

DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS RESPIRATORIOS INDUCIDOS POR EL SUEÑO

Dr. Alberto Labra.

Los trastornos respiratorios inducidos por el sueño, y de estos primordialmente el síndrome de apnea obstructiva de sueño (SAOS) y el ronquido son; después del insomnio; la causa más frecuente de consulta en las clínicas de sueño, y un motivo de consulta cada vez más frecuente en consultorios de otorrinolaringología, medicina general, neumología y cardiología; entre otros.

Su incidencia es variable, dependiendo de los diferentes autores, pero se acepta que entre un 30 y un 40% de la población general es susceptible de padecer estas alteraciones. Sin embargo, dado que la historia de la medicina de sueño a nivel mundial es relativamente reciente, son padecimientos que siguen siendo subdiagnosticados, siendo pasados por alto durante una historia clínica habitual. De la misma forma, ha surgido gran controversia en cuanto al abordaje diagnóstico que se debe utilizar al valorar a este tipo de pacientes, y por lo tanto no existe una manera ideal y exclusiva para diagnosticarlos.

Al igual que su identificación, su tratamiento resulta controvertido. Y es de hecho la inadecuada valoración de los pacientes, lo que ha llevado a que exista una gran variabilidad en los resultados de los diferentes estudios publicados con respecto al tratamiento del SAOS y otras alteraciones respiratorias del dormir. Especialidades médicas como neumología alegaban que el manejo de estas patologías debería corresponder exclusivamente a ellos, mediante el manejo de dispositivos generadores de presión positiva, mientras que en el otro extremo se encontraban los especialistas en otorrinolaringología, tratando de argumentar que el tratamiento quirúrgico era la mejor alternativa. Esto se ha abandonado en los últimos años, en que se ha hecho énfasis en la necesidad de manejar a estos pacientes de manera multidisciplinaria, encontrando que la clave para el adecuado manejo de estas entidades es un diagnóstico preciso e individualizado.

Los trastornos respiratorios del sueño, y en particular el SAOS, ha demostrado ampliamente su papel como factor de riesgo para el desarrollo de comorbilidad cardiovascular, alteraciones metabólicas y hemodinámicas, además de su conocido rol como la principal causa de somnolencia diurna excesiva, la cual está también asociada a accidentes automovilísticos y laborales, así

como a un deficiente desempeño laboral y escolar. Algunos estudios realizados en países escandinavos, han demostrado que alrededor del 85% de los pacientes internados en Unidades de Cuidados Intensivos con el diagnóstico de Eventos Vasculares Cerebrales (EVC), eran portadores de alguna alteración respiratoria durante el sueño, y que la mayoría de estos EVC se desarrollaron durante la noche, o en las primeras horas de la mañana. Lo mismo sucede con la hipertensión arterial sistémica (HTAS), pues pacientes diagnosticados como portadores de HTAS esencial padecen también SAOS, ya sea diagnosticado o no.

En los Estados Unidos de América, un estudio demostró que las alteraciones del dormir representan la segunda causa más común de accidentes automovilísticos; solo después del alcoholismo

El diagnóstico del SAOS debe ser integral, y estar apoyado en diversas herramientas, tales como un buen interrogatorio, el uso de cuestionarios preestablecidos, exploración física general y otorrinolaringológica, realización de maniobras y empleo de estudios de gabinete, entre los que destaca la polisomnografía (PSG), la cual es considerada el estándar de oro en el diagnóstico. Sin embargo, es indispensable recalcar que la PSG por si misma,

no es suficiente para normar la conducta terapéutica apropiada, e intentar hacer esto, nos llevará inevitablemente a que el éxito del tratamiento sea limitado, ya sea este médico o quirúrgico. Se ha encontrado que la principal causa de falla en la tolerancia a dispositivos generadores de presión positiva o en el éxito de una cirugía, está relacionada con la clásica división del tratamiento de acuerdo con la severidad del trastorno detectado (leve, moderado o severo).

La mayor parte de los pacientes con SAOS acuden al consultorio por 2 síntomas principales: El ronquido que resulta molesto para la pareja de cama, o la somnolencia diurna excesiva (SDE). Para la valoración de esta última, existen cuestionarios como el de Epworth, desarrollado en Australia y que ha sido validado para muchas poblaciones a nivel global, y aunque no hace diagnósticos diferenciales, evalúa de manera muy apropiada el nivel de somnolencia del paciente. Otros síntomas frecuentes en los pacientes con SAOS incluyen la resequedad orofaríngea, la presencia de apneas observadas por los familiares, irritabilidad y cambios en el estado de ánimo, despertares disnéicos, cefalea matutina, nicturia, disminución de la libido, y la presencia de

patologías asociadas, tales como la HTAS y el infarto agudo de miocardio.

Es indispensable la búsqueda de antecedentes familiares de ronquido, SDE y apnea de sueño, pues los rasgos faciales y de la vía aérea que pueden predisponer para el desarrollo de SAOS, son habitualmente heredados de generación a generación. Antecedentes personales como el consumo de tabaco, alcohol y medicamentos depresores del sistema nervioso central deben también ser siempre evaluados.

Existen otras condiciones patológicas que pueden favorecer la presencia de alteraciones respiratorias inducidas por el sueño, tales como alergias nasales, sinusitis, tumoraciones de la vía aérea superior, hipotiroidismo y enfermedad por reflujo gastro-esofágico. Cada una de estas enfermedades debe ser conjuntamente evaluada y manejada como parte del tratamiento de cada paciente en particular.

En cuanto a la exploración física, es importante no olvidar datos antropométricos como el peso, la talla, la talla de cuello y el índice de masa corporal (IMC). Se ha encontrado que pacientes del sexo masculino con una talla de cuello por arriba de 17, y mujeres de 15, tienen una mayor susceptibilidad para el desarrollo de SAOS,

y el IMC es un factor trascendental al momento de decidir el tratamiento definitivo. Una adecuada exploración es la clave para determinar adecuadamente el o los sitios de obstrucción o colapso en la vía aérea superior.

A la exploración física otorrinolaringológica, es importante recordar valorar; en nariz; las válvulas nasales anteriores, cornetes, septum, presencia de costras, secreciones y masas intranasales. La realización de la maniobra de Cottle mientras se pide al paciente que ronque por su nariz, nos dará una idea del involucro de las válvulas en la génesis del ronquido.

En cavidad oral, la hipertrofia gingival superior e inferior, es indicativa de respiración oral. La clasificación de Mallampati indica crecimiento de la lengua en sentido cefálico-caudal. Sin embargo, el valor asignado mediante esta clasificación, nos permite inferir el grado de colapso anteroposterior del espacio retrolingual.

En faringe, el primer dato que debe ser observado es el tamaño de las amígdalas palatinas, el cual es clasificado en 5 grados, que van del 0 al V. Un mayor tamaño del tejido amigdalino representa invariablemente una disminución en el espacio por aéreo faríngeo. El tamaño de la úvula es también fácilmente observable a simple vista, junto con características como flacidez, edema o

mucosa redundante. Una estructura que frecuentemente es olvidada durante la exploración física de la faringe son los pilares posteriores. La implantación de estos en la línea media y su tamaño presentan una gran variabilidad anatómica de manera normal, pero es importante recordar que si se encuentran medializados, esto es un factor que cerrará también el espacio para el paso de aire.

La endoscopía nasofaríngea se ha convertido en una herramienta indispensable en la valoración de este tipo de pacientes, pues nos permite valorar la vía aérea superior desde la faringe misma, y realizar la maniobra de Müller. Esta consiste en observar los espacios retropalatal, retrolingual y retroepiglótico mediante el endoscopio flexible, mientras se pide al paciente que haga una inspiración forzada. La presión negativa así creada, permitirá evaluar los sitios de colapso en la vía aérea superior. La maniobra debe realizarse con el paciente en decúbito dorsal, y recientemente se ha popularizado la posibilidad de hacerlo con el paciente sedado mediante el uso de propofol. Algunos autores no aconsejan esto, basados en el hecho de que no se trata de un sueño natural, y que los datos pueden ser dependientes de la dosis de propofol más que del colapso natural de la faringe.

Se ha propuesto el uso de estudios radiológicos para evaluar la vía aérea superior en estos pacientes. La gran desventaja de este tipo de estudios es que se trata de estudios estáticos, en una patología muy dinámica, además de que muchos son realizados con el paciente de pie, mientras que las alteraciones respiratorias aparecen predominantemente con el paciente en decúbito. Su utilidad es limitada, pero pueden usarse una cefalometría, tomografía computada simple de nariz y senos paranasales o de cuello supra e infrahiodeo, y finalmente, imágenes de resonancia magnética.

La PSG es de gran utilidad en la evaluación del SAOS. Nos permite identificar con precisión la presencia de apneas, su duración y su tipo, con lo que podemos saber si se trata de apneas obstructivas, centrales, mixtas o hipopneas. Cuantifica tanto las apneas como el ronquido, permitiéndonos saber si estamos ante un cuadro de apnea leve, moderada o severa, o ante un paciente con ronquido primario. Y finalmente, nos permite descartar diagnósticos diferenciales, particularmente otras alteraciones de sueño que causen SDE, tales como el síndrome de movimientos periódicos de extremidades.

REFERENCIAS.

1. Cummings CW editor: *Otolaryngology Head-Neck Surgery*, 3a. ed. St Louis, 1998, Mosby Year-Book
2. *Otolaryngology Head Neck Surg* 1993
3. *Otolaryngology Head Neck Surg*, 1998
4. *Arch Otol Head Neck Surg*, 2001
5. *Am J Respir Crit Care Med* 1994; 150:1463
6. *Stroke* 1989;20:1311-15
7. Valencia M, Salín R, Pérez R (eds). *Trastornos del dormir*. Ed. Interamericana MacGraw Hill, México D.F., 2000, pp: 272-89
8. ICSD, 2005