[1] Soares Videira G.
[2] Sousa S.

O PAPEL DO MÉDICO DENTISTA NA SAOS – A PROPÓSITO DE UM CASO

Caso Clínico

Doente sexo feminino, 67 anos, seguida em consulta de manutenção de implantes:

- Fumadora de 20 cigarros/dia
- Leucemia linfoide crónica em vigilância
- Escala de sonolência de Epworth aumentada
- Sono não reparador
- Dispneia quando deitada na cadeira medicina dentária

Pedido estudo do sono e TC do pescoço dada a suspeita de apneia. A paciente foi enviada à consulta de Pneumologia. A TC pescoço revelou, para além da redução da área da coluna aérea, hipertrofia linfóide ao nível do pescoço com assimetria nasofaríngea e preenchimento valecular esquerdo. Adaptada a CPAP para tratamento da SAOS grave (IAH de 39.6) Referenciada para o IPO, onde realizou biopsia que mostrou recidiva da leucemia.

Após tratamento de quimioterapia foi submetida a nova TC de reavaliação que mostrou apenas microadenopatias, com resolução das alterações iniciais. Submetida a estudo do sono que mostrou melhoria do número de eventos e quase resolução do quadro (IAH – 8.7/h).

Discussão

A prática da medicina dentária sofreu grandes alterações nos últimos anos. O médico dentista deve não só realizar corretamente os cuidados de saúde oral, mas também rastrear problemas sistémicos com tradução na cavidade oral. O médico dentista pode avaliar alguns dos indicadores de risco e aplicar questionários. A articulação com uma unidade do sono, neste caso com a pneumologia, é fundamental para o correto diagnóstico e terapia.

Conclusão

Os médicos dentistas têm um papel muito relevante no rastreio e tratamento da roncopatia assim como da patologia obstrutiva do sono como observado. A elevada prevalência de apneia do sono por diagnosticar, sugere que os médicos dentistas podem prestar um valioso contributo ao saber identificar os sinais mais comuns da apneia e as suas causas, encaminhando os pacientes para profissionais especializados em sono. Neste caso também permitiu um diagnóstico precoce de recidiva de leucemia em vigilância. ■

[1] Médica Dentista. Especialista em Periodontologia pela OMD. Coordenadora nacional do departamento de DTM e DOF da CSM.Pratica em Periodontologia,Implantes, DTM e DOF e Medicina Dentária do sono.
[2] Médico Pneumologista. Pneumologia – Hospital S. Bernardo, Setúbal; CUF Infante Santo Hospital, CUF Descobertas Hospital, José de Mello Saúde, Lisboa, Portugal; Aluna de doutoramento da NOVA MEDICAL SCHOOL.

Referências Bibliográficas

1. Marta Gonçalves et al. (2015) Sleeping at the whell across Europe:a survey of 19 countries.J Sleep Res 2:1-10
2. Philip Weastbrook et al. (2008) Prevalence of obstructive apnea risk and severity in a population of dental patients. Sleep Breath 12: 303-309
3. Shao-Jun Zhu1 et al 2014. Rare upper aerodigestive tract tumors in OSAS. Int J Clin Exp Pathol 7 (10) 6686-6683

Fig. 1. Fotografias extraorais.

Fig. 2. Fotografias intraorais avaliação da língua Mallampati 4.

Apnea/Hypopnean Statistics

Respiration	Number	%	A or H/h	Supine	Non/Supine	Mean (seconds)	Longest (seconds)
Apnea	55	14,7	5,8	37	18	15,6	42,2
Obstructive	55	14,7	5,8	37	18	15,6	42,2
Central	0	0,0	0,0	0	0	0,0	0,0
Mixed	0	0,0	0,0	0	0	0,0	0,0
Hypopnea (All)	318	85,3	33,8	170	148	24,4	87,7
Obstructive	-	-	-	-	-	-	-
Central	-	-	-	-	-	-	-
Mixed	-	-	-	-	-	-	-
RDI				37,5	40,8		
Total	373		39,6	207	166	23,1	87,7

Fig. 3. Estudo do sono inicial mostra SAOS grave (IAH - 39.6).

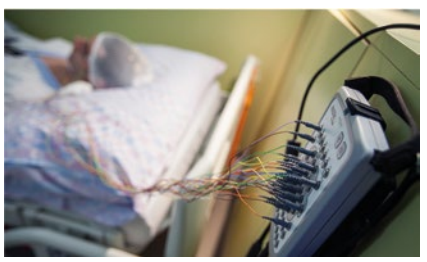

Fig. 4. Estudo do sono inicial , nível 1 com internamento.

Overview

AHI: 8,7/h ODI: 11,0/h Snore Percentage: 66,5%

Respiratory Indices	Index			
	Total	Supine	Non-supine	Count
Apneas + Hypopneas	8,7/h	10,6/h	5,3/h	47
Apneas:	0,7/h	1,1/h	0/h	4
Obstructive (OA):	0,7/h	1,1/h	0/h	4
Mixed (MA):	0/h	0/h	0/h	0
Central (CA):	0/h	0/h	0/h	0
Hypopnea:	8,0/h	9,4/h	5,3/h	43
Obstructive (OH):	0/h	0/h	0/h	0
Central (OC):	0/h	0/h	0/h	0

Fig. 5. Estudo do sono pós tratamento mostra SAOS ligeira (IAH 8.7/h).