

## Síndrome de apnea obstructiva del sueño en niños, algo que no debemos olvidar buscar

**Autor:** Dra. Valentina Arriaza P., Residente Medicina Familiar UC

**Editor:** Dra. Pamela Rojas G., Docente Departamento Medicina Familiar UC

Octubre de 2021

**Resumen:** El síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) puede ser fácilmente ignorado durante los controles de salud de rutina en el paciente pediátrico. En este artículo profundizaremos en este tema y en una propuesta de abordaje en un contexto de atención primaria.

**Palabras claves:** síndrome de apnea obstructiva del sueño(SAOS), respirador bucal, atención primaria en salud(APS) y medicina familiar.

### INTRODUCCIÓN

El síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) corresponde a episodios recurrentes de obstrucción parcial o completa de las vías respiratorias superiores durante el sueño, lo que conduce a una ventilación y un patrón de sueño anormal. Su prevalencia en los niños es del 2 al 4% y está aumentando con la tendencia creciente de la obesidad infantil. Su importancia radica en sus consecuencias cardiovasculares, metabólicas y neurocognitivas<sup>1</sup>.

Parte de los elementos a evaluar en el control de salud de rutina del niño es la higiene del sueño, sin embargo, también es relevante preguntar sobre las características de este. La figura 1 muestra algunas preguntas útiles para la pesquisa de SAOS infantil, las que fueron seleccionadas del *Pediatric sleep questionnaire(PSQ)* por su mayor sensibilidad y especificidad para la pesquisa de este síndrome<sup>2</sup>.

#### Figura 1. Preguntas útiles para la pesquisa de SAOS

Preguntas útiles para la pesquisa de SAOS infantil:

- ¿Ronca siempre?
- ¿Ronca fuerte?
- ¿Tiene dificultad para respirar al dormir?
- ¿Ha visto o escuchado pausas respiratorias o apneas?
- Durante el día ¿lo observa con la boca abierta?
- ¿Se despierta cansado?

*Elaboración propia basada en artículo "Diagnostic accuracy of the Spanish version of the Pediatric Sleep Questionnaire for screening of obstructive sleep apnea in habitually snoring children."<sup>2</sup>*

Luego de identificar los aspectos sugerentes de SAOS, se debe tener claridad sobre la clasificación de las etiologías que componen este síndrome, ya que en base a esto se desprenden aspectos de anamnesis y examen físico que puedan aportar a la discriminación de la causa. En este punto es importante señalar que la respiración bucal debe ser evaluada como elemento fundamental<sup>3</sup>. La figura 2 resume sus principales causas.

#### Figura 2. Principales etiologías de la respiración bucal en niños.

- Rinitis vasomotora
- Rinitis alérgica
- Hipertrofia de adenoides y/ amígdalas
- Hipertrofia de cornetes
- Desviación de tabique nasal
- Pólipos y tumores

*Elaboración propia basada en artículo "El papel del pediatra ante el síndrome de respiración bucal."<sup>3</sup>*

La clasificación actual de las causas de SAOS guarda directa relación con las características clínicas y opciones de tratamiento disponibles. La tabla 1 resume la clasificación vigente:

Tabla 1: Clasificación actual de las causas de SAOS

<b>Clasificación</b>	<b>Aspectos relevantes</b>
Tipo 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Secundario a: hipertrofia de adenoides y/o amígdalas sin obesidad.</li> <li>● Examinar: respiración bucal, congestión nasal, habla hiponasal, historia de ronquidos, sinusitis crónica y otitis media recurrente, así como desarrollo neurológico deficiente y alteraciones emocionales.</li> <li>● Opciones de tratamiento: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manejo conservador: corticoides intranasales o antileucotrienos como el montelukast.</li> <li>- Quirúrgico: resección de adenoides y amígdalas.</li> </ul> </li> </ul>
Tipo 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Secundario a: hipertrofia moderada de adenoides y/o amígdalas + obesidad. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hay presencia de grasa a nivel del tejido blando faríngeo, lo que reduce el calibre de la luz y aumenta el colapso de las propias estructuras. La mayor presencia de grasa en las paredes torácica y abdominal reduce significativamente la función respiratoria.</li> <li>- Algunas teorías sugieren una asociación bidireccional causa y efecto entre el SAOS y la obesidad, ya que el colapso de las estructuras promueve la obstrucción, y este trastorno del sueño perpetúa las alteraciones metabólicas causantes de la obesidad.</li> </ul> </li> <li>● Examinar: Similar a tipo 1. Las diferencias pueden apreciarse en el examen físico usando como guía la escala Mallampati.</li> <li>● Opciones de tratamiento: Manejo integral: disminución de IMC en conjunto con terapia antiinflamatoria con corticoides intranasales o montelukast. Se elige este manejo por sobre el manejo quirúrgico como primera línea dado el alto nivel de recidiva de SAOS en los pacientes obesos con adenotonsilectomía.</li> </ul>

Tipo 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Secundario a: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Involucra enfermedades causantes de síndrome hipotónico, además de patologías asociadas a malformaciones craneofaciales.</li> <li>○ Las alteraciones del tamaño, posición y geometría de la mandíbula y de la lengua pueden conducir al engrosamiento de la región retropalatina.</li> </ul> </li>   <li>● Opciones de tratamiento: Se recomienda una derivación por sospecha de SAOS a nivel secundario para un estudio del sueño con polisomnografía o poligrafía, con eventual manejo con ventilación mecánica no invasiva.</li> </ul>
--------	---

*Elaboración propia basada en artículo "Evaluation and Management of Children with Obstructive Sleep Apnea Syndrome."<sup>1</sup>*

### ¿Qué opciones tenemos a nivel ambulatorio para el manejo del SAOS?

Una revisión sistemática publicada el 2020 que buscaba evaluar la eficacia y seguridad de los fármacos antiinflamatorios para el tratamiento de la SAOS en niños, incluyó ensayos clínicos randomizados que usaran corticoides intranasales o montelukast. Los principales resultados medidos fue el índice apnea hipoapnea (número de episodios obstructivos en 1 hora medidos mediante poligrafía o polisomnografía), que corresponde a un criterio diagnóstico objetivo de SAOS. Los resultados mostraron:

- Montelukas: redujo episodios de apneas e hipoapneas por hora, con un promedio de 3,5 eventos.
- Corticoides intranasales: no hubo diferencias estadísticamente significativas, sin embargo, el máximo reportado fue una disminución de 9 episodios obstructivos aproximadamente.

Los autores recomiendan el uso de montelukast por sobre los corticoides intranasales para el manejo médico del SAOS en pediatría, sin embargo, aun falta evidencia que realice una comparación directa entre ambas intervenciones <sup>4</sup>.

### RESUMEN:

- Síntomas como los ronquidos suelen ser normalizados, por lo tanto, es importante preguntar sobre las características del sueño durante una evaluación rutinaria de salud.
- Fundamentar el diagnóstico a través de una buena anamnesis y examen físico es clave para estos pacientes. Esto permite discernir sin mayor dificultad entre los 3 fenotipos de SAOS, y según esto, brindar un manejo oportuno para evitar las complicaciones asociadas.

### REFERENCIAS

1. Bitners, A. C., & Arens, R. (2020). Evaluation and Management of Children with Obstructive Sleep Apnea Syndrome. *Lung*, 198(2), 257–270. DOI: 10.1007/s00408-020-00342-5
2. Bertran, K., Mesa, T., Rosso, K., Krakowiak, M. J., Pincheira, E., & Brockmann, P. E. (2015). Diagnostic accuracy of the Spanish version of the Pediatric Sleep Questionnaire for screening of obstructive sleep apnea in habitually snoring children. *Sleep medicine*, 16(5), 631–636. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2014.10.024>
3. Belmont, F., Godina, G. y Ceballos, H. (2008). El papel del pediatra ante el síndrome de respiración bucal. *Anales de Pediatría de México*, 28(1), 3-8.

4. Kuhle S, Hoffmann DU, Mitra S, Urschitz MS. Anti-inflammatory medications for obstructive sleep apnoea in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020, Issue 1. Art. No.: CD007074. DOI: 10.1002/14651858.CD007074.pub3. Accessed 08 October 2021.