

Resumo

Recent studies have shown that the fluid shift from the leg to the neck when the subject assumes the supine position contributes to upper airway collapsibility during sleep. However, the dependence of different postures in fluid has not been completely elucidated. We hypothesized that posture (supine vs sitting position) will have opposite effects on fluid shift displacement. **Methods** This was a cross over study in which 18 healthy male subjects remained still for 60 minutes at the supine or seated position. The experiments in the 2 postures were done in different days and the sequence was randomized. Segmental bioimpedance (InBody S10, Biospace), cervical, abdomen and calves circumferences and were measured at time 0 and 60 minutes. **Results** The subjects were characterized by: age and body mass index $24.09 \pm 2.57 \text{ kg/m}^2$. Baseline parameters were similar in supine position at the beginning of the study in both positions and were: cervical circumference $38.46 \pm 1.45 \text{ cm}$, right calf circumference 38.20 ± 2.32 left calf circumference 38.27 ± 2.10 . Changes in leg segmental water in the supine position vs sitting position were significantly different (change: left leg: decrease of $127 \text{ ml} \pm 0.164$ in supine vs increase of $144 \text{ ml} \pm 0.300$ in seated position ($p=0.03$). Right leg: decrease of $159 \text{ ml} \pm 0.154$ in supine vs increase of $52 \text{ ml} \pm 0.110$ in seated position ($p=0.03$). Right calf circumference raised $0.60 \text{ cm} \pm 0.33$ in seated position while decreased $0.57 \text{ cm} \pm 0.51$. Left calf raised $143 \text{ ml} \pm 0.269$ vs decreased $127 \text{ ml} \pm 0.269$ ($p=0.03$). Cervical circumference raised $0.54 \text{ cm} \pm 0.57$ and reduced $0.60 \text{ cm} \pm 60$ in the supine position ($p < 0.0001$). **Conclusion** Human body is subjected to significant posture dependent fluid shift. One hour at the sitting position is sufficient for a significant liquid accumulation in the legs with a decrease in neck circumference.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.slsci.2016.02.163>

42333

THE NEW TOOL TO SCREENING OBSTRUCTIVE SLEEP APNOEA: NEGATIVE EXPIRATORY PRESSURE TEST

Luis V.F. Oliveira, Nina T Fonseca, Sergio R Nacif, Raquel Pastrelo Hirata, Jéssica J. Urbano, Salvatore Romano, Giuseppe Insalaco

UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO-UNINOVE

E-mail address: jjulioti@yahoo.com.br (J.J. Urbano)

Resumo*Introduction and objective*

The negative expiratory pressure (NEP) test is proposed to assess upper airway collapsibility in patients with obstructive sleep apnea (OSA). Expiratory flow limitation (EFL) has been described as a transient or sustained decrease in expiratory flow during the application of the NEP test. The aim of this study was to describe the application of a new NEP method for assessing EFL during spontaneous breathing to identify patients at risk for OSA.

Methods

Upper airway collapsibility was evaluated by measuring decreases in flow and expired volume during the first 0.2 s after the application of NEP at 10 cmH₂O. The NEP test was easily applied to evaluate EFL caused by upper airway obstruction in patients with OSA.

Results

The NEP is a method for detecting upper airway flow limitation and has been used worldwide over the past 2 decades. Authors have applied the NEP in a number of different subjects including healthy individuals, patients with chronic obstructive pulmonary disease, obese individuals, and those with sleep disorders such as OSA, to detect airflow limitation.

Conclusion

A number of studies have been performed in different populations and have shown that NEP is a reliable method for detecting upper airway collapsibility and can be used as a screening method for diagnosing moderate to severe OSA.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.slsci.2016.02.164>

42046

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BENEFÍCIO ANTECIPADO DA SÍNDROME DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO: RELATO DE CASO

Christiane Cavalcante Feitoza, Corinho Viana Pereira, Janaína Medeiros Teixeira Emery, Pedro de Lemos Menezes, Paula Fernanda Damasceno Silva

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

E-mail address: chris_tianeodo@hotmail.com (C.C. Feitoza)

Resumo

A Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) é uma doença crônica, evolutiva e com graves repercussões sistêmicas. Apresenta fatores predisponentes como obesidade, variações no tônus muscular, alterações anatômicas do esqueleto facial e dos tecidos moles que circundam a faringe. Os sintomas evidenciados como o sono excessivo diurno, falta de concentração, impotência sexual, disritmias noturnas, dores de cabeça matinais e depressão estão entre os mais relatados, sendo a polissonografia, o exame mais eficaz para diagnosticar a severidade da síndrome e dessa forma, auxiliar com segurança no planejamento do tratamento que tem como objetivo devolver a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida ao indivíduo. A terapêutica da SAOS tem caráter multidisciplinar e engloba desde medidas clínicas até cirúrgicas, fazendo-se necessária a participação do cirurgião-dentista em ambas as esferas. Diante da alta morbidade e mortalidade, nos casos com indicação cirúrgica, a opção de escolha “Surgery First” ou “Benefício antecipado” de avanço bimaxilar deve ser considerada sempre que a má oclusão inicial não comprometa a estabilidade da técnica cirúrgica. No caso clínico apresentado, o paciente era portador de SAOS

gravíssima, com IAH de 56,7 eventos por hora de sono e saturação mínima da oxi-hemoglobina de 79%. O plano de tratamento seguiu as diretrizes do benefício antecipado, pois a complexidade da má oclusão só seria corrigida em, no mínimo, um ano de tratamento ortodôntico prévio, indicando que o mesmo se submetesse à cirurgia ortognática para posterior correção dentária e reabilitação protética. A eficácia do tratamento da SAOS foi alcançada, pois no pós-operatório imediato, o paciente já relatava uma melhora progressiva dos sintomas, com a diminuição do ronco e da sonolência diurna. Após quatro meses da cirurgia, uma nova polissonografia foi realizada e indicou IAH de 4 eventos por hora de sono, apenas em decúbito dorsal e durante o sono REM, evidenciando a melhora funcional do mesmo, com ausência de roncos e de desaturação da oxi-hemoglobina. Numa análise comparativa das medidas pré e pós-operatórias da cefalometria de apneia do sono, pode-se observar o aumento das vias aéreas superiores e 14 meses após a cirurgia ortognática de avanço bimaxilar pela Surgery First”, o paciente continuou motivado e finalizou o tratamento ortodôntico, não apresentando mais edema e com perfil facial estável. Seus relatos de melhora do sono e qualidade de vida foram frequentes.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.slsci.2016.02.165>

41583

TRATAMENTO DA ATRESIA MAXILAR E SUA INFLUÊNCIA NA SÍNDROME DA APNÉIA E HIPOPNÉIA OBSTRUTIVA DO SONO: RELATO DE CASO

Camila Telles Lucas Nogueira, Renato Bigliuzzi, Waddington Pasini Hashizume, André Pinheiro de Magalhães Bertoz

UNESP

E-mail address: andrebertoz@foa.unesp.br (A. P. de Magalhães Bertoz)

Resumo

A Síndrome da Apnéia e Hipopnéia Obstrutiva do Sono (SAHOS) é caracterizada por episódios repetidos de colapso parcial (hipopnéias) ou completo (apnéias) das vias aéreas superiores durante o sono com alta prevalência em crianças e que pode repercutir de forma deletéria, pois causa a diminuição da oxigenação sanguínea. A SAHOS em crianças está frequentemente associada entre outros fatores com a atresia da maxila e a mordida cruzada posterior. A Expansão Rápida da Maxila (ERM) tem por objetivo o aumento ortopédico da dimensão transversa maxilar influenciando também na cavidade nasal. Desse modo a ERM apresenta-se como uma ferramenta importante no tratamento da SAOS em crianças. Paciente JMFSJ, 12 anos, sexo masculino, apresentou-se à clínica da Disciplina de Ortodontia da FOA-UNESP, apresentando ao exame clínico má oclusão de Classe II, divisão 1ª de Angle, retrusão mandibular, atresia de maxila, mordida profunda, perfil convexo e características faciais de respirador bucal. A mãe relatou a falta de disposição, dores de cabeça constantes e sonolência diurna, que segundo ela estava relacionado ao sono agitado durante a noite. Após o pedido de polissonografia, constatou-se uma apnéia de grau moderado. A prioridade terapêutica foi proporcionar o aumento da dimensão transversa da maxila através da

ERM, objetivando o aumento da capacidade aérea nasal. Imediatamente após o período ativo da ERM, nova polissonografia foi realizada apresentando melhora nos índices de apnéia/hipopnéia. A ERM como opção de tratamento proporcionou a correção da discrepância transversa da maxila promovendo o aumento volumétrico da cavidade nasal com consequente melhora no índice de apnéia/hipopnéia e na quantidade de eventos respiratórios do paciente.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.slsci.2016.02.166>

41088

TRATAMENTO DA SÍNDROME DE KLEINE-LEVIN

Pedro Ernesto Barbosa Pinheiro, Lais Fardim Novaes, Luíza Sampaio Barretto, Alan Luiz Eckeli, Romes André Proença de Souza

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIBEIRÃO PRETO

E-mail address: fardimnovaes.lais@gmail.com (L.F. Novaes)

Resumo

Introdução

A Síndrome de Kleine-Levin (KLS) se caracteriza por episódios recorrentes de hipersonolência em associação a distúrbios cognitivos, psiquiátricos ou comportamentais. Desde sua definição em 1942, é um transtorno desafiador pela sua raridade e imprevisibilidade dos episódios que o caracterizam. Sua fisiopatologia se mantém incerta e seu tratamento é baseado em medidas de suporte e em medicações sintomáticas na crise. Estudos utilizando diversas classes de medicações como anticonvulsivantes, psicoestimulantes, benzodiazepínicos, antipsicóticos e estabilizadores de humor não obtiveram evidência adequada para instituir qualquer droga como padrão. Recentemente se observou melhora dos sintomas em alguns pacientes tratados com Claritromicina, antibiótico com efeito antagonista em receptores GABAA.

Relato

Estudante, masculino, 16 anos, apresentava de forma recorrente nos últimos 12 meses três episódios caracterizados por sonolência excessiva com tempo total de sono aumentado (18 h/dia), períodos de vigília com lentificação psicomotora, perda do interesse pelas atividades habituais e sensação de desrealização. Negava alucinações, alterações de apetite, humor, sexualidade ou desinibição comportamental. Foi atendido por médico do sono durante o 3º episódio, após 03 dias do início dos sintomas. Não apresentava alterações em exame físico nem outras causas que justificassem o quadro. Optou-se pela prescrição de Claritromicina (250 mg por 3 dias seguido por 500 mg por 2 dias). Com 2 dias de tratamento apresentou melhora da sonolência e em 5 dias melhora completa do quadro. Após 3 meses, relatou queixa inédita de dor ocular, visão em túnel, hiporexia e um novo episódio de hipersonolência. Foi novamente medicado com Claritromicina (500 mg por 3 dias e 1000 mg por 7 dias) com remissão da sonolência após 3 dias. Observamos a presença de eosinofilia persistente desde o início do quadro. Como antecedentes, tem diagnóstico de vitiligo. Sem histórico de transtornos psiquiátricos, uso de drogas, traumas,