

RONQUIDOS Y APNEAS.



INDICE:

[¿ES EL RONQUIDO UNA ENFERMEDAD?](#)

[¿ES FRECUENTE LA PRESENCIA DE ESTA PATOLOGÍA?](#)

[¿CUALES SON LOS FACTORES PREDISPONENTES?](#)

[¿CÓMO SE PRODUCE EL RONQUIDO?](#)

[¿CUÁLES SON LOS PRINCIPALES SITIOS DE OBSTRUCCIÓN?](#)

[¿ES IMPORTANTE LA RESPIRACIÓN NASAL?](#)

[¿POR QUÉ SE PRODUCEN EL RONQUIDO Y LAS APNEAS?](#)

[¿PUEDE EL RONQUIDO PERJUDICAR LA SALUD?](#)

[¿QUÉ ES EL SAOS? ¿CUÁLES SON SUS CAUSAS?](#)

[¿CÓMO SE CLASIFICAN RONCOPATIAS?](#)

[¿CUÁNDO SOSPECHAMOS UNA RONCOPATÍA?](#)

[¿QUÉ CONSECUENCIAS PUEDEN PRODUCIR LAS RONCOPATIAS?](#)

[¿PUEDEN PRESENTAR RONCOPATIAS LOS NIÑOS?](#)

[¿QUÉ TRATAMIENTOS EXISTEN?](#)

[¿COMO FUNCIONA LA RADIOFRECUENCIA?](#)

[¿CUÁLES SON LAS INDICACIONES?](#)

[¿CÓMO SE ESTUDIA AL PACIENTE?](#)

[¿EN QUÉ CONSISTE EL TRATAMIENTO?](#)

[¿CUÁL ES EL COSTO?](#)

[¿QUÉ REQUERIMIENTOS SANATORIALES - HOSPITALARIOS PRESENTA?](#)

[DESCARGA DE VIDEOS](#)

QUIEN CONVIVE CON UN RONCADOR SABE LO DIFÍCIL QUE ES DORMIR POR LAS NOCHES. PERO:

¿DEBEMOS RESIGNARNOS A SUFRIR TODAS LAS NOCHES?

¿ES ESTO SOLAMENTE UN TRASTORNO SOCIAL O DE PAREJA?

¿PODEMOS MEJORAR NUESTRA CALIDAD DE VIDA?

¿SE PUEDE DEJAR DE RONCAR?

¿CUÁNDO ACUDIR AL MEDICO?

INTENTEMOS RESPONDER ESTOS INTERROGANTES BUSCANDO UNA

SOLUCIÓN A ESTE PROBLEMA QUE AFECTA DESDE TIEMPOS

INMEMORIALES A LA HUMANIDAD.

¿ES EL RONQUIDO UNA ENFERMEDAD?

Desde tiempos remotos se consideró al ronquido como signo de buen dormir, de sueño plácido y reparador. Nada más alejado de la realidad, actualmente hay cada vez más conciencia en los médicos y el público en general de que el ronquido es la manifestación de una obstrucción de la vía aérea superior (VAS) que en su máxima intensidad conforma la entidad denominada Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño (SAOS), la cual puede tener consecuencias severas para la salud de nuestros pacientes.

Además de los roncadores, sus parejas también sufren el problema. De hecho, muchos cónyuges soportan cada noche un nivel de ruido de entre 80 y 90 decibelios, que equivale al que provoca un camión a toda velocidad por una autopista. Por esta razón es aconsejable que quienes roncan acudan al médico sin que tengan que pasar años de sufrimiento, ya que las ventajas de tratarse a tiempo se extienden también a los familiares.

¿ES FRECUENTE LA PRESENCIA DE ESTA PATOLOGÍA?

Afecta aproximadamente al 20% de la población general. El 24% de los varones de edad media y el 14% de las mujeres de la misma edad. Aumentando su incidencia con la edad, a los 60 años ronca el 60% de los hombres y el 40% de las mujeres.

Uno de cada 20 roncadores padece SAOS.

Existe una relación directa entre la roncopatía y la hipertensión arterial, el 50% de los pacientes hipertensos son roncadores y el 25% padece SAOS.

Esta enfermedad deteriora la calidad de vida de las personas que la sufren, disminuye su rendimiento en el trabajo, aumenta su irritabilidad y hace que tengan más riesgo de tener accidentes domésticos, de trabajo y sobre todo de tráfico. Diversos estudios han demostrado que las personas que padecen apneas tienen hasta 7 veces más posibilidades de sufrir un accidente automovilístico.

¿CUALES SON LOS FACTORES PREDISPONENTES?

Obesidad: es tal vez el factor más importante, no sólo por el sobrepeso sino también por la disfunción metabólica y endocrina que la acompañan.

Factores posturales: el decúbito supino aumenta la posibilidad de ronquido, y es adoptado por la mayoría de los roncadores, por ser ésta posición la que requiere menor esfuerzo respiratorio.

Alcohol y sedantes: facilitan el ronquido y el SAOS, por depresión del centro respiratorio.

El sexo: son más roncadores los varones que las mujeres. La progesterona facilita la ventilación. Por esto durante la menopausia al disminuir esta hormona aumenta la incidencia del ronquido y el SAOS.

¿CÓMO SE PRODUCE EL RONQUIDO?

Es el ruido producido por la vibración de las estructuras de las vías aéreas superiores, obstruidas en mayor o menor grado, ante el paso del aire, su intensidad estará asociada a la presencia de diferentes patologías que van desde el ronquido simple, la apnea obstructiva del sueño hasta su máxima expresión en el Síndrome de Pickwick.

¿CUÁLES SON LOS PRINCIPALES SITIOS DE OBSTRUCCIÓN?

La localización anatómica donde se generan la mayoría de los ronquidos se halla a nivel de las estructuras orofaríngeas, localizadas entre el paladar duro y el hueso hioides. Esta región tiene elementos deformables con las variaciones de presión y tono muscular. Presenta dos zonas responsables de la mayoría de los procesos de roncopatías: la velofaríngea y la retrobasilingual o glossofaríngea.

La mayoría de los ronquidos están causados por un aumento del volumen del paladar blando y la úvula. Su hipertrofia reduce y obstruye el espacio aéreo, produciendo un “flameo” ruidoso y una mayor o menor obstrucción con el consiguiente aumento del trabajo respiratorio.

Es destacable la notable mejoría que presentan estos pacientes luego de la Uvulopalatoplastia.

¿ES IMPORTANTE LA RESPIRACIÓN NASAL?

La nariz sirve para purificar, calentar y humedecer el aire durante la inspiración. Pero el aire que no entra por la nariz, es acondicionado, aunque sea parcialmente, por los mecanismos supletorios que el árbol respiratorio posee en su trayecto.

En cambio, cuando el aire sale por la nariz, es más frío y más seco.

Esta capacidad de recuperar energía en cada acto espiratorio se conoce como entalpía nasal y no tiene suplencias. Existe solamente a nivel de la nariz. Por ello para que se cumpla un normal mecanismo fisiológico respiratorio es necesario que el aire entre y salga por la nariz.

¿POR QUÉ SE PRODUCEN EL RONQUIDO Y LAS APNEAS?

Los movimientos respiratorios están regulados por un reflejo medular, involuntario, pero que puede ser controlado voluntariamente por la corteza cerebral. Durante el sueño normal, la actividad voluntaria cortical desaparece, quedando solo la involuntaria medular.

Cualquier cambio en la actividad respiratoria; obstrucción, hipoxemia, etc., despierta al paciente haciéndose cargo la corteza cerebral del control voluntario de la respiración. De esta manera, los músculos involucrados recuperan el tono y mantienen permeable la vía aérea.

En las roncopatías, al haber hipoxemia se provocan cuadros reiterados de vigilia con interrupciones del sueño, alternando el control automático medular, con el voluntario

cortical.

¿PUEDE EL RONQUIDO PERJUDICAR LA SALUD?

El ronquido puede ser un signo de apnea obstructiva del sueño, un serio trastorno en el cual la persona detiene la respiración varias veces mientras duerme.

Se debe efectuar un examen exhaustivo del paciente para evaluar el grado de compromiso respiratorio.

¿QUÉ ES EL SAOS? ¿CUÁLES SON SUS CAUSAS?

El Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño (SAOS), también denominado Síndrome de Apnea-Hipoapnea Obstructiva del Sueño (SAHOS), es una enfermedad crónica y evolutiva con alta tasa de morbimortalidad que afecta al 4% de los hombres y el 2% de las mujeres. Presenta una gran variedad de signos y síntomas, ronquidos (90%), somnolencia diurna, alteración del humor, cefalea matutina, impotencia sexual, deterioro del rendimiento intelectual, alteraciones cardiológicas y neurológicas

Estamos en presencia de un SAOS cuando al ronquido se le agregan:

Interrupciones de la respiración durante el sueño (apneas) de por lo menos 10 segundos de duración y por lo menos 30 veces en un sueño de 7 horas, pudiendo llegar a 500 o 600 en los casos más graves ocasionando trastornos respiratorios (paro respiratorio),

Una deficiencia en la oxigenación que puede desencadenar trastornos cardiovasculares.

Interrupciones constantes del ciclo del sueño que impiden al roncador alcanzar los niveles de profundidad de sueño necesarios para descansar y llegar al sueño REM que sirve para reparar la memoria.

En todos los casos se trata de un grado mayor o menor de obstrucción respiratoria con la correspondiente asfixia crónica. Los pacientes que padecen SAOS, presentan cuadros de apneas que les hace interrumpir el sueño, dificultando el descanso nocturno. Estos pacientes presentan una gran somnolencia diurna, pudiéndose comprobar una hipercapnia y acidosis metabólica

Este tipo de apnea obstructiva donde hay esfuerzo de los músculos respiratorios debe diferenciarse de la apnea central en la cual no hay actividad de los músculos respiratorios.

El Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño (SAOS), se presenta en las personas que lo padecen, con manifestaciones clínicas variables que pueden corresponder al campo de la Neurología, Neumonología, Psiquiatría, Cardiología, Otorrinolaringología, etc.

El problema primario reside en la ausencia de ventilación pulmonar secundaria a las Apneas y en el desarrollo de enfermedad cardiorrespiratoria que conlleva a problemas de convivencia familiar y social importantes y un aumento de la morbimortalidad,

El paciente con sospecha de padecer SAOS debe ser estudiado, al menos inicialmente por un equipo interdisciplinario, para arribar a un diagnóstico y tratamiento completamente eficaz y sin riesgos adicionales para el mismo.

El SAOS se define como un trastorno intrínseco del sueño, en la categoría de Disomnias. Afecta a varones y mujeres en cualquier rango de edad, predominando en varones de edad media. Los factores predisponentes principales son la obesidad (70-80 % de los casos) y las anomalías anatómicas que interfieren con la permeabilidad de las vías respiratorias altas, a saber:

Cavidad nasal:

Dismorfias y luxaciones septales

Pólipos.

Tumores.

Hipertrofia de cornetes.

Rinitis.

Estenosis vestibulares.

Nasofaringe

Adenoides

Estenosis.

Quistes.

Tumores.

Orofaringe

Amígdalas y/o úvula hipertróficas.

Paladar flácido ó de implantación baja

Pilares flácidos e hipertróficos.

Pliegues mucosos exuberantes.

Hipofaringe

Amígdalas linguales hipertróficas

Base de lengua hipertrófica.

Quistes valeculares.

Repliegues aritenoepiglóticos excesivos.
Epiglotis flácida.
Edema de epiglotis.
Tumores.
Laringe
Edema de cuerdas vocales, aritenoides y repliegues.
Parálisis de cuerdas vocales.
Malformaciones maxilofaciales
Retrognatia.
Micrognatia.
Síndrome de Pierre Robin.
Síndrome de Klippel Feil.
Síndrome de Prader Willi.
Acondroplasia.
Trastornos médicos generales:
Obesidad.
Hipotiroidismo.
Amiloidosis.
Síndrome de Scheie.
Acromegalia.
Enfermedades por depósito
Cifoescoliosis.
Distrofia miotónica.
Enfermedades de la motoneurona.
Los principales síntomas clínicos del SAOS son:

a) Referidos por los acompañantes de cama:

Ronquido 100%
Pausas de apneas obstructivas 50 %
Movimientos corporales excesivos 40 %
Cambios de personalidad 26 %

b) Referidos por el paciente:

Somnolencia diurna 40 %
"Ahogos" nocturnos 53 %
Cefalalgia matutina 38 %
Pérdida de capacidad intelectual 27 %
micción nocturna (> de 2 veces) 25 %

¿CÓMO SE CLASIFICAN LAS RONCOPATIAS?

Siguiendo a Chouard, se dividen en:

Latente, o ronquido simple. cuando la única sintomatología es la respiración ruidosa.
Menor, cuando aparecen síntomas diurnos: cefaleas matinales, somnolencia, sueño irresistible, etc.

Severa: Síndrome de apnea del sueño (SAOS), más trastornos diurnos y en algunos casos poliglobulia e hipertensión arterial.

Grave, o Síndrome de Pickwick: los síntomas anteriores pero agravados y con reales síntomas cardíacos.

¿CUÁNDO SOSPECHAMOS UNA RONCOPATÍA?

La consulta mas frecuente es de hombres de edad media, debido a las molestias que le ocasiona a su cónyuge durante el sueño nocturno. Habitualmente no lo consideran una enfermedad.

Refieren ronquidos con o sin apneas, insomnio, somnolencia diurna.

Pueden presentar cefaleas matutinas, disminución de la capacidad laboral y el rendimiento intelectual.

¿QUÉ CONSECUENCIAS PUEDEN PRODUCIR LAS RONCOPATIAS?

En el ronquido simple, no existen trastornos orgánicos severos. Solo la molesta respiración ruidosa.

En los casos graves, debido a la importante obstrucción al paso del aire, hay una disminución de la ventilación alveolar durante el sueño con elevación de la tensión e hipoxemia. Esto lleva a una hipercapnia con acidosis. De persistir este cuadro, aparece hipertensión arterial y pulmonar con alteraciones del ritmo cardíaco.

Aparecen también cuadros de depresión, ansiedad, y cambios del carácter.

El 55% de los accidentes cardiovasculares, ocurre en pacientes roncadores.

¿PUEDEN PRESENTAR RONCOPATIAS LOS NIÑOS?

La sintomatología infantil es semejante a la de los adultos, a la que se le agrega: enuresis, disminución del rendimiento escolar, sonambulismo y, obesidad con apetito excesivo. Las apneas pueden acompañarse de cianosis.

No es ocasionada por hipertrofia velopalatina.

Muchos de estos niños presentan importante hipertrofia amigdalina, siendo aconsejable la amigdalectomía.

¿QUÉ TRATAMIENTOS EXISTEN?

1) MÉDICO.

Evitar la vida sedentaria y realizar ejercicios diarios a fin de mejorar el tono muscular y normalizar el peso.

No consumir alcohol.

No ingerir comidas copiosas 3 horas antes de acostarse.

No fumar.

Dormir de costado mejor que boca arriba.

Evitar el cansancio excesivo.

Mantener patrones de sueño regulares.

No tomar somníferos o antihistamínicos antes de acostarse.

Colocar la cabecera de la cama algo más alta.

Tratamiento médico de los problemas respiratorios que se detecten.

2) MECANICO.

Máquina CPAP y BiPAP

El CPAP es un compresor de aire unido a una mascarilla, que se coloca en la nariz y emite un chorro de aire con una presión prefijada que impide que la garganta se cierre.

El BiPAP es un equipo mejorado donde se controlan las presiones inspiratoria y espiratoria.

El equipo es portátil, con lo que el paciente puede llevarlo a cualquier sitio donde vaya a dormir.

Es un tratamiento muy eficaz pero indefinido que no cura, pero sí corrige. Es algo parecido a unos anteojos, que permiten ver, pero no solucionan la miopía.

Aunque el CPAP es el método preferido de tratar apnea del sueño, mucha gente lo encuentra incómodo y no lo tolera, ya que además no resuelve el problema si se suspende su uso, obligando así a la dependencia del mismo. De ser posible, se deben buscar otras alternativas.

Prótesis de avance mandibular

Consisten en unas férulas que se colocan en la mandíbula para dormir y tensan el paladar, con lo que se reducen los ronquidos y la apnea. Su eficacia es parecida a la cirugía,

3) QUIRÚRGICO.

Tiene dos opciones:

a- Realizar una derivación para obviar el lugar de la obstrucción:

“Traqueotomía”, dejada en desuso para ser reemplazada por métodos menos agresivos para esta patología.

b- Reducir la resistencia de la vía aérea superior ampliando su diámetro y eliminando defectos anatómicos que ocluyan la luz aérea.

“Uvulopalatofaringoplastia”

La cirugía del paladar puede realizarse con diferentes técnicas:

método convencional con bisturí,

con láser

con radiofrecuencia.

En todas ellas la eficacia es la misma, pero la ventaja de las dos últimas es que resultan más cómodas y seguras, porque al no utilizarse, generalmente, anestesia total, no es necesario internar al paciente. La cirugía con radiofrecuencia es la más reciente, consiste en la disolución del tejido con unas agujas de alta presión, que funcionan como un microondas. No se necesita dormir al paciente porque no es doloroso. Todas estas técnicas también se usan para solucionar el ronquido simple sin apnea y su eficacia es aún mayor, ya que supera el 70% de los casos.

Resolución quirúrgica de los factores coadyuvantes que merezcan ser corregidos (defectos anatómicos del tabique nasal, pólipos, amígdalas palatinas y vegetaciones adenoideas hipertróficas, etc.)

¿COMO FUNCIONA LA RADIOFRECUENCIA?

El método de Radiofrecuencia, puede ser unipolar o bipolar, es aplicado al paciente a través de una punta especial que contiene uno o dos electrodos a través de los cuales fluye la corriente de la radiofrecuencia. Según el equipo a utilizar es necesario colocar o no un electrodo neutro sobre la piel del paciente. Debido a la resistencia eléctrica, el tejido afectado por la punta del aplicador se calienta suavemente y se coagula con gran precisión.

El tamaño de la lesión resultante viene determinado por la potencia aplicada.

El control automático de dosimetría asegura una óptima coagulación, suave y reproducible.

El control tridimensional de impedancia muestra permanentemente el estado del tratamiento.

Una vez finalizado, el cuerpo elimina gradualmente el tejido necrótico coagulado, lo que produce una reducción de su volumen, y la cicatrización y estiramiento de la zona de tejido tratada.

El sistema se compone de una unidad inteligente de control de potencia (generador) y delgados aplicadores unipolar o bipolar, cuyo diseño y manejo están adaptados al área concreta de aplicación:

Para zonas precisas de coagulación en el paladar blando, que disminuyen su tamaño y reducen de este modo los ronquidos habituales.

Para el tratamiento de pólipos nasales sin dañar las estructuras de tejidos vecinos.

Puntas que actúan reduciendo el volumen en el cornete nasal hipertrófico sin provocar daños sobre el epitelio ciliado.

Puntas que actúan reduciendo el volumen de la base de lengua.

¿CUÁLES SON LAS INDICACIONES?

Distintas aplicaciones en el tratamiento del SAHOS, en ocasionales y habituales ronquidos, como así también en los casos leves u obstructivos de la Apnea del Sueño.

Hipertrofia de cornetes inferiores.

Hipertrofia de amígdalas palatinas.

Poliposis nasal.

Membrana mucosa posterior excesiva (WEBBING).

Hiperplasia de úvula.

Tratamiento de tumores del área nasal y orofaríngea.

Tratamiento de la hipertrofia de base de lengua.

Tratamiento de procesos de laringe que provoquen disfonía espasmódica.

¿CÓMO SE ESTUDIA AL PACIENTE?

Examen clínico ORL.: nos orienta sobre la ó las causas de la roncopatía, y muestra la patología agregada que empeora el cuadro: desviación del septum, hipertrofia de cornetes, especialmente a nivel de las colas; la hipertrofia de amígdalas y adenoides, y el tamaño y separación de los pilares.

Deprimiendo la lengua y haciendo pronunciar la “a” prolongada, se puede observar la altura del velo del paladar y el tamaño de la úvula.

Laboratorio: en el ronquido simple no presenta cambios pero puede mostrar una policitemia asociada o no a una disminución de la función pulmonar, en los casos de SAOS.

Polisomnografía, es el más completo y complejo de los estudios complementarios. Se valoran parámetros tales como EEG, EOG y EMG de los músculos de la región, flujo aéreo, movimientos del tórax y abdomen y las variaciones de PO₂ y PCO₂.

Este método diagnóstico, pone de manifiesto también, las alteraciones de la actividad muscular y faríngea que estos pacientes padecen durante el sueño. Existe una caída hacia atrás de la lengua y el paladar blando, con la correspondiente estenosis obstructiva de la vía aérea, provocando la crisis de apnea y el reemplazo del control medular respiratorio por el cortical.

Oximetría durante el sueño, es un procedimiento útil, fácil, simple y económico que permite estudios aún en niños pequeños y podemos apreciar el índice de saturación en el momento deseado.

Rinofibrolaringoscopia: Permite observar y documentar detalladamente todo el trayecto desde fosa nasal hasta la glotis. Se ven muy bien las estructuras velopalatinas, especialmente el tamaño de la úvula desde su cara posterior y la distancia que la separa de la faringe. Podemos observar además, el espacio glossofaríngeo, es decir la separación entre la base de la lengua y la pared faríngea.

Palatografía: radiografía contrastada de paladar blando en deglución, nos permite documentar la suficiencia velopalatina y el excedente del velo por debajo de la “rodilla” velo-faríngea.

TAC y RMN permiten medir los espacios aéreos a nivel del cavum, rino y orofaringe.

Evaluación Cardiológica

Examen Funcional Respiratorio

Una vez estudiado el paciente el médico otorrinolaringólogo tendrá un panorama claro sobre el grado de compromiso respiratorio y la posibilidad terapéutica.

¿EN QUÉ CONSISTE EL TRATAMIENTO?

Para un primer tiempo y a veces definitivo se busca la reducción de la resistencia de la vía aérea superior con procedimientos confortables para el paciente como la Radiofrecuencia Intersticial Controlada (RFITT). Se busca por este medio ampliar el diámetro y eliminar los defectos anatómicos en simples sesiones.

a. Ventajas Para el Paciente:

Tratamiento ambulatorio con anestesia local y/o apoyo anestésico.

Tratamiento de corta duración (sólo requiere unos minutos)

No hay flujo de corriente en la delicada área de la cabeza y el cuello, ya que no se usa electrodo neutro.

Protección de las zonas de tejido que no están directamente afectadas, por ejemplo las superficies de órganos (mucosa, epitelio ciliado)

Mínimas molestias durante y tras la intervención

En general, no hay restricción de la calidad de vida ni de la rutina diaria en los días y semanas siguientes al tratamiento

Se recomienda ayuno previo al procedimiento de 7 a 8 hs.

Intervención que no requiere internación, es ambulatoria o con unas pocas horas de recuperación.

Analgesia posquirúrgica con Diclofenac ó Ibuprofeno.

Reposo en domicilio con mínimas indicaciones.

Respuesta terapéutica en 1 a 4 días dependiente de la región a tratar.

En aquellos pacientes en tratamiento con CPAP nasal, se determina con el Neumonólogo tratante la conveniencia o no de continuar con el mismo.

Entre 30 y 45 días después del procedimiento se evalúa la conveniencia de otros procedimientos terapéuticos en caso de obstrucción severa, donde la RIFTT no es concluyente.

b. Ventajas para el Otorrinolaringólogo:

Rápido tratamiento ambulatorio.

Resultados definidos y reproducibles.

Intervención repetible.

Mayor oferta de tratamientos.

¿CUÁL ES EL COSTO?

Está relacionada a las sesiones en una o de varias áreas a tratar:

Valor por sesión:

En una sola área.

En dos áreas o más áreas.

Ambulatorio con anestesia local o general.

Si comparamos los costos de las otras alternativas para el tratamiento de esta patología, podremos concluir que en relación a los beneficios obtenidos, esta intervención tiene un costo razonablemente accesible y muchos beneficios, tanto para el Paciente como para el Cirujano.

A continuación Ud. podrá comparar, en esta aproximación, las Ventajas y Desventajas de algunos de los procedimientos realizados para la Terapéutica del “Roncador Habitual” como así también del “Síndrome de Apnea - Hipoapnea del Sueño” (SAHOS), llamada también la “Enfermedad del Roncador”.

Lea detenidamente el cuadro comparativo, que corresponda quizás a la terapéutica de su problema.

Para cualquier aclaración no dude en comunicarse con nosotros.

C-PAP - BiPAP

Uvulopalatoplastía Faringoplastía Turbinoplastía Resección submucosa de Cornetes Inferiores Septumplastía

RFITT

Ambulatorio

En Consultorio y/o en Ambiente Quirúrgico Sanatorial

RFITT

Ambulatorio Hospital de día y/o Internación por 24 Hs.

Ventajas.

Evita la cirugía.

Buena respuesta.

No respeta la anatomía e histología de la zona a tratar.

Exéresis de tejido que no se puede reponer.

Tórpida respuesta cicatrizal.

Con Electrocoagulación convencional, mayor daño tisular innecesario.

Ambulatorio.

Anestesia Local.

Indoloro.

Material descartable de uso único.

Respetar la anatomía e histología de la zona a tratar.

Rápida respuesta terapéutica.

Aplicación en múltiples niveles, en un mismo acto quirúrgico:

Cornetes Inferiores

Amígdalas Palatinas Hipertróficas

Somnoplastia (Elevación del Velo del Paladar)

Uvulopalatoplastia

Ambulatorio Hospital de Día y/o Internación por 24 Hs. Según la región o regiones a tratar y el grado de aceptación del paciente al procedimiento.

Aplicación en múltiples niveles, en un mismo acto quirúrgico.

Especialmente indicado para la aplicación en Base de Lengua. No existiendo, a la fecha, otro procedimiento quirúrgico eficiente, para esta región.

Desventajas

No soluciona el problema.

Dificultad en la adaptación.

Dependencia de la aparatología.

Anestesia General.

No ambulatorio.

Dolor Posquirúrgico.

Posible secuela funcional.

No se puede realizar abordajes simultáneos en un solo acto quirúrgico.

Poca oferta de lugares donde realizarlo.

Costo elevado del material descartable que se utiliza en la aplicación.

Anestesia General.

En ocasiones Ambulatorio.

Poca oferta de lugares donde realizarlo.

Costo elevado del material descartable que se utiliza en la aplicación.

¿QUÉ REQUERIMIENTOS SANATORIALES - HOSPITALARIOS PRESENTA?

Hábitat Quirúrgico y/o Sector de Endoscopia.

Para ciertos pacientes en Consultorio, preparado para prácticas quirúrgicas.

Personal de Enfermería y/o Instrumentadora.

Anestesia tópica y local.

Apoyo anestésico con monitoreo cardiológico (en los casos puntuales que así lo requieran)

Recuperación de 40 a 60 minutos.

Procedimiento ambulatorio.

Material descartable (Puntas-Electrodos).

Por lo expuesto queda de manifiesto que esta técnica genera un gran avance incorporando el área de Cirugía Minimamente Invasiva a la Otorrinolaringología con todas las ventajas de la misma y con una óptima relación costo beneficio.

Si comparamos los costos de las otras alternativas para el tratamiento de esta patología, podremos concluir que en relación a los beneficios obtenidos, esta intervención tiene un costo razonablemente accesible y muchos beneficios, tanto para el Paciente como para el Cirujano.

A continuación Ud. podrá comparar, en esta aproximación, las Ventajas y Desventajas de algunos de los procedimientos realizados para la Terapéutica del “Roncador Habitual” como así también del “Síndrome de Apnea - Hipoapnéa del Sueño” (SAHOS), llamada también la “Enfermedad del Roncador”.

Lea detenidamente el cuadro comparativo, que corresponda quizás a la terapéutica de su problema.

Para cualquier aclaración no dude en comunicarse con nosotros.

Videos:

Aplicación de Radiofrecuencia Bipolar

Interstical en Paladar Blando

<http://otorrinoactualidad.com.ar/avance/wp>

[-content/uploads/2018/04/paladar.mp4](#)

[Descargar Video](#)

Interstical en Hipertrofia de Amigdalas Palatinas

<http://otorrinoactualidad.com.ar/avance/wp>

=

[content/uploads/2018/04/radiofrecuencia.m
p4](#)

[Descargar Video](#)

Bibliografía:

*SOMNOPLASTIA: TRATAMIENTO DEL RONQUIDO CRÓNICO MEDIANTE RADIOFRECUENCIA SOBRE EL PALADAR A. N. GALINDO CAMPILLO, M. GARCÍA y col.

*acta.otorrinolaringol.esp.medynet.com/textocompleto/actaotorrino29/686-692

*Ronquidos diagnostico y tratamientos, Sinfomed.

*Roncopatias cirugía faringea. Dres. Jesús G Ruiz y col, Otorrinoweb.com.

* Tratamiento quirúrgico del SAHS y la roncopatía crónica. Arch Bronconeumol 2005; 41: 75 - 80 ISSN : 1579-2129.

*Perelló E, Galletti F, Encarnación LF.. Antecedentes históricos. En: Quesada P, Perelló E, Lorente J, editores.

*Roncopatía crónica. Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño. Ponencia Oficial al XVII

Congreso Nacional de la SEORL. Madrid: Grupo Masson Editorial Garsi; 1998. p. 15-24.

*Esteller E.. La cirugía en los roncadores y en las apneas nocturnas por obstrucción de la vía respiratoria alta. Jano. 1999;LVII:71-5.

*Guilleminault C, Chervin R, Palombini L, Powell N.. Radiofrequency (pacing and thermic effects) in the treatment of sleep-disordered breathing. Sleep. 2000;23 Suppl 4:S182-6.

* Coste A, Yona L, Blumen M, Louis B, Zerah F, Rugina M, et al.. Radiofrequency is a safe and effective treatment of turbinate hypertrophy. Laryngoscope. 2001;111:894-9

*Powell NB, Zonato AI, Weaver EM, Li K, Troell R, Riley RW, et al.. Radiofrequency treatment of turbinate

hypertrophy in subjects using continuous positive airway pressure: a randomized, double-blind, placebo-controlled clinical pilot trial. Laryngoscope. 2001; 111:1783-90

* Friedman M, Tanyeri H, Lim JW, Landsberg R, Vaidyanathan K, Caldarelli D. Effect of improved nasal breathing on obstructive sleep apnea. Otolaryngol Head Neck Surg. 2000;122:71-4

*Verse T, Maurer JT, Pirsig W.. Effect of nasal surgery on sleep-related breathing disorders. Laryngoscope. 2002;112:64-8

*Yariktas M, Doner F, Dogru H, Tuz M.. The beneficial effect of septoplasty on snoring. Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg. 2003;

*olympuslatinoamerica.com/spanish/msg/msg_termoterapia_esp.asp

Ver también Notas relacionadas:

[TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA APNEA Y DEL RONQUIDO DE CAUSA OBSTRUCTIVA \(Somnoplastía, LAUP, UFPF\)](#)

Esta comunicación ha sido realizada por E.D.I.T.A.R. (Equipo de Docencia, Investigación y Tratamiento de Apneas y Ronquidos).

Quedamos a su disposición para cualquier consulta.
Dr. Mazzarella Roberto, Dra. Rodriguez Ana B.
Agradeceremos que nos envíen sus inquietudes

Aviso a pacientes, familiares o profesionales de atención primaria :
La información de este sitio está dirigida a pacientes, familiares o profesionales de atención primaria. Su contenido no debe usarse para diagnosticar o tratar problema alguno. Si tiene o sospecha la existencia de un problema de salud, imprima este documento y consulte a su médico de cabecera.