

EL RONQUIDO Y LA APNEA DEL SUEÑO

El 45% de los adultos roncan, al menos de forma ocasional; el 25% son roncadores habituales. El problema del ronquido es más frecuente en personas con sobrepeso y, habitualmente, empeora con la edad.

Se han diseñado multitud de artefactos para el tratamiento del ronquido. Algunos de ellos son variaciones de la vieja idea de colocar una pelota de tenis en un bolsillo hecho en la espalda del pijama para obligar al roncador a dormir de lado (ya que el ronquido habitualmente empeora al dormir boca arriba, en *decúbito supino*). Algunos artefactos dilatan la entrada a las fosas nasales (las "tiras" nasales), otros están diseñados para condicionar a la persona a no roncar produciendo un estímulo desagradable cuando éste ronca. Pero si usted ronca, lo cierto es que esto no depende de su voluntad, y si algunos de estos artilugios funcionan, probablemente en muchos casos es porque le mantienen despierto.

¿Por qué se produce el ronquido?

El ruido del ronquido se produce cuando existe una obstrucción al flujo de aire a través de las vías aéreas en la parte posterior de la nariz, la boca, la faringe y la laringe. La faringe es la parte colapsable de la vía aérea, en la cual se juntan la lengua, amígdalas, paladar blando y úvula ("campanilla"). Cuando estas estructuras golpean una contra otra y vibran durante la respiración, se produce el ronquido.

Las personas que roncan pueden tener:

- Pobre tono muscular en la lengua y la faringe. Cuando los músculos están demasiado relajados, por alcohol o sustancias hipnóticas (por ejemplo, benzodiacepinas), la lengua cae hacia atrás o los músculos de la faringe tienden a colapsarse. Esto puede suceder también en el sueño profundo.
- Exceso de tejido blando en la faringe. Los niños con amígdalas grandes o vegetaciones adenoideas, por ejemplo, habitualmente roncan. Las personas con sobrepeso también presentan exceso de tejido blando. Existen también tumores y quistes que pueden producir este cuadro, pero son raros.
- Paladar blando alterado y/o úvula elongados. Un paladar largo estrecha la comunicación entre la nariz y la faringe. Al bambolear actúa como una válvula sonora. Una úvula elongada empuja las cosas aún más.
- Obstrucción de las fosas nasales. Una vía aérea nasal estrecha requiere un esfuerzo extra para hacer pasar el aire a través de ella. Esto crea una presión negativa excesiva en la faringe que hace aproximarse a los tejidos blandos de ésta, produciéndose el ronquido. Así, algunas personas pueden roncar sólo durante la temporada de alergia estacional o durante los catarros nasales. También las deformidades de la nariz o el tabique nasal pueden producir esta obstrucción.

¿Es el ronquido preocupante?

Es un evidente problema social, pero también un problema médico cuando se asocia a apnea del sueño. La apnea altera el patrón normal de sueño y priva al roncador de un descanso adecuado. Cuando es severa puede causar a largo plazo serios problemas de salud.

Cuando el ronquido se interrumpe por frecuentes episodios de ausencia de respiración se llama Apnea Obstructiva del Sueño (AOS). Los episodios son significativos cuando duran más de diez segundos cada uno y ocurren en número superior a cinco por hora. Los pacientes con afectación severa pueden sufrir cientos de episodios cada noche. Estos episodios pueden reducir el nivel de oxigenación de la sangre, lo cual obliga al corazón a bombear con más fuerza. El efecto más inmediato de la apnea es que el roncador se ve obligado a hacer un sueño superficial que mantenga el tono de sus músculos para sostener el flujo aéreo a los pulmones. Al no conseguir suficiente sueño profundo (relajante) se levanta cansado, está somnoliento todo el día, es un conductor peligroso y la eficiencia en su trabajo puede disminuir. Con el paso de los años puede aumentar la tensión arterial y dilatarse de forma anómala el corazón, reduciendo sus años de vida.

¿Se puede curar el ronquido y la apnea del sueño?

Los grandes roncadores, los que roncan en cualquier posición o los que interfieren con el sueño de los demás, deben buscar consejo médico para descartar la AOS. Un otorrinolaringólogo realizará una exploración completa de la nariz, boca, faringe, laringe y cuello. Es necesario un estudio de sueño (*polisomnografía*) para determinar la severidad del ronquido o de las apneas y el efecto que produce en la salud del roncador.

El tratamiento depende del diagnóstico. El examen determinará si se trata de un ronquido simple o existe AOS. Si existe sobrepeso u obesidad (*Índice de Masa Corporal*, IMC, mayor de 25) la reducción ponderal será siempre una parte fundamental del tratamiento.

Existen diversas técnicas quirúrgicas para tratar el ronquido y la apnea del sueño:

- Faringoplastia: es una manera de tratar quirúrgicamente la apnea obstructiva del sueño. La cirugía “tensa” los tejidos blandos de la faringe y el paladar, y amplía la vía aérea. Puede asociarse amigdalectomía. Antiguamente se realizaban técnicas fundamentalmente de resección, como la uvulopalatofaringoplastia (UPPP, *UvuloPalatoPharyngoPlasty*) aunque la tendencia actual es a remodelar los vectores de tensión, como en la faringoplastia de expansión (ESP, *Expansion Sphincter Pharyngoplasty*).
- Somnoplastia y otros procedimientos de radiofrecuencia. Es un procedimiento mínimamente invasivo que se realiza de forma ambulatoria. Utiliza un electrodo de aguja que emite energía de radiofrecuencia para retraer el exceso de tejido de la vía aérea alta, incluyendo el paladar y la úvula, base de la lengua y cornetes nasales.
- Avance geni-hioideo y otras técnicas de anclaje anterior de la base de la lengua. Previene el colapso de la vía aérea en la parte inferior de la faringe traccionando hacia adelante de la lengua. Existen también *Dispositivos* protésicos de *Avance Mandibular* (DAM) que pueden estar indicados. Algunos pacientes pueden beneficiarse de una cirugía más amplia de avance bimaxilar (MMA, *Maxillo-Mandibular Advancement*).
- Más recientemente disponemos de la opción de realizar procedimientos sobre la base de la lengua y epiglottoplastias por vía transoral con instrumentación robotizada (TORS, *TransOral Robotic Surgery*).
- Los sistemas de neuroestimulación (UAS, *Upper Airway Stimulation*) son la forma más novedosa de tratamiento de la AOS. Se trata de dispositivos implantables o semi-implantables que mantiene en tono de la lengua estimulando el nervio hipogloso. El servicio de ORL del HU Moncloa puede ofrecerle este tratamiento.

Normalmente antes de proponerle un tratamiento quirúrgico se realizará una exploración endoscópica de la vía aérea superior bajo sueño inducido (*Videosomnoscopia*) para determinar el lugar de obstrucción y la morfología de la misma, de modo que puedan maximizarse las expectativas. En cualquier caso, será siempre un plan personalizado adaptado a las características de cada paciente, y habitualmente con cirugía multinivel.

Si la cirugía tiene un riesgo excesivo o no se desea someterse a ella, el paciente puede dormir cada noche con una máscara nasal que proporciona una presión positiva continua a la vía aérea (CPAP, *Continuous Positive Airway Pressure*), evitando así que se colapse. La CPAP es habitualmente el tratamiento de primera elección y estará siempre indicada además en los casos de AOS severa u otras circunstancias que indiquen un mal pronóstico con la cirugía.

Un niño que ronca de forma continua debe ser examinado para descartar problemas de hipertrofia adenoamigdalar que condicione una AOS. La adenoamigdalectomía puede resolver la AOS en estos casos.

Autoayuda para el roncador ligero

Los adultos que roncan de forma leve u ocasional deben intentar las siguientes medidas:

1. Reducción de peso y estilo de vida saludable en cuanto a hábitos alimenticios y deportivos.
2. Evitar tranquilizantes, hipnóticos y antihistamínicos al acostarse.
3. Evitar la ingesta de alcohol al menos 4 horas antes de irse a la cama, y las comidas pesadas 3 horas antes de acostarse.
4. Establecer horarios regulares de sueño.
5. Dormir de lado mejor que boca arriba.
6. Elevar la cabecera de la cama unos 10 centímetros.

Mayo, 2024