



I.- INTRODUCCIÓN A LA RONCOPATÍA

A partir de 1980, los Trastornos Respiratorios Obstructivos del Sueño, especialmente la Apnea Obstructiva del Sueño o SAOS, han adquirido un enorme interés, entre otras razones, por su gran prevalencia o incidencia en la población adulta sobre todo, pero también en la infantil, y por las enormes repercusiones que pueden tener, tanto de índole sociolaboral como médica. Si bien el Ronquido Simple es un problema social o conyugal, o un problema estético como les gusta llamar a algunos, el Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño, en cambio, es un verdadero problema de salud pública que puede estar relacionado con accidentes de tráfico y laborales, absentismo laboral, hipertensión arterial sistémica, hipertensión pulmonar, cardiopatía isquémica, arritmias cardíacas y accidente vascular cerebral. Hay además autores que sostienen que la mortalidad es más elevada en los pacientes con Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño que tienen más de 20 apneas por hora de sueño ($AI > 20$). Se ha implicado también al Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño en trastornos psiquiátricos y neurológicos tales como el déficit de memoria y concentración o incluso depresión.

El término de Roncopatía Crónica, acuñado por CHOUARD y cols. en 1986, incluye sólo, en sentido estricto, el Ronquido Simple (RS) y el Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño (SAOS), entre otras razones porque el Síndrome de Resistencias Aumentadas de las Vías Aéreas Superiores o SARVAS aún no se había definido en 1986. Sin embargo, la mayoría de autores hablan de Trastornos Respiratorios Obstructivos durante el Sueño, que en adelante y para abreviar denominaremos TROS, y que en la literatura anglosajona se conocen como OSDB (Obstructive Sleep-Disordered Breathing).

Los TROS u OSDB incluyen el Ronquido Simple (RS), el SAOS y un cuadro clínico, que podríamos considerarlo de gravedad intermedia, que se conoce como Síndrome de Resistencias Aumentadas de las Vías Aéreas Superiores o SARVAS, , descrito por Guilleminault y colaboradores en 1993.

Los TROS se producen como consecuencia de la combinación de alteraciones anatómicas y funcionales de las Vías Aéreas Superiores (VAS), desde las Fosas Nasales hasta la Laringe, pudiendo dar lugar, en algunos individuos durante el sueño, a:

a) Vibración de los tejidos de la faringe o garganta (paladar blando, amígdalas, paredes laterales de la faringe...), produciendo un ruido o RONQUIDO, sin desestructuración del sueño ni hipersomnia diurna: RONQUIDO SIMPLE O PRIMARIO (RS).

b) Colapso parcial o total de la faringe, pudiendo dar lugar a:

- sólo microdespertares o reacciones de alerta no conscientes o AROUSALS y un sueño no reparador, con la consiguiente SOMNOLENCIA DIURNA EXCESIVA, pero sin desaturación de Oxihemoglobina ni un IAH patológico: SÍNDROME DE RESISTENCIAS AUMENTADAS DE LA VÍA AÉREA SUPERIOR (SARVAS).

- o además de AROUSALS, con la consiguiente SOMNOLENCIA DIURNA EXCESIVA, pausas ventilatorias nocturnas de 10 segundos o más de duración o APNEAS, con un ÍNDICE DE APNEA/HIPOPNEA (IAH) PATOLÓGICO y la consiguiente disminución de Oxígeno en sangre o DESATURACIÓN DE OXIHEMOGLOBINA: SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO (SAOS). Los dos últimos cuadros clínicos pueden tener repercusiones a veces graves: accidentes de tráfico y laborales, por la hipersomnia diurna, y el SAOS además se ha relacionado con infartos de miocardio, hipertensión arterial, accidentes cerebrovasculares...

Los dos pilares básicos que explican la existencia de los TROS son la Vía Aérea Superior (VAS), ya que un segmento de la misma (la faringe o garganta) es muy colapsable ante presiones negativas inspiratorias y también espiratorias, y el Sueño, ya que durante el mismo disminuye el tono muscular, con lo cual los músculos dilatadores de la Faringe tienen menor capacidad para vencer el colapso. Ahora bien, el hecho de que el escenario sea el sueño, un escenario grandioso que ocupa la tercera parte de nuestra vida, y que el protagonista sean las VAS, un tubo colapsable, plantea enormes dificultades por lo que respecta al diagnóstico topográfico de la obstrucción y al tratamiento sobre todo quirúrgico.

En la etiopatogenia o mecanismos de producción de los disturbios respiratorios del sueño no son sólo las anomalías anatómicas de las VAS las que están implicadas en el colapso, sino que también están implicados factores neuromusculares; ¿por qué individuos con una configuración anatómica similar de las VAS presentan un RS, un SARVAS, o un SAOS?

Por otro lado, por razones de costo económico, de tiempo, por existir un gran número de pacientes y porque podemos molestar al sujeto y alterar el sueño, las exploraciones que realizamos rutinariamente, tratando de localizar la obstrucción de las VAS, las realizamos en un escenario irreal, durante la vigilia, con todas las consecuencias de falta de objetividad que ello conlleva.

Por otra parte, si el colapso de las VAS durante el sueño se produce a menudo en diferentes niveles, es muy difícil que con una técnica aislada repermeabilicemos dichas vías.

Es por ello que en los últimos 25 años se han ido desarrollando numerosas técnicas de diagnóstico topográfico: Cefalometría, TAC, Resonancia Nuclear Magnética, Medida de las presiones faríngeas durante el sueño, Somnofluoroscopia, Videosomnoendoscopia.....), y numerosísimas técnicas quirúrgicas: Resección Parcial del paladar (RPP), Escleroterapia del Velo, Implantes del Velo, Uvulopalatofaringoplastia (UPPP), Radiofrecuencia del velo del paladar (RFVP), Uvulopalatoplastia asistida por Láser (LAUP), Avance Geniogloso (AG), Suspensión

del Hioides (SH) , Contención de la Lengua (ARIS-DEROWE), Glossectomía en línea media (LMG), Linguoplastia (LP), Avance Máxilomandibular (MMO). El resultado es la aparición de una cirugía, que se conoce como CIRUGIA MULTINIVEL, que nos permite obtener mejores resultados que con la cirugía aislada del paladar.

En los últimos 30 años, gracias a los trabajos de numerosos investigadores, hemos adquirido notables y profundos conocimientos acerca de la etiopatogenia o mecanismo de producción de los Trastornos Respiratorios Obstructivos del Sueño y hemos avanzado considerablemente en el tratamiento quirúrgico de los mismos. Pero todavía existen numerosas lagunas. En medio de esta panorámica, caracterizada por numerosos y profundos conocimientos por un lado y por la existencia de abundantes incógnitas por otro, debemos resaltar algunos hechos por su especial importancia:

1.- La Polisomnografía (PSG) es la prueba “gold standard” , la prueba de oro, en el diagnóstico de los TROS, sin caer en la idea simplista de que el SAOS es sólo un Índice de Apnea más o menos elevado, con más o menos desaturación de Oxihemoglobina, sino que implica además una fragmentación del sueño, con todas las consecuencias que ello conlleva en el estado de vigilia.

2.- La MPDS (Medida de las Presiones Diferenciales de la Faringe durante el sueño), la Faringometría por reflexión acústica o la Videosomnoendoscopia son unas buenas técnicas de diagnóstico topográfico, pero al igual que otras muchas no es realizable de forma rutinaria. La técnica ideal debe ser barata, sencilla, inocua, con utilidad asistencial, computable cuantitativamente, que aporte información de la anatomía, función y distribución de la grasa de las VAS en vigilia y en sueño, que permita un diagnóstico topográfico de la obstrucción y que se pueda realizar simultáneamente con la PSG.

3.- El único tratamiento capaz de resolver el 100% de los colapsos de las VAS es la traqueotomía. Sólo la aplicación de presión positiva de aire en la faringe (CPAP) y algunas técnicas quirúrgicas con gran morbilidad (efectos secundarios importantes postoperatorios) como el Avance Maxilo-mandibular se aproximan a estos porcentajes.

Ahora bien, la CPAP tiene efectos secundarios importantes, tiene un índice de rechazo considerable sobre todo por parte de individuos jóvenes, y no es fácil su cumplimiento correcto. Es por ello que al paciente hay que ofrecerle otras alternativas de tratamiento, como son la cirugía o las prótesis.

Los TROS son una patología que deben valorar numerosos especialistas, teniendo un papel fundamental el Otorrinolaringólogo, ya que el protagonista de los TROS es la Vía Aérea Superior y por tanto habrá que hacer una valoración de la misma, el Neumólogo, porque en sentido estricto es el indicado para valorar la función respiratoria y adaptar una CPAP, y el Neurofisiólogo, por ser especialista del sueño. Pero además, por las repercusiones de esta patología, y porque en ocasiones hay que hacer un planteamiento quirúrgico, están implicados también otros especialistas como son los cardiólogos, pediatras, neurólogos, endocrinólogos, radiólogos, psiquiatras, cirujanos maxilofaciales y ortodontistas.

Por consiguiente, es de suma importancia hacer una llamada al CONSENSO de los diferentes especialistas implicados en el manejo de esta patología multidisciplinaria.

Creo que se deben abandonar algunas discusiones vacías de contenido y alejadas del objetivo primordial que debe ser el paciente. Son todavía, en detrimento de los pacientes, numerosos los hospitales en donde no existe la más mínima comunicación entre los diferentes especialistas que deben manejar a estos enfermos. A los pacientes con SAOS debemos ofrecerles todo el amplio y variado arsenal terapéutico que disponemos, explicándoles claramente las limitaciones de unos y otros, de acuerdo con unos criterios serios y consensuados, y no sólo la CPAP o sólo la Cirugía.

Como veremos más adelante, no existe una técnica quirúrgica universal que valga para todos los roncadores, ni para todos los pacientes con SAOS, sino que las diferentes técnicas existentes se indicarán en función de las características anatómicas de la faringe. Por otro lado, tanto el RS, como el SARVAS o el SAOS necesitan, además del tratamiento específico, un tratamiento complementario o conservador: medidas higiénico dietéticas, posturales y médicas: tratar el sobrepeso o la obesidad, evitar tabaco, alcohol y algunos fármacos que actúan sobre el Sistema Nervioso Central (somniaferos, tranquilizantes...), tratar el hipotiroidismo, el reflujo gastroesofágico y algunas más. Estas medidas por sí solas pueden mejorar el ronquido y a veces los casos de SAOS ligero, pero difícilmente los casos de SAOS moderado o severo.

Ninguna técnica quirúrgica, excepto la traqueotomía, tiene un éxito del 100%, ya que, entre otras razones, no existe actualmente ningún método diagnóstico que nos indique con toda exactitud el área o áreas de la Vía Aérea Superior que se colapsan durante el sueño. En la actualidad, existe un consenso generalizado de que en los casos de SAOS moderado o severo el tratamiento inicial debe ser la CPAP (dispositivo que aplica aire en la faringe con una presión positiva para que no se colapse durante el sueño), y, cuando el paciente no acepta o no cumple debidamente con la CPAP, se puede ofrecer un tratamiento quirúrgico. En los casos de SAOS ligero se puede ofrecer como tratamiento inicial el quirúrgico. También existe un tratamiento con prótesis para los casos de SAOS ligero o moderado que rechacen la CPAP o que presenten un SAOS residual tras la cirugía.

El tratamiento quirúrgico consiste en eliminar los obstáculos anatómicos que provocan la obstrucción de la Vía Aérea Superior, desde Fosas Nasales hasta la Laringe, o aumentar el tono de la misma mediante diferentes técnicas que pueden realizarse solas o combinadas.

A veces el tratamiento quirúrgico fracasa y el paciente debe continuar con la CPAP.