

Incidencia y tratamiento de la roncopatía en el Hospital Universitario "General Calixto García Iñiguez", diciembre 2008-2009

Incidence and treatment of snore disease in the "General Calixto García Iñiguez" University Hospital, December 2008-2009

Carmen Toledo Valdés^I; Adolfo Hidalgo González^{II}; José Ramón Díaz Martínez^{III}; Iván Cuevas Véliz^{IV}; Anabel Quintana Reyes^V

^IResidente de 2do. Año de Medicina General Integral. Hospital Universitario "General Calixto García Iñiguez". La Habana, Cuba.

^{II}Especialista de I Grado en Otorrinolaringología. Hospital Universitario "General Calixto García Iñiguez". La Habana, Cuba.

^{III}Especialista de II Grado en Oncología. Profesor Auxiliar. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. La Habana, Cuba.

^{IV}Especialista de II Grado en Oncología. Instructor. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. La Habana, Cuba.

^VResidente de 2do. Año de Otorrinolaringología. Hospital Universitario "General Calixto García Iñiguez". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: La roncopatía es un problema de salud actual, frecuente en la población adulta por su incidencia y repercusión negativa sobre la calidad de vida de los pacientes afectados.

Objetivos: Conocer la incidencia, los síntomas, los factores predisponentes, las enfermedades asociadas más frecuentes y evaluar los resultados del tratamiento quirúrgico de esta afección en la población sometida a estudio.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo prospectivo transversal. Se estudiaron 21 pacientes, 14 (66,6 %) del sexo masculino y 7 (33,4 %) del femenino, atendidos en el servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario "General Calixto García Iñiguez" durante el período comprendido de diciembre de 2008 a diciembre de 2009.

Resultados. El 33 % de los pacientes presentaron síndrome de apnea del sueño, más trastornos diurnos como hipersomnolencia diurna y cefalea matinal y en algunos casos popliglobulia e hipertensión arterial. Los factores predisponentes más frecuentes fueron la obesidad y la obstrucción orofaríngea. A 19 (90,47 %) de los

pacientes con roncopatía se les realizó tratamiento quirúrgico y evolucionaron satisfactoriamente a la semana y al mes de operados.

Conclusiones: Los síntomas más frecuentes en los pacientes roncoadores fueron la hipersonmolencia diurna, los ahogos nocturnos y la cefalea matinal. Los factores de riesgo más frecuentes fueron la obesidad y la obstrucción orofaríngea.

Palabras clave: roncopatía, síndrome de apnea del sueño, síntomas, tratamiento.

ABSTRACT

Introduction: The snore disease is a current health problem frequent in adult population due to its incidence and negative repercussion on the quality of life of involved patients.

Objectives: To know the incidence, symptoms, predisposing factors, the more frequent associated diseases and also to assess the results of surgical treatment of this affection in the study population.

Methods: A cross-sectional and descriptive study was conducted. Twenty one patients were studied, 14 (66,6%) of male sex and 7 (33,4%) of female sex, seen in the Otorhinolaryngology Service of the "General Calixto García Iñiguez " University Hospital from December, 2008 to December, 2009.

Results: The 33% of patients had sleep apneic syndrome plus diurnal disorders like the diurnal hypersomnia and morning headache and in some cases popligulia and arterial high blood pressure. The more frequent risk factors were obesity and oropharyngeal obstruction. A total of 19 patients (90,47%) were surgically treated with a satisfactory evolution at one week and at one month after surgery.

Conclusions: The more frequent symptoms in snoring patients were the diurnal hypersomnia, nocturnal breathlessness and morning headache. The more frequent risk factors were obesity and oropharyngeal obstruction.

Key words: Snore disease, sleep apnea syndrome, symptoms, treatment.

INTRODUCCIÓN

La roncopatía debe ser considerada como una enfermedad y no como un acontecimiento normal en la vida de las personas, tal como fue considerada durante muchos años. Se produce durante el sueño con síntomas y signos variados, de los cuales el más importante es el ronquido que resulta del estrechamiento de la bucofaringe. La fisiopatología es multifactorial, inspiratoria y espiratoria en la que confluyen una serie de factores que generan un aumento anormal de la resistencia de las vías aéreas superiores durante el sueño. Aparecen también cuadros de depresión, ansiedad, y cambios del carácter.

La prevalencia del síndrome de apnea del sueño, en la población infantil, es de un 2,9 %, elevándose cuando se incluyen los ronquidos con o sin apneas al 10 % en Francia y a un 7,3 % en Italia.¹

En México afecta a más de 35 millones de personas entre los 30 y 60 años de edad, se considera un problema de salud por su asociación con problemas cardiovasculares, neurológicos, hipertensión arterial y pulmonar por falta de oxígeno.²

La Otorrinolaringología ha sido pionera en el tratamiento de la roncopatía crónica (traqueotomía y cirugía del paladar) y ha seguido investigando nuevas opciones terapéuticas tanto para conseguir mejores resultados (cirugía maxilomandibular, suspensiones hioideas, cirugía de base de lengua), realizar cirugías menos agresivas para el paciente (láser en paladar y base de lengua, y la aplicación de la radiofrecuencia en paladar y base de lengua), y profundizar en la fisiopatología, los métodos de exploración de la vía aérea superior y la epidemiología de la enfermedad.³

El síndrome de apneas e hipoapneas durante el sueño en la infancia en los Estados Unidos afecta al 2-3 % de la población, y es igual para ambos sexos. La mayoría de los casos se inician cercanamente a los 2 años de edad con el desarrollo del tejido linfóide del anillo de Waldeyer.⁴

La prevalencia de roncopatía en la población chilena es elevada. Un 34 % de los hombres y 25 % de mujeres tienen alto riesgo de síndrome de apnea del sueño.⁵ Los objetivos del presente artículo son conocer la incidencia, los síntomas, los factores predisponentes, las enfermedades asociadas más frecuentes y evaluar los resultados del tratamiento quirúrgico de esta afección en la población sometida a estudio.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo prospectivo de corte transversal para el cual se utilizó una encuesta diseñada al efecto, semiestructurada con preguntas a responder por el paciente y a comprobar mediante el examen físico de otorrinolaringología con opciones concretas de respuesta. La muestra estudiada está conformada por 21 pacientes, 14 del sexo masculino y 7 del femenino, que constituyen el total de pacientes con roncopatía que acudieron a la consulta externa de Otorrinolaringología del Hospital "General Calixto García Iñiguez" entre diciembre de 2008 y diciembre de 2009. Como técnica de análisis de la información se calculó el por ciento como medida de tendencia central ya que se trabajó con el universo y no fue necesario aplicar otra técnica de significación estadística.

RESULTADOS

En la tabla 1 se presenta la distribución de la muestra por sexos. La tabla 2 muestra la distribución por grupos de edades de la población sometida a estudio.

Tabla 1. Distribución de los pacientes con roncopatía según sexo

| Sexo | Masculino | | Femenino | | Total | |
|-------|-----------|------|----------|------|-------|-----|
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| Total | 14 | 66,6 | 7 | 33,4 | 21 | 100 |

Fuente: Dato primario

Tabla 2. Distribución de los pacientes con roncopatía según edad

| Grupo etario | No. | % |
|--------------|-----|------|
| 35-39 | 1 | 4,7 |
| 40-44 | 1 | 4,7 |
| 45-49 | 6 | 28,5 |
| 50-54 | 7 | 33,4 |
| 55-59 | 4 | 19,2 |
| 60 y más | 2 | 9,5 |
| Total | 21 | 100 |

Fuente. Dato primario

La distribución de los síntomas que presentaron los pacientes se muestra en la tabla 3; los referidos como más frecuentes fueron la hipersomnolencia diurna, en el total de los pacientes, los ahogos nocturnos y la cefalea matinal.

Tabla 3. Síntomas referidos por los pacientes roncadores

| Síntomas | No. | % |
|--------------------------------------|-----|------|
| Hipersomnolencia | 21 | 100 |
| Cefalea matinal | 18 | 85,7 |
| Astenia matinal | 15 | 71,4 |
| Ahogos nocturnos | 19 | 90,4 |
| Alteraciones de la función cognitiva | 12 | 57,1 |
| Irritabilidad | 10 | 47,6 |
| Insomnio | 6 | 28,5 |

Fuente: Dato primario

En la tabla 4 se presenta la distribución de los factores predisponentes de roncopatía. La obesidad, la obstrucción orofaríngea, el tabaquismo y el antecedente patológico familiar de roncopatía fueron, en este orden, los más frecuentes.

Tabla 4. Factores predisponentes de los pacientes con roncopatía

| Factores predisponentes | Sexo | | | | Total |
|---|-----------|------|----------|------|-------|
| | Masculino | | Femenino | | |
| | No. | % | No. | % | |
| Obesidad | 9 | 42,8 | 8 | 38,0 | 17 |
| Obstrucción orofaríngea | 10 | 47,6 | 5 | 23,8 | 15 |
| Obstrucción nasofaríngea | 8 | 38,0 | 6 | 28,5 | 14 |
| Tabaquismo | 9 | 42,8 | 5 | 23,8 | 14 |
| Alcoholismo | 6 | 28,5 | - | - | 6 |
| Consumo de psicofármacos | 1 | 4,8 | 4 | 19,0 | 5 |
| Antecedentes patológicos familiares de roncadores | 6 | 28,5 | 5 | 23,8 | 11 |

Fuente: Dato primario

En la tabla 5 se presenta la frecuencia de las causas de obstrucción orofaríngea en los pacientes estudiados. La hipertrofia de las amígdalas palatinas y el velo del paladar flácido y voluminoso fueron las causas de obstrucción más frecuentemente identificadas.

Tabla 5. Frecuencia de los causas de obstrucción orofaríngea en los pacientes

| Causas de obstrucción orofaríngea | No. |
|---------------------------------------|-----|
| Hipertrofia de amígdalas palatinas | 10 |
| Velo del paladar flácido y voluminoso | 9 |
| Úvula alargada | 4 |
| Hipertrofia de amígdala lingual | 3 |

Fuente: Dato primario.

A 15 casos (71,4 %) con roncopatía se les realizó tratamiento quirúrgico con la técnica de uvulopalatofaringoplastia con amigdalectomía si lo requerían. A 4 casos se les intervino quirúrgicamente por obstrucción nasofaríngea sin otro factor obstructivo asociado. Estos pacientes se evolucionaron satisfactoriamente a la semana y al mes de operados.

DISCUSIÓN

Se ha reportado en la literatura revisada que el 24 % de los hombres y el 14 % de las mujeres son roncadores habituales.^{6,7} En nuestra investigación se corroboró el hecho de que el sexo masculino es el más afectado por la roncopatía.

En México se reportan afectadas más de 35 millones de personas entre los 30 y 60 años de edad.² En nuestro estudio las edades de nuestros pacientes están distribuidas entre 35 y 60 y más años de edad, aunque la mayor frecuencia de roncadores está agrupada entre los 45 y los 59 años, cuyo comportamiento está comprendido entre los valores descritos por la población mexicana.

En un estudio realizado en Inglaterra se obtuvo como resultado que la cuarta parte de los encuestados con este padecimiento aquejaban cefaleas matutinas, hipersomnolencia diurna, irritabilidad y bajo rendimiento laboral.⁸ En los pacientes estudiados en el Hospital "General Calixto García Íñiguez", los síntomas más frecuentes fueron la hipersomnolencia diurna en todos los pacientes, los ahogos nocturnos, la cefalea y la astenia matinal, las alteraciones en la función cognitiva, la irritabilidad y el bajo rendimiento laboral le siguieron en orden de frecuencia como síntoma referido, los que concuerdan como los principales padecimientos que presentan los pacientes con roncopatías en el estudio inglés antes mencionado.

Entre el 60-70 % de los enfermos con roncopatía son obesos. El 3 % de las personas que sufren obesidad mórbida padecen un síndrome de apnea del sueño.^{9,10} El factor predisponente más frecuente en este período de estudio en el Hospital "General Calixto García Íñiguez", fue la obesidad donde de 21 pacientes roncadores 17 eran obesos para un 80,9 % lo que coincidió con lo reportado en la literatura.

Otro factor predisponente es el tabaquismo, presente en 14 pacientes de los estudiados por nosotros (66,6 %). En la población cubana el hábito de fumar según la segunda encuesta nacional de factores de riesgo y enfermedades crónicas realizada por el Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM) en el 2001 aportó una prevalencia de 32 % por lo tanto este es un factor predisponente para enfermedades que afectan a las vías aéreas facilitando la aparición de roncopatía.¹¹

La obstrucción orofaríngea es el substrato más frecuente de las roncopatías, existiendo dos localizaciones principales de obstrucción que son, el paladar blando y la base de la lengua. A nivel amigdalario, la hipertrofia es la causa más importante en los niños, pero también puede estar presente en el adulto, sin olvidar las hipertrofias tumorales y neoforativas.^{12,13} Esta causa, la obstrucción orofaríngea, representó en nuestro estudio un 71,4% del total de casos coincidiendo con lo reportado.

La cirugía de la vía aérea superior está claramente indicada cuando existen alteraciones anatómicas que producen la obstrucción anatómica.^{14,15} En nuestro estudio este tratamiento de elección tuvo resultados satisfactorios en todos los pacientes operados. A los pacientes no operados se les indicaron medidas higiénicas y dietéticas que conllevan a desarrollar un estilo de vida saludable: buena higiene de sueño, con horarios regulares y apropiados, la abstención de alcohol, tabaco y medicamentos depresores de la respiración y, sobre todo, la pérdida de peso en los sujetos obesos

En el presente estudio los síntomas más frecuentes en los pacientes roncadores fueron la hipersomnolencia diurna, seguida de los ahogos nocturnos y la cefalea matinal, y los factores de riesgo más frecuentes, la obesidad y la obstrucción orofaríngea. El 90,4 % de los casos con roncopatía resolvieron con tratamiento quirúrgico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rosell Antón JA. El ronquido, enojo social. Seminario Médico Español. 2007;59 (1):13- 35.

2. Durán J, Amilibia J, Barbé F, Capote F, González-Mangado N, Jiménez A, et al. Disponibilidad de recursos técnicos para el diagnóstico y el tratamiento del síndrome de apneas obstructivas durante el sueño en los hospitales de la red pública del Estado. Arch Bronconeumol. 1995;31:9:463-9.
3. Carmona Bernal C, Capote Gil F, Botebol Benhamou G, García López P, Sánchez Armengol A, Castillo Gómez J. Evaluación de la somnolencia diurna excesiva en conductores profesionales con sospecha de síndrome de apnea obstructiva durante el sueño. Arch Bronconeumol. 2000;36(8):436-40.
4. Erdamar B, Suoglu Y, Cuhadaroglu C, Katircioglu S, Guven M. Evaluation of clinical parameters in patients with obstructive sleep apnea and possible correlation with the severity of the disease. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2001;258:492-95.
5. Walker RP, Durazo-Arvizu R, Watcher B, Gopalsami CH. Preoperative differences between male and female patients with sleep apnea. Laryngoscope. 2001;111:1501-05.
6. Hessel NS, de Vries N. Diagnostic work-up of socially unacceptable snoring II: Sleep endoscopy. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2002;259:158-61.
7. Pelin Z, Karadeniz D, Ozturk L, Gozukimizi E, Kaynak H. The role of mean inspiratory effort on day time sleepiness. Eur Respir J. 2003;21:688-94.
8. Virkkula P, Maasilta P, Hytonen M, Salmi T, Malmberg H. Nasal obstruction and sleep- disordered breathing: the effect of supine body position on nasal measurements in snorers. Acta Otolaryngol. 2003;123:648-54.
9. Schellenberg JB, Maislin G, Schwab RJ. Physical findings and the risk of obstructive sleep apnea. The importance of oropharyngeal structures. Am J Respir Crit Care Med. 2000;162:740-48.
10. Kapsimalis F, Kryger MH. Gender and obstructive sleep apnea syndrome, part 1: Clinical features. Sep. 2002;25(4):412-41.
11. García Roche RG, García Pérez RM, Hernández Sánchez M, Varona Pérez P, Bonet Gorbea M, Chang de la Rosa M. Calidad de vida relacionada con la salud de los expuestos activamente al tabaco. Cuba.2001. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2007;45(2):56-62.
12. Li KK, Kushida C, Powell NB, Riley RW, Guilleminault C. Obstructive sleep apnea syndrome: A comparison between far-east asian and white man. Laryngoscope. 2000;110:1689-93.
13. Friedman M, Tanyeri H, La Rosa M, Landsberg R, Vaidyanathan K, Pieri S, Caldarelli D. Clinical predictors of obstructive sleep apnea. Laryngoscope. 1999;109:1901-07.
14. Naganuma H, Okamoto M, Woodson BT, Hirose H. Cephalometric and fiberoptic evaluation as a case-selection technique for obstructive sleep apnea syndrome (OSAS). Acta Otolaryngol. 2002;Suppl 547:57-63.
15. De Vito A, Berrettini S, Carabelli A, Sellari-Franceschini S, Bonanni E, Gori S, et al. The importance of nasal resistance in obstructive sleep apnea syndrome: a study with positional rhinomanometry. Sleep Breath. 2001;5:3-11.

Recibido: 3 de abril de 2010.
Aprobado: 15 de junio de 2010.

Dra. *Carmen Toledo Valdés*. Hospital "General Calixto García Íñiguez", Avenida Universidad y J, municipio Plaza, Ciudad de La Habana, Cuba. CP 10400.
E- mail: icuevas@infomed.sld.cu