

Apneia Obstrutiva do Sono: Um Marcador de Remodelamento Cardíaco em Pacientes com Doença de Chagas Crônica

Obstructive Sleep Apnea: A Marker of Cardiac Remodeling in Patients with Chronic Chagas Disease

Reinaldo B. Bestetti

Curso de Medicina - Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP - Brasil

Minieditorial referente ao artigo: Apneia Obstrutiva do Sono é Comum e está Associada à Remodelação Cardíaca em Pacientes com Doença de Chagas

A Doença de Chagas Crônica (DCC) continua sendo um grande flagelo para as pessoas que vivem na América do Sul e uma questão médica emergente fora do Continente Americano, devido à globalização. A Cardiopatia Chagásica Crônica (CCC) afeta cerca de 30% dos pacientes com DCC, surgindo de 20 a 30 anos após a infecção com *Trypanosoma cruzi*.¹ O prognóstico de pacientes de DCC é implacável, com uma mortalidade de 5 anos chegando a 35%.² Pacientes com CCC tem um resultado ainda pior,² particularmente aqueles com remodelamento ventricular e atrial, que se manifesta através de insuficiência cardíaca sistólica crônica e fibrilação atrial.^{3,4}

Assim, é importante reconhecer preditores de remodelamento ventricular e atrial em pacientes com CCC para oferecer o tratamento disponível adequado aos pacientes com esse quadro. Pressão arterial sistólica, sexo masculino e a Classificação Funcional da New York Heart Association predizem remodelamento ventricular em pacientes com DCC.⁵ Por outro lado, até onde sei, ainda não foram determinados os preditores de remodelamento de atrial para pacientes com essa doença.

Nesta edição da Revista, Medeiros et al.,⁶ relatam um estudo original de 135 pacientes com doença de Chagas (30% dos quais na forma indeterminada e os demais com CCC) que foram submetidos a polissonografia noturna para avaliar a relação da respiração do distúrbio do sono e remodelamento cardíaco. Significativamente, 62% dos pacientes também sofriam de hipertensão arterial sistêmica (HAS) concomitante. Foi encontrada apneia obstrutiva do sono (AOS) de moderada a grave em 21% dos pacientes. Medeiros et al.,⁶ confirmam que ser do sexo masculino e ter HAS são preditores de remodelamento ventricular, e também descobriram que o índice de apneia-hipopneia,

um marcador diagnóstico de severidade da AOS, foi um preditor de remodelamento tanto atrial, quanto ventricular.

A prevalência de AOS na população em geral é de 21%. Ela é de moderada a grave em 9% dos indivíduos afetados,⁷ e aumenta a morbidade e mortalidade.⁸ A AOS tem sido associada independentemente com HAS⁹ e com diversos tipos de distúrbios cardiovasculares diferentes, incluindo insuficiência cardíaca crônica,¹⁰ condição geralmente associada ao remodelamento cardíaco. Vale observar que a AOS por si só tem também sido independentemente associada ao remodelamento ventricular esquerdo e ao diâmetro atrial esquerdo.¹¹

Como as excelentes descobertas relatadas por Medeiros et al.,⁶ podem ser incorporadas à prática clínica? Acredito que seria necessário testar a utilidade da polissonografia em pacientes com DCC sem HAS concomitante. Através desse teste, poderíamos eliminar o efeito aditivo da AOS e da HAS¹¹ sobre a gênese do remodelamento cardíaco, bem como determinar o efeito real da AOS sobre a indução de anomalias cardíacas em pacientes com esse quadro.

Por outro lado, é importante reconhecer que uma proporção substancial dos pacientes com DCC não possui HAS concomitante no estudo de Medeiros et al.,⁶ Assim, é razoável admitir que a AOS, por si só, poderia ter induzido, pelo menos em parte, o remodelamento atrial e ventricular observado naquele estudo. O aparecimento da AOS pode, por si só, representar um fardo extra à função miocárdica de pacientes com DCC/CCC porque a AOS ativa a atividade simpática¹² e é pró-inflamatória.⁸

Os achados histológicos observados na cardiomiopatia por catecolaminas são similares àsquelas encontradas em CCC,¹³ sugerindo assim um papel para a disfunção autonômica na patogênese dessa doença. Ademais, as citocinas pró-inflamatórias se encontram mais aumentadas em pacientes com CCC e HAS, se comparado a pacientes com apenas CCC,¹⁴ sugerindo também um papel para as citocinas na patogênese de pacientes com esta condição. Claramente, a presença da AOS pode representar uma ameaça potencial curável para pacientes com CCC.

Parabenizo a Medeiros et al.,⁶ por esse estudo importante, e espero muito que continuem no curso essa linha de pesquisa não apenas por sua contribuição potencial para o entendimento da patogênese do CCC, mas também por seu impacto potencial sobre o curso clínico deste flagelo para o nosso povo.

Palavras-chave

Doença de Chagas; *Trypanosoma Cruzii*; Cardiomiopatia Chagásica; Apneia Obstrutiva do Sono; Polissonografia/métodos; Remodelamento Atrial.

Correspondência: Reinaldo B. Bestetti •

Av. Costabile Romano, 2201. CEP 14096-900, Ribeirão Preto, SP – Brasil

Email: rbestetti44@gmail.com

DOI: 10.5935/abc.20180177

Referências

1. Bocchi EA, Bestetti RB, Scanavacca MI, Cunha-Neto E, Issa VS. Chronic Chagas heart disease management. From etiology to cardiomyopathy treatment. *J Am Coll Cardiol*. 2017;70(12):1510-24.
2. Espinosa R, Carrasco HÁ, Belandria F, Fuenmayor AM, Molina C, Gnzález R, et al. Life expectancy analysis in patients with Chagas disease: prognosis after one decade (1973-1983). *Int J Cardiol*. 1985;8(1):45-56.
3. Bertolino ND, Villafanha DF, Cardinali-Neto A, Cordeiro JA, Arcanjo MA, Theodoropoulos TA, et al. Prognostic impact of Chagas disease in patients awaiting heart transplantation. *J Heart Lung Transplant*. 2010;29(4):449-53.
4. Costa SA, Rassi S, Freitas EMM, Gutierrez NS, Boaventura FM, Sampaio LPC, Silva JBM. Prognostic factors in severe chagasic heart failure. *Arq Bras Cardiol*. 2017;108(3):246-54.
5. Bestetti RB. Predictors of unfavorable prognosis in patients with chronic Chagas disease. *Trop Med Int Health*. 2001;6(6):476-83.
6. Medeiros CA, Secundo IV, Silveira CAM, del Castilho JM, Albuquerque LT, Martins SM, et al. Apneia obstrutiva do sono é comum e está associada a remodelação cardíaca em pacientes com doença de Chagas. *Arq Bras Cardiol*. 2018; 111(3):364-372
7. Young T, Palta M, Dempsey J, Skatrud J, Weber S, Badr S. The occurrence of sleep-disordered breathing among middle-aged adults. *N Engl J Med*. 1993;328(17):1230-5.
8. Mentz RJ, Fiuzat M. Sleep disordered breathing in patients with heart failure. *Heart Fail Clin*. 2014;10(2):243-50.
9. Young T, Peppard P, Palta M, Hla KM, Finn L, Morgan B, Skatrud J. Population-based study of sleep-disordered breathing a risk factor for hypertension. *Arch Int Med*. 1997;157(15):1746-52.
10. Shahar E, Whitney CW, Redline S, Lee ET, Newman AB, Javier-Neto F, et al. Sleep-disordered breathing and cardiovascular disease. *Am J Resp Crit Care Med*. 2001; 163(1):19-25.
11. Drager LF, Bortolotto LA, Figueiredo AC, Silva BC, Krieger EM, Lorenzi-Filho G. Obstructive sleep apnea, hypertension and their interaction on arterial stiffness and heart remodeling. *Chest*. 2007;131(5):179-86.
12. Rosen D, Roux FJ, Shah N. Sleep and breathing in congestive heart failure. *Clin Chest Med*. 2014;35(3):521-34.
13. Bestetti RB, Ramos CP, Figuerêdo-Silva J, Sales-Neto VN, Oliveira JSM. Ability of the electrocardiogram to detect myocardial lesions in isoproterenol induced rat cardiomyopathy. *Cardiovasc Res*. 1987;21(12):916-21.
14. Bestetti RB, Dellalibera-Joviliano R, Lopes GS, Faria Jr M, Furlan-Daniel R, Lopes KC, et al. Determination of the Th1, Th2, Th17, and Treg cytokine profile in patients with chronic Chagas heart disease and systemic arterial hypertension. *Heart Vessels*. 2018 Jul 25. [Epub ahead of print]. doi:10.1007/s)380-018-1228-z.

