

E. A. VICENTE GONZÁLEZ

Hospital Miguel Servet
Zaragoza

Síndrome de apnea obstructiva del sueño. Procedimiento

El Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño (SAOS) se caracteriza por pausas respiratorias nocturnas (10 ó más veces a la hora de más de 10 segundos de duración) como consecuencia del colapso total o parcial de la vía aérea, que provoca una disminución de la saturación arterial de oxígeno. Entre la población adulta tiene una incidencia en torno al 4%. El propósito de este artículo es perfilar una aproximación práctica para el manejo de estos pacientes, si bien, en muchas ocasiones, la elección de los métodos diagnósticos y terapéuticos está limitada por el entorno sanitario en el que cada profesional se desenvuelve, ya que para el adecuado enfoque del paciente con SAOS se requiere un abordaje multidisciplinar. Desde que, a comienzos de la década, nos enfrentamos con mayor frecuencia a este problema, diseñamos un protocolo diagnóstico-terapéutico cuyos puntos fundamentales se exponen seguidamente.

Anamnesis

Con un interrogatorio adecuado se puede obtener un alto grado de sospecha clínica de padecer SAOS.

A) Antecedentes Familiares: Problemas similares en otros miembros de la familia.

B) Antecedentes personales: Alergias, alcohol, tabaco, fármacos, etc.

C) Hábitos de sueño y características laborales.

D) Ronquido: Frecuencia, ritmo, intensidad, antigüedad, postura al dormir.

E) Apneas: Su frecuencia y duración pueden ser referidas por el cónyuge.

F) Somnolencia diurna: Es la tendencia a quedarse dormido, durante actividades que no deberían considerarse soporíferas como los periodos de descanso; durante actividades que requieren un moderado grado de atención (conducir) o, en casos extremos, comiendo, hablando, etc.

G) Fatiga física o psíquica, comparando con periodos de tiempo recientes.

H) Síntomas de aparición variable, Tabla I.

I) Complicaciones presentes, Tabla II.

J) Tratamientos realizados y su eficacia.

K) Datos antropométricos: Peso, altura, perímetro cervical.

L) Presencia de enfermedades asociadas al SAOS: Hipotiroidismo, Síndrome de Cushing, etc.

Tabla I: OTROS SÍNTOMAS DEL SAOS

- Ahogo nocturno.
- Movimientos corporales excesivos.
- Cefalea matutina.
- Cambios de personalidad.
- Micción nocturna.
- Varios.

Tabla II: PRINCIPALES COMPLICACIONES EN EL SAOS

1.- Neuropsicológicas:

- Accidentes de automóvil.
- Accidentes de trabajo.
- Alteraciones psiquiátricas.
- Impotencia.
- Crisis comiciales nocturnas.

2.- Cardiorrespiratorias:

- Hipertensión arterial sistémica.
- Hipertensión arterial pulmonar.
- Arritmias cardíacas .
- Insuficiencia cardíaca.

3.- Otros hallazgos:

- Policitemia.
- Insuficiencia respiratoria crónica.
- Síndrome nefrótico.

Exploración física

Su objetivo fundamental es localizar el o los lugares de la vía aérea superior (VAS) donde se produce la obstrucción mientras el paciente duerme de cara a efectuar un tratamiento más racional y eficaz.

A) Exploración estática de la VAS

- Morfotipo externo: Obesidad, características del cuello, posición mandibular, etc.

- Nariz: Válvula nasal, tabique, cornetes, cávum.

- Boca: Tamaño, posición dientes, paladar duro, lengua móvil.

- Área velopalatina: Amígdalas, pilares, velo del paladar, úvula.

- Base de la lengua: Posición, amígdalas linguales, etc.

- Laringe: Supraglotis, cuerdas vocales.

B) Exploración dinámica de la VAS: Con diferentes ejercicios realizadas en decúbito supino intentamos ver el grado de colapso.

- Maniobra de Valsalva.

- Maniobra de Müller.

- Roncar.

- Hablar.

Pruebas complementarias

A) Analítica Sanguínea: Hematocrito, gasometría arterial en ocasiones.

B) Espirometría: Valoración de la función pulmonar en pacientes sospechosos de insuficiencia respiratoria.

C) Cuantificación de la somnolencia:

- Test de Epworth.

- Test de latencias múltiples.

D) Técnicas de imagen, útiles sobre todo en pacientes quirúrgicos:

- Telerradiografía lateral de cráneo.

- T.A.C.

- R.M.N.

Estudios de sueño

Representa la prueba diagnóstica de certeza del SAOS.

A) Polisomnografía, requiere -como mínimo- la monitorización continuada en horario habitual de sueño del paciente de las siguientes variables: Electroencefalograma, electrooculograma, electromiograma submentoniano, electrocardiograma, flujo aéreo nasobucal, esfuerzo respiratorio, saturación de oxígeno y posición corporal.

Para el diagnóstico definitivo de SAOS es necesaria la presencia de 10 ó más apneas/hipopneas por hora de sueño.

B) Poligrafía cardiorrespiratoria, comprende al menos el registro simultáneo de 4 variables: Flujo aéreo, movimientos (esfuerzo) respiratorios, saturación de oxígeno y ECG. Su interpretación debe ser siempre manual.

C) Oximetría, no es recomendable como método diagnóstico de SAOS aunque su uso está muy extendido.

En esta fase de estudio es imprescindible realizar un diagnóstico diferencial del SAOS con otras entidades que presentan síntomas comunes: Tabla III.

Tabla III: DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DEL SAOS

1.-Hipersomnia

A) Síndromes de hipoventilación alveolar:

- Síndrome de apnea central del sueño.

- Síndrome de hipoventilación alveolar central.

- Síndrome postpolio.

- Miopatías.

B) Debida a problemas neurológicos:

- Narcolepsia.

- Mioclonías nocturnas.

C) Debida a mala higiene del sueño:

- Alteraciones del ritmo circadiano del sueño.

- Insomnio.

- Retraso excesivo en acostarse.

- Hipnóticos y otras drogas depresoras del SNC.

- Alcohol.

D) Miscelánea:

- Síndrome de fatiga crónica.

- Fibrositis generalizada progresiva.

- Hipotiroidismo.

- Otros trastornos del sueño.

2.- Ahogos nocturnos:

- Insuficiencia cardiaca.

- Asma bronquial.

- Reflujo gastroesofágico.

3.- Actividad motora nocturna excesiva:

- Síndrome de piernas inquietas.

- Mioclonías nocturnas.

- Epilepsia nocturna.

Tratamiento

Una vez confirmada la presencia de SAOS el tratamiento depende de los datos del estudio de sueño, la exploración de la VAS, la severidad de los síntomas clínicos y la magnitud de las complicaciones; puede dividirse en los siguientes apartados que podrán o no ser excluyentes:

A) Medidas generales

- Control del sobrepeso.
- Adecuada higiene de sueño.
- Supresión de fármacos depresores

del Sistema Nervioso Central.

B) Tratamiento instrumental

Cuando no se encuentra ninguna anomalía anatómica corregible quirúrgicamente, la mascarilla de presión positiva continua (CPAP) es el tratamiento de elección, pese a que sólo es sintomático, no curativo.

Consiste en una válvula neumática que evita el colapso de la vía aérea al insuflar aire en su interior; destacamos entre sus efectos secundarios: Congestión nasal, sequedad faríngea, ruido, conjuntivitis, aerofagia, etc.

C) Tratamiento quirúrgico

Para que la cirugía sea eficaz es imprescindible localizar con la mayor exactitud posible los niveles donde la VAS sufre el colapso; el objetivo general del tratamiento no es tan sólo mejorar la sintomatología sino la corrección de todas las alteraciones fisiopatológicas.

Indicaciones de la cirugía:

- Existencia de anomalías anatómicas cuya corrección es indispensable.
- Intolerancia física o psíquica de la CPAP.
- Elección del paciente: Sujeto joven que no desea depender toda la vida de una máquina.
- Imprescindible: Corregir TODOS los lugares de obstrucción de la VAS.

Se realizan dos tipos de intervenciones: Sobre los tejidos blandos de la vía aérea y sobre el esqueleto óseo que la contiene.

Técnicas quirúrgicas empleadas:

- Cirugía nasal: Septoplastia, cirugía de cornetes y pólipos, etc.
- Cirugía faríngea y lingual: Adenoamigdalectomía, uvulopalato-faringoplastia, cirugía sobre la amígdala lingual, hioidoplastia, osteotomía mandibular de avance,...
- Cirugía laríngea: Sobre epiglotis, tumores, etc.
- Traqueotomía en casos excepcionales.

Dadas las dificultades técnicas y múltiples complicaciones que presenta la cirugía, creemos que sólo se debe practicar en lugares donde haya especialistas O.R.L. y anestelistas muy familiarizados con los procedimientos quirúrgicos y de reanimación.

Estrategia terapéutica según el índice de apnea-hipopnea

1) Pacientes con IAH>30 se tratan con medidas generales y CPAP/cirugía.

2) Pacientes con IAH<30, con clínica poco acusada: Medidas generales y control evolutivo.

3) Pacientes con IAH<30 con síntomas claros y/o complicaciones se tratan como el punto 1).

A los 3-6 meses de tratamiento hacemos una valoración objetiva mediante estudio polisomnográfico y otra subjetiva en base a los 4 síntomas más importantes presentados inicialmente por el paciente.

Correspondencia:

E.A. VICENTE GONZÁLEZ
C/ Panamá, 12, 3º
50012- Zaragoza