

# APNEA DEL SUEÑO EL PACIENTE RONCADOR

Dr. Jorge García Gómez \*  
Dr. Juan Manuel García Gómez

## FISIOPATOLOGIA DE LA APNEA DEL SUEÑO

\* Miembro de Número

El ronquido es un síntoma que puede ser debido a un sinnúmero de factores que deben ser valorados con un exhaustivo examen clínico general, neurológico, psiquiátrico, otorrinolaringológico y neumológico, durante las 24 horas con el paciente despierto y dormido. No todo paciente roncador presenta apnea durante el sueño, pero generalmente los que presentan apneas sí lo son.

Moran habla de una historia clínica diurna y nocturna. El paciente no sabe si es roncador y consulta al médico por otra sintomatología. Factores anatómicos tienen relación con estos trastornos y un examen otolaringológico los identifica: amígdalas y adenoides hipertróficas, rinitis alérgica o vasomotora, hipertrofia de cornetes o del tabique, sinusitis o poliposis nasal, úvula edematosa larga o hipertrófica, hipertrofias de la base de la lengua o amígdalas linguales, falta de tonicidad muscular velo-palatina; exceso de grasa en el cuello, micrognatia, paladares ojivales, trastornos de mal oclusión dentaria, acromegalia, tumores de la nasofaringe. Enumeramos las causas más frecuentes de factores anatómicos que impiden la normal ventilación nasal y que deben valorarse como una exploración directa que incluya una nasofibroscoopia, una laringofaringoscopia y un estudio radiológico de cabeza y cuello.

La apnea y el ronquido son un problema médico y social y son muchas las secuelas que deja la respiración bucal. Los roncadores son más propensos a la hipertensión, al infarto cardíaco, a las bronquitis crónicas y al enfisema pulmonar. Apnea viene del Griego "quiero respirar". Estos episodios apneicos se pueden presentar cientos de veces durante el sueño. El ronquido se debe a obstrucción parcial de la vía aérea y la apnea a la obstrucción total. Estos pacientes apneicos pueden morir súbitamente durante la noche.

## EL PACIENTE RONCADOR

La apnea del sueño y el ronquido no es síntoma que se descubre o identifica en la consulta. Nunca observamos a un adulto o niño roncando. Se investiga por el interrogatorio a los familiares, o amigos quienes deben informar y vigilar al paciente durante el sueño que puede ser diurno o nocturno. La madre debe informar cómo respira el niño durante el sueño. Si duerme con la boca abierta, si ronca, si se despierta nervioso y agitado, si el biberón lo toma normalmente y sin fatiga.

En el adulto investigar el sueño y la respiración. Si amanece con fatiga, cefalea, cansancio, si presenta sequedad faríngea matinal y sen-

sación de lengua seca. Si duerme durante el día o durante conferencias o reuniones sociales. Si hay frigidez sexual, fatiga en el trabajo o mal rendimiento intelectual. Si es tosedor crónico y si en el deporte tiene dificultades en su respiración.

El roncador ha sido paciente ignorado en los tratados médicos y ha correspondido a los otorrinolaringólogos el mérito de la voz de alerta sobre tan importante patología y sus graves consecuencias. Los trabajos de Fujita sobre la uvulo-palato-faringoplastia en roncadores despertaron el interés en como mejorar estos pacientes con sistemas quirúrgicos y miles de ellos han sido operados y rehabilitados con estas intervenciones.

Los hospitales universitarios cuentan hoy con estos laboratorios y el equipo médico multidisciplinario que incluya el estudio de estos pacientes con gases arteriales, electrocardiograma, química sanguínea, pruebas de función tiroidea, polisomnografías y estudios radiológicos. Del resultado de estos estudios se define la conducta a seguir que puede ser médica, quirúrgica, psiquiátrica o de rehabilitación. Las bases del diagnóstico se definen con el electrocardiograma y cambios de saturación de oxígeno y la sintomatología del paciente durante la observación en 24 horas de seguimiento y la conducta diurna y durante el sueño de los pacientes. El comportamiento escolar en los niños y el rendimiento en el trabajo en los adultos.

Corresponde el mérito al magistral trabajo de Guilleminaul y Dement su publicación en 1978 "Sleep Apnea Syndromes" quienes despertaron interés por esta patología y su tratamiento. En 1964 Ikematsu presenta en el Journal Japonés de Otorrinolaringología sus experiencias en el tratamiento quirúrgico de los roncadores en el Japón y en 1979 Fujita describe la uvulo-palato-faringoplastia con resultados muy estimulantes. Son Fujita, Ikematsu y Simmons los pioneros de estas cirugías y en Mayo de 1985 presentan su valiosa experiencia al Congreso Mundial de Otorrinolaringología en Miami en un panel científico al que tuvimos el privilegio de asistir.

Es alta la incidencia del roncador. Se considera que un 60% de las mujeres mayores de 60 años son roncadoras y un 25% de los niños duermen con la boca abierta; 10% presentan apnea del sueño. El ronquido es más frecuente en pacientes obesos, alcohólicos y fumadores.

Hay efectos sociales como consecuencia del ruido nocturno que produce el roncador y que es molesto para los amigos, familiares o el cónyuge y que los obliga en algunos casos a la separación del cuarto o al divorcio; muchas esposas no pueden conciliar el sueño por el ronquido de su esposo, otras lo toleran con resignación y son muchos los síntomas que se asocian a éste síndrome: Hipersomnolencia, cefalea, cambios de personalidad, enuresis, impotencia sexual, mal rendimiento escolar, intelectual y pereza en el trabajo con somnolencia diurna. Son muchos los accidentes automovilísticos causados por pacientes que se duermen en las autopistas y carreteras y los que se duermen en

reuniones sociales o mirando televisión y si se les investiga son roncadores o respiradores bucales, otros duermen durante la comida y dicen que no pueden conducir automóvil en horas nocturnas. Hay países en donde es motivo legal para el divorcio. Estos cambios de personalidad y de conducta hacen sospechar que son pacientes roncadores y respiradores bucales y deben ser sometidos a un estudio completo que incluya la valoración durante el sueño en un laboratorio especializado.

## HISTORIA CLINICA

La historia diaria hace sospechar que estos pacientes presentan síndrome apneico. La mayor parte se quejan de cefalea matinal que desaparece en pocas horas sin tratamiento. Otros se despiertan en la noche con dolor de cabeza. Los padres informan que el niño se despierta durante la noche irritable y nervioso y el rendimiento escolar es pobre. Se duermen y se distraen en la clase. A veces son niños hiperactivos, otros somnolientos. El adulto se duerme en la oficina, en el teatro y en reuniones sociales, en algunos pacientes hay alteraciones de la voz con ronquera y tos consultan por sequedad bucal y sensación de cuerpo extraño faríngeo. Es frecuente en ellos la enuresis y la frigidez sexual que llega a la impotencia.

En los adultos es más frecuente la depresión y el cansancio y en los niños la hiperactividad. El mal rendimiento intelectual lo informan los profesores, los jefes de oficina y los padres. Los adultos rehúsan actividades deportivas y muchos prefieren permanecer en la casa y dejar el ejercicio físico. Rehúsan también aceptar compromisos sociales por sueño o fatiga. La inactividad conduce a la obesidad y el ronquido aumenta. La mayoría de los roncadores tiene exceso de peso y deben ser sometidos a dietas y a perder peso antes de ser operados de faringoplastia.

Los hábitos alimenticios cambian en estos pacientes y la dificultad respiratoria hace que prefieran dietas líquidas y blandas que no requieren masticación.

Es importante valorar la función tiroidea y el hipertiroidismo generalmente es respirador bucal. La interconsulta al endocrinólogo es muy importante para descartar esta patología, instituir la dieta con una adecuada terapia hormonal.

Hay un sinnúmero de síndromes neuro-musculares que producen estos síntomas y contribuyen a la apnea. Citaremos la poliomielitis, el Guillain-Barre, el Síndrome de Down, la miotomía distrófica, miastenia o la parálisis cerebral. Estos pacientes deben ser valorados desde el punto de vista neurológico y sometidos a exploración de las estructuras anatómicas cráneo-maxilo-faciales.

## EXAMEN DEL PACIENTE RONCADOR

Generalmente el paciente no consulta por estos síntomas pero un detallado examen físico hará sospechar el problema dirigiendo así el interrogatorio hacia los síntomas más frecuentes ya mencionados; el examen nasal se realizará minuciosamente valorando el septum, los cornetes, coanas y nasofaringe. Los problemas obstructivos nasales aumentan la presión negativa en la vía respiratoria alta colapsando así la faringe. La rinofonía es un signo frecuente en estos pacientes. La posición mandibular en sentido anteroposterior (retrognatia) al igual que su anchura a nivel de los molares debe ser evaluada. Es frecuente en los pacientes con apnea del sueño encontrar un paladar blando elongado, lo que dificulta al examinador observar la nasofaringe. De la misma manera la úvula puede estar aumentada de tamaño, y observarse los pilares posteriores redundantes formando conos y bandas que se adhieren al paladar blando y a la úvula. La hipofaringe se examinará descartando problemas como la hipertrofia marca-

da de las amígdalas linguales. En los niños la severa hipertrofia amigdalina generalmente se asocia a hipertrofia adenoidea cansales ambos de apnea del sueño y la adeno-amigdalectomía debe considerarse.

Procedemos al examen de la cavidad oral, lengua, inspección de la mandíbula (prognatismo o retrognatia). El paladar se inspecciona con un bajalenguas, e identificar la úvula y los pilares en reposo y en fonación. Los roncadores tienen generalmente hipertrofia de la úvula, base de lengua y bandas faríngeas o linguales.

Una cuidadosa nasofaringoscopia es recomendable; el especialista cuenta hoy con la ayuda muy valiosa del nasofaringoscopio de fina óptica para practicar una cuidadosa endoscopia de todas las estructuras nasales, faríngeas y laringeas previa aplicación de lidocaína o xilocaína y esto define la verdadera indicación de la úvulo palato faringoplastia.

Durante la exploración endoscópica se realiza la maniobra de Muller (Valsalva negativo) con el paciente acostado para explorar motilidad velo palatina y todos los espacios y la luz naso-faríngea y en nuestras manos es el examen más importante antes de definir las indicaciones quirúrgicas, lo mismo que para descartar procesos tumorales obstructivos.

Los estudios cefalométricos son también muy importantes y medir la distancia entre la base de la lengua y la pared posterior de la faringe, la posición del hueso hioides en relaciones con los planos mandibulares, define la indicación de la hiodoplastia.

La tomografía axial (T.A.C.) y la politomografía son exámenes radiológicos de gran valor en estos pacientes cuando los exámenes que hemos mencionado no definen la causa de la obstrucción o de la apnea. No lo consideramos de rutina por su alto costo pero deben reservarse cuando se sospechan tumores obstructivos no identificados por la laringoscopia o la nasofibroscofia.

Especial mención tiene la polisomnografía que debe ser practicada por un neurólogo clínico especializado y define el diagnóstico a más de ser de gran valor sobre lesiones cardio-vasculares, pulmonares o neurológicas. Se explora al paciente durante el sueño y nos informa sobre la apnea de origen central que puede ser debida a lesión neurológica (poliomielitis, enfermedad neurológica degenerativa, tumor endocraneano). Igualmente la polisomnografía identifica los pacientes con apnea periférica u obstructiva que son los candidatos para realizar un tratamiento quirúrgico. Estos estudios más especializados requieren la hospitalización del paciente por 24 horas y se acompañan de un electrocardiograma y de un electroencefalograma. No corresponde a ésta comunicación entrar en detalles sobre la técnica del polisomnograma que se encuentran descritas en textos más especializados. Consideramos que un paciente roncador debe ser sometido a todos estos estudios para definir un diagnóstico etiológico antes de ser sometido a cualquier intervención quirúrgica y la cirugía se define después de un estudio multidisciplinario entre todos los especialistas que tienen relación con pacientes de ésta patología. Las secuelas cardio-pulmonares que se presentan en estos pacientes deben ser valoradas por neumólogos y cardiólogos (cor pulmonar, hipertensión sistémica, policitemia, hipertensión pulmonar, arritmias cardíacas nocturnas, enfisema, etc.). Son secuelas que se presentan como consecuencia del ronquido y de la respiración bucal y que deben mencionarse pues muchos pacientes con ésta patología son ignorados en el interrogatorio y se nos olvida investigarlos durante el sueño.

## TRATAMIENTO MEDICO Y QUIRURGICO DEL PACIENTE RONCADOR

Los resultados de la evaluación clínica, el examen cuidadoso de las estructuras anatómicas del macizo cráneo-maxilo facial definen el tratamiento que sería médico-quirúrgico o de rehabilitación.

Siendo la obesidad una de las causas que más producen apnea de sueño la pérdida de peso o la liposucción de la grasa del cuello mejora el cuadro clínico. La dieta debe ser orientada y dirigida por el endocrinólogo y los trastornos de función tiroidea deben ser valorados y tratados. Con los cambios de posición durante el sueño mejoran algunos pacientes de acuerdo con los resultados de la polisomnografía.

El paciente alcohólico debe estudiarse pues es sabido que el ronquido y la apnea se aumenta en los pacientes que ingieren alcohol antes de acostarse. Es frecuente oír a la esposa informar que su esposo solo ronca cuando toma alcohol. El psiquiatra debe colaborar en estos tratamientos. Es de todos sabido que el alcohol produce relajación muscular, colapso de la base de la lengua y respiración bucal durante el sueño. La mejor terapia será dejar el alcohol, el cigarrillo, hacer ejercicios físicos y bajar de peso. El ortodoncista y el cirujano maxilo-facial pueden colaborar para el tratamiento.

## TRATAMIENTO QUIRURGICO

La cirugía del paciente roncador y de la apnea se practica desde hace muchos años. Un niño que tiene respiración bucal por obstrucción nasal e hipertrofia adeno-amigdalina la adeno-amigdalectomía tiene clara y definida indicación. Un niño o adulto roncador con desviación del tabique, poliposis o hipertrofia de cornetes se debe considerar la septo-plastia con turbino plastia y polipectomía para mejorar la ventilación nasal. Estas intervenciones son sencillas y fueron descritas en el capítulo correspondiente a cirugía nasal. Hoy no requieren hospitalización y el paciente en 48 horas puede reanudar sus actividades.

Si la obstrucción se debe a un tumor naso-faríngeo como un nasofibroma es lógico que debe extirparse y la ventilación debe mejorar, lo mismo que los síntomas apnéicos. Pero si existe hipertrofia de la úvula o de los pilares amigdalinos, debe considerarse la úvulo-palato faringoplastia (U.P.F.P.) que es la intervención que tiene más indicaciones en éste síndrome de apnea obstructiva de origen periférico. La U.P.F.P. fue practicada por primera vez en Japón por Ikematsu en 1952 en una joven roncadora severa de 23 años. Al examen se encontró edema y engrosamiento de pilares posteriores amigdalinos con bandas orofaríngeas y úvula hipertrofica. Se removieron estos tejidos y la paciente mejoró. En 1964 reporta los primeros 152 casos y denomina ésta intervención la palatomectomía y uvulectomía parcial.

En 1980 Shiro J. Fujita en Detroit, Michigan modifica estas técnicas y describe el (U.O.F.P.) procedimiento para ensanchar el espacio de la oro-faringe y permitir la entrada de un mayor volumen de aire a la laringe previa eliminación de los factores nasales que puedan producir obstrucción como son el tabique o los cornetes. En 1985 durante

la reunión del Congreso Mundial de Otorrinolaringología en Miami presenta 314 casos con mejoría en un 85%. Nuestra experiencia se inicia en el Hospital San José cuando el Dr. Hernando Rodríguez en 1984 opera el primer paciente.

La operación que no describiremos en detalle consiste en reseca la úvula y tejidos grasos del paladar, extirpar las amígdalas y suturar los pilares anterior y posterior para ensanchar el espacio oro-faríngeo reseca también todo el tejido graso y pliegues mucosos del paladar que puedan producir obstrucción. Será practicada por un cirujano otorrinolaringólogo con gran experiencia en cirugía amigdalina y del paladar. Si hay hipertrofia de amígdalas linguales, estas deberán extirparse. La operación se practica bajo anestesia general con muy buena hemostasis y sutura de los pilares. El post-operatorio es doloroso muy similar al de una amigdalectomía, el paciente estará con líquidos y dieta blanda por 10 días, permaneciendo hospitalizado por 48 horas. La figura adjunta describe la técnica de Fujita que es la practicada por nosotros (Fig.

En algunos casos ésta intervención no es suficiente y se debe considerar la glossectomía parcial, la hiodoplastia o la extirpación de tejido periepiglotico. Algunos autores han practicado la epiglotectomía parcial cuando hay hipertrofia obstructiva de la epiglotis.

El cirujano maxilo-facial debe ser consultado en casos de prognatismo, alteraciones de mal oclusión dentaria, micrognatia y proceder a practicar la corrección quirúrgica de estas malformaciones.

## RESUMEN

En resumen el síndrome del paciente roncador con apnea de sueño y obstrucción nasal es problema médico y social que ha sido ignorado y debe ser actualizado y evaluado por un equipo médico multidisciplinario. Existen una serie de tratamientos médicos e intervenciones quirúrgicas que pueden mejorar estos pacientes siendo hoy la U.P.F.P. una intervención con indicaciones claras y cuya técnica y experiencia presentamos en ésta comunicación preliminar que esperamos sea de interés para el neurólogo, el pediatra y el internista.

La apnea y el ronquido y la respiración bucal tienen serias consecuencias orgánicas y dejan secuelas cardio-pulmonares que pueden llevar a la muerte súbita de un paciente. Los estudios que se realicen identificarán si la apnea es de origen central o es periférica obstructiva.

Los pediatras deben preguntar a las madres sobre el sueño de sus hijos y los respiradores bucales pueden mejorar con tratamientos médicos o quirúrgicos.

La adeno-amigdalectomía y la septoturbino-plastia tienen claras indicaciones en niños roncadores.

## BIBLIOGRAFIA

FAIRBANKS, F. David. F. Blair. Simons and Shiro Fujita. Symposium sobre el roncador y apnea del sueño. XII Congreso Mundial de Otorrinolaringología, Miami 1985.

FAIRBANKS, F. David Sporing and Obstructive Sleep Apnea. New York, Raven Press, 1 1987.

FUJITA, S. COUWAY W. Evaluation of Uvulo Palatoplasty. Laryngoscope, 95: 70-74, 1985

GUILLEMINO, C. and MILES L.C. The Palatopharyngoplasty operations for Snoring. Otolaring. Head and Neck Surg. 92: 375-380, 1984

MANIGLIA, Antony. Comunicaciones personales. Chicago, 1987.

SIMMONS, F.B. and SILVESTRI, R. Snoring and Obstructive Sleep Apnea. Arch. Otolaryngolol, 109: 503-507, 1983.

WILLARD, B. Moran. Sleep Apnea. Current Therapy in Otolaryngology. Gates, B.C. Decker-Toronto, 317-321, 1987.