

Historia clínica y examen físico en SAOS

Obstructive sleep apnea syndrome:
clinical history and physical examination

Gleison Marinho Guimarães

Resumen

Aunque SAOS sea una patología común, é frecuentemente subdiagnosticada. Seus signos y síntomas são, en la sua mayoría, subjetivos y, por lo tanto, debe haber sospecha diagnóstica quando existir ronquidos, somnolencia diurna, cansancio, desánimo y alteración de estado de ánimo. Escalas y tablas con buena sensibilidad, que incluyen os síntomas clínicos más relevantes y datos del examen físico, pueden indicar o diagnóstico de SAOS. A confirmación diagnóstica é realizada a través de polisomnografía, considerada o método estándar oro.

Descriptores: Síndromes de la apnea del sueño; Apnea del sueño tipo obstructiva; Ronquido.

Abstract

Although obstructive sleep apnea syndrome is a common disease, it often goes undiagnosed. The signs and symptoms of the syndrome are mostly subjective. Therefore, snoring, daytime sleepiness, fatigue, dejection and mood changes should raise the suspicion of obstructive sleep apnea syndrome. Scales and tables that have good sensitivity and include the most relevant clinical symptoms and physical examination results can suggest a diagnosis of obstructive sleep apnea syndrome. The diagnosis is confirmed by polysomnography, which is considered the gold standard method.

Keywords: Sleep apnea syndromes; Sleep apnea, obstructive; Snoring.

Historia clínica

Os signos y síntomas más comuns de SAOS un substancial aumento del riesgo de accidentes são ronquidos, apneas presenciadas y somnolencia automovilísticos y profesionales acontece por la excessiva diurna. Na avaliación secundária, somnolencia excessiva, que puede ser medida por la devemos incluir a pesquisa de hipertensión arteria escala de Epworth. Ao contrário, a insônia en el sistêmica y pulmonar, assim como a história é considerada un sintoma común de SAOS y, progressa de accidente vascular encefálico, infarto quando aparece, é más frecuente em mulheres agudo del miocárdio, cor pulmonale y accidentes apneicas. automovilísticos.(1)

Outros síntomas incluyen boca seca ao despertar y salivación excessiva, provavelmente tórios.(2) Presente em praticamente todos os debido à respiración oral. Sueño agitado y sudorese pacientes com SAOS y em geral alto y interrompido noturna, por el aumento del esfuerzo respiratório,(4) por episódios de silêncio que correspondem as distúrbios del estado de ánimo y irritabilidade, assim como apneas, o ronquido é, en la sua mayoría, crescente, impacto en la atención, memoria y concentración, progressivo y inicia-se em decúbito dorsal também são queixas comuns. A cefaleia matinal até que, con el passar del tiempo, torna-se também está asociada a SAOS, geralmente de independiente del decúbito adotado. As pausas curta duración, y sua ocorrência y intensidad respiratorias que se interpõem aos ronquidos são relacionadas à gravidade de la apnea.(5) relatadas em aproximadamente 75% de los casos Alguns estudios sugerem que devemos ter y são observadas también por el compañero.(3) un mayor grau de sospecha para diagnosticar SAOS en la mujer, particularmente se obesa y com podendo terminar em engasgos, sensación de SAOS en la mujer, particularmente se obesa y com sufocamento, vocalizaciones o breves despertares. história de insônia, depresión y hipotireoidismo, Como resultado, ocurre fragmentación del sueño que são fatores comuns asociados.(6) Já en los y conseqüente somnolencia diurna y cansancio, homens, una particularidade é que a apnea síntomas subjetivos y que muitas veces en el são obstructiva grave está claramente asociada reconocidos por el paciente. Nesses indivíduos, com disfunción erétil, sendo fatores preditores a

idade, cansancio por la mañana y índice de distúrbio respiratório elevado.(7)

Outra condição associada é o refluxo gastroesofágico, potencializado por una elevación de la presión gástrica asociada ao aumento de la presión intratorácica negativa resultante del esforço inspiratório con la via aérea superior colapsada. Esse efeito de diferença en la presión intratorácica sobre a parede cardíaca también puede causar una liberación aumentada del péptido natriurético atrial, resultando em noctúria y enuresis, síntomas importantes de los distúrbios respiratorios del sueño.(8)

Devido a apneas repetidas, hipóxia intermitente y desequilibrio autonômico, os pacientes têm mayor riesgo de desenvolver aterosclerosis, hipertensión arterial sistêmica, insuficiencia coronaria, arritmias y accidente vascular encefálico.(9) Este aumento del tônus adrenérgico promove una atenuación o ausência del descenso noturno de la presión arterial en la monitorización ambulatorial em muitos casos, além de estar asociado a episódios de hipertensión arterial del avental blanco.(10) Proporções significativas desses pacientes apneicos tornam-se hipertensos, demonstrado por el aumento de la actividad simpática también durante o día. O mayor problema desses achados é a influência de los factores de confusión, considerando-se que tanto SAOS quanto as enfermedades cardiovasculares apresentam os mesmos factores de riesgo: sexo, idade y obesidad. Por eso, a posibilidad de SAOS debe ser considerada em pacientes com hipertensión arterial y depresión o fatiga inexplicada que estejam recebendo medicaciones antidepressivas y anti-hipertensivas.(11)

Atualmente, vários estudos tentam, a partir de questionários y medidas de examen físico, predecir o diagnóstico de SAOS. Dentre essas variáveis destacam-se, como de mayor valor predictivo, a circunferência del pescoço, IMC, história de hipertensión arterial sistêmica, história de ronquido y relato del compañero de cuarto sobre apneas durante o sueño.(12)

Examen físico para a detección de apnea obstructiva del sueño

O examen físico para a detección de apnea obstructiva del sueño puede sugerir un riesgo aumentado para SAOS y debe incluir una evaluación de las variables antropométricas, análisis

de la morfología craneofacial y de los sistemas respiratorio y cardiovascular.

Examen físico general

Debe ser avaliada a presencia de obesidad, com medida de peso, altura y IMC (obesidad: IMC > 30 kg/m²). Preconiza-se também a medição de la circunferência del pescoço en la altura de la membrana cricotiroidea y con el paciente em posición supina. Valores acima de 40 cm estão asociados a un riesgo aumentado para SAOS, mesmo en la ausencia de obesidad.(13)

A obesidad é un fator de riesgo bem reconhecido para os distúrbios respiratorios del sueño, sendo geralmente aceito que homens de meia-idade com IMC elevado y apresentando circunferência de pescoço también aumentado são especialmente predispostos.(14)

Avaliação craneofacial

O examen del esqueleto craneofacial debe determinar a posición relativa de la mandíbula y maxila, assim como a oclusão dentária, pois anormalidades (por exemplo, reducción de la altura de la face, retrognatia, micrognatia y desplazamiento de la articulación temporomandibular) estão asociadas a un riesgo aumentado para SAOS.

Algumas alteraciones esqueléticas são características de pacientes del sexo masculino portadores de SAOS, como, por exemplo, dimensão linear sagital reducida de la base del cráneo, de la maxila y de la parte ósea de la nasofaringe y orofaringe.(2)

Avaliação de las vias aéreas superiores

As anormalidades anatómicas de las vias aéreas são factores etiológicos importantes para SAOS. Nesse contexto, as anormalidades de la faringe en los pacientes com SAOS tendem a apresentar-se reducidas lateralmente y, como consecuencia, o eixo principal é anormalmente orientado en el diámetro anteroposterior - achado que puede aumentar a colapsabilidad de las vias aéreas.(14)

O examen de la cavidade nasal debe ser realizado para a avaliação de possíveis causas de obstrução nasal. Anormalidades incluyen assimetria de tecido mole, colapso de válvula nasal, edema de mucosa causado por rinite alérgica, desvio de septo, hipertrofia de cornetos y a presencia de pólipos.

O examen de la cavidade oral y de la orofaringe inclui a inspección del palato mole, lengua, úvula,

tonsila y pared lateral. Preconiza-se utilizar a escala de Mallampati (classes 3 y 4 são más frequentes), evaluar a proporcióo relativa de lengua (macroglossia) y verificar a presencia de palato arqueado y profundo (ogival), o aumento de tecidos moles (hipertrofia adenoamigdaliana, de úvula y de paredes faríngeas) y a presencia de redundância del pilar posterior, que denominamos palato web.

Referências

1. Epstein LJ, Kristo D, Strollo PJ Jr, Friedman N, Malhotra A, Patil SP, et al. Clinical guideline for the evaluation, management and long-term care of obstructive sleep apnea in adults. *J Clin Sleep Med*. 2009;5(3):263-76.
2. Rappai M, Collop N, Kemp S, deShazo R. The nose and sleep-disordered breathing. What we now and we del not know. *Chest*. 2003;124(6):2309-23.
3. Hoffstein V, Szalai JP. Predictive value of clinical features in diagnosing obstructive sleep apnea. *Sleep*. 1993;16(2):118-22.
4. Kales A, Cadieux RJ, Bixler EO, Soldatos CR, Vela-Bueno A, Misoul CA, et al. Severe obstructive sleep apnea--I: Onset, clinical course, and characteristics. *J Chronic Dis*. 1985;38(5):419-25.
5. Loh NK, Dinner DS, Foldvary N, Skobieranda F, Yew WW. Do patients with obstructive sleep apnea wake up with headaches? *Arch Intern Med*. 1999;159(15):1765-8.
6. Young T, Finn L. Epidemiological insights into the public health burden of sleep disordered breathing: sex differences in survival among sleep clinic patients. *Thorax*. 1998;53 Suppl 3:S16-9.
7. Margel D, Cohen M, Livne PM, Pillar G. Severe, but not mild, obstructive sleep apnea syndrome is associated with erectile dysfunction. *Urology*. 2004;63(3):545-9.
8. Umlauf MG, Chasens ER. Sleep disordered breathing and nocturnal polyuria: nocturia and enuresis. *Sleep Med Rev*. 2003;7(5):403-11.
9. Ingman T, Nieminen T, Hurmerinta K. Cephalometric comparison of pharyngeal changes in subjects with upper airway resistance syndrome or obstructive sleep apnoea in upright and supine positions. *Eur J Orthod*. 2004;26(3):321-6.
10. García-Río F, Pino JM, Alonso A, Arias MA, Martínez I, Alvaro D, et al. White coat hypertension in patients with obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome. *Chest*. 2004;125(3):817-22.
11. Farnley RJ, Lugo A, Jensen RL, Walker JM, Cloward TV. Siultaneous use of antidepressant and antihypertensive medications increases likelihood of diagnosis of obstructive sleep apnea syndrome. *Chest*. 2004;125(4):1279-85.
12. Davies RJ, Ali NJ, Stradling JR. Neck circumference and other clinical features in the diagnosis of the obstructive sleep apnoea syndrome. *Thorax*. 1992;47(2):101-5.
13. Davies RJ, Stradling JR. The relationship between neck circumference, radiographic pharyngeal anatomy, and the obstructive sleep apnoea syndrome. *Eur Respir J*. 1990;3(5):509-14.
14. Hora F, Nápolis LM, Daltro C, Kodaira SK, Tufik S, Togeiro SM, et al. Clinical, anthropometric and upper airway anatomic characteristics of obese patients with obstructive sleep apnea syndrome. *Respiration*. 2007;74(5):517-24.

Sobre o autor

Gleison Marinho Guimarães

Médico. Laboratório del Sueño. Instituto de Doenças del Tórax, Hospital Universitario Clementino Fraga Filho, Universidade Federal del Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ) Brasil.

Y-mail para contato: gleisonguimaraes@oi.com.br (G. Guimarães)