



- ◆ Trabajo realizado por el equipo de la Biblioteca Digital de la Fundación Universitaria San Pablo-CEU
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 del T.R.L.P.I. (Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 12 abril 1996)

DISCUSION

OSCAR A. BUEZO



DIAGNOSTICO DE LAS RC Y DEL SAOS

En relación con los parámetros antropométricos

Los parámetros de sexo y edad no son significativos con respecto a otras series.

En relación al BMI destaca claramente que el más alto de toda la población estudiada es el de 44,28 en un roncopata crónico y en los SAOS es de 36,13. Cifras que se alejan de las presentadas en otras series.

Justificamos haber intervenido a pacientes con BMI alto cuando no se ha podido corregir su obesidad durante meses o años y su estado general es bueno, y por la benignidad de la Palatofaringoplastia (PPPL). También se ha publicado que las apneas, al aumentar la somnolencia diurna, dificultan el ejercicio físico, por lo que existe mayor tendencia a la obesidad.

En relación con el interrogatorio

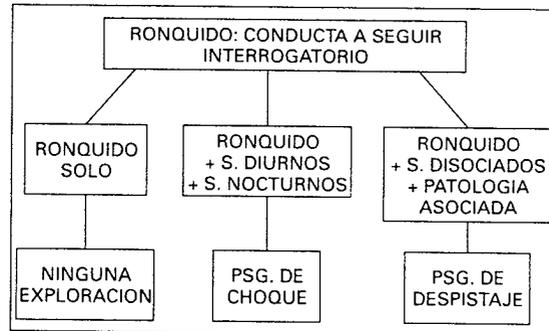
Debido a los muchos síntomas que se han de investigar, su complejidad y la variabilidad de

algunos de ellos, como las apneas y la somnolencia diurna, se hace muy necesario el uso de cuestionarios e historias clínicas específicos. En nuestro caso, utilizamos el cuestionario mencionado en el Capítulo 6 y tenemos informatizada la historia clínica, lo que nos ha permitido efectuar este estudio y recoger todos los síntomas y parámetros incluidos en este libro.

La división de síntomas que hemos adoptado desde el principio, y la que nos orienta desde el interrogatorio acerca de la gravedad de la enfermedad, es la de síntomas diurnos y nocturnos de la American Thoracic Society. Es también la que, junto con la exploración y la fibroscopia, guiará la petición de exámenes complementarios (Cuadro 8-1).

En cuanto a nuestra clasificación acerca de la intensidad del ronquido (página 84) y su repercusión social, indicábamos desde el principio que adolece de exactitud, pero nos es muy útil para valorar la situación del paciente. Es muy significativo que alcancen el grado 4, no soportable por su pareja, el 73,7% de los RC y el 76,9% de los SAOS, máxime si consideramos este grado positivo sólo cuando la pareja utiliza tapones en los oídos, toma somníferos o duerme en habitación aparte. También es muy significa-

Cuadro 8-1.



American Thoracic Society

tivo que alcancen el grado 6, percibido por vecinos, el 20,50 % de los RC y el 19,9 % de los SAOS. Al efectuar este estudio nos ha sorprendido este porcentaje tan alto, lo cual indica que el ronquido de los pacientes intervenidos de esta serie es muy intenso.

Es importante recalcar que el *síntoma princeps* para el paciente es el *ronquido* y que los *síntomas princeps* para el médico han de ser las *apneas* y, sobre todo, la *somnolencia diurna*, reflejo de la mala calidad del sueño. Repetimos que el ORL ha de buscar la tríada: ronquido, apneas y somnolencia diurna, y los otros síntomas que los acompañan, para descartar el SAOS, enfermedad potencialmente grave.

En relación con la exploración clínica ORL

Se puede decir muy poco acerca de la sistemática de la exploración ORL que no se haya descrito muchísimas veces, pero el especialista, al efectuar esta exploración, ha de tener en cuenta estas dos patologías (roncopatía crónica y SAOS), porque el hilo conductor de toda exploración ha de ser el de descartar el SAOS, sobre todo cuando existan síntomas que nos hagan pensar en este síndrome.

Es muy importante valorar la posición del velo del paladar, sobre todo su implantación baja o posterior. Asimismo, es importante determinar si hay edema crónico de la úvula o del velo mucoso, porque puede estar relacionado con que la orofaringe esté sometida a presiones negativas durante las apneas.

El aspecto más importante de toda la exploración es el estudio de la luz faríngea, tanto en sentido anteroposterior como transversal.

Consideramos que la implantación posterior de la base de la lengua se aprecia mejor al efectuar la inspección de la boca o con la faringoscopia y, sobre todo, con la fibroendoscopia, que con la laringoscopia indirecta, en la cual existen factores que nos pueden inducir a error, como la hiperreflexia nauseosa o la pusilanimidad. Sin embargo, como cita Fujita, la laringoscopia indirecta es de gran valor predictivo, al permitir observar toda la glotis.

Respecto a la exploración de la amígdala lingual, la laringoscopia indirecta nos hace perder referencia de la magnitud de ésta, al estar traccionada la lengua. El método ideal para estudiar esta amígdala es la fibroendoscopia, como podemos ver en las Figuras 8-2 y 8-3.

En relación con la videofibroendoscopia nasal, faríngea y laríngea

Como mencionábamos en el capítulo de material y métodos, es una exploración inocua, no dolorosa y que se puede realizar a todos los pacientes generalmente sin anestesia o aplicando un aerosol anestésico tópico en fosas nasales (para evitar los estornudos), o bien colocando algodones con tetracaína y adrenalina, en caso de existir obstrucción nasal. La efectuamos en posición sentada y en decúbito, a poder ser en la posición en la que el paciente duerme habitualmente, sobre todo cuando refiere apneas o somnolencia diurna.

Su principal ventaja es que permite examinar toda la vía respiratoria superior.

La fibroscopia filmada con magnetoscopio nos proporciona un documento funcional fácilmente archivable, con todo lo que ello supone: comparaciones posteriores, docencia, consultas con otros facultativos, documento legal, mejor información al paciente, etc.

Con este método se efectúa una inspección endoscópica de la luz de toda la VAS.

Es muy importante recalcar que no sustituye a ninguna exploración, sino que más bien las complementa y confirma algunos hallazgos.

La fibroendoscopia del tercio medio y posterior de las fosas nasales es una exploración fran-

camente buena, puesto que con ella se descubren lesiones que en muchas ocasiones hubieran pasado desapercibidas: espolones de vómer, pólipos, perforaciones posteriores y otras.

No hemos encontrado descrito en toda la bibliografía revisada un signo que se presenta en el SAOS y al que hemos denominado *signo de los rodetes de Gerlach hipertróficos*; consiste en que éstos ocupan a veces hasta el 50 % de la luz que se visualiza en las coanas. Siempre que hemos observado este signo hemos encontrado paredes laterales faríngeas estrechas y síntomas floridos, y lo consideramos un factor predictivo desfavorable para los resultados de las palatoplastias (Fig. 8-1).

En nuestra experiencia, es una buena exploración para valorar la obstrucción en hipofaringe, sobre todo del volumen y posición de la base de la lengua y de la amígdala lingual.

Creemos que la fibroendoscopia, estudiando la luz orofaríngea y haciendo efectuar la maniobra de Müller y la del adelantamiento mandibular, mejora la capacidad predictiva de los resultados. En contrapartida, pensamos que es muy subjetiva. No todos los pacientes comprenden bien las dos maniobras citadas anteriormente por extensa que sea la explicación (Figs. 8-2 y 8-3).

Hemos observado tres tipos de colapso faríngeo, el primero en sentido anteroposterior, el segundo cuando las paredes laterales se juntan y el tercero cuando es mixto. Consideramos muy importante y de mal pronóstico, que este colapso sea a expensas de que las paredes laterales se unan en la línea media.

La fibroendoscopia laríngea es el método de elección para examinar la glotis, en caso de existir hiperreflexia nauseosa o hipertrofia de la lengua, que impide la laringoscopia indirecta total o parcialmente.

En ocasiones hemos encontrado grandes hipertrofias de la úvula, de tal forma que ésta cabalgaba sobre la epiglotis, como describió Testut en su clásica obra de anatomía.

Las desventajas de esta exploración son las siguientes:

- Con el fibroscopio que utilizamos actualmente (3,5 mm de diámetro) no ofrece una gran nitidez.
- Se efectúa generalmente en vigilia.
- No mide las distancias de los espacios. Existe un programa informático para efectuar estas mediciones, pero no tenemos experiencia en su uso.

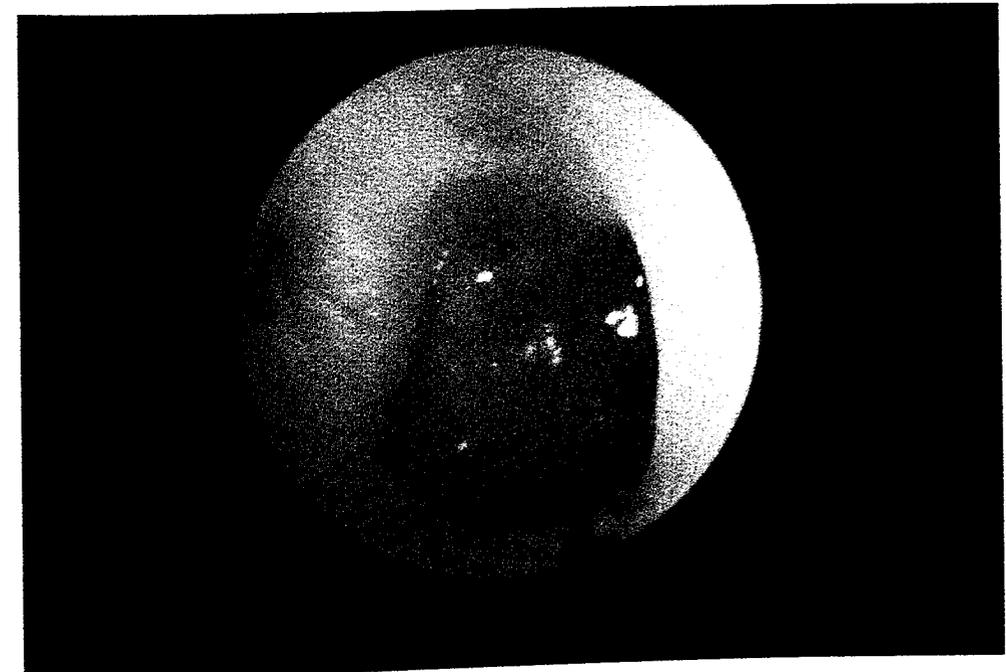


Figura 8-1. Rodete de Gerlach hipertrófico.

amígdalas linguales hipertróficas y/o la epiglottis blanda, con redundancia del repliegue ariteoepiglótico.

Tipo IV: Faringe estenótica en todas sus porciones.

Cuando hay obstrucción nasal se añade N(+) a cada tipo; si no la hay se añade N(-). Esta clasificación es útil para plantear la cirugía de la obstrucción de la VAS asociada con SAOS. Por ejemplo, los pacientes con el *tipo I* o el *tipo IIIa* responden bien a la cirugía de la orofaringe (UPPP + Amigdalectomía). Los pacientes del *grupo IIIb* requieren probablemente tratamiento quirúrgico de orofaringe e hipofaringe. Los pacientes del *tipo III* sólo necesitan cirugía hipofaríngea.

Los pacientes del tipo IV precisan varios tipos de cirugía y deben ser sometidos a tratamiento instrumental.

Indicamos en el capítulo de resultados que, siguiendo la clasificación de Fujita, en el grupo de SAOS el 34,6 % eran de grado I, el 61,5 % de grado IIa y el 3,8 % de grado IIb (Véase Figura 7-23 del Capítulo 7).

Sin embargo, las conclusiones de todos los estudios demuestran que existen dos zonas principales de obstrucción: la región retropalatal y la región retrolingual. La dificultad del diagnóstico topográfico reside sobre todo en los tipos mixtos.

En 1997 no existe ningún método que permita determinar la zona de obstrucción en los SAOS para intervenir quirúrgicamente y de manera selectiva con una tasa de éxito > 90 %.

Recordamos el siguiente cuadro:

Causas principales de estenosis de las VAS:

1. Hipertrofia del velo del paladar o implantación posterior o baja.
2. Macroglosia.
3. Hipertrofia adenoamigdalares (en niños).
4. Retrognatía con implantación posterior de la base de la lengua.

En relación con el diagnóstico

En todos los pacientes del estudio se diagnosticó RC o SAOS en diferentes grados.

Se denomina *roncopatía crónica* al síndrome que ocurre durante el sueño y que presenta unos síntomas y signos, de los cuales el más importante es el ronquido.

Engloba dos estadios: cuando sólo existe ronquido, sin ir acompañado de otros síntomas o signos, y cuando está acompañado de éstos, pero no llega a las características del SAOS, es decir, sería el estadio previo al SAOS.

El mayor problema que causa la RC es que el ruido molesta mucho a la pareja o a las personas con las que duerme el sujeto roncador. El nivel más alto de intensidad de ronquido publicado en la literatura médica ha sido de 87,5 dB.

Se denomina SAOS el síndrome que se caracteriza por presentar *apneas* o *hipoapneas* de tipo obstructivo durante el sueño, acompañadas de *ronquido*, *somnolencia diurna* y otros síntomas. Estos trastornos se generan por el colapso de las VAS, y así lo demuestra el hecho de que el 100 % de los casos se resuelven cuando se efectúa una traqueostomía (Fig. 8-25).

Es muy importante indicar que al final del examen clínico y fibroscópico existen tres situaciones:

1. Ronquido solo, sin otros síntomas importantes, ni hallazgos relevantes en la exploración. Se diagnostica RC y sólo se solicita telerradiografía de perfil de cabeza y cuello.
2. Ronquido, apneas, somnolencia diurna y otros síntomas, con hallazgos importantes en la exploración. Se diagnostica SAOS, que será confirmado por la PSG.
3. Ronquido con síntomas disociados. Se diagnostica síndrome disociado. Se solicita una PSG para determinar si se trata de RC o de SAOS.

De toda la población estudiada, constituida por 250 pacientes, se diagnosticó RC en 224 (89,6 %) y SAOS en 26 pacientes (10,4 %). Reproducimos una figura del Capítulo 7, por su mayor expresividad (Fig. 8-7).

Es muy significativo que en el grupo de RC (224 pacientes) se hayan presentado 58 pacientes (25,9 %) con síntomas disociados, en los que se solicitó polisomnografía, que fue normal (IAH/H < 10) y permitió descartar el SAOS.

Recordamos que se encontraron en todos los pacientes una o varias zonas de obstrucción.

Se detectó zona de obstrucción: En fosas nasales, en el 48,7 % de los RC y el 84,6 % de los SAOS; en cavum, en el 0 % de los RC y el 3,8 % de los SAOS; en paladar, en el 100,0 % de los

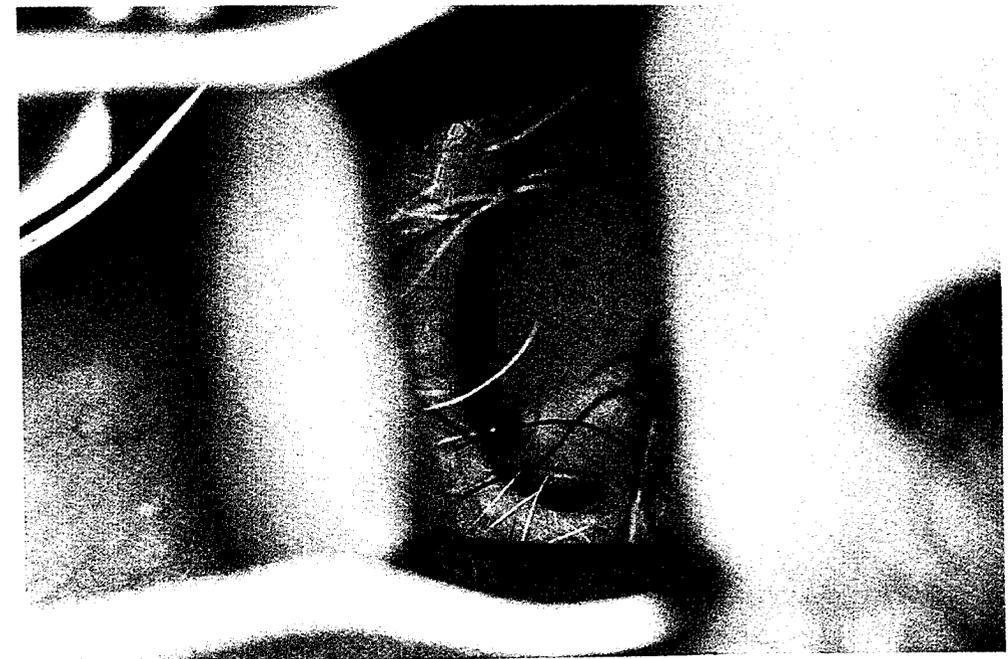


Figura 8-6. Rinoscopia anterior: desviación traumática septal oclusiva.

RC y el 100,0 % de los SAOS; en amígdalas palatinas, en el 14,7 % de los RC y el 23,1 % de los SAOS; en amígdala lingual, en el 5,4 % de los RC y el 26,9 % de los SAOS; en base de lengua, en el 16,1 % de los RC y el 53,8 % de los SAOS.

Reproducimos dos gráficos del Capítulo 7 por ser más expresivos (Figs. 8-8 y 8-9).

separado y no solamente el factor nasal y faríngeo dividido en orofaríngeo e hipofaríngeo, como hacen la mayoría de los autores.

Recordemos que entre los criterios de exclusión de este estudio se hallaban los casos en los que no se encuentra una zona de obstrucción evidente. A todos los pacientes incluidos en este estudio se les encontró uno o varios sitios obstructivos.

Factores causantes de RC o de SAOS

Desde el punto de vista anatómico y funcional, hemos de comentar los siguientes factores por

Factor nasal

Entre los antecedentes patológicos destaca que el 14,3 % de los roncópatas crónicos y el 23,1 %

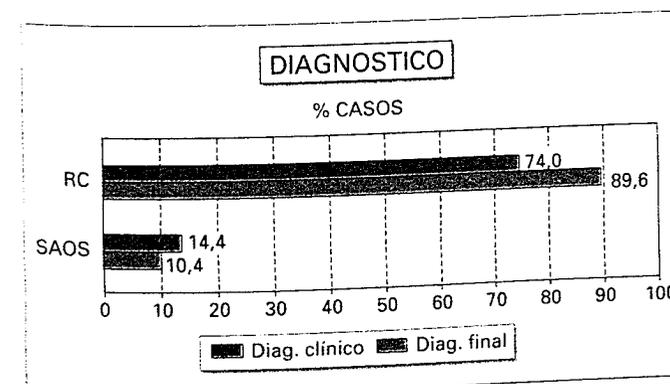


Figura 8-7. Diferencia entre el diagnóstico clínico y el diagnóstico final (después de las pruebas complementarias).

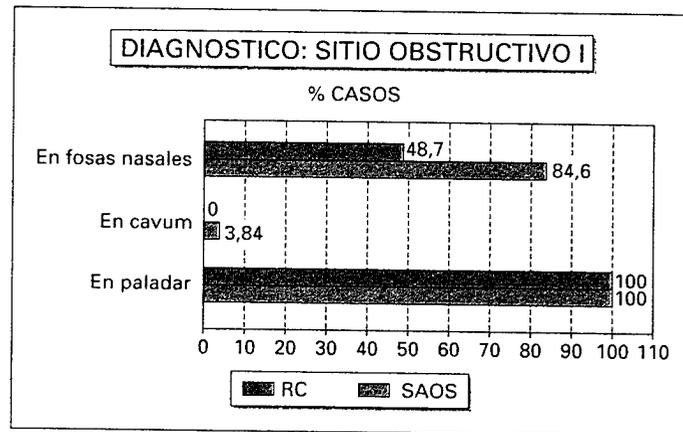


Figura 8-8. Zona de obstrucción en fosas nasales, cavum y paladar en RC y SAOS. Hay que aclarar que se seleccionó a todos los pacientes con sitio obstructivo en paladar.

de los pacientes con SAOS habían sido intervenidos de septoplastia o cirugía de cornetes. La obstrucción nasal crónica afecta al 45,1 % de los RC y al 88,5 % de los SAOS. Por rinoscopia anterior o posterior, endoscopia rígida o rinomanometría se ha detectado una zona de obstrucción en fosas nasales en el 48,7 % de los RC y el 84,6 % de los SAOS, como podemos ver en las Figuras 7-7, 7-14 y 7-15 del Capítulo 7.

Estos hallazgos demuestran una vez más el papel de la alteración de la permeabilidad nasal como factor causante, coadyuvante o desencadenante de RC y coadyuvante o desencadenante de SAOS (Fig. 8-6).

En ocasiones hemos observado, fuera de la casuística presentada en este libro, que al corregir la permeabilidad nasal, disminuyen considerablemente los síntomas y no es necesario efectuar posteriormente la palatoplastia, que en

principio habíamos indicado, como un segundo paso (Figs. 8-6 y 8-10).

Factor palatino

En la faringoscopia se observó el velo de implantación baja en todos los pacientes de ambos grupos (su ausencia era criterio de exclusión), generalmente acompañado de velo mucoso bajo. Es muy importante observar la implantación posterior del paladar en todo tipo de exploraciones; la encontramos en el 75,9 % de los RC y en el 69,2 % de los SAOS, con una diferencia del 6,7 %, lo cual nos sorprende, puesto que es menor en el SAOS, haciéndonos recordar que éste tiene frecuentemente un componente hipofaríngeo o faríngeo completo. Hay hipertrofia de la úvula en el 67,0 % de los RC y en el

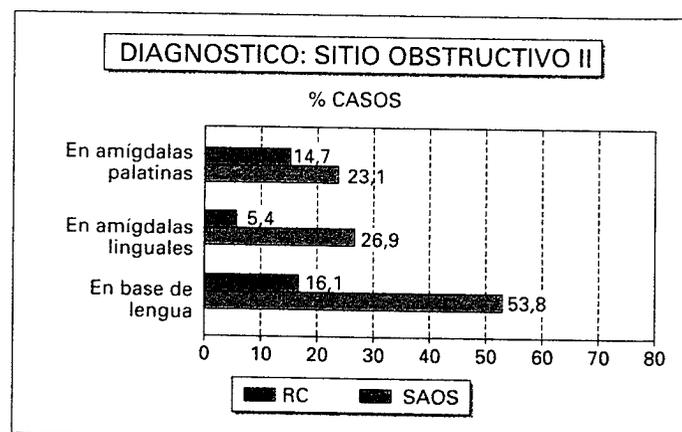


Figura 8-9. Zona de obstrucción en amígdalas palatinas, en amígdalas linguales y en base de lengua.



Figura 8-10. Gran dismorfia septal y lateralización nasal, corregida por septorhinoplastia.

96,2 % de los SAOS. La úvula está edematosa sólo en el 3,6 % de los RC y el 30,8 % de los SAOS, cifras que denotan claramente las presiones negativas a las que se encuentra sometida la faringe en el SAOS.

Fibroscópicamente no existen diferencias significativas en los hallazgos de la hipertrofia de la úvula, detectados por faringoscopia, con la que se aprecia en no pocas ocasiones que casi contacta con la epiglotis y en dos casos cabalgaba sobre la cara laríngea de ésta. Hemos observado la vibración del velo del paladar en el 100,0 % de los pacientes al hacerles roncar. Detectamos también en todos un istmo pequeño, lo que interpretamos como una implantación baja del paladar. Si no se descubría esta implantación baja por faringoscopia o por fibroendoscopia, los pacientes eran excluidos del estudio (Figs. 7-12, 7-17, 7-18, 7-25 y 7-30).

El espacio retropalatal es estenótico en el 92,4 % de los RC y en el 100,0 % de los SAOS.

En la cefalometría del grupo de SAOS, la medida del paladar (P o PNS-P) presenta una media de 49,1 mm y con una SD de 3,7 mm. El grosor del paladar (G) presenta una media de 12 mm y con una SD de 2,4 mm. El espacio retro-

palatal (UPPW) medio es de 4,3 mm y con una SD de 1,5 mm.

Como hemos comentado, se halló una zona de obstrucción en paladar en el 100,0 % de los RC y el 100,0 % de los SAOS (Fig. 8-11).

Factor amigdalario palatino

Destaca el hecho de que el 20,4 % (51 pacientes) manifiestan haber sido amigdalectomizados y se comprueba que el 21,2 % (53 pacientes) lo están.

Por faringoscopia se observó hipertrofia de las amígdalas palatinas no oclusivas en el 1,8 % de los RC y el 3,8 % de los SAOS y oclusiva en el 14,7 % de los RC y en el 23,1 % de los SAOS (Fig. 8-12). El pilar posterior era hipertrófico en el 17,4 % de los RC y el 61,5 % de los SAOS. Había cordones faríngeos hipertróficos en el 1,3 % de los RC y el 11,5 % de los SAOS. La fibroscopia no revela diferencias en estos hallazgos.

Teniendo en cuenta la faringoscopia, la fibroendoscopia y la maniobra de Müller a este nivel, se detectó una zona de obstrucción evidente en amígdalas palatinas en el 14,7 % de los RC y el 23,1 % de los SAOS.

amígdalas linguales hipertróficas y/o la epiglottis blanda, con redundancia del repliegue ariteoepiglótico.

Tipo IV: Faringe estenótica en todas sus porciones.

Cuando hay obstrucción nasal se añade N(+) a cada tipo; si no la hay se añade N(-). Esta clasificación es útil para plantear la cirugía de la obstrucción de la VAS asociada con SAOS. Por ejemplo, los pacientes con el *tipo I* o el *tipo IIIa* responden bien a la cirugía de la orofaringe (UPPP + Amigdalectomía). Los pacientes del *grupo IIIb* requieren probablemente tratamiento quirúrgico de orofaringe e hipofaringe. Los pacientes del *tipo III* sólo necesitan cirugía hipofaríngea.

Los pacientes del tipo IV precisan varios tipos de cirugía y deben ser sometidos a tratamiento instrumental.

Indicamos en el capítulo de resultados que, siguiendo la clasificación de Fujita, en el grupo de SAOS el 34,6 % eran de grado I, el 61,5 % de grado IIa y el 3,8 % de grado IIb (Véase Figura 7-23 del Capítulo 7).

Sin embargo, las conclusiones de todos los estudios demuestran que existen dos zonas principales de obstrucción: la región retropalatal y la región retrolingual. La dificultad del diagnóstico topográfico reside sobre todo en los tipos mixtos.

En 1997 no existe ningún método que permita determinar la zona de obstrucción en los SAOS para intervenir quirúrgicamente y de manera selectiva con una tasa de éxito > 90 %.

Recordamos el siguiente cuadro:

Causas principales de estenosis de las VAS:

1. Hipertrofia del velo del paladar o implantación posterior o baja.
2. Macroglosia.
3. Hipertrofia adenoamigdalares (en niños).
4. Retrognatía con implantación posterior de la base de la lengua.

En relación con el diagnóstico

En todos los pacientes del estudio se diagnosticó RC o SAOS en diferentes grados.

Se denomina *roncopatía crónica* al síndrome que ocurre durante el sueño y que presenta unos síntomas y signos, de los cuales el más importante es el ronquido.

Engloba dos estadios: cuando sólo existe ronquido, sin ir acompañado de otros síntomas o signos, y cuando está acompañado de éstos, pero no llega a las características del SAOS, es decir, sería el estadio previo al SAOS.

El mayor problema que causa la RC es que el ruido molesta mucho a la pareja o a las personas con las que duerme el sujeto roncador. El nivel más alto de intensidad de ronquido publicado en la literatura médica ha sido de 87,5 dB.

Se denomina SAOS el síndrome que se caracteriza por presentar *apneas* o *hipoapneas* de tipo obstructivo durante el sueño, acompañadas de *ronquido*, *somnolencia diurna* y otros síntomas. Estos trastornos se generan por el colapso de las VAS, y así lo demuestra el hecho de que el 100 % de los casos se resuelven cuando se efectúa una traqueostomía (Fig. 8-25).

Es muy importante indicar que al final del examen clínico y fibroscópico existen tres situaciones:

1. Ronquido solo, sin otros síntomas importantes, ni hallazgos relevantes en la exploración. Se diagnostica RC y sólo se solicita telerradiografía de perfil de cabeza y cuello.
2. Ronquido, apneas, somnolencia diurna y otros síntomas, con hallazgos importantes en la exploración. Se diagnostica SAOS, que será confirmado por la PSG.
3. Ronquido con síntomas disociados. Se diagnostica síndrome disociado. Se solicita una PSG para determinar si se trata de RC o de SAOS.

De toda la población estudiada, constituida por 250 pacientes, se diagnosticó RC en 224 (89,6 %) y SAOS en 26 pacientes (10,4 %). Reproducimos una figura del Capítulo 7, por su mayor expresividad (Fig. 8-7).

Es muy significativo que en el grupo de RC (224 pacientes) se hayan presentado 58 pacientes (25,9 %) con síntomas disociados, en los que se solicitó polisomnografía, que fue normal (IAH/H < 10) y permitió descartar el SAOS.

Recordamos que se encontraron en todos los pacientes una o varias zonas de obstrucción.

Se detectó zona de obstrucción: En fosas nasales, en el 48,7 % de los RC y el 84,6 % de los SAOS; en cavum, en el 0 % de los RC y el 3,8 % de los SAOS; en paladar, en el 100,0 % de los

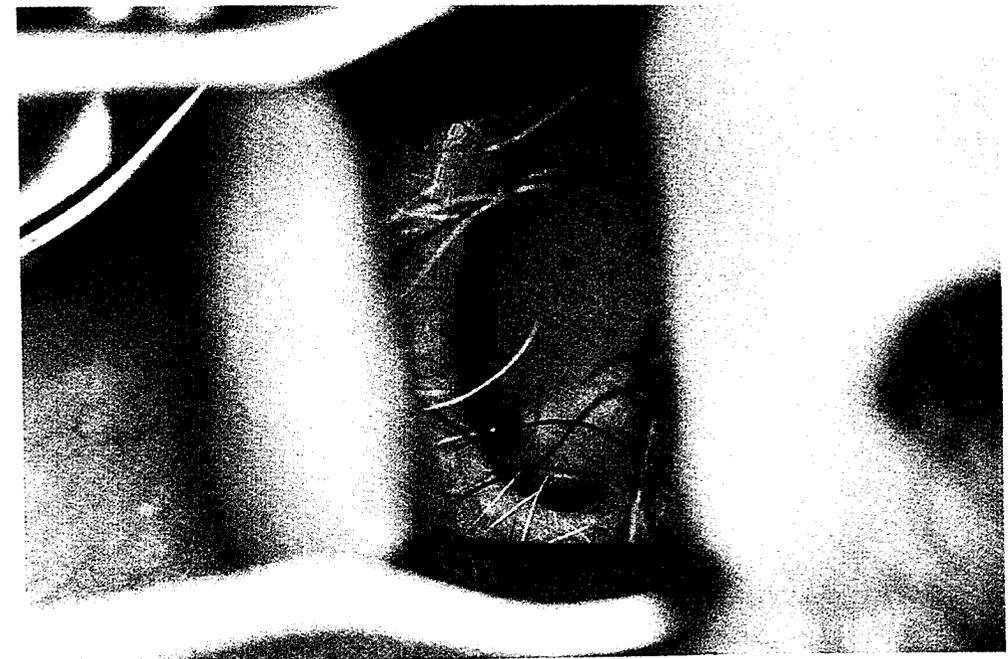


Figura 8-6. Rinoscopia anterior: desviación traumática septal oclusiva.

RC y el 100,0 % de los SAOS; en amígdalas palatinas, en el 14,7 % de los RC y el 23,1 % de los SAOS; en amígdala lingual, en el 5,4 % de los RC y el 26,9 % de los SAOS; en base de lengua, en el 16,1 % de los RC y el 53,8 % de los SAOS.

Reproducimos dos gráficos del Capítulo 7 por ser más expresivos (Figs. 8-8 y 8-9).

separado y no solamente el factor nasal y faríngeo dividido en orofaríngeo e hipofaríngeo, como hacen la mayoría de los autores.

Recordemos que entre los criterios de exclusión de este estudio se hallaban los casos en los que no se encuentra una zona de obstrucción evidente. A todos los pacientes incluidos en este estudio se les encontró uno o varios sitios obstructivos.

Factores causantes de RC o de SAOS

Desde el punto de vista anatómico y funcional, hemos de comentar los siguientes factores por

Factor nasal

Entre los antecedentes patológicos destaca que el 14,3 % de los roncópatas crónicos y el 23,1 %

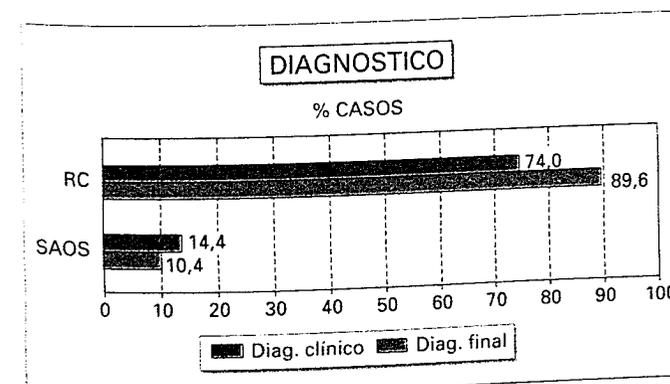


Figura 8-7. Diferencia entre el diagnóstico clínico y el diagnóstico final (después de las pruebas complementarias).

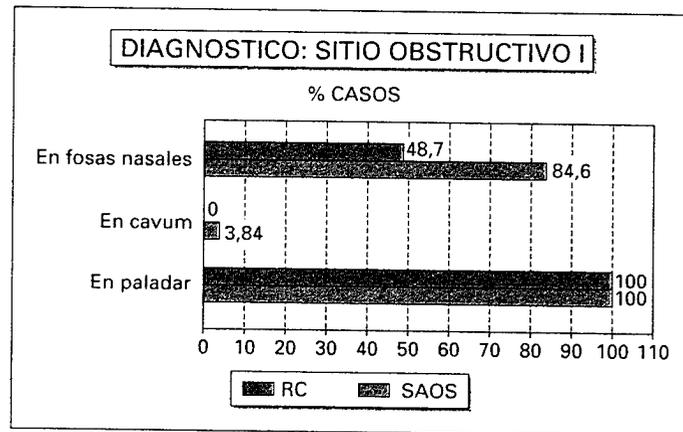


Figura 8-8. Zona de obstrucción en fosas nasales, cavum y paladar en RC y SAOS. Hay que aclarar que se seleccionó a todos los pacientes con sitio obstructivo en paladar.

de los pacientes con SAOS habían sido intervenidos de septoplastia o cirugía de cornetes. La obstrucción nasal crónica afecta al 45,1 % de los RC y al 88,5 % de los SAOS. Por rinoscopia anterior o posterior, endoscopia rígida o rinomanometría se ha detectado una zona de obstrucción en fosas nasales en el 48,7 % de los RC y el 84,6 % de los SAOS, como podemos ver en las Figuras 7-7, 7-14 y 7-15 del Capítulo 7.

Estos hallazgos demuestran una vez más el papel de la alteración de la permeabilidad nasal como factor causante, coadyuvante o desencadenante de RC y coadyuvante o desencadenante de SAOS (Fig. 8-6).

En ocasiones hemos observado, fuera de la casuística presentada en este libro, que al corregir la permeabilidad nasal, disminuyen considerablemente los síntomas y no es necesario efectuar posteriormente la palatoplastia, que en

principio habíamos indicado, como un segundo paso (Figs. 8-6 y 8-10).

Factor palatino

En la faringoscopia se observó el velo de implantación baja en todos los pacientes de ambos grupos (su ausencia era criterio de exclusión), generalmente acompañado de velo mucoso bajo. Es muy importante observar la implantación posterior del paladar en todo tipo de exploraciones; la encontramos en el 75,9 % de los RC y en el 69,2 % de los SAOS, con una diferencia del 6,7 %, lo cual nos sorprende, puesto que es menor en el SAOS, haciéndonos recordar que éste tiene frecuentemente un componente hipofaríngeo o faríngeo completo. Hay hipertrofia de la úvula en el 67,0 % de los RC y en el

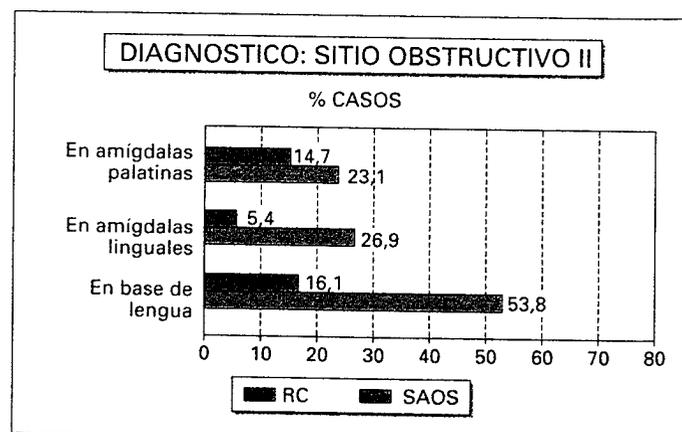


Figura 8-9. Zona de obstrucción en amígdalas palatinas, en amígdalas linguales y en base de lengua.



Figura 8-10. Gran dismorfia septal y lateralización nasal, corregida por septorhinoplastia.

96,2 % de los SAOS. La úvula está edematosa sólo en el 3,6 % de los RC y el 30,8 % de los SAOS, cifras que denotan claramente las presiones negativas a las que se encuentra sometida la faringe en el SAOS.

Fibroscópicamente no existen diferencias significativas en los hallazgos de la hipertrofia de la úvula, detectados por faringoscopia, con la que se aprecia en no pocas ocasiones que casi contacta con la epiglotis y en dos casos cabalgaba sobre la cara laríngea de ésta. Hemos observado la vibración del velo del paladar en el 100,0 % de los pacientes al hacerles roncar. Detectamos también en todos un istmo pequeño, lo que interpretamos como una implantación baja del paladar. Si no se descubría esta implantación baja por faringoscopia o por fibroendoscopia, los pacientes eran excluidos del estudio (Figs. 7-12, 7-17, 7-18, 7-25 y 7-30).

El espacio retropalatal es estenótico en el 92,4 % de los RC y en el 100,0 % de los SAOS.

En la cefalometría del grupo de SAOS, la medida del paladar (P o PNS-P) presenta una media de 49,1 mm y con una SD de 3,7 mm. El grosor del paladar (G) presenta una media de 12 mm y con una SD de 2,4 mm. El espacio retro-

palatal (UPPW) medio es de 4,3 mm y con una SD de 1,5 mm.

Como hemos comentado, se halló una zona de obstrucción en paladar en el 100,0 % de los RC y el 100,0 % de los SAOS (Fig. 8-11).

Factor amigdalario palatino

Destaca el hecho de que el 20,4 % (51 pacientes) manifiestan haber sido amigdalectomizados y se comprueba que el 21,2 % (53 pacientes) lo están.

Por faringoscopia se observó hipertrofia de las amígdalas palatinas no oclusivas en el 1,8 % de los RC y el 3,8 % de los SAOS y oclusiva en el 14,7 % de los RC y en el 23,1 % de los SAOS (Fig. 8-12). El pilar posterior era hipertrófico en el 17,4 % de los RC y el 61,5 % de los SAOS. Había cordones faríngeos hipertróficos en el 1,3 % de los RC y el 11,5 % de los SAOS. La fibroscopia no revela diferencias en estos hallazgos.

Teniendo en cuenta la faringoscopia, la fibroendoscopia y la maniobra de Müller a este nivel, se detectó una zona de obstrucción evidente en amígdalas palatinas en el 14,7 % de los RC y el 23,1 % de los SAOS.

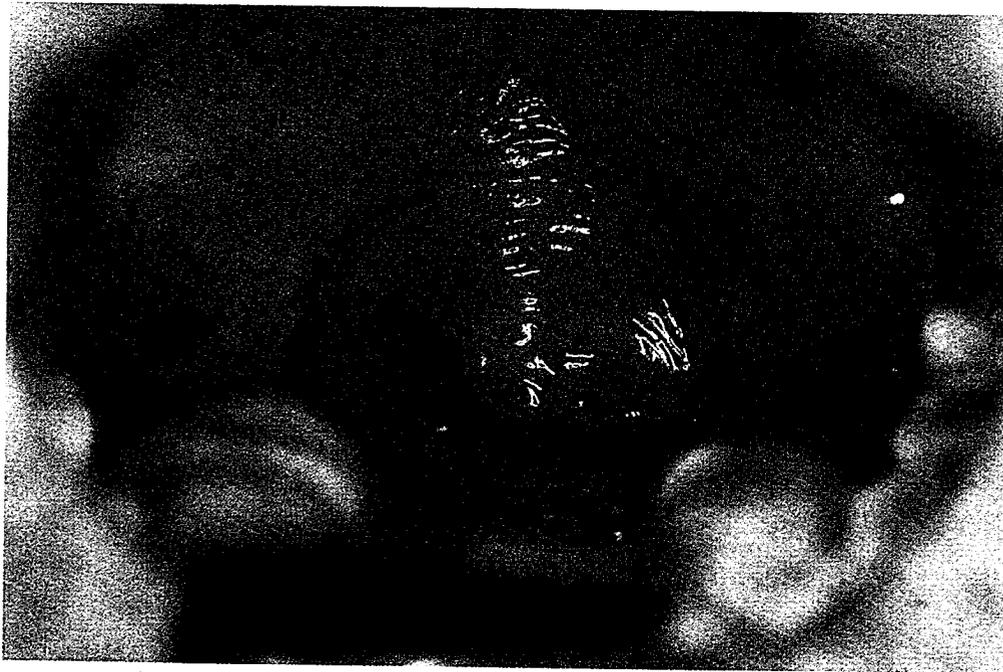


Figura 8-11. Faringoscopia. Edema de úvula y velo mucoso asimétrico.

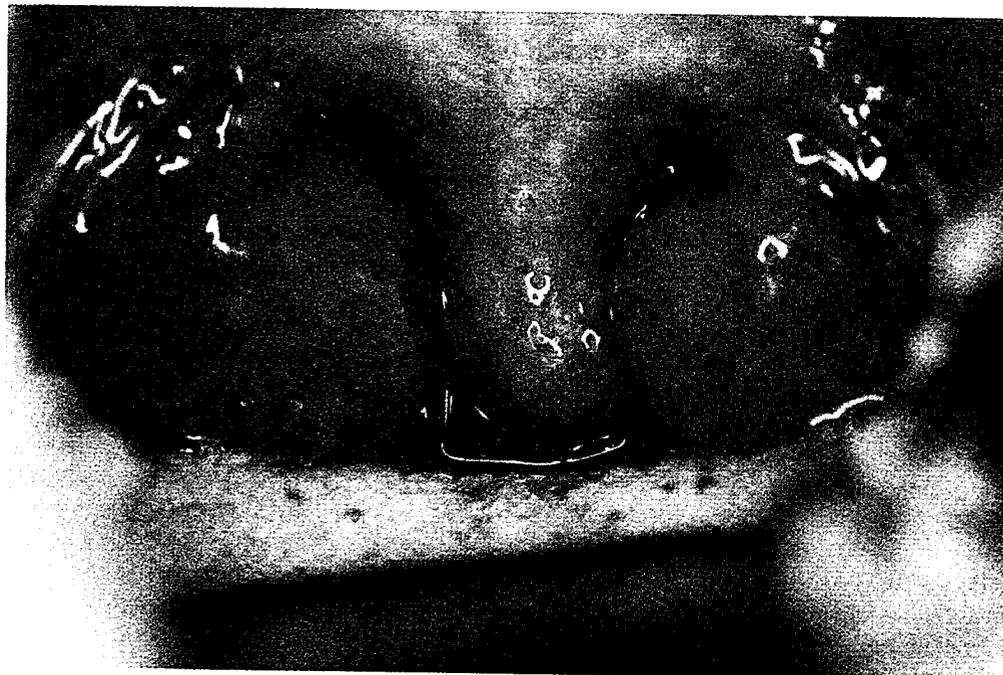


Figura 8-12. Gran hipertrofia amigdalair oclusiva, velo mucoso, úvula hipertrofica, en paciente con IAH/H de 52.



Figura 8-13. Faringoscopia. Implantación baja del velo del paladar. Faringe estenótica y en contracción.

Es muy importante señalar, que es estrictamente necesario valorar este factor antes de instaurar cualquier tratamiento, sobre todo instrumental, porque la solución consiste generalmente sólo en una intervención simple, que es la amigdalectomía (Fig. 8-13).

Factor lingual

El factor lingual está ligado a la implantación posterior de la base de la lengua, a la macroglosia o hipertrofia de la lengua y a la retrognatia.

Cabe destacar que se observa retrognatismo en el 11,2 % de los RC y el 19,2 % de los SAOS. En la exploración de la boca y de la faringe, existía macroglosia en el 8,0 % de los RC y el 19,2 % de los SAOS. Según la fibroscopia, la base de la lengua es hipertrofica en el 6,3 % de los RC y el 11,5 % de los SAOS, y la implantación posterior de la base de la lengua se encuentra en el 14,3 % de los RC y el 53,8 % de los SAOS, porcentajes muy significativos para el factor hipofaríngeo de los SAOS (Figs. 7-10, 7-11 y 7-20 del Capítulo 7).

En el grupo de SAOS hemos medido un SNA medio de 81,4 grados con una SD de 1,9 grados; un SNB medio de 77,6 grados con una SD de 2,6 grados; un ANB medio de 3,8 grados con una SD de 2,1 grados, y un MP-H medio de 24,6 mm con una SD de 3,4 mm. El PAS medio era de 9,8 mm y la SD de 2,3 mm (Fig. 7-25 del Capítulo 7).

Se encontró una zona de obstrucción evidente en la base de lengua en el 16,1 % de los RC y el 53,8 % de los SAOS. Es lógico que en todos los pacientes intervenidos de palatoplastia predomine el factor palatino.

Factor amigdalair lingual

Respecto a la exploración de la amígdala lingual, la laringoscopia indirecta nos hace perder referencias sobre la magnitud de esta estructura al estar traccionada la lengua. El método ideal para estudiarla es la fibroendoscopia (Fig. 7-20 del Capítulo 7), con la que se observó la amígdala lingual hipertrofica en el 30,8 % en los RC y en el 34,6 % de los SAOS, siendo oclusivas en