

Carta ao Editor

Acorda pneumologista !

Pulmonologists, awake!

GERALDO LORENZI FILHO¹, FLÁVIO MAGALHÃES², CARLOS ALBERTO DE ASSIS VIEGAS³

Acreditamos que os pneumologistas devam expandir suas fronteiras de atuação. Nesse contexto lemos com grande interesse o recente artigo de revisão sobre manifestações extraesofágicas da doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), que é assinado por gastroenterologistas e pneumologistas.⁽¹⁾ O artigo está bem escrito e é muito claro. No entanto, chamou-nos a atenção o fato de que a apnéia obstrutiva do sono, uma patologia extremamente prevalente e que está fortemente associada à DRGE, foi praticamente esquecida. No sentido de fundamentar a nossa observação, fizemos um levantamento de quantos artigos sobre a associação da DRGE com as patologias destacadas na revisão são citados no banco de dados *MEDLINE*. A primeira patologia associada à DRGE destacada no artigo de revisão é a asma, que não por acaso é também a associação mais citada no *MEDLINE*, com 791 artigos. O segundo item é tosse (510 artigos), seguido de fibrose pulmonar (35) e laringite (209). Outras doenças, que foram destacadas na Tabela 1 da referida revisão, foram atelectasia (30 artigos), bronquite crônica (40 artigos), bronquiectasia (45), doença pulmonar obstrutiva crônica (41) e pneumonias (499). A apnéia obstrutiva do sono (59 artigos) foi citada na introdução, lado a lado com a erosão dentária (100 artigos). O fato de os autores não desenvolverem o tema relacionado à erosão dentária está justificado pois, apesar de ser este um tema aparentemente importante (a se julgar pelo número de citações no *MEDLINE*), a revisão não foi direcionada para a Odontologia. Triste foi a constatação de que a apnéia obstrutiva do sono, que é uma área de atuação da Pneumologia, recebeu o mesmo destaque que a já citada erosão dentária, ou seja: nenhum. Não devemos perder de vista que quem assina esta carta são pneumologistas que militam

na área do sono, e portanto talvez estejamos diante de especialistas com uma visão distorcida. Acreditamos que não.

A síndrome da apnéia obstrutiva do sono (SAOS) é um problema de saúde pública que acomete ao menos 2% a 4% da população em geral.⁽²⁾ Os números são ainda mais dramáticos quando consideramos que a SAOS está associada a várias características ou doenças comumente vistas nos consultórios médicos, como por exemplo obesidade, diabetes e hipertensão arterial sistêmica. Um estudo demonstrou que, entre pacientes avaliados em uma clínica de atendimento primário, mais de um terço apresentava alto risco para SAOS.⁽³⁾ Portanto, não há dúvida de que, apesar de pouco reconhecida, a SAOS é freqüente. Sabemos também que quando não tratada está associada a profunda piora na qualidade de vida e também a aumento de mortalidade por causas cardiovasculares.⁽⁴⁾ Mas qual a relação da SAOS com a DRGE? Do que falam alguns desses 59 artigos encontrados no *MEDLINE*?

O sono, independente da presença da SAOS, está associado a um risco aumentado da DRGE em função de uma série de características fisiológicas, que incluem diminuição da peristalse, diminuição da produção de saliva, bem como diminuição do *clearance* de ácido pelo esôfago. O risco de DRGE torna-se dramático em pacientes com SAOS. Durante os eventos respiratórios obstrutivos, o paciente gera grandes pressões intratorácicas negativas, que têm um efeito de sucção do conteúdo gástrico para o esôfago. O grande esforço respiratório contra a via aérea ocluída exerce uma pressão não desprezível no ligamento frenoesofágico, que por sua vez se conecta com o esfíncter inferior do esôfago. A repetição dos esforços respiratórios resulta em insuficiência da cárdia, tornando o quadro todo ainda mais propício para o refluxo. A DRGE está presente

1. Professor Doutor da Disciplina de Pneumologia e Diretor do Laboratório do Sono do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - FMUSP - São Paulo (SP) Brasil.

2. Pneumologista do SLEEP - Laboratório do Sono, Rio de Janeiro (RJ) Brasil.

3. Professor Adjunto da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília - UnB - Brasília (DF) Brasil.

em mais de um terço dos pacientes com SAOS, sendo que a intervenção com CPAP nasal para o tratamento da SAOS tem a capacidade de reduzir a sintomatologia da DRGE.⁽⁶⁾

Nossa carta não se dirige especificamente aos autores desse cuidadoso artigo de revisão, que simplesmente deu pouco destaque à relação entre DRGE e SAOS. Acreditamos que essa falta de atenção à SAOS seja a regra e não exceção. Durante o recente Curso de Atualização no Rio de Janeiro promovido pela Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT), reunimo-nos (os autores desta carta) para discutirmos esse cenário preocupante, um estado de verdadeira letargia: sonolência dos pneumologistas, e porque não também dos gastroenterologistas, diante do sono. Os gastroenterologistas ao menos estão desculpados por não atuarem diretamente na área do sono. A situação é bem mais grave para nós, pneumologistas, que temos o sono como uma área de atuação. Portanto, gostaríamos de lançar a campanha ACORDA PNEUMOLOGISTA! Não conhecemos nenhuma outra doença tão comum, tão importante, com tratamento tão eficaz e com tantas possibilidades de atuação para o pneumologista, e ao mesmo tempo tão esquecida. Por outro lado, assistimos ao progressivo abandono da Pneumologia pelos residentes. As va-

gas na nossa especialidade estão cada vez mais vazias. Talvez os jovens tenham a percepção de que o nosso mercado de trabalho ofereça poucas perspectivas ou esteja saturado. Portanto, caros colegas, juntem-se a nossa campanha: ACORDA PNEUMOLOGISTA!

REFERÊNCIAS

1. Gurkis RR, Rosa, ARP, Valle E, Borba MA, Valiati AA. Manifestações extra-esofágicas da doença do refluxo gastroesofágico. *J Bras Pneumol.* 2006;32(2):150-6.
2. Young T, Palta M, Dempsey J, Skatrud J, Weber S, Badr S. The occurrence of sleep-disordered breathing among middle-aged adults. *N Engl J Med.* 1993 Apr 29;328(17):1230-5.
3. Netzer NC, Stoohs RA, Netzer CM, Clark K, Strohl KP. Using the Berlin Questionnaire to identify patients at risk for the sleep apnea syndrome. *Ann Intern Med.* 1999;131(7):485-91.
4. Marin JM, Carrizo SJ, Vicente E, Agusti AG. Long-term cardiovascular outcomes in men with obstructive sleep apnoea-hypopnoea with or without treatment with continuous positive airway pressure: an observational study. *Lancet.* 2005 Mar 19-25;365(9464):1046-53.
5. Morse CA, Quan SF, Mays MZ, Green C, Stephen G, Fass R. Is there a relationship between obstructive sleep apnea and gastroesophageal reflux disease? *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2004;2(9):761-8.
6. Kerr P, Shoenut JP, Millar T, Buckle P, Kryger MH. Nasal CPAP reduces gastroesophageal reflux in obstructive sleep apnea syndrome. *Chest.* 1992;101(6):1539-44.

Réplica

RICHARD RICACHENEVSKI GURSKI¹, ANDRÉ RICARDO PEREIRA DA ROSA², ENIO DO VALLE³, MARCELO ANTONIO DE BORBA⁴, ANDRÉ ALVES VALIATI⁴

Lemos com interesse e atenção a carta enviada pelos professores Lorenzi, Assis Viegas e Flávio Magalhães, a qual contém uma série de importantes considerações a respeito de nosso artigo “Manifestações extra-esofágicas da doença do refluxo gastroesofágico”, recentemente publicado.⁽¹⁾

Afora as gentis considerações quanto à clareza e qualidade de nosso texto, as quais muito nos lisonjeiam, a essência da correspondência está

centrada na pouca atenção que teríamos dado à síndrome da apnéia obstrutiva do sono (SAOS).

A discussão sobre a existência de relação entre SAOS e doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) é antiga. Samelson,⁽²⁾ em 1989, sugeriu que as pressões negativas intratorácicas geradas durante a SAOS poderiam desencadear episódios de refluxo gastroesofágico. Posteriormente, na década de 1990, diversos artigos publicados demonstram que tanto

1. Doutor pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS; Pós-Doutor pela Universidade do Sul da Califórnia - USC. Professor de Pós-graduação de Cirurgia - UFRGS - Porto Alegre (RS) Brasil.
2. Doutor em Cirurgia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS. Cirurgião do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (RS) Brasil.
3. Pneumologista do Hospital Moinhos de Vento - Porto Alegre (RS) Brasil; Fellow do American College of Chest Physicians, Northbrook, Illinois.
4. Acadêmico da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS - Porto Alegre (RS) Brasil.

a SAOS quanto a DRGE apresentavam melhora com o uso do CPAP nasal, dando suporte à hipótese da presença de uma relação de causa e efeito entre essas duas patologias.

Estudos mais recentes demonstraram que pacientes com SAOS são freqüentemente acometidos pela DRGE, porém, até o momento, não se conseguiu estabelecer relação de causa e efeito entre essas situações clínicas.

Valipour et al,⁽³⁾ em 2002, analisaram 228 pacientes utilizando polissonografia e um questionário específico e validado e não conseguiram estabelecer relação causal entre SAOS e DRGE. De forma semelhante, Morse et al,⁽⁴⁾ em 2004, avaliando 136 pacientes e igualmente utilizando polissonografia e um questionário validado, tampouco obtiveram resultados estatisticamente significativos que estabelecessem essa relação.

Finalmente, em 2005, Kim et al,⁽⁵⁾ em um estudo bem conduzido, no qual foram analisados mais de 1.000 pacientes, não puderam concluir pela existência de relação definida entre a presença ou ausência de DRGE e SAOS. Um dos aspectos importantes deste estudo foi que o aumento da gravidade do índice de apnéia-hipopnéia não aumentou a probabilidade de ocorrência de DRGE.

Os dados disponíveis na literatura parecem apontar para o fato de que a concomitância dessas duas entidades, ambas bastante prevalentes, pode dever-se à presença de riscos compartilhados (por exemplo, obesidade) e dificilmente ser decorrente de uma situação direta de causa e efeito. Evidentemente a concomitância de SAOS e DRGE é um fato de relevância inegável. Neste sentido, agradecemos a aten-

ção especial dada ao problema através da carta dos professores Lorenzi, Viegas e Magalhães, os quais sabidamente têm grande conhecimento e interesse na área, complementando nossa extensa revisão em um tema tão amplo e multidisciplinar como são as manifestações extra-esofágicas da DRGE.

Para concluir, o fato de a DRGE não estar associada à SAOS não significa que as patologias relacionadas ao sono devam ser menosprezadas. Considerando sua elevada prevalência e impacto na qualidade de vida dos pacientes, devemos suspeitar de sua existência na rotina de nossa prática médica, adotando as condutas adequadas para o seu diagnóstico e gravidade. Somente desta forma poderemos indicar o tratamento mais adequado a esses complexos problemas que tanto afetam nossos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Gurski RR, Rosa ARP, Valle E, Borba MA, Valiatti AA. Manifestações extra-esofágicas da doença do refluxo gastroesofágico. *J Bras Pneumol* 2006;32(2):150-6
2. Samelson CF. Gastro-oesophageal reflux and obstructive sleep apnea. *Sleep* 1989;(21):475-6.
3. Valipour A, Makker HK, Hardy R, Emegbo S, Toma T, Spiro SG. Symptomatic gastro-oesophageal reflux in subjects with a breathing sleep disorder. *Chest* 2002; 121:(6):1748-53
4. Morse CA, Quan SF, Mays MZ, Green C, Stephen G, Fass R. Is there a relationship between obstructive sleep apnea and gastro-oesophageal reflux disease? *Clin Gastroenterol Hepatol* 2004;2:(9):761-8.
5. Kim HN, Vorona RD, Winn MP, Doviak M, Johnson DA, Ware JC. Symptoms of gastro-oesophageal reflux disease and the severity of obstructive sleep apnoea syndrome are not related in sleep disorders center patients. *Aliment Pharmacol Ther* 2005;21:1127-33.