

ARTIGO DE REVISÃO

REVISÃO DAS COMPLICAÇÕES DAS UVPP EM 2003 REVIEW OF THE COMPLICATIONS OF THE UVULOPALATOPHARYNGOPLASTY

Cardoso,CG*; Figueirinhas,R*; Oliveira,J**; Meireles,L**; Lima,A***

RESUMO:

Está perfeitamente demonstrado que a síndrome de apneia do sono está associada a um aumento da morbilidade e mortalidade. A cirurgia é uma opção válida de tratamento. Realizamos um estudo retrospectivo de 38 doentes tratados cirurgicamente por síndrome de apneia obstrutiva do sono durante o ano de 2003 de modo a identificar complicações per-operatórias e potenciais factores de risco.

PALAVRAS CHAVE:

Ressonar; Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono; Uvulopalatofaringoplastia.

SUMMARY:

It is well established that obstructive sleep apnea syndrome is associated with increased morbidity and mortality. Surgical therapy has been demonstrated to be a viable treatment option for cure. A retrospective review of 38 patients surgically treated for obstructive sleep apnea syndrome during the year of 2003 was performed to identify perioperative complications and potential risk factors.

KEY WORDS:

Snoring; Obstructive Sleep Apnea; Uvulopalatopharyngoplasty.

INTRODUÇÃO

Ressonar, "respirar com ruído durante o sono"; termo leigo que designa obstrução incompleta à ventilação durante o sono, encontra-se entre os hábitos humanos mais incomodativos e prevalentes. Por volta dos 60 anos, 60% dos homens e 40% das mulheres ressonam habitualmente¹.

○ ressonar está englobado no espectro mais vasto das desordens ventilatórias relacionadas com o sono².

Ressonar Primário: ressonar não associado a alterações do sono nem a sonolência diurna excessiva (SDE);

Síndrome de Resistência da Via Aérea Superior: SDE devida a fragmentação do sono provocada por um aumento do esforço ventilatório mas sem apneias ou hipopneias documentadas;

Síndrome Hipopneia Obstrutiva do Sono: ressonar associado a hipopneias, SDE e outros sintomas e sinais (quadro 1).

* Interna do Internato Complementar de ORL - Serviço de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial - HGSA

** Assistente Hospitalar de ORL - Serviço de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial - HGSA

*** Director de Serviço de ORL - Serviço de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial - HGSA - Porto.

SINTOMAS NOCTURNOS

Ressonar
Respiração irregular, Apneias
Nictúria
Insónia
Palpitações
Despertar frequente

SINTOMAS DIURNOS

Fadiga matinal
Sonolência diurna excessiva
Défices de memória
Dificuldade de concentração
Cefaleias matinais
Depressão, Irritabilidade
Impotência/Disfunção sexual

QUADRO 1

Síndrome Apneia-Hipopneia Obstrutivas do Sono: ressonar associado a hipopneias e apneias documentadas, SDE e outros sintomas e sinais (quadro 1);

Síndrome Apneias Obstrutiva do Sono: ressonar associado a apneias documentadas (apneias com duração superior a 10 segundos e com uma frequência de mais de 7/10 por hora de sono), SDE e outros sintomas e sinais (quadro 1).

Praticamente sinónimo de síndrome de apneia-hipopneia obstrutivas do sono.

A hipopneia define-se como uma diminuição de pelo menos 50% do fluxo aéreo com uma queda de 4% da saturação de O₂ e/ou uma pausa no electroencefalograma.

A apneia define-se como a cessação do fluxo aéreo durante pelo menos 10 segundos.

Hoje em dia reconhece-se que as consequências fisiopatológicas das hipopneias são idênticas às das apneias.

Assim, a gravidade da apneia obstrutiva do sono é determinada com base no índice de apneias e de hipopneias por hora de sono (AHI).

As pesquisas efectuadas nos últimos 30 anos têm permitido uma maior compreensão da patogénese da apneia do sono e o desenvolvimento de meios de diagnóstico efectivos e de opções de tratamento.

Estes estudos^{3,4} têm relacionado a apneia do sono com múltiplas doenças cardiovasculares

incluindo hipertensão, arritmias, enfarte do miocárdio, acidentes vasculares cerebrais, hipertensão pulmonar e insuficiência cardíaca congestiva.

O ressonar tem a sua origem na porção colapsável da via aérea, aquela que não apresenta um suporte rígido, isto é, desde as coanas até à epiglote.

Envolve o palato mole, a úvula, as amígdalas e pilares amigdalinos, a base da língua e os músculos e membranas faríngeas.

São cinco os principais factores que, isoladamente ou associados contribuem para o fenómeno de ressonar²:

- hipotonia muscular;
- massa ocupando espaço (adenóides, amígdalas);
- micrognatía/retrognatía/deformidades craneanas;
- palato mole e/ou úvula excessivamente grandes;
- diminuição do fluxo aéreo a nível nasal o que condiciona um aumento das pressões negativas durante a inspiração a nível faríngeo.

A opção pelo tratamento cirúrgico passa por uma avaliação cuidadosa do doente com particular interesse para a via aérea superior.

A traqueostomia foi o primeiro tratamento cirúrgico a ser utilizado em doentes com SAOS.

Desde que a primeira foi efectuada por Kuhlo (5) têm sido desenvolvidas variadas técnicas de forma a corrigir a obstrução anatómica presente.

A uvulopalatofaringoplastia (UVPP) é conhecida há mais de duas décadas e actualmente é a técnica mais utilizada no tratamento destes doentes⁶.

	AHI	LSAT
Ligeiro	5-14	86-90%
Moderado	15-29	70-85%
Severo	=30	<70%

QUADRO 2

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo retrospectivo foi efectuado com base na informação contida nos processos clínicos dos pacientes registados e codificados como tendo sido submetidos a UVPP, isolada ou associada a outros procedimentos cirúrgicos, durante o ano de 2003 no HGSA.

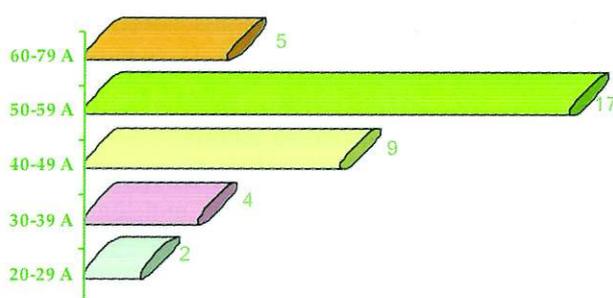


GRÁFICO 1- DISTRIBUIÇÃO POR GRUPOS ETÁRIOS.

Foram também identificados os doentes com diagnóstico de SAOS confirmado por Polissonografia e classificados como ligeiro, moderado ou severo tendo por base o AHI e a saturação mais baixa de O₂ (LSAT). (Quadro 2)

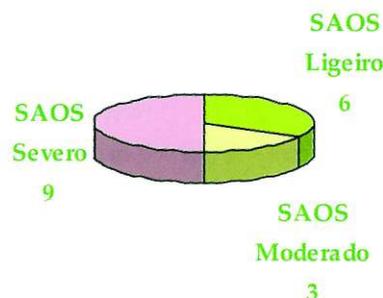


GRÁFICO 2- DISTRIBUIÇÃO DOS DOENTES ESTUDADOS POR GRAVIDADE DE SAOS.

RESULTADOS

Dos 37 doentes revistos, 36 (97,3%) eram do sexo masculino e 1 (2,8%) do sexo feminino.

A média de idades foi de 50,03 anos com intervalo entre os 21 e os 65 anos. (gráfico 1)

O diagnóstico de SAOS foi confirmado por polissonografia em 18 (48,6%) doentes classificando-se como ligeiro em 33,3%, moderado em 16,7% e severo em 50%. (gráfico 2).

Das 37 UVPP efectuadas (gráfico 3) só 9 foram procedimentos isolados, incluindo-se duas revisões de UVPP.

Das 21 cirurgias de cornetos inferiores realizadas, 14 foram cornectomias parciais e 7 turbinoplastias por radiofrequência. Foi usado o método de Cottle nas septoplastias.

O tempo médio de internamento pós-operatório foi de 2,24 dias, com um intervalo de 1 dia a 60 dias.

Todos os doentes fizeram antibioterapia pós-operatória (amoxicilina e ácido clavulânico), analgesia (tramadol e paracetamol) e corticoterapia (dexametasona).

Dos 37 doentes incluídos 19 (51,3%) apresentaram complicações (gráfico 4).

Destes, em 47,3% houve dificuldade de entubação, em 21,1% necessidade de se manter ventilação assistida por um período superior a 24 horas, em 15,8% verificou-se uma dessaturação no período per-operatório superior a

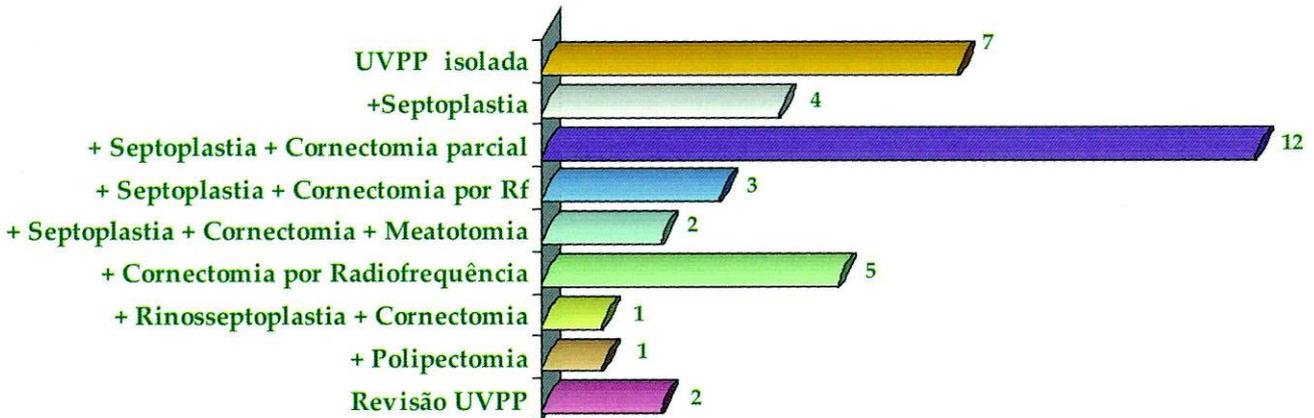


GRÁFICO 3- CIRURGIAS EFECTUADAS.

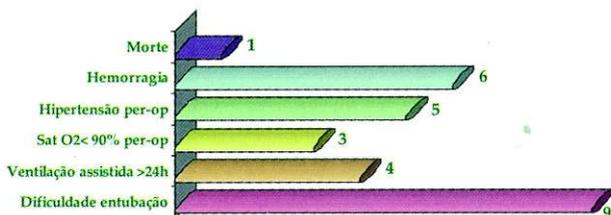


GRÁFICO 4- COMPLICAÇÕES.

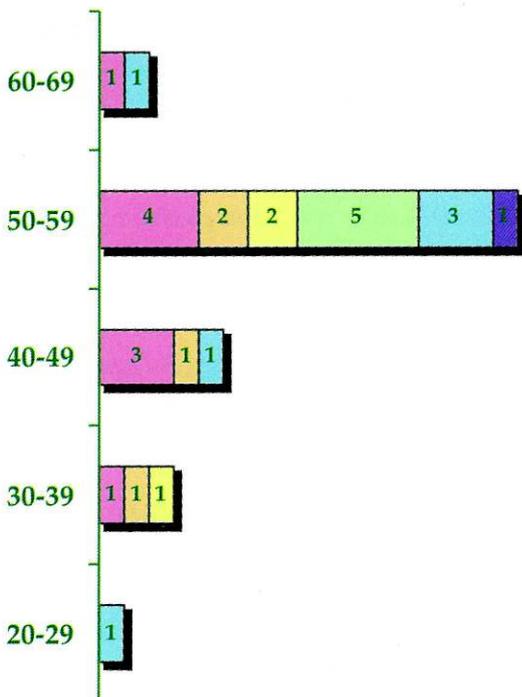


GRÁFICO 5- DISTRIBUIÇÃO DAS COMPLICAÇÕES POR GRUPOS ETÁRIOS.

90%, em 26,3% dos casos verificou-se um aumento da tensão arterial sistólica igual ou superior a 170mmHg e/ou um aumento da tensão arterial diastólica igual ou superior a 90 mmHg durante o período per-operatório, em 31,5% ocorreu hemorragia (2 casos de hemorragia com sede na loca amigdalina e 4 casos de hemorragia nasal) e verificou-se uma morte por pneumonia, decorrente de internamento prolongado na unidade de cuidados intensivos.

Não encontramos registo de arritmias, enfarte do miocárdio, acidentes cerebrovasculares, incompetência palatofaríngea temporária ou permanente, estenose palatofaríngea ou deiscência de sutura.

Relativamente à distribuição por grupo etário verificou-se uma maior incidência de complicações entre os 50 e os 59 anos (60,7%). (gráfico 5).

Todos os casos de hipertensão per-operatória foram registados neste grupo etários.

A combinação de UVPP com septoplastia e cornectomia inferior parcial foi a que apresentou maior percentagem de complicações (37,9%). (gráfico 7).

Os doentes classificados como SAOS severo apresentaram a maior taxa de complicações (64,7%). (gráfico 6).

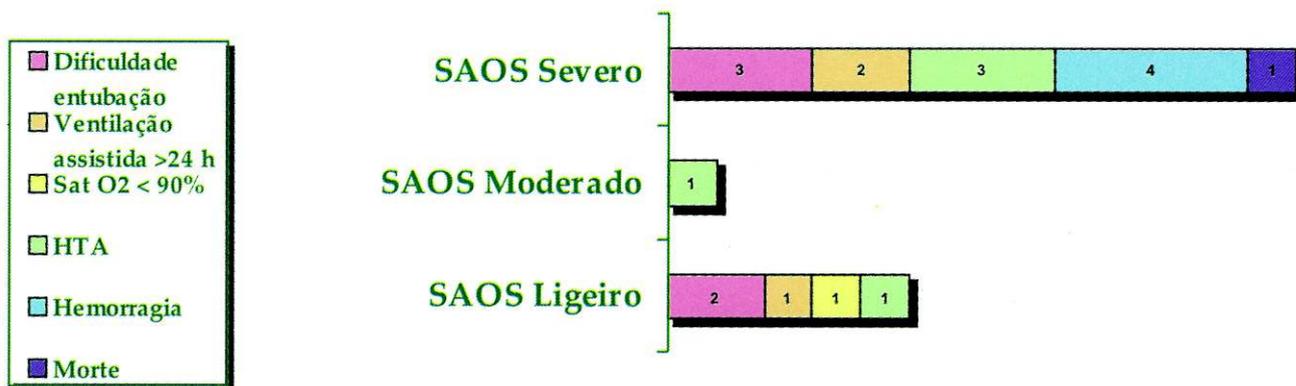


GRÁFICO 6- DISTRIBUIÇÃO DAS COMPLICAÇÕES POR GRAVIDADE SAOS.

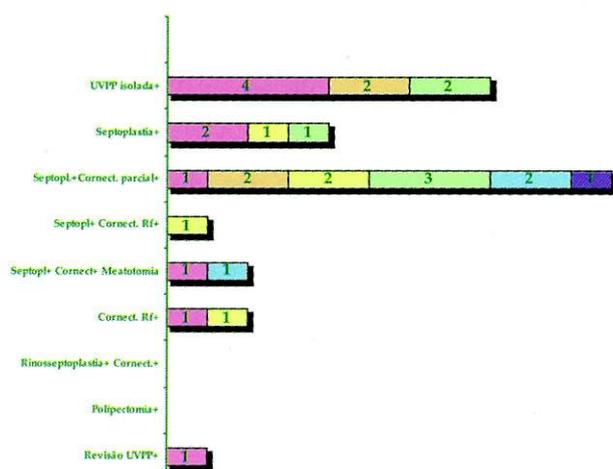


GRÁFICO 7- DISTRIBUIÇÃO DAS COMPLICAÇÕES POR TIPO DE CIRURGIA.

DISCUSSÃO

Os riscos da UVPP compreendem não só os inerentes à técnica cirúrgica mas também os associados à co-morbilidade do SAOS.

A incidência de complicações varia entre 3⁷, 13⁸ e 30%⁹ consoante os trabalhos, havendo registo de mortes^{8,9}.

Neste estudo foram consideradas conjuntamente as complicações inerentes aos procedimentos cirúrgicos (18,9%) e as relacionadas com a SAOS (81,1%).

Estes doentes têm uma via aérea de diâmetro reduzido e facilmente colapsável o que pode provocar dificuldades de entubação.

São em regra obesos e com factores de risco para hipertensão e outras doenças cardiovasculares e têm respostas exacerbadas aos sedativos.

Como seria de esperar a maior percentagem de complicações surgiu no grupo classificado como SAOS severo.

O 'Sleep Heart Health Study'¹³ permitiu não só relacionar a apneia do sono com várias doenças cardiovasculares mas também relacionar a gravidade das mesmas com a gravidade da SAOS.

Assim, os doentes com SAOS severo têm à partida um maior risco anestésico independentemente de outras variáveis.

CONCLUSÃO

O estudo e o encaminhamento dos doentes com patologia do sono no HGSA são efectuados por uma equipa multidisciplinar na qual está inserida o Serviço de ORL.

Embora os resultados estejam em conformidade com os obtidos em estudos similares efectuados noutros centros, pensamos que deverá ser ponderado com maior atenção a indicação cirúrgica de doentes classificados como SAOS severo dada a elevada incidência de complicações associadas a este grupo.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Lugaresi E, Cirignotta F, Coccagna G, Baruzzi ^a Snoring and the Obstructive Apnea Syndrome. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* 1982;35[suppl]: 421-430
- 2 Fairbanks DF, Mickelson S, Woodson. Snoring and Obstructive Apnea Syndrome. 3th Ed 2003 Lippincott Williams & Wilkins
- 3 Shahar E, Whitford EG, Parsons RW, Redline S et al. Sleep-disordered breathing and cardiovascular disease. *Am J respir Crit Care Med* 2001; 163: 19-25
- 4 Mooe T, Franklin KA, Holmstrom K, et al. Sleep-disordered breathing and coronary artery disease: long-term prognosis. *Am J respir Crit Care Med* 2001; 164: 1910-1913
- 5 Kuhlo W, Doll E, Franck MD. Erfolgreiche Behandlung eines Pickwick-Syndroms durch eine Dauertrachealkanule. *Dtsch Med Wochenschr* 1969; 94: 1286-90
- 6 Senior BA, Rosenthal L, Lumley A, et al. Efficacy of uvulo-palatoplasty in unselected patients with mild obstructive sleep apnea. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2000; 123(3): 179-182
- 7 Mickelson SA, Hakim I. Is postoperative intensive care monitoring necessary after uvulopalatopharyngoplasty? *Otolaryngol Head Neck Surg* 1998; 119:352-356
- 8 Esclamado RM, Glenn MG; McCulloch TM, et al. Perioperative complications and risk factors in the treatment of obstructive sleep apnea syndrome. *Laryngoscope* 1989; 99: 1125-1129
- 9 Haavisto L, Suonpaa J. Complications of uvulopalatopharyngoplasty. *Clin Otolaryngol* 1994;9:243-247