Relato de Caso

Apneias Muito Longas em Posição Prona em uma Paciente Eutrófica com Doença Arterial Coronariana: Implicações para o Risco Cardiovascular

Very Long Apneas during Prone Position in a Lean Patient with Coronary Artery Disease: Implications for the Cardiovascular Risk

Sofia Fontanello Furlan,1 Viktor Sinkunas,1 Pedro Rodrigues Genta,2 Geraldo Lorenzi-Filho,1 Luciano F. Drager1

Universidade de São Paulo Instituto do Coração,1 São Paulo, SP – Brasil

Introdução

A apneia obstrutiva do sono (AOS) é uma condição clínica comum, caracterizada por obstruções recorrentes das vias aéreas superiores durante o sono, promovendo hipóxia intermitente e fragmentação do sono.1 Fatores de risco tradicionais incluem sexo masculino e obesidade. De maneira geral, pacientes com AOS grave apresentam eventos respiratórios mais longos e hipoxemia mais acentuada. A posição supina está consistentemente associada à índices mais graves de AOS em adultos.2 No entanto, a relação entre índices de AOS e posição prona é inconsistente.2 Aqui, relatamos uma apresentação muito peculiar da AOS caracterizada por eventos respiratórios muito longos em posição prona em uma paciente do sexo feminino, eutrófica, com histórico de eventos respiratórios muito longos em posição prona (PA) durante o sono igual ou superior à vigília (Figura 1). Ela estava em uso regular de aspirina, carvedilol, anlodipino e atorvastatina. Os medicamentos para PA foram ajustados pela equipe médica. A paciente foi submetida a uma ICP bem-sucedida na artéria descendente anterior esquerda usando um stent convencional. Após o procedimento, ela foi submetida a uma avaliação do sono usando um monitor portátil (Embletta Gold®). A paciente apresentava um índice de apneia-hipopneia de 26,7 eventos/hora com a menor saturação periférica de oxigênio (SpO2) registrada de 28% e tempo total com SpO2 < 90% de 33%. Além disso, apresentou apneias muito longas (19 episódios com duração > 1 minuto e o evento mais longo com incríveis 3,21 minutos de duração) (Figura 2). Nota-se que a paciente permaneceu 76% do tempo na posição prona (sua posição preferida para dormir). A paciente optou por não procurar nossa clínica ambulatorial do sono, apesar de recomendarmos ativamente o tratamento para a AOS. Após 11 meses da ICP, a paciente sofreu um infarto agudo do miocárdio. Aproximadamente 2 anos após o procedimento de ICP, ela sofreu um episódio de acidente vascular cerebral e quatro meses depois um novo infarto fatal do miocárdio durante um cochilo à tarde (por volta das 15h), apesar de tratamento medicamentoso para a DAC.

Discussão

Este caso chamou nossa atenção devido à apresentação incomum de AOS em paciente de alto risco cardiovascular: o IMC dentro dos valores de normalidade e os eventos respiratórios muito longos predominantemente na posição prona. Em um estudo anterior, foram relatadas apneias obstrutivas com duração de até 3,89 minutos em um paciente com disfunção autonômica, provavelmente refletindo a falta de controle autonômico protetor na interrupção dos eventos apneicos.3 Nossa paciente não apresentava evidência de doença autonômica, apesar da história de diabetes. De fato, não foram observados períodos de hipotensão na MAPA. Em contraste, observamos um padrão noturno reverso da PA na MAPA. Demonstrou-se que o padrão de descenso reverso da PA sistólica. está associada a um aumento de 4 vezes na probabilidade de AOS, independentemente da presença de queixas de sono ou questionários positivos de sono.4,5 Um achado interessante é a ocorrência incomum de eventos obstrutivos na posição prona. É amplamente aceito que a posição supina predispõe a obstruções das vias aéreas superiores durante o sono.3 Estudos preliminares relataram a posição prona como terapia adjuvante para AOS.6,7 Por outro

Palavras-chave
Angioplastia; Apneia do Sono Tipo Obstrutiva; Doença da Artéria Coronariana; Intervenção Coronária Percutânea; Índice de Massa Corpórea; Obesidade; Monitoração Ambulatorial da Pressão Arterial; Oximetria.

Correspondência: Sofia Fontanello Furlan

Univ. de São Paulo Inst. do Coração · Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 44. CEP 05403-000, São Paulo, SP – Brasil
E-mail: sofiaffurlan@yahoo.com.br, sofiaffurlan@gmail.com
Artigo recebido em 10/03/2020, revisado em 10/06/2020, aceito em 10/06/2020

DOI: https://doi.org/10.36660/abc.20200191
lado, este relato de caso destaca que a posição prona pode não ser um espectador inocente, como observado em bebês. Embora nenhuma relação causa-efeito possa ser comprovada, é concebível que a posição prona combinada com um alto limiar de excitação possa contribuir para eventos muito longos observados durante o sono nesta paciente.

Por fim, vale ressaltar que os pacientes com AOS e DAC pré-estabelecidas não tiveram benefícios da pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP) na prevenção de doenças cardiovasculares, segundo o estudo SAVE. A carga acentuada de hipóxia (como observado neste caso) não foi incluída no perfil usual do estudo SAVE, impedindo qualquer conclusão definitiva sobre os benefícios do tratamento da AOS entre pacientes com AOS e importante hipoxemia. A falta de tratamento específico para a AOS neste caso pode ter contribuído para os resultados cardiovasculares observados.
Relato de Caso

Conclusão

Este é um caso incomum de apneias muito longas durante a posição prona em uma paciente com o IMC dentro da normalidade e DAC. Conforme sugerido em um estudo observacional multicêntrico, o seguimento desfavorável sugere que a AOS não é um espectador inocente na DAC, principalmente na presença de diabetes. Portanto, os resultados neutros do estudo SAVE não devem impedir o tratamento visando potenciais benefícios cardiovasculares em pacientes de alto risco com hipóxia grave.

Contribuição dos Autores

Concepção e desenho da pesquisa: Furlan SF, Drager L; Obtenção de dados: Furlan SF, Sinkunas V; Análise e interpretação dos dados: Furlan SF, Sinkunas V, Drager L; Análise estatística: Furlan SF; Obtenção de financiamento: Lorenzi G, Drager L; Redação do manuscrito: Furlan SF, Sinkunas V, Genta PR, Lorenzi G, Drager L; Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Furlan SF, Genta PR, Drager L.

Referências

1. Jordan AS, McSharry DG, Malhotra A. Adult obstructive sleep apnoea. Lancet. 2014;383(9918):736-47.
2. Menon A, Kumar M. Influence of body position on severity of obstructive sleep apnea: a systematic review. ISRN Otolaryngol. 2013:670381.
3. Aulakh PK, Westerman DE, Dedhia RC. The longest obstructive apnea you have ever seen: a patient with new-onset autonomic dysfunction. J Clin Sleep Med. 2018;14(5):893–5.
4. Genta-Pereira DC, Furlan SF, Omote DQ, Giorgi DM, Bortolloto LA, Lorenzi-Filho G, et al. Blood Pressure Patterns Predict Obstructive Sleep Apnea in Patients Undergoing Ambulatory Blood Pressure Monitoring. Hypertension. 2018;72(4):979-985.
5. Cartwright RD. Effect of sleep position on sleep apnea severity. Sleep 1984; 7(2):110–4.
6. Afrashi A, Ucar ZZ. Effect of prone positioning in mild to moderate obstructive sleep apnea syndrome. Sleep Breath. 2015;19(3):1027-34.
7. Bidarian-Moniri A, Nilsson M, Rasmussen L, Attia J, Eijnell H. The effect of the prone sleeping position on obstructive sleep apnoea. Acta Otolaryngol. 2015;135(1):79-84.
8. Jeffery HE, Megevand A, Page HD. Why the prone position is a risk factor for sudden infant death syndrome. Pediatrics. 1999;104(2 Pt 1):263-9.
9. McEvoy RD, Antic NA, Heeley E, Luo Y, Ou Q, Zhang X, et al. CPAP for prevention of cardiovascular events in obstructive sleep apnea. N Engl J Med. 2016;375(10):919–31.
10. Lee CH, Sethi R, Li R, Ho HH, Hein T, Jim MH, et al. Obstructive Sleep Apnea and Cardiovascular Events After Percutaneous Coronary Intervention. Circulation. 2016;133(21):2008-17.
11. Koo CY, Drager LF, Sethi R, Ho HH, Hein T, Jim MH, et al. Sleep and Stent Study Investigators. Obstructive Sleep Apnea and Diabetes Independently Add to Cardiovascular Risk After Coronary Revascularization. Diabetes Care. 2018;41(2):e12-e14.