



## **II. RONQUIDO SIMPLE O PRIMARIO.**

### **2.-PERSPECTIVA HISTÓRICA DEL RONQUIDO SIMPLE**

Hasta hace poco, el ronquido era considerado como síntoma de buena salud, como signo inequívoco de sueño profundo y reparador. Hoy en día, sin embargo, sabemos que el ronquido significa que el aire inspirado durante el sueño, en su recorrido hacia los pulmones, forma turbulencias en el segmento anatómico que va desde las Fosas Nasales hasta la Laringe, dando lugar a la vibración de los tejidos de la faringe o garganta y a la producción de un ruido más o menos intenso que se conoce como ronquido. Y esto es signo de que también en los casos de RS existe en la faringe una obstrucción al paso del aire, aunque sea incompleta, que, si bien no es capaz de reducir significativamente el flujo de aire, puede provocar, sin embargo, turbulencias generadoras de ruido.

Son numerosas las referencias literarias que podemos encontrar por lo que respecta al Ronquido. Así, nos encontramos con el siguiente relato de Miguel de Cervantes en su libro DON QUIJOTE DE LA MANCHA (1605-1615): “Finalmente, Sancho se quedó dormido al pie de un alcornoque, y Don Quijote dormitando al lado de una robusta encina, pero poco espacio de tiempo había pasado cuando le despertó un ruido que le hizo levantar con sobresalto creyendo que algún encantamiento le hacía oír el cuerno de Roldán. Era Sancho que roncaba, y así hubiera seguido perturbando la paz de la noche, si Don Quijote, presto, no le hubiera despertado.....”

El ronquido es, dentro del reino animal, un hábito característico de los humanos. Tal vez, cuando nuestros antepasados empezaron a dormir en decúbito supino, sobre la espalda, se convirtieron en roncadores. En 1964, el naturalista alemán Immelmann señala: “Los animales salvajes no roncan. Ellos duermen tanto en posición ventral como de costado, así su mandíbula inferior queda inmovilizada en cierta manera, evitando que se desplace hacia atrás”.

No debemos olvidar que cuando abrimos la boca, la lengua sigue el desplazamiento dorsocaudal (hacia atrás y abajo) de la mandíbula, con lo que disminuye el espacio detrás de la base de la lengua para el paso del aire. Esta sería una de las causas por las que la obstrucción nasal provoca ronquido, al condicionar que el paciente con fosas nasales obstruidas, duerma gran parte de la noche con la boca abierta. No obstante, el bulldog y otros perros braquiocefálicos pueden poner en entredicho estas afirmaciones, ya que roncan terriblemente, de manera que a algunos de ellos se les recorta el paladar

blando y la úvula o campanilla para eliminar el ronquido, como señala Singleton en un trabajo publicado en 1962.

Haciendo un recorrido histórico nos encontramos con un gran número de personajes importantes que también roncaban “para consuelo de los roncadores”, como señala Dugan en su artículo “Bedlam in the Boudoir” (1947). El historiador Plutarco señaló que el emperador Otho roncaba, y fueron roncadores algunos personajes como Lord Chesterfield o Winston Churchill, que emitía ronquidos con una intensidad de 35 decibelios, según el informe de un oficial de la marina que iba a bordo en un barco en Agosto de 1944. Otro gran roncador fue Mussolini, de acuerdo con las memorias de las mujeres que lo conocieron. Veinte de los 32 presidentes de los Estados Unidos roncaban. El presidente Theodore Roosevelt, en una ocasión en que estuvo ingresado en un hospital, roncaba tan fuerte que se quejaron todos los pacientes de la planta en donde estaba recuperándose.

Se han registrado ronquidos de hasta 80 decibelios, que es aproximadamente el ruido que produce un motor de gasoil de un camión o de un autobús. En el Libro Guinness de los Récords está registrado el ronquido de un roncador crónico, con un pico de 87,5 decibelios en Kent, Inglaterra, en la madrugada del 28 de Junio de 1984.

Los primeros tratamientos para solucionar el ronquido fueron presentados por Morand en 1772, en la Real Academia de las Ciencias de París, a través de unos opúsculos de cirugía que describían la resección de la úvula para eliminar el ronquido.

Entre 1900 y 1950 se pueden encontrar numerosos trabajos acerca del tratamiento del ronquido, consistentes en variados y, en ocasiones curiosos, artilugios que tenían como finalidad fijar la lengua y la mandíbula, para que el paciente no abriera la boca mientras dormía, o dispositivos para que el roncador no pudiera dormir sobre su espalda, es decir, en decúbito supino.

En 1952 Ikematsu realiza por vez primera una técnica quirúrgica para eliminar el ronquido, la PALATOPLASTIA o resección de parte del pilar posterior y de la úvula. A partir de esta fecha realiza 152 intervenciones, publicando los resultados de su trabajo, un 81,6 % de éxito para el ronquido, en 1964. Sin embargo, estos trabajos de Ikematsu fueron poco conocidos, hasta que años más tarde Fujita los recuperó y se dieron a conocer por todo el mundo.

A partir de estos años se empieza a desarrollar la cirugía del velo del paladar, no sólo para el tratamiento del RS sino en ocasiones también para el SAOS. Quesada y Perelló (1974) desarrollan en España la Resección Parcial del Paladar (RPP), y Fujita (1981), rescatando los trabajos de Ikematsu, diseña en Estados Unidos la Uvulopalatofaringoplastia (UPPP). Esta técnica, por diversas razones, fué la más difundida por todo el mundo, introduciéndose numerosas modificaciones de la misma por diversos autores: Simmons (1983), Morán (1985), Chouard y Chabolle (1986), Dickson (1987), Fairbanks (1987), Piché (1989), Koopmann (1990), Minet (1992), Woodson (1993), Friedman (2004).

Cottle, en 1978, describe el “síndrome nasal nocturno”, señalando las implicaciones que pueden tener las fosas nasales tanto en el ronquido simple como en el agravamiento del SAOS. Me gustaría señalar, al respecto, que en no pocas ocasiones, al hablar de la

roncopatía crónica, se olvidan las Fosas Nasales o segmento corriente arriba o “upstream”, que constituyen el segmento proximal de la VAS, y que van a condicionar en parte las presiones negativas que se generen en el segmento colapsable faríngeo. Son numerosísimas las publicaciones acerca de la implicación de las Fosas Nasales en el RS y en el SAOS, como puede verse en la Perspectiva Histórica del SAOS, aunque, en general, la cirugía nasal aislada puede ser eficaz en el RS pero no en el SAOS.

En 1990 Kamami publica los primeros resultados acerca del tratamiento del ronquido con Láser de CO<sub>2</sub>, Laser-Assisted Uvulopalatoplasty (LAUP), con unas tasas de éxito del 85%.

Coleman, en 1994, desarrolla la técnica del Láser para el tratamiento del ronquido en EE.UU, de modo que se convirtió en la técnica más frecuentemente realizada para el tratamiento del ronquido. En nuestra experiencia, la LAUP ofrece unos magníficos resultados, pero tiene el inconveniente de que el posoperatorio es muy doloroso, al igual que la UPPP.

En 1997, Riley y Powell, de la Universidad de Stanford, California, publican sus trabajos acerca de la reducción volumétrica de tejido en un modelo animal (lengua de cerdo), mediante Radiofrecuencia, una energía que ya era utilizada para la ablación de tejidos por cardiólogos, neurólogos, oncólogos y urólogos.

Posteriormente utilizan esta técnica sobre el paladar blando para el tratamiento del ronquido, publicando en 1998 una reducción del ronquido en el 77% de los pacientes. El desarrollo tecnológico había permitido, una vez más, mejorar la calidad de vida, ya que la Radiofrecuencia del Velo del Paladar para el tratamiento del ronquido se podía hacer con anestesia local y en régimen ambulatorio.. La técnica era muy sugestiva, tanto por la sencillez de su realización como por las escasas complicaciones que tenía, así como por un postoperatorio mínimamente doloroso, salvo que apareciera alguna úlcera. Sólo cabía esperar que los cirujanos del ronquido, los otorrinolaringólogos, no la desvirtuáramos, tanto en las estrictas indicaciones de la misma como en su correcta realización. Después de 6 años de experiencia hemos comprobado que la RF del velo del paladar, si bien es una técnica fácil de realizar, con mínimas complicaciones y con un postoperatorio prácticamente sin dolor, salvo que aparezca alguna úlcera, sin embargo es un procedimiento que suele requerir más de una sesión de tratamiento y su eficacia se reduce al cabo de un año y medio o dos (Li y cols., 2000; Trotter y cols., 2002; Said y Strome, 2003), aunque nuestros resultados no son acordes con estas publicaciones.

En el año 2000 aparecen publicaciones sobre el tratamiento del ronquido, utilizando el electrocauterio standard para hacer más rígido el velo del paladar.

Brietzke y Mair introducen en 2001 una nueva técnica para el tratamiento del ronquido, la escleroterapia del velo del paladar, consistente en inyectar en el velo del paladar una sustancia esclerosante, el tetradecyl sulfato de sodio al 3%, que no ha sido autorizada en Europa para este uso, con el fin de aumentar la rigidez del paladar blando.

Una nueva técnica, mínimamente invasiva, para el tratamiento del ronquido ha sido testada clínicamente por diferentes autores en un número de pacientes de 10-106, publicando unos resultados, respecto a la satisfacción de la pareja del roncador, del 67-

100%: Ho y Wei, 2004; Nordgard y cols., 2004; Maurer y cols., 2005; Kühnel y cols., 2005; Sjostad, 2006; Friedman, 2006. Se trata de colocar unos implantes, bajo anestesia local y en régimen ambulatorio, consistentes en tres cilindros de filamentos de poliéster estrictamente en la porción muscular del velo del paladar.

Este material ya había sido utilizado previamente para endoprótesis vasculares, para mallas en la cirugía gástrica y en las válvulas cardíacas. Nosotros también hemos empezado a utilizar estos implantes en nuestro Hospital, y estamos realizando un estudio acerca de su eficacia y complicaciones.

Como vemos, a lo largo de los últimos años se han diseñado numerosas técnicas, cada vez menos invasivas, para el tratamiento del ronquido. Evidentemente, si cualquiera de estas técnicas sirviera para tratar cualquier ronquido, utilizaríamos lógicamente la más sencilla, la que se pudiera hacer con anestesia local y en régimen ambulatorio, la que tuviera las mínimas complicaciones y el postoperatorio menos doloroso. Sin embargo, una vez que hemos utilizado todas, excepto la escleroterapia, podemos decir que no existe una técnica universal para todos los pacientes que roncan, sino que, en nuestra experiencia, existe una técnica para cada paciente. En otras palabras, la indicación de la técnica adecuada viene condicionada fundamentalmente por las características anatómicas de la faringe, o lo que es lo mismo, por el tamaño, longitud y presencia de más o menos elementos vibratorios de la misma. Por consiguiente, también en el caso del Ronquido Simple debemos estudiar adecuadamente al paciente, porque, en ocasiones, hemos podido comprobar que la mejoría de la respiración nasal mediante tratamiento médico ha sido suficiente para mejorar un ronquido, sin necesidad de recurrir al amplio arsenal terapéutico que disponemos, aunque estos casos, desgraciadamente, sean los menos frecuentes.