



Apnea del sueño

Dr. Ramón Molina Utrilla

Otorrinolaringólogo.

La apnea del sueño es un cuadro clínico que afecta a alrededor del cuatro por ciento de las personas. Es más frecuente en hombres que en mujeres en una proporción de tres a uno y se caracteriza porque el paciente, además de producir ronquidos importantes, hace apneas, paradas respiratorias, o hipopneas, disminución del flujo aéreo respiratorio mientras duerme. A este síndrome se conoce con el acrónimo de SAHS (Síndrome de Apneas e Hipopneas del Sueño).

Estas apneas e hipopneas, para ser productoras de sintomatología, han de tener al menos una duración de diez segundos y repetirse con una frecuencia mayor de diez veces en una hora. Cuanto mayor es la frecuencia y la duración mayor la gravedad y los síntomas que produce.

Durante estas paradas respiratorias suceden una disminución del ni-

vel de oxígeno y un aumento de ácido carbónico en sangre. Estas alteraciones son percibidas por el cerebro y reacciona pasando de un nivel más profundo a un nivel más superficial del sueño, activando el tono muscular y abriendo la vía respiratoria que permite la respiración y mejora la oxigenación del organismo y la expulsión del anhídrido carbónico. El cerebro no entra o entra escasamente en la fase REM del sueño, o sueño profundo o reparador, que es cuando realmente se produce el descanso corporal. Cuando este estado se repite durante un cierto tiempo aparece uno de los síntomas principales de alarma que caracteriza esta enfermedad, la hipersomnia o sueño excesivo diurno. El paciente se duerme fácilmente en cualquier situación: viendo la televisión, en el cine, en una sala de espera, conduciendo...

Con el tiempo esta situación va deteriorando el estado de salud del

paciente y empiezan a aparecer otras manifestaciones clínicas: hipertensión arterial, arritmias cardíacas, angina de pecho, infarto de miocardio, ictus, mayor frecuencia de padecer diabetes, trastornos psicológicos y mentales como dificultad en mantener la atención, depresión, cambios del estado de ánimo, irritabilidad, cefalea..., amén de que la hipersomnia y el déficit de atención favorecen los accidentes laborales y de tráfico con lo que ello conlleva.

Por lo tanto, debajo de lo que en un principio pudiera parecer una situación que provoca una leve molestia en quien la padece o en sus familiares, por los ronquidos, o hilaridad en quien ve al paciente, por el sueño excesivo, subyace una enfermedad de terribles consecuencias para el paciente si no es tratada a tiempo.

La causa fundamental de la aparición de las apneas es la obstrucción de la vía aérea superior. El lugar donde la vía aérea es más estrecha y proclive al colapso y cierre es la orofaringe, encrucijada donde coinciden la base de la lengua, las amígdalas, el velo del paladar y la epiglotis. Por ello, todo lo que produzca un estrechamiento y disminución de la luz en esta zona va a ser posible causa de apneas.

Entre estas causas destacan por su importancia, con diferencia con respecto a las otras, el sobrepeso y la obesidad. Otras causas importantes son la toma de medicamentos sedantes y relajantes musculares como las benzodiazepinas, tan usadas en la actualidad para dormir y como tratamiento de la ansiedad y la ingesta de alcohol. Existen alteraciones anatómicas como el agrandamiento de las amígdalas, el aumento de tamaño del paladar blando y la campanilla y la retrognatía o posicionamiento posterior de la mandíbula y su falta de crecimiento. Todas estas causas de obstrucción orofaríngea pueden verse agravadas si el paciente duerme boca arriba, posición que arrastra la lengua y el paladar blando hacia atrás durante el sueño y aumenta aún más el estrechamiento de la vía aérea a este nivel.

Se atribuye en muchas ocasiones a las enfermedades que producen

obstrucción nasal, como la desviación de tabique, poliposis nasal, hipertrofia de cornetes o hipertrofia adenoidea, ser causa de apneas. Si bien todas ellas justifican la aparición o el aumento de los ronquidos, no son en sí mismas productoras de apneas, en tanto que obstruyen la vía aérea a un nivel superior de la zona orofaríngea antes mencionada. Estas dan lugar a lo que se ha venido a llamar roncopatía simple. Aún así, aunque no produzcan apneas, es importante el estudio y tratamiento de estas enfermedades en los pacientes que padecen de SAHS, porque el tener la vía nasal despejada facilita la adaptación de la CPAP, que como veremos a continuación es el tratamiento más usado en la actualidad.

El tratamiento del SAHS va a depender de la causa que lo produzca. Si como hemos dicho, la causa más importante es la obesidad o el sobrepeso y la ingesta de sedantes y relajantes musculares, el tratamiento debe ir orientado de forma prioritaria hacia la disminución de peso y la eliminación del uso de los sedantes y eliminación de la ingesta de alcohol.

No obstante, como ese primer y fundamental objetivo, la pérdida de peso, al que debe ir dirigido el tratamiento, no se consigue de forma fácil ni rápida, se administra al paciente el

tratamiento con CPAP. Este consiste en la aplicación vía nasal, de ahí la importancia de tener la vía nasal despejada, de un flujo de aire continuo a presión positiva que mantiene dilatada la vía aérea durante el sueño. La efectividad de este tratamiento es tal que el paciente mejora su calidad de vida en muy poco tiempo y cae en la tentación de abandonar, por engorroso, difícil y en muchas ocasiones frustrante, la primordial pérdida de peso. Aún así, el médico no debería dejar de insistir al paciente de la importancia que la pérdida de peso conlleva, ya que además de producir apneas, el sobrepeso favorece por sí mismo la aparición de hipertensión arterial, infarto de miocardio, hipercolesterolemia, diabetes y artrosis generalizada, entre otras, que no mejoran con la aplicación de la CPAP. El administrar al paciente única y exclusivamente la CPAP como tratamiento, es tratar una de las consecuencias de una situación patológica, pero no su causa.

El resto de las alteraciones que o bien son causa de apneas o dificultan la aplicación del CPAP, obstrucción nasal, hipertrofia del paladar y amígdalas y retrognatía, deben ser estudiadas y tratadas si procede por el otorrinolaringólogo o cirujano maxilofacial. ■