

* Dra. G. Videira
** Dr. J. Fonseca

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

Introdução

Nos últimos anos, os transtornos do sono em geral e a síndrome de apneia e hipopneia obstrutiva do sono (SAHOS), em particular, têm gerado uma crescente atenção e dedicação por parte da comunidade médica, assim como por parte dos médicos dentistas. A SAHOS é um problema de saúde pública que afeta homens, mulheres e crianças. Está associada a um aumento de risco cardiovascular, doenças metabólicas, HTA, acidentes de viação e de trabalho¹.

O Problema Clínico

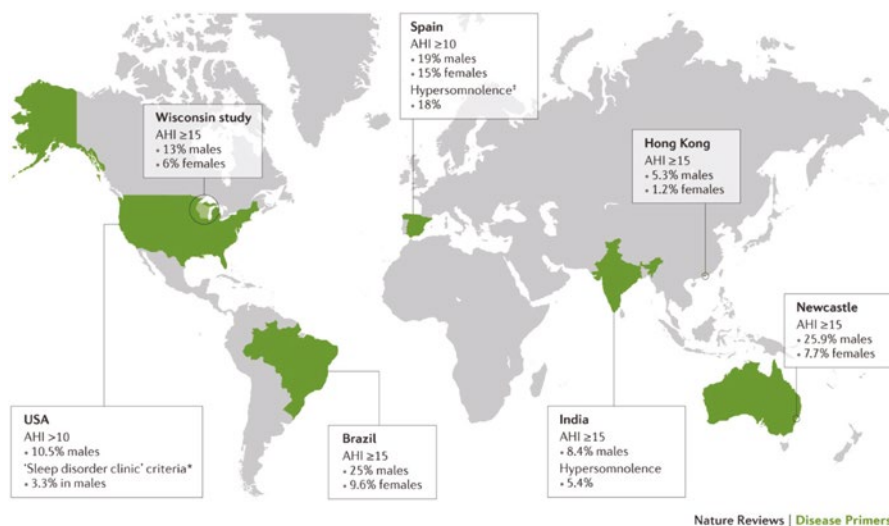
Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS)

Colapso e consequente obstrução da via aérea superior (VAS) durante o sono, conduzindo a períodos de apneia/hipopneia e decréscimo da saturação da oxihemoglobina.

Doença crónica, elevada prevalência:

- > sexo masculino (2-4%); sexo feminino (1-2%);
- **Aumenta com a idade** a partir da terceira década de vida >>> 65 anos.

Prevalência Global



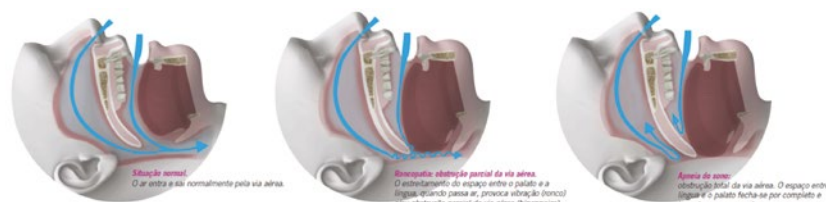
Lévy, P. et al. (2015) Obstructive sleep apnoea syndrome Nat. Rev. Dis. Primers doi:10.1038/nrdp.2015.15.

Fisiopatologia dos Doentes com SAOS



Pensa-se que apenas 10% dos indivíduos com patologia estão corretamente diagnosticados e tratados. A SAHOS constitui-se assim como um grave problema de saúde pública, atuando na obscuridade.

Os médicos dentistas têm uma posição privilegiada para o rastreio desta patologia e devem estar preparados para fazer o adequado encaminhamento dos pacientes para um centro de sono podendo também através dos dispositivos orais em casos selecionados participar no tratamento da patologia².



Prevalência em Doentes de Medicina Dentária

Sleep Breath (2008) 12:303–309
DOI 10.1007/s11325-008-0180-z



ORIGINAL ARTICLE

Prevalence of probable obstructive sleep apnea risk and severity in a population of dental patients

Daniel J. Leventowski · Todd Morgan · Jon Montague · Victoria Melzer · Chris Berka · Philip R. Westbrook

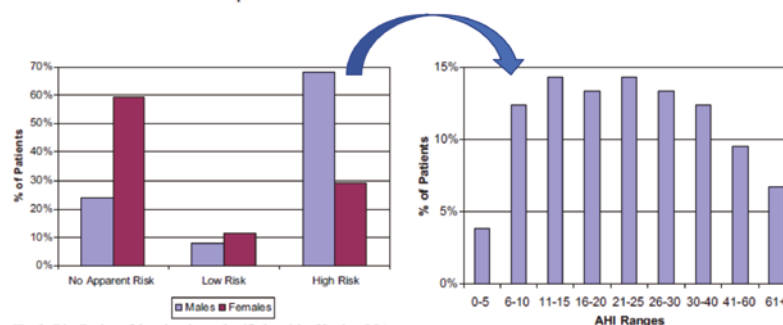
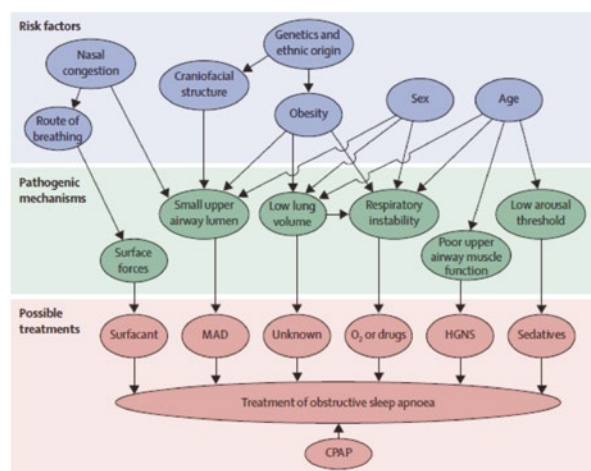


Fig. 3 Distribution of dental patients classified at risk of having OSA by questionnaire (n=331)

Fig. 4 Distribution of the AHI measured during an in-home sleep study



Jordan AS et al, Lancet 2014; 383: 736–47.

História Clínica

- **Sintomas relacionados com insónia:**
 - Duração do sono;
 - Número de despertares;
 - Problema em adormecer ou manter o sono;
 - Número de vezes que o paciente se levanta à noite para ir à casa de banho;
 - Uso de medicação ou álcool para adormecer;
 - Uso de medicação para as dores ou para ansiedade.
- **Sintomas relacionados com distúrbios respiratórios do sono:**
 - Ressonar (Escala de Berlim);
 - Paragem da respiração;
 - Asfixia;
 - Acordar ofegante;
 - Tendência para adormecer durante o dia (Escala de Epworth);
 - História de hipertensão e outras doenças cardiovasculares;
 - Sudorese noturna, perda de memória, irritabilidade, dor de cabeça, dificuldades de concentração);
 - Nictúria.
- **Sintomas relacionados com distúrbios de movimento:**
 - Bruxismo noturno; mioclonias;
 - Movimento de braço ou perna durante o sono, com ou sem lesões;
 - Outros sintomas;
 - Comer durante o período de sono.

Exame Físico

- Peso, altura e índice de massa corporal;
- Circunferência do pescoço;
- Retrognatia (classe II);
- Palato profundo;
- Arcos dentários estreitos;
- Tamanho da língua (macroglossia);
- Edentações da língua;
- Tamanho das adenóides e amígdalas;
- Tamanho da orofaringe visto através da boca (classificação de Mallampati);
- Forma do nariz (estreito) e obstrução;
- Postura corporal;
- Desgaste dentário ou danos ou uso de goteira (bruxismo ou dor orofacial);
- Ausências dentárias ou movimentos dentários protrusivos (impede o uso de aparelhos para tratar distúrbios respiratórios do sono);
- Retração gengival.



Índice de Mallampati modificado:

- Classe I:** visualiza-se toda a parede posterior da orofaringe, incluindo o polo inferior das amígdalas palatinas.
- Classe II:** visualiza-se parte da parede posterior da orofaringe.
- Classe III:** visualizam-se a inserção da úvula e o palato mole. Não é possível evidenciar a parede posterior da orofaringe.
- Classe IV:** visualizam-se somente parte do palato mole e o palato duro.

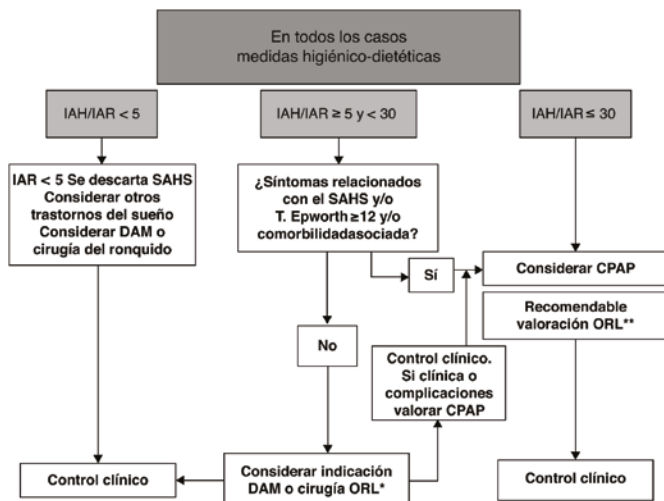
Terapia comportamental e posicional
 Controlo do peso, álcool, sedativos; higiene do sono, decúbito lateral

Aparatologia oral
 DOrais (dispositivos de avanço mandibular)
 Ap. retentores da língua

PAP (Pressão Aérea Positiva)
 CPAP (contínuo)
 BPAP (bilevel)
 APAP (autotitrating)

Tratamento Cirúrgico
 UPFP (uvulopalatofaringoplastia)
 AMM (avanço maxilo-mandibular)

Hierarquia de tratamento

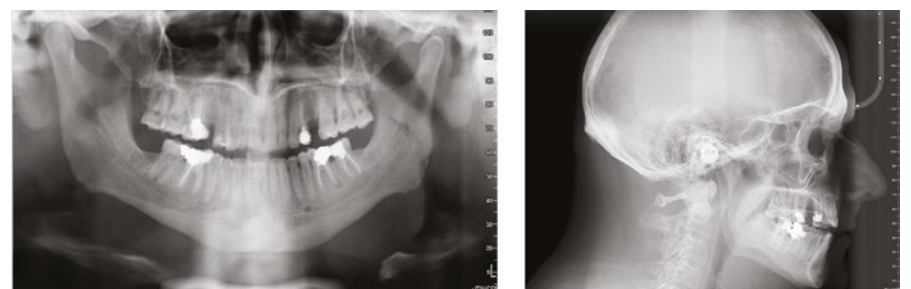


* Se desaconseja el empleo de DAM sin una evaluación y control por un dentista y/o maxilofacial
 ** En los pacientes que no toleren o rechacen CPAP considerar otras opciones como las DAM y la cirugía ORL y/o maxilofacial
 DAM: Dispositivo de avance mandibular; IAH: índice de apneas-hipopneas; IAR: Índice de alteración respiratoria; ORL: otorrinolaringología

Caso Clínico



1. Paciente de 41 anos, sexo masculino. Recorre à consulta por queixa de Roncopatia. IMC: Obeso grau I ; 49cm de circunferência do Pescoço.



2. Telerradiografia de Perfil da Face e Ortodontomografia. Palato Mole Comprido; Osso Hioide Baixo; Boa Permeabilidade Nasal.



3. Dispositivo de Polícardiografia do sono BTI Apnia.

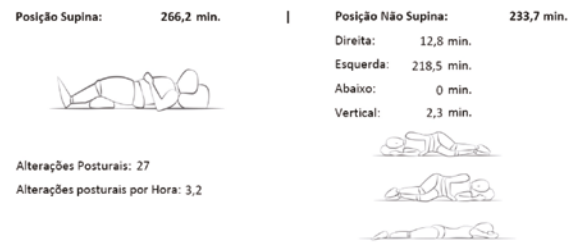
Analysis Results	Total	Apnea				Hypopnoea	
	AHI: 2	AI: 1	oA: 1	mA: 0	cA: 0	uA: 0	HI: 1
Total number:	16	9	9	0	0	0	7
Total duration [min]:	5	3	3	0	0	0	3
Average duration [sec]:		17	17	0	0	0	22
Desaturation index [h]:	3						
Average saturation [%]:	96						
Total number of desaturations:	20						
Average duration of desaturation [sec]:	14						
Minimum saturation [%]:	87						
Average saturation drop [%]:	5						
Average heart rate [bpm]:	66						
Heart rate variation index [h]:	0						
Total number of heart rate variations:	2						

Position analysis	Position	Time h:min	Apnea a. Hypopnoea	AHI
Left: 06:21	7	1		
Back: 01:26	8	6		
Front: 00:00	0	0		
Upright: 00:01	0	0		

Results: Excluí-se SAHOS

4. Estudo do Sono em 2011. Epworth de 4/24; IAH: 2; Estudo do Sono excluía SAHOS.

Data de estudo		17-04-2017	
Hora de Início - Fim Registo	23:38 - 08:07	Duração	08:28:40 (508,7 min.)
Hora de Início - Fim Avaliação	23:47 - 08:07	Duração	08:19:51 (499,8 min.)
EVENTOS RESPIRATÓRIOS			
	Número	Índice por hora	Duração Média
Apneias	83	IA	10
Hipopneias	155	IH	18,6
Apneias + Hipopneias	238	IAH	28,6
Eventos Fronteira	78	IEF	9,4
ÍNDICE DE APNEIAS + HIPOPNEIAS POR HORA (IAH)			
			28,6
IAH por posição	Supino	40,6	Não Supino
Tempo em supino (%)	53,2		
SATURAÇÃO DE OXIGÉNIO (%SpO2)			
%SpO2 Mínima		76	
%SpO2 Média		92,2	
Nº total de Dessaturações		315	
Índice de Dessaturações por Hora (IDH)		37,8	
Média das Dessaturações (%)		5,2	
%SpO2 abaixo de 90%	minutos	40,3	% tempo
%SpO2 abaixo de 85%	minutos	12	% tempo
%SpO2 abaixo de 80%	minutos	1,7	% tempo
FREQUÊNCIA CARDÍACA (frequência de pulso em batidas/min)			
Frequência Cardíaca Mínima		55	
Frequência Cardíaca Máxima		120	
Frequência Cardíaca Média		72,1	
PRESEÇA DE RONCOS			
Roncos por posição	Supino	Não Supino	Totais
Número	1769	1568	3337
Tempo (minutos)	117,9	104,5	222,5
% tempo a ressonar	58,6	50,6	54,6
Índice de roncos hora	398,8	402,6	400,6



ESTATÍSTICAS EVENTOS RESPIRATÓRIOS

Tipo Evento	Números Totais	Supino (nº e %)	Não Supino (nº e %)	Duração Média (seg.)	Duração Mais Longa (seg.)
Apneias	83	72 (86,7 %)	11 (13,3 %)	18,3	87,8
Hipopneias	155	108 (69,7 %)	47 (30,3 %)	25,9	95,8
Total A+H	238	180 (75,6 %)	58 (24,4 %)	23,2	95,8
Eventos Fronteira	78	51 (65,4 %)	27 (34,6 %)	17,3	58
Total Eventos	316	231 (73,1 %)	85 (26,9 %)	21,8	95,8

ESTATÍSTICAS %SpO₂

Intervalo	Todas as posições	Supino	Não Supino
97-100 %	9,4 min. (1,9 %)	5,4 min. (57,4 %)	4 min. (42,6 %)
94-96 %	106,8 min. (21,4 %)	78,4 min. (73,4 %)	28,4 min. (26,6 %)
90-93 %	343,4 min. (68,7 %)	159,9 min. (46,6 %)	183,5 min. (53,4 %)
85-89 %	28,3 min. (5,7 %)	17,3 min. (61,1 %)	10,9 min. (38,5 %)
80-84 %	10,3 min. (2,1 %)	4,7 min. (45,6 %)	5,6 min. (54,4 %)
75-79 %	1,7 min. (0,3 %)	0,3 min. (17,6 %)	1,5 min. (88,2 %)
<75 %	0 min. (0 %)	0 min. (0 %)	0 min. (0 %)

5. Polícardiografia do Sono em 2017; Q. Berlim: Alta Prob de Apneia do Sono; Epworth de 8/24; Pittsburgh: 4/21; IAH: 28,6. SAHOS moderada. Tendo em conta todos estes dados, evidencia-se neste estudo um quadro de apneias-hipopneias durante o sono, de carácter moderado, com influência postural e discreta repercussão na SpO₂. Observa-se uma muito severa roncopatia crónica.



6. Fotografias Intra-orais. Paciente apresenta Bruxismo Excêntrico; Capsulite Bilateral; Mallampati Grau 4/4; Amígdalas palatinas grau IV.



7. Dispositivo de Avanço Mandibular (DAM- Bti DIA).



8. Dispositivo de Avanço Mandibular (DAM- Bti DIA). Fotos de pormenor e tensores.



9. Fotografias Intra-orais do Dispositivo. A avaliação subjetiva de terceiros referem “marcada redução da roncopatia”. Será feita titulação do dispositivo para uma utilização eficiente do dispositivo e avaliação dos resultados.

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 questionários³.

No caso clínico apresentado, após polissonografia nível 3, confirmou-se apneia moderada e roncopatia. Ao não apresentar outras co-morbilidades o tratamento com Bti DIA – dispositivo oral foi opção terapêutica selecionada, acompanhada de programa de perda de peso e terapia posicional no contexto de abordagem sistémica do doente.

A articulação com uma unidade do sono é fundamental para o correto diagnóstico e terapêutica⁴.

Conclusão

Segundo a literatura, os médicos dentistas têm um papel muito relevante no rastreio e tratamento da roncopatia assim como da patologia obstrutiva do sono como observado neste caso. A alta 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 do sono e encaminhando os pacientes para profissionais especializados em sono^{2,4}.

Um médico dentista do sono deve saber rastrear os pacientes, diagnosticar em colaboração com o centro do sono e quando os dispositivos do sono se apresentam como a opção terapêutica – roncopatia, apneias leves e algumas apneias moderadas – devem selecionar corretamente o tipo de dispositivo, fazer a sua titulação e acompanhamento de modo a garantir a manutenção de resultados⁵. ■

* Médica Dentista na Clínica de Santa Madalena Gomes Freire em Lisboa. Especialista em Periodontologia pela OMD. Prática Clínica Privada em Periodontologia, Implantes, DTM e Dor Orofacial. Medicina Dentária do Sono.

** Médico Dentista na Orisclinic em Coimbra. Prática Clínica Privada em Dor Orofacial, Disfunção Temporomandibular e Medicina Dentária do Sono.

Referências Bibliográficas

1. Marta Gonçalves et al (2015). Sleeping at the wheel 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. Joaquim Duran-Cantolla et al (2015). Frequency of obstructive sleep apnea Syndrome in dental patients with tooth wear. *Journal of clinical sleep medicine* 11(4):445-450
4. Luc Gathier et al (2012). Position paper by Canadian dental sleep medicine professionals regarding the role of different health care professional in managing obstructive sleep apnea and snoring with oral appliances. *Can Respir J* 19 (5):307-309
5. Kannam Ramar et al (2015). Clinical practice guideline for the treatment of obstructive sleep apnea and snoring with oral appliance therapy: An update for 2015. *J Clin Sleep Med*;11 (7):773-827

Normas de Publicação

Na sua secção CLÍNICA, *O Jornal Dentistry* destina-se à publicação de artigos de investigação científica, relatos de casos clínicos e de técnicas, e revisões da literatura de assuntos de significância para médicos dentistas e outros profissionais na área da saúde oral.

Os manuscritos devem atender às seguintes normas, baseadas nas recomendações do Comité Internacional de Revistas Médicas (Grupo de Vancouver), disponíveis em <http://www.icmje.org>:

1) O conteúdo dos manuscritos deve ser original, não podendo ter sido publicado ou submetido em outras publicações, sendo da exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).

2) A primeira página deverá incluir o título do artigo e o nome, grau académico e filiação profissional do(s) autor(es).

3) O Resumo/Abstract deverá incluir um máximo de 250 palavras e uma lista de Palavras-chave/Keywords, não superior a seis. Os artigos de investigação devem ser estruturados em quatro secções: objetivos, materiais e métodos, resultados e conclusões.

4) Os manuscritos são revistos pelo Diretor ou Conselho Científico para aprovação da sua publicação. Ao editor reserva-se o direito de editar o texto por questões de espaço, clareza e consistência estilística, sendo a versão final apresentada ao autor para aprovação final.

5) Todas as referências bibliográficas devem encontrar-se citadas no texto e numeradas por ordem de presença. Ex. jornal: 1. Waasdorp J, Reynolds MA. Allogeneic bone onlay grafts for alveolar ridge augmentation: A systematic review. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2010; 25:525-531. Ex. livro: 2. Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL et al. *Harrison's principles of internal medicine*. 17th ed. USA: The McGraw-Hill Companies, Inc; 2008. Chapter 313.

6) Todas as imagens devem ter um enquadramento adequado ao trabalho apresentado, assim como ser devidamente legendadas e enviadas em formato EPS, TIFF ou JPEG, com um mínimo de 7 cm de largura e de 300 dpi de resolução.

7) As tabelas devem ser organizadas com lógica e colocadas no final do manuscrito, numeradas consecutivamente, com o respetivo título e notas de rodapé.

8) Sempre que possível devem ser utilizados termos genéricos, mas as marcas e produtos podem constar entre parêntesis na primeira menção.

9) No final do artigo, podem ser acrescentados agradecimentos a individualidades que tenham contribuído para o mesmo, assim como ser declara do algum tipo de apoio logístico ou financeiro.

10) Todos os trabalhos devem ser enviados para: *O Jornal Dentistry*, Largo da Lagoa 7c-s206 Código Postal 2795-116 Linda-a-Velha, Portugal, devidamente acompanhados de uma autorização assinada para publicação no *O Jornal Dentistry* e no site www.jornaldentistry.pt.

Mais informações, contactar: Hermínia Guimarães (+351) 214 147 300