



A relação entre a apneia obstrutiva do sono e a alteração auditiva: Um relato de caso

Maria Eduarda Aquino de Ávila

Fabíola Xavier Aquino de Ávila

RESUMO

O objetivo do presente estudo é estabelecer relações entre a Alteração Auditiva Sensorineural decorrente da Apneia Obstrutiva do Sono (AOS) e evidenciar os possíveis tratamentos. O caso evidencia homem, 58 anos, IMC 33kg/m², sinusectomia há 2 anos e histórico de otite média à direita, tabagista, baixa memória, ronco, sono não reparador e sonolência diurna excessiva (SDE), dificuldade no reconhecimento e compreensão de fala no ruído e hipoacusia sem otalgia, em uso de Carbolitium 450mg, Venlafaxina 150mg e Olanzapina 5mg. A polissonografia revelou Apneia Obstrutiva do Sono (AOS) severa, com 163 eventos respiratórios obstrutivos, Índice de Apneia/Hipopneia (IAH) total de 32,2/hora e 101 dessaturações. Implantou o CPAP com melhora na SDE. O último relatório terapêutico revela 33% de uso e IAH 1,5/hora. Na audiometria, apresenta perda auditiva condutiva leve à direita e perda auditiva sensorineural à esquerda nas frequências de 250Hz, 4KHz, 6KHz e 8KHz. A imitanciometria mostra curva tipo B à direita e curva tipo C com pico rebaixado à esquerda, sem reflexos ipsi/contralaterais. A Apneia Obstrutiva do Sono (AOS) Severa se relaciona à alteração auditiva neurosensorial à esquerda; pois a hipóxia reduz o nível de oxigênio e vulnerabiliza as células ciliadas da cóclea com prejuízo da capacidade sensorial. A alteração auditiva à direita é condutiva e não se associa à apneia. A AOS causa resistência das vias aéreas superiores, disfunção na tuba auditiva e altera a pressão na orelha média, corroborando com a curva tipo C na orelha esquerda.

Palavras-chave: Apneia Obstrutiva do Sono, Perda Auditiva Sensorineural.

1 INTRODUÇÃO

Paciente brasileiro, sexo masculino, idade de 58 anos, empresário, solteiro, Índice de Massa Corporal 33kg/m², tabagista há 40 anos e em uso de cigarro eletrônico há 8 meses, sem histórico de doenças crônicas como diabetes e hipertensão arterial.

2 ACHADOS CLÍNICOS

O paciente procurou o serviço de saúde em 2020 com queixa de declínio neurocognitivo das funções executivas de atenção e de memória, dificuldades para pegar no sono, ronco alto e perturbador e sensação de sono não reparador com sonolência diurna excessiva (SDE). Apresenta histórico de otite média à direita na infância, sinusite crônica e sinusectomia há 2 anos. Além disso, o paciente também relatou dificuldade para reconhecimento e compreensão de fala em presença de ruído, hipoacusia sem otalgia recente e histórico de otite média na orelha direita na infância. Segundo informações colhidas, o paciente faz uso de Carbolitium 450mg, Venlafaxina 150mg e Olanzapina 5mg.



3 AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

A polissonografia revelou Apneia Obstrutiva do Sono (AOS) severa, registrando um tempo total de sono de 304 minutos, latência para o sono de 17 minutos, latência para o sono REM de 291 minutos e eficiência do sono de 83,2%. No período total de sono, permaneceu 61,5 minutos acordado com 89 despertares, movimentos periódicos dos membros ausentes, 163 eventos respiratórios - sendo os 163 obstrutivos -, Índice de Apneia/Hipopneia (IAH) total de 32,2/hora, IAH no sono REM de 46,2/ hora, 101 dessaturações, saturação média de 89%, sendo a máxima saturação 98% e a mínima de 70%, permanecendo 199,6 minutos com saturação abaixo de 90% e 0,8 minutos abaixo de 70%. A frequência cardíaca média foi de 66 bpm, sendo a máxima de 75 bpm e a mínima de 61 bpm. Foi realizada audiometria tonal de via aérea e de via óssea nas frequências de 250 a 8.000 Hz, logaudiometria e imitanciometria. A audiometria revelou perda auditiva condutiva de grau leve à direita e perda auditiva sensorineural à esquerda nas frequências de 250Hz, 4000Hz, 6000Hz e 8000Hz. Na logaudiometria, observou-se Índice de Reconhecimento de Fala (IRF) de 100% na orelha direita e de 96% na orelha esquerda. Na imitanciometria, verificou-se curva timpanométrica do tipo B à direita com ausência de reflexos ipsi/contralaterais e curva timpanométrica do tipo C à esquerda, com pico rebaixado de -287daPa e ausência de reflexos ipsi/contralaterais.

4 INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA

Logo após o diagnóstico da Apneia Obstrutiva do Sono, o paciente implantou o CPAP (Pressão Positiva Contínua de Vias Aéreas) no modelo AirSense 10 ResMed em uso contínuo e apresentou melhora na SDE e na qualidade do sono. Após a realização dos exames auditivos, o paciente foi encaminhado para o otorrinolaringologista para demais condutas clínicas.

5 SEGUIMENTO E RESULTADOS

Os últimos relatórios de acompanhamento terapêutico do CPAP são datados em 31/08/2022, 30/09/2022 e 31/10/2022. No mês de agosto (08) de 2022, verificou-se a utilização em 24/30 dias (80%), com média total de 6,21 horas/dia. Na terapia, a pressão mediana foi de 6,2cmH₂O com fuga mediana de 3,8l/min, IAH de 0,6/hora e índice de Apneia Obstrutiva (IAO) de 0,2/hora. No mês seguinte (setembro - 09), verificou-se uso de 21/30 dias (70%), com utilização média de 4,59 horas/dia. Na terapia, teve pressão mediana de 6,3 cmH₂O, fuga mediana de 5,3 l/min, IAH de 0,6/hora, IAO de 0,3/hora. Em outubro (10), a utilização foi de 10/30 dias (33%), sendo que teve média de 6,21 horas/dia. Na terapia, a pressão mediana foi de 6,8 cmH₂O, com fuga mediana de 1,3 l/min, IAH 1,5/hora e IAO de 0,7/hora. Atualmente, relata uso do CPAP apenas de 2^a a 6^a feira, excelente qualidade de sono, sem ronco perturbador e ausência total de SDE. Não foram registrados quaisquer outros relatórios de uso do CPAP posteriores.



6 DISCUSSÃO

Os achados clínicos da Polissonografia revelam Apneia Obstrutiva do Sono (AOS) de grau severo, assim como a Audiometria revela alteração auditiva neurossensorial na orelha esquerda. Os exames corroboram para a relação entre a AOS e a perda auditiva, haja vista a situação de hipóxia proveniente da apneia como causadora do reduzido nível de oxigênio na região auditiva interna, a qual vulnerabiliza as células ciliadas internas (CCI) da cóclea e prejudica a capacidade sensorial coclear. Cabe ressaltar que a alteração auditiva na orelha direita é de caráter condutivo e não se associa à Apneia, mas sim às otites de repetição na infância. Além disso, a resistência das vias aéreas superiores, ocasionada pela AOS, acompanha a disfunção da tuba auditiva e altera a pressão na orelha média, corroborando com a pressão negativa e a curva tipo C na orelha esquerda, dados encontrados na Imitanciometria. Sabe-se que a terapia a partir do uso do CPAP melhora a resistência das vias aéreas, no entanto, o paciente não apresenta o uso contínuo do equipamento.

PERSPECTIVA DO PACIENTE

Ausente.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Coletado.