantidade de sono profundo (delta) está relacionada à diminuição da secreção do hormônio de crescimento (GH). Cerca de 25% dos pacientes do sexo masculino com SAOS apresentam redução da libido ou impotência sexual.

O efetivo tratamento da SAOS pode reverter ou atenuar algumas destas consequências enquanto outras não são revertidas, enfatizando a necessidade do tratamento precoce da síndrome.

A investigação da SAOS faz parte do questionário básico de admissão conduzido pela enfermagem nos hospitais dos EUA. Um diagnóstico confirmado ou somente a suspeita de SAOS podem implicar na transferência de um paciente cirúrgico para uma instalação com maior suporte.

A SAOS também traz consequências na condução anestésica dos casos cirúrgicos. Por princípio, não se deve administrar sedação pré-anestésica e recomenda-se evitar benzodiazepínicos, minimizar a utilização de opióides e monitorar intensivamente estes casos por no mínimo duas horas após cessar a administração de anestésicos, certificando-se do estado de alerta e do conforto respiratório do paciente.

Com o aumento da expectativa de vida da nossa população, é provável que os impactos mórbidos cumulativos da SAOS sejam cada vez mais aparentes. Todos os agentes de saúde serão cobrados nas esferas da prevenção e controle desta síndrome. A especialidade que melhor conhece a via aérea superior não pode fugir desta responsabilidade.

Dr. Michel Burihan Cahali

Médico Assistente Doutor do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo