APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO Y SÍNDROME DE DOWN

Dra. Sally R. Shott MD, Profesora del Departamento de Cirugía de Cabeza y Cuello de Otorrinolaringología, Universidad de Cincinnati, Centro Médico del Hospital Infantil de Cincinnati

La Apnea Obstructiva del sueño se presenta con una incidencia entre el 50-100% en la población con síndrome de Down, y casi el 60% de los niños entre los 3,5 y 4 años de edad con síndrome de Down tienen estudios anormales del sueño

La incidencia general de apnea obstructiva del sueño aumenta a medida que los niños crecen.

¿POR QUÉ LAS PERSONAS CON SÍNDROME DE DOWN TIENEN MAYOR INCIDENCIA DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO?

La anatomía explica muchas de las razones por las que hay una mayor incidencia de apnea obstructiva del sueño (AOS) en personas con síndrome de Down. Algunos de esos factores incluyen: apnea central, tono muscular bajo en la boca y las vías respiratorias superiores, mala coordinación de los movimientos de las vías respiratorias, vías respiratorias estrechas en la parte media de la cara y la garganta, una lengua relativamente grande e hipertrofiada (agrandamiento) de los tejidos de las adenoides y amígdalas. El aumento de las infecciones de las vías respiratorias superiores y las secreciones nasales y una mayor incidencia de obesidad contribuyen aún más al colapso y la obstrucción de la orofaringe y la hipofaringe cuando el individuo duerme.

¿CUÁLES SON LOS EFECTOS DE LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO?

Se ha demostrado que los trastornos respiratorios del sueño afectan las capacidades cognitivas, el comportamiento, la tasa de crecimiento y más las consecuencias más graves de la hipertensión pulmonar (presión arterial anormalmente alta en las arterias de los pulmones) y el cor pulmonale (insuficiencia del lado derecho del corazón).

Debido a la alta incidencia de problemas cardíacos congénitos subyacentes en las personas con síndrome de Down, existe un mayor riesgo de desarrollar complicaciones más graves.

Las anomalías en el sistema vascular pulmonar también aumentan el riesgo de desarrollar hipertensión pulmonar (presión arterial anormalmente alta en las arterias de los pulmones).

Desafortunadamente, se ha demostrado que la capacidad de los padres para predecir las anomalías del sueño en sus hijos con síndrome de Down es escasa. Un estudio del sueño o polisomnograma sigue siendo la prueba estándar de oro para evaluar los trastornos respiratorios del sueño y la apnea del sueño.

Debido a la escasa correlación entre los informes de los padres y los resultados del estudio del sueño, las nuevas pautas de atención médica de la Academia Estadounidense de Pediatría publicadas en Pediatrics en 2011 recomiendan un estudio de referencia del sueño o polisomnograma para todos los niños con síndrome de Down a los cuatro años.

La apnea del sueño a menudo no se detecta tanto en niños como en adultos, por lo que los cuidadores deben controlar los patrones de sueño en personas de todas las edades, especialmente si ha habido un cambio en el estado de ánimo, el comportamiento o la capacidad de concentración.

¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS DE LAS ANORMALIDADES DEL SUEÑO?

Los síntomas que sugieren anomalías del sueño incluyen: sueño inquieto, ronquidos, jadeos, respiración pesada, pausas apneicas, despertar frecuente durante la noche, dificultad para levantarse de la cama, somnolencia diurna y siestas excesivas. La apnea del sueño también puede causar cambios de comportamiento, incluidos síntomas de irritabilidad, falta de concentración y atención deficiente.

Las posiciones poco comunes para dormir, como dormir sentado, dormir con el cuello muy extendido o dormir inclinado hacia adelante en la cintura en una posición sentada, sugieren un trastorno del sueño o apnea obstructiva del sueño.

¿QUÉ CAUSA LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO?

El agrandamiento de las amígdalas y las adenoides es una de las causas más comunes de apnea obstructiva del sueño en los niños. Sin embargo, es necesario evaluar y tratar otras causas de obstrucción, como la rinorrea crónica y la congestión, la desviación del tabique nasal y el agrandamiento del cornete nasal. Si el examen oral muestra edema de la pared faríngea posterior, disminuyendo así el tamaño de la vía aérea faríngea posterior, se debe considerar el reflujo gastroesofágico (ERGE) o el drenaje posnasal crónico.

El tratamiento con medicamentos contra el reflujo y / o descongestionantes, aerosoles nasales con esteroides y antihistamínicos a veces puede ser útil.

¿CUÁLES SON LOS TRATAMIENTOS?

Si el médico de atención primaria identifica cualquier alteración de las vías respiratorias durante el sueño, se debe derivar a un otorrinolaringólogo para determinar si se necesita un estudio del sueño y / o una intervención quirúrgica. Las opciones de tratamiento no invasivo incluyen una máquina de presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP) y pérdida de peso.

La extirpación de amígdalas y adenoides agrandadas es el tratamiento quirúrgico de primera línea. En las personas con síndrome de Down, debido a su hipoplasia del tercio medio facial y nasofaringe contraída, incluso las amígdalas y adenoides levemente agrandadas pueden tener un efecto mayor de lo esperado en lo que respecta a la obstrucción de las vías respiratorias. Si las amígdalas y las adenoides no parecen agrandadas, se ha sugerido que se debe realizar un estudio del sueño para confirmar que la persona no tiene apnea del sueño.

Aunque la amigdalectomía y adenoidectomía (T&A) es la intervención quirúrgica inicial más común, los estudios han demostrado que la apnea obstructiva del sueño persistente después de T&A es posible y más común en personas con síndrome de Down. Es posible que se necesiten más intervenciones, tanto quirúrgicas como médicas.

Todos estos estudios ilustran la necesidad de una evaluación posoperatoria de los pacientes con síndrome de Down para la apnea del sueño residual después de la cirugía T&A con un estudio posoperatorio del sueño o polisomnograma.

Debido a la mayor tasa de complicaciones respiratorias después de la extirpación de amígdalas y adenoides en personas con síndrome de Down, también se recomienda la observación durante la noche en el hospital después de esta cirugía.

Si hay obstrucción residual a pesar de la cirugía T&A, los tratamientos médicos como la ventilación con presión positiva continua (CPAP / BiPAP) y el uso de oxígeno durante el sueño siguen siendo una opción. La pérdida de peso también puede ayudar a aliviar los síntomas. Las evaluaciones para determinar el sitio o sitios de obstrucción residual de las vías respiratorias incluyen nasofaringoscopia flexible y examen de laringoscopia en el consultorio para descartar amígdalas linguales agrandadas, tejido adenoideo residual o rebrote y posible glosoptosis.

Los estudios radiográficos que utilizan estudios MRI han demostrado que la base de la obstrucción de la lengua por una combinación de macroglosia y glosoptosis relativa, amígdalas linguales agrandadas y también recrecimiento de adenoides son algunos de los signos más comunes de obstrucción residual en personas con síndrome de Down a pesar de T&A previos.

Las opciones quirúrgicas para la apnea obstructiva persistente del sueño en niños con síndrome de Down deben adaptarse al patrón individual de obstrucción de cada niño. Los enfoques quirúrgicos que se utilizan actualmente incluyen amigdalectomía lingual, uvulopalatofaringoplastia, glosectomía posterior de la línea media, avance del geniogloso, avance del hioides y cirugía craneofacial, incluidos los avances mandibular y medio facial. También se ha demostrado que los aparatos dentales para promover la estabilización mandibular son útiles en casos de apnea residual leve del sueño. Sin embargo, en casos de apnea del sueño grave con hipertensión pulmonar asociada,

hipoxemia grave y / o complicaciones cardíacas, también puede ser necesario considerar la traqueotomía.