

Introdução

Luciana Palombini

Médica Pneumologista, Especialista em Medicina do Sono e Coordenadora do Instituto do Sono

CORRESPONDÊNCIA: Instituto do Sono, 12º andar

Rua Marselhesa 500, Vila Clementino,

Sao Paulo / SP

O entendimento a respeito dos distúrbios respiratórios do sono (DRS) tem evoluído bastante nos últimos anos. A primeira descrição de respiração anormal durante monitorização simultânea do sono e da respiração foi feita na França, em 1955, em um grupo de pacientes com síndrome de Pickwick. Investigações posteriores levaram a descrição da Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono (SAOS). Em 1982 Guilleminault identificou a Síndrome da Resistência das Vias Aéreas Superiores (SRVAS) em crianças, ao observar que pacientes com aumento do esforço respiratório durante o sono, mesmo na ausência de apnéias e hipopnéias apresentam manifestações clínicas importantes. Somente onze anos depois, em 1993, esta síndrome foi formalmente descrita.

Hoje, existe controvérsia sobre se os distúrbios respiratórios do sono, fazem parte de um contínuo com uma mesma fisiopatologia ou se são entidades diferentes. Na prática clínica, o termo DRS é aplicado em face de uma anormalidade respiratória durante o sono, englobando indistintamente a SRVAS, a SAOS, o ronco, a hipoventilação noturna ou a respiração periódica. A SAOS é a entidade mais bem descrita e estudada, sendo que a maior parte dos estudos descrevendo prevalência, graus de gravidade e conseqüências dos distúrbios respiratórios do sono limitam-se a estes pacientes.

Nesse contexto os critérios para identificação de anormalidades respiratórias obstrutivas durante o sono têm passado por importantes mudanças. Os critérios estabelecidos inicialmente para caracterizar os distúrbios respiratórios do sono não abrangem todas as anormalidades reconhecidas atualmente, de forma adequada. O uso de técnicas mais sensíveis, tais como a medida de pressão esofágica e medida do fluxo aéreo por meio da cânula de pressão nasal permitem o reconhecimento de outras anormalidades inacessíveis pelos métodos rotineiros de abordagem não-invasiva do sono.

Paralelo à essas mais recentes descobertas envolvendo a respiração durante o sono novas informações também foram adicionadas com relação a micro-estrutura do sono. Sabe-se hoje, por exemplo, que um paciente pode apresentar um índice de apnéia e hipopnéia, assim como um índice de despertar dentro dos limites da normalidade e ainda assim apresentar importante anormalidade respiratória associada à instabilidade do sono. Conceitos tais como aumento do esforço respiratório, ativação autonômica e padrão alternante cíclico fazem parte do cortejo de diagnósticos que devem ser considerados ao avaliar-se um paciente com suspeita de distúrbio respiratório do sono.

As conseqüências dos DRS sobre a saúde têm gerado crescente interesse da comunidade

médica, assim como, da população em geral. Estas envolvem diferentes aspectos da qualidade de vida, aumento do risco de co-morbidades cardiovasculares, metabólicas e cognitivas e acidentes de trânsito. Pacientes com DRS apresentam uma maior chance de hipertensão arterial sistêmica, cardiopatias e derrame cerebral. Estes riscos representam uma das grandes motivações para decidir sobre o tratamento dos distúrbios do sono. Mesmo graus leves de SAOS aumentam o risco de hipertensão em 40-70% e o risco de doenças cardiovasculares em 30-40%. A síndrome metabólica, um problema de saúde pública emergente, representa uma constelação de riscos cardiovasculares e parece ter uma importante ligação com os DRS. Tem sido sugerido que a presença de SAOS pode aumentar o risco de desenvolver alguns aspectos da síndrome metabólica, incluindo hipertensão, resistência à insulina e diabetes tipo 2. Alguns fatores envolvidos nesta associação são a obesidade, a dislipidemia, os hormônios sexuais, a inflamação, a disfunção vascular, a leptina e a privação de sono. As consequências cognitivas são outro grupo de grande importância, pois aspectos de qualidade de vida, alterações de humor e da memória e dificuldade de organizar pensamentos complexos pioram de forma progressiva, sendo que muitas vezes estes sintomas não são identificados pelo paciente como algo que mereça atenção. Todos estes aspectos levam a crer que a repercussão dos DRS em outras doenças é bem mais abrangente do que se imaginava e a investigação destes pode contribuir para o entendimento da evolução de diferentes co-morbidades presentes em grande parte da população.

Em relação ao manejo terapêutico destes pacientes, o tratamento de escolha continua sendo o uso de aparelho com pressão positiva contínua; outras opções podem ser indicadas em situações específicas, porém a eficácia ainda não está estabelecida. Novas formas de tratamento estão sen-

do avaliadas. O tratamento considerado ideal abrangeria a abordagem feita em fase precoce, pois o fator determinante dos DRS está na anatomia anormal da via aérea superior presente ou constituída na infância. A criança deve ser sempre avaliada visando o diagnóstico preventivo. O desenvolvimento anatômico de VAS e da face são os delimitadores da respiração durante o sono. Sabe-se que 60% da face adulta está desenvolvida aos 4 anos de idade e 90% aos 12 anos. Ou seja, deve-se tratar qualquer anormalidade respiratória antes disto, pois uma respiração anormal na infância levará ao desenvolvimento de uma estrutura óssea facial anormal, com maior repercussão sobre as vias aéreas superiores e risco de desenvolvimento de distúrbio respiratório do sono. A combinação da tendência genética com os fatores ambientais, originarão o futuro paciente com SAOS. As crianças com alterações anatômicas associadas a estreitamento das VAS constituem portanto, um grupo de extrema importância estratégica na profilaxia dos DRS na fase adulta, devendo por isso, serem identificadas e adequadamente tratadas.

Concluindo, os conceitos acerca dos DRS têm evoluído muito, recentemente, e diversos aspectos continuam sendo reavaliados, à luz da experiência decorrente de estudos abrangentes, por diversos grupos especializados. Espera-se que estudos à longo prazo em andamento elucidarão de forma mais contundente os critérios de normalidade, as consequências e a natureza da progressão desses distúrbios. Tratar estas anormalidades respiratórias de forma adequada é essencial para prevenir co-morbidades que irão deteriorar a qualidade de vida de forma progressiva e irreversível. A falta de reconhecimento destes distúrbios por muitos médicos, como ocorre hoje é um problema bastante presente e deve ser reduzido, donde se apreende que a educação médica a respeito dos DRS precisa ser valorizada e ampliada.