

APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN PEDIATRIA



Por Lic. Hector Herrera, Terapeuta Respiratorio Certificado (National Board for Respiratory Care). Fellowship en Polisomnografía (INER).

La apnea obstructiva del sueño en niños es un trastorno respiratorio en el que la respiración de tu hijo se bloquea parcial o completamente durante el sueño. Es producido por el estrechamiento o bloqueo de la vía aérea superior durante el sueño.

Existen diferencias entre la apnea obstructiva del sueño en niños y la apnea del sueño en adultos. Mientras que los adultos generalmente presentan somnolencia durante el día, es más probable que los niños tengan trastornos de conducta, dificultad para el aprendizaje, capacidad de concentración, pudiendo estar presente la somnolencia diurna en los pacientes más severos. La causa más común en niños es el agrandamiento de los adenoides y las amígdalas.

El diagnóstico y tratamiento tempranos son importantes para poder prevenir las complicaciones que pueden afectar el crecimiento, el desarrollo cognitivo y el comportamiento de los niños.

La prevalencia de la AOS es muy variable según distintas publicaciones: entre el 7 al 16% en niños desde 6 meses hasta los 13 años de edad y del 3 al 14% en adolescentes. Sin embargo, a nivel global, se estima que se encuentra alrededor del 3%. Parece ser similar en niños que en niñas y el mayor porcentaje se ubica en la edad preescolar, coincidiendo con el momento en que el tejido linfóide (adenoides y amígdalas) es mayor en relación al tamaño de la vía aérea.



Anatomía normal

Las vías aéreas abiertas permiten que el aire pase fácilmente.



Causas comunes de la apnea del sueño

Las amígdalas y adenoides grandes dificultan el paso del aire. hacen más difícil el flujo de aire.

FACTORES DE RIESGO:

Está asociado en edad pre escolar primordialmente al crecimiento anormal del tejido linfóide (Adenoides y amígdalas), malformaciones cráneo faciales, obesidad.

FACTORES DE RIESGO DE AOS EN NIÑOS:

- ♦ Hipertrofia de amígdalas y adenoides.
- ♦ Malformaciones congénitas craneofaciales: Síndrome. de Down, Síndrome. de Pierre Robin, Síndrome de Treacher Collins, Síndrome de Klippel Feil, Síndrome. de Prader Willi, acondroplasia, micrognatia y retronagtia mandibular.
- ♦ Obstrucción nasal.
- ♦ Laringomalacia.
- ♦ Enfermedades neurológicas y neuromusculares.
- ♦ Reflujo gastro-esofágico.
- ♦ Obesidad.

SINTOMAS NOCTURNOS:

- ♦ Respiración ruidosa/difícil.
- ♦ Pausas respiratorias.
- ♦ Sueño intranquilo.
- ♦ Síntomas relacionados con hipertrofia. adenoamigdal: Respiración bucal, sequedad de boca, halitosis (olor desagradable del aliento del niño)
- ♦ Posturas anormales con hiperextensión de la cabeza.
- ♦ Sudoración excesiva durante el sueño.

“

Complicaciones asociadas a la AOS



SINTOMAS DIURNOS

- ♦ Cefaleas matutinas (dolor de cabeza matutinos).
- ♦ Hipersomnia a veces (sueño excesivo).
- ♦ Hiperactividad.
- ♦ Déficit de atención.
- ♦ Bajo rendimiento escolar.
- ♦ Irritabilidad.
- ♦ Cansancio.
- ♦ Retraso en el desarrollo pondoestatural (crecimiento).
- ♦ Congestión nasal.
- ♦ Infecciones de vías respiratorias altas frecuentes.
- ♦ Alteraciones del habla.

¿Qué hacer si su hijo ha sido diagnosticado o se sospecha que pueda tener AOS?

- Acuda a un Médico especialista en Medicina del sueño que en conjunto a un Otorrinolaringólogo pediatra, o neumólogo pediatra podrán orientarle en el diagnóstico y manejo de la enfermedad.

- De ser posible se le debe realizar un estudio de polisomnografía nocturna (estándar de oro) o una poligrafía respiratoria para poder hacer el diagnóstico y decidir conducta terapéutica.

El tratamiento es variable y dependerá de la causa de la obstrucción de la vía respiratoria y puede ser desde farmacológico, quirúrgico o incluso terapia con presión positiva continua (CPAP) a través de equipos portátiles en los casos que la cirugía no resolvió el problema o no estaba indicada.



“

Fuente: Asociación Española de Pediatría. Protocolos actualizados al año 2011

Rev. Otorrinolaringología. Cirugía de Cabeza Cuello 2021; 81: 139-152