

# História clínica e exame físico em SAOS

## Obstructive sleep apnea syndrome: clinical history and physical examination

Gleison Marinho Guimarães

### Resumo

Embora SAOS seja uma patologia comum, é frequentemente subdiagnosticada. Seus sinais e sintomas são, na sua maioria, subjetivos e, portanto, deve haver suspeição diagnóstica quando existir roncos, sonolência diurna, cansaço, desânimo e alteração de humor. Escalas e tabelas com boa sensibilidade, que incluem os sintomas clínicos mais relevantes e dados do exame físico, podem indicar o diagnóstico de SAOS. A confirmação diagnóstica é realizada através de polissonografia, considerada o método padrão ouro.

**Descritores:** Síndromes da apneia do sono; Apneia do sono tipo obstrutiva; Ronco.

### 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.

---

## História clínica

Os sinais e sintomas mais comuns de SAOS são roncos, apneias testemunhadas e sonolência excessiva diurna. Na avaliação secundária, devemos incluir a pesquisa de hipertensão arterial sistêmica e pulmonar, assim como a história pregressa de acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, cor pulmonale e acidentes automobilísticos.<sup>(1)</sup>

O ronco é uma queixa comum nos consultórios.<sup>(2)</sup> Presente em praticamente todos os pacientes com SAOS e em geral alto e interrompido por episódios de silêncio que correspondem as apneias, o ronco é, na sua maioria, crescente, progressivo e inicia-se em decúbito dorsal até que, com o passar do tempo, torna-se independente do decúbito adotado. As pausas respiratórias que se interpõem aos roncos são relatadas em aproximadamente 75% dos casos e são observadas também pelo companheiro,<sup>(3)</sup> podendo terminar em engasgos, sensação de sufocamento, vocalizações ou breves despertares. Como resultado, ocorre fragmentação do sono e consequente sonolência diurna e cansaço, sintomas subjetivos e que muitas vezes não são reconhecidos pelo paciente. Nesses indivíduos,

um substancial aumento do risco de acidentes automobilísticos e profissionais acontece pela sonolência excessiva, que pode ser medida pela escala de Epworth. Ao contrário, a insônia não é considerada um sintoma comum de SAOS e, quando aparece, é mais frequente em mulheres apneicas.

Outros sintomas incluem boca seca ao despertar e salivação excessiva, provavelmente devido à respiração oral. Sono agitado e sudorese noturna, pelo aumento do esforço respiratório,<sup>(4)</sup> distúrbios do humor e irritabilidade, assim como impacto na atenção, memória e concentração, também são queixas comuns. A cefaleia matinal também está associada a SAOS, geralmente de curta duração, e sua ocorrência e intensidade estão relacionadas à gravidade da apneia.<sup>(5)</sup>

Alguns estudos sugerem que devemos ter um maior grau de suspeição para diagnosticar SAOS na mulher, particularmente se obesa e com história de insônia, depressão e hipotireoidismo, que são fatores comuns associados.<sup>(6)</sup> Já nos homens, uma particularidade é que a apneia obstrutiva grave está claramente associada com disfunção erétil, sendo fatores preditores a

idade, cansaço pela manhã e índice de distúrbio respiratório elevado.<sup>(7)</sup>

Outra condição associada é o refluxo gastroesofágico, potencializado por uma elevação da pressão gástrica associada ao aumento da pressão intratorácica negativa resultante do esforço inspiratório com a via aérea superior colapsada. Esse efeito de diferença na pressão intratorácica sobre a parede cardíaca também pode causar uma liberação aumentada do peptídeo natriurético atrial, resultando em noctúria e enurese, sintomas importantes dos distúrbios respiratórios do sono.<sup>(8)</sup>

Devido a apneias repetidas, hipóxia intermitente e desequilíbrio autonômico, os pacientes têm maior risco de desenvolver aterosclerose, hipertensão arterial sistêmica, insuficiência coronariana, arritmias e acidente vascular encefálico.<sup>(9)</sup> Este aumento do tônus adrenérgico promove uma atenuação ou ausência do descenso noturno da pressão arterial na monitorização ambulatorial em muitos casos, além de estar associado a episódios de hipertensão arterial do avental branco.<sup>(10)</sup> Proporções significativas desses pacientes apneicos tornam-se hipertensos, demonstrado pelo aumento da atividade simpática também durante o dia. O maior problema desses achados é a influência dos fatores de confusão, considerando-se que tanto SAOS quanto as doenças cardiovasculares apresentam os mesmos fatores de risco: sexo, idade e obesidade. Por isso, a possibilidade de SAOS deve ser considerada em pacientes com hipertensão arterial e depressão ou fadiga inexplicada que estejam recebendo medicações antidepressivas e anti-hipertensivas.<sup>(11)</sup>

Atualmente, vários estudos tentam, a partir de questionários e medidas de exame físico, prever o diagnóstico de SAOS. Dentre essas variáveis destacam-se, como de maior valor preditivo, a circunferência do pescoço, IMC, história de hipertensão arterial sistêmica, história de ronco e relato do companheiro de quarto sobre apneias durante o sono.<sup>(12)</sup>

## **Exame físico para a detecção de apneia obstrutiva do sono**

O exame físico para a detecção de apneia obstrutiva do sono pode sugerir um risco aumentado para SAOS e deve incluir uma avaliação das variáveis antropométricas, análise

da morfologia craniofacial e dos sistemas respiratório e cardiovascular.

### ***Exame físico geral***

Deve ser avaliada a presença de obesidade, com medida de peso, altura e IMC (obesidade:  $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ). Preconiza-se também a medição da circunferência do pescoço na altura da membrana cricotireoidea e com o paciente em posição supina. Valores acima de 40 cm estão associados a um risco aumentado para SAOS, mesmo na ausência de obesidade.<sup>(13)</sup>

A obesidade é um fator de risco bem reconhecido para os distúrbios respiratórios do sono, sendo geralmente aceito que homens de meia-idade com IMC elevado e apresentando circunferência de pescoço também aumentado são especialmente predispostos.<sup>(14)</sup>

### ***Avaliação craniofacial***

O exame do esqueleto craniofacial deve determinar a posição relativa da mandíbula e maxila, assim como a oclusão dentária, pois anormalidades (por exemplo, redução da altura da face, retrognatias, micrognatias e deslocamento da articulação temporomandibular) estão associadas a um risco aumentado para SAOS.

Algumas alterações esqueléticas são características de pacientes do sexo masculino portadores de SAOS, como, por exemplo, dimensão linear sagital reduzida da base do crânio, da maxila e da parte óssea da nasofaringe e orofaringe.<sup>(2)</sup>

### ***Avaliação das vias aéreas superiores***

As anormalidades anatômicas das vias aéreas são fatores etiológicos importantes para SAOS. Nesse contexto, as anormalidades da faringe nos pacientes com SAOS tendem a apresentar-se reduzidas lateralmente e, como consequência, o eixo principal é anormalmente orientado no diâmetro anteroposterior — achado que pode aumentar a colapsabilidade das vias aéreas.<sup>(14)</sup>

O exame da cavidade nasal deve ser realizado para a avaliação de possíveis causas de obstrução nasal. Anormalidades incluem assimetria de tecido mole, colapso de válvula nasal, edema de mucosa causado por rinite alérgica, desvio de septo, hipertrofia de cornetos e a presença de pólipos.

O exame da cavidade oral e da orofaringe inclui a inspeção do palato mole, língua, úvula,

tonsila e parede lateral. Preconiza-se utilizar a escala de Mallampati (classes 3 e 4 são mais frequentes), avaliar a proporção relativa de língua (macroglossia) e verificar a presença de palato arqueado e profundo (ogival), o aumento de tecidos moles (hipertrofia adenoamigdaliana, de úvula e de paredes faríngeas) e a presença de redundância do 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 do 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. Farney RJ, Lugo A, Jensen RL, Walker JM, Cloward TV. Simultaneous 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 do Sono. Instituto de Doenças do Tórax, Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ) Brasil.

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