

SÍNDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DURANTE EL SUEÑO: PATRÓN DE HIPOVENTILACIÓN OBSTRUCTIVA EN UN NIÑO DE 3 AÑOS.

Gustavo Gutiérrez Herrero . ML Alonso Álvarez
Unidad Multidisciplinar de Sueño. Hospital Universitario de Burgos



SES

Sociedad Española de Sueño

Presentamos el caso clínico de un varón de 3 años de edad nacido a término. Sin enfermedades de interés.

Consulta ante la presencia de ronquido habitual y pausas respiratorias objetivadas por los padres motivando múltiples despertares que los padres relacionan con problemas respiratorios y que se agravan en los cuadros infecciosos respiratorios. Sudoración nocturna y respiración bucal nocturna y diurna.

Horario de sueño regular de 21 hora a 8 horas con un período de siesta diurna de 2-3 horas. No refieren problemas cognitivos ni de irritabilidad. Buena situación diurna con un grado de actividad normal para su edad y sin referir cansancio diurno. Desarrollo estatura ponderal normal. No refieren infecciones amigdalares de repetición ni otitis de repetición, aunque sí refieren la presencia de una mucosidad nasal espesa continua.

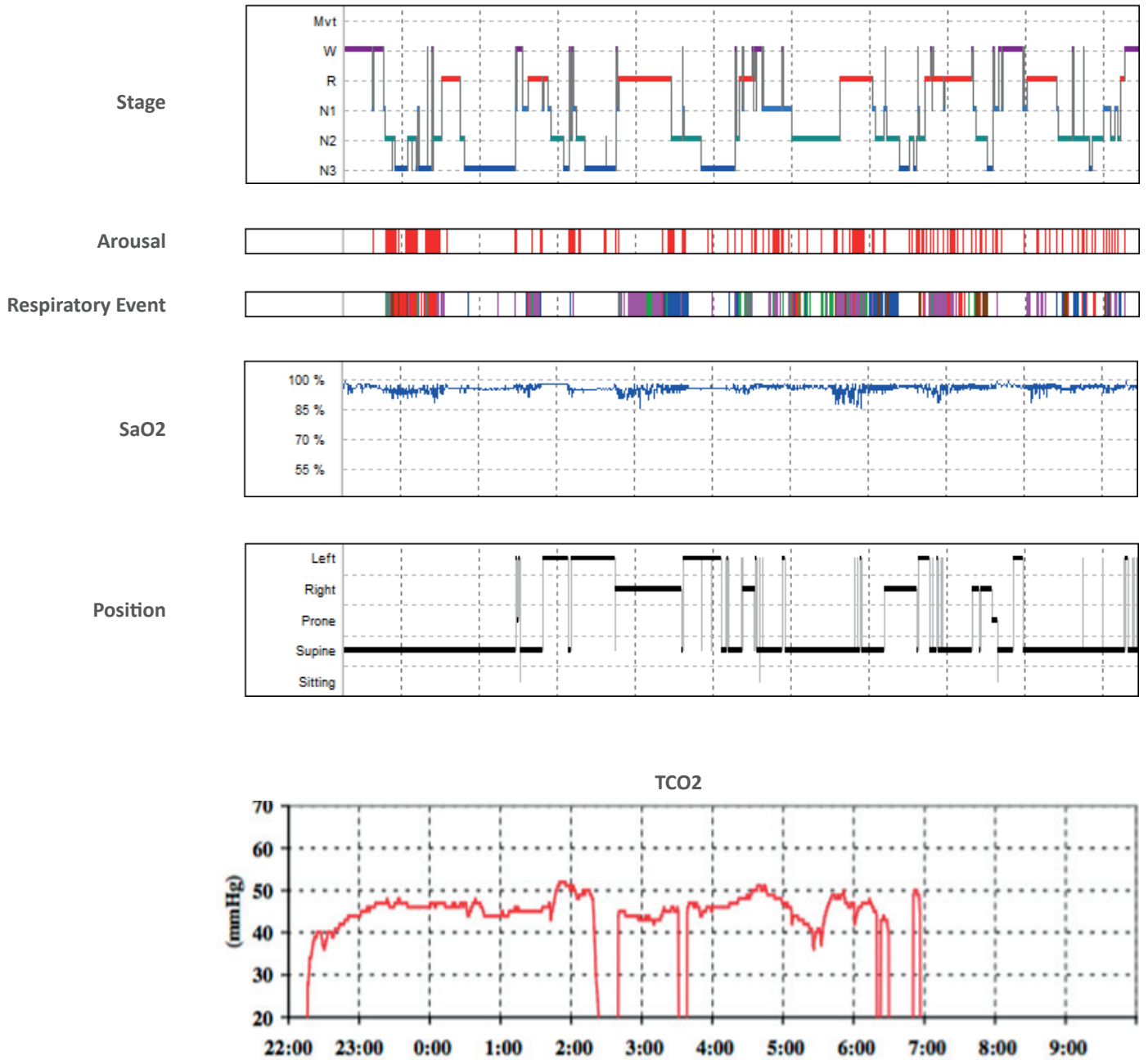
En cuanto a la exploración: retraso estatura ponderal. Pesa 13,000 kg (percentil 25) Talla 98 cm (percentil 90) IMC 13,5 (percentil 3) Auscultación cardiopulmonar normal. En la exploración ORL, destaca hipertrofia amigdalar grado IV, respiración nasal adecuada.

Se realiza estudio polisomnográfico en la Unidad de sueño. Como podemos observar en la Fig.1 se objetiva una adecuada eficiencia de sueño, con presencia de 7 ciclos de sueño completos, con presencia de fragmentación del sueño secundaria a arousals en relación con eventos respiratorios que alteran la macroestructura del sueño.

Respiratoriamente se objetiva la presencia de eventos de predominio obstructivo, tipo apneas e hipopneas. Se objetiva la presencia de apneas centrales, fundamentalmente en cambios de estadio y al final de sueño REM.

Es de destacar la presencia durante el sueño REM de aumento progresivo de los valores de CO₂ trascutáneo, además de la presencia de eventos respiratorios obstructivos y centrales compatible con patrón de hipoventilación obstructiva durante el sueño REM. El RDI global fue de 75,8 y el IAH de 65,7 siendo el IAH central de 9. La Saturación media de O₂ fue de 95%. Mínima del 85% y un ct90% del 2% del tiempo total de sueño, siendo el Índice de Desaturación de Oxígeno (ODI) de 24. El 73% del tiempo total de sueño el CO₂ trascutáneo se encuentra por encima de 45 mmHg. y el 9% del TST superior al 50 mmHg, con pico de CO₂ de 54 mmHg durante el sueño REM.

Fig.1



Comentario:

Presentamos un caso clínico de un niño con adecuado desarrollo estatura ponderal que consulta por un cuadro de ronquido y pausas respiratorias. El síndrome de apneas del sueño tiene una alta prevalencia infantil afectando hasta al 4% de los niños entre los 2 y los 6 años, edad de máxima incidencia del SAHS en los niños. La causa más frecuente de SAHS en la infancia es la hipertrofia adenoamigdal, sin embargo, no todos los niños con hipertrofia adenoamigdal tienen SAHS, por lo cual, es necesario un adecuado enfoque diagnóstico.

La primera enseñanza que se deriva de este caso, es la importancia del registro continuo de CO₂ durante la polisomnografía en los niños. La realización de una historia clínica y una exploración completa no son métodos suficientemente sensibles y específicos para el diagnóstico de los trastornos del sueño en un niño roncador. El diagnóstico de Síndrome de Apneas Hipopneas durante el Sueño (SAHS) en la infancia requiere la realización de un estudio de sueño, siendo la técnica diagnóstica de elección la Polisomnografía nocturna. Además, es necesario tener en cuenta que en los niños hay un Patrón respiratorio específico “La hipoventilación obstructiva”, que solamente la podremos diagnosticar si el registro polisomnográfico lleva asociado la medida de CO₂, siguiendo las normas de la American Association of Sleep Medicine (AASM 2015), bien en forma de End-Tidal CO₂ o CO₂ trascutáneo como en el caso presentado.

Como se puede observar en el hipnograma presentado, la tendencia de los valores trascutáneos de CO₂ es a elevarse en las fases de sueño REM que además es coincidente con los fenómenos de desaturación-resaturación y en este caso coincide además con la mayor presencia de eventos respiratorios obstructivos.

La presencia de hipoventilación obstructiva en REM, no requiere ir acompañada de apneas o hipopneas y aunque esto suele ser lo más frecuente, es un patrón específico que sin la realización de registro continuo de CO₂ no lo podríamos diagnosticar.

Bibliografía

1. María Luz Alonso-Álvarez, Teresa Canet, Magdalena Cubell-Alarco, Eduard Estivill. Documento de consenso del síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño en niño. Archivos de Bronconeumología, 2011.
2. Athanasios G. Kaditis, Maria Luz Alonso Alvarez, AnBoudewyns. Obstructive sleep disordered breathing in 2- to 18-year-old children: diagnosis and management. European Respiratory Journal 2016 47: 69-94
3. Scholle S, Wiater A, Scholle HC. Normative values of polysomnographic parameters in childhood and adolescence: cardiorespiratory parameters. Sleep Med 2011; 12: 988–996
4. Kaditis A, Kheirandish-Gozal L, Gozal D. Algorithm for the diagnosis and treatment of pediatric OSA: a proposal of two pediatric sleep centers. Sleep Med 2012; 13: 217–227

