



**¿Narcolepsia, apnea del sueño o tecnología diagnóstica insuficiente?**

**Sr. Director:** En los estudios polisomnográficos de los trastornos respiratorios del sueño se usa habitualmente el termistor para medir las variaciones del flujo oronasal<sup>1</sup>, a partir de la diferencia de temperatura existente entre el aire inspirado y espirado. Es una medida de tipo cualitativo. El termistor es capaz de detectar, con buena fiabilidad, los episodios respiratorios de tipo estático (apneas), pero capta deficientemente los de tipo dinámico (hipopneas)<sup>2</sup>, lo que puede llevar a errores diagnósticos. La adición de la cánula de presión nasal, que identifica los pequeños cambios de presión que ocurren durante el ciclo respiratorio en las fosas nasales, ha mejorado la detección de los episodios respiratorios, sobre todo la de las hipopneas<sup>3</sup>. Presentamos un caso clínico que pone de manifiesto esta problemática.

Varón de 19 años, fumador y bebedor de fin de semana, sin historia familiar de alteraciones relacionadas con el sueño ni antecedentes personales de enfermedad neurológica o traumatismo craneoencefálico. No refería otros datos de interés. Trabajaba de camarero desde las 9:30 h hasta las 20:00 h. Los fines de semana acababa su jornada laboral a las 3:00 h. Dormía, con sueño de buena calidad, desde las 23:30-0:00 h hasta las 7:30, salvo los fines de semana, en los que lo hacía desde las 8:00 h a las 15:00. Era roncador habitual, y se habían detectado algunas apneas nocturnas, y presentaba somnolencia diurna excesiva, de carácter continuo, en situaciones pasivas. Durante los fines de semana refería episodios de sueño involuntario y en alguna ocasión dudosas alucinaciones hipnagógicas, sin cataplejía ni parálisis de sueño. La exploración física era normal y su índice de masa corporal [IMC] era de 28 kg/m<sup>2</sup>. El examen ORL evidenciaba una discreta hipertrofia velopalatina y las exploraciones complementarias, incluyendo la tomografía axial computarizada (TAC) cerebral, eran normales. Evidenciaba el alelo DRB1\*15, asociado a la narcolepsia, en su tipificación HLA. Se realizó una polisomnografía nocturna, y se mantiene el flujo oronasal solamente con un termistor (PSG[T]), observándose trazados de sueño aceptablemente estructurados y latencia temprana de sueño REM. Un resumen de sus hallazgos se expone en la tabla I. El test de latencias múltiples de sueño (TLMS) detectó un sueño superficial en las 4 siestas a los 7, 12, 8 y 9 min, respectivamente, con un solo REM a los 12 min de la última siesta. Ante la sospecha de una narcolepsia y dada su mala higiene de sueño se indicó al paciente que solicitara la baja laboral y regularizara su horario de sueño durante 2 semanas, anotándolo en una "agenda de sueño" para su control. Se repitió la polisomnografía midiendo el flujo con un termistor y

**TABLA I**  
**Resumen de los resultados encontrados en las dos polisomnografías realizadas**

	PSG (T)	PSG (T + CPN)
Latencia no REM	1,5 min	10 min
Latencia REM	3,0 min	124 min
IAH total	8	13
IAH supino	13	27
IAH lateral	0,8	3

IAH: índice de apnea-hipopnea; SaO<sub>2</sub>: saturación arterial de oxígeno; resto de abreviaturas en el texto.

una cánula de presión nasal (PSG[T+CPN]). El resultado se muestra en la tabla I. El TMS demostró vigilia en las tres primeras siestas y un sueño superficial a los 12 min de la cuarta sin REM. El paciente fue diagnosticado de apnea de sueño de tipo postural (leve-moderada en supino y ausente en lateral), junto con mala higiene del sueño, y se le indicaron medidas conservadoras.

En el caso clínico descrito la realización de una PSG midiendo el flujo oronasal solamente con termistor indujo a sospechar una narcolepsia en un paciente con clínica dudosa y mala higiene de sueño. La repetición de la PSG con un termistor y una cánula de presión nasal fue capaz de detectar un cuadro de apnea de sueño de tipo postural. La mejoría en la higiene del sueño hizo desaparecer la clínica sugestiva de narcolepsia. En resumen, creemos que este caso ilustra cómo la insuficiente tecnología (únicamente un termistor oronasal) puede inducir a errores diagnósticos, por lo que es conveniente añadir otros instrumentos de medida (cánula de presión nasal, bandas toracoabdominales) para valorar los eventos respiratorios, sobre todo las hipopneas.

**J.I. Aguirregomoscorta,  
I. Urrutia y S. Aparicio**  
Servicio de Neumología.  
Hospital de Galdakao  
Bizkaia

1. Barbé F, Amilibia J, Capote F, Durán J, Mangado NG, Jiménez A, et al. Diagnóstico del síndrome de apneas obstructivas durante el sueño. Informe de consenso del área de insuficiencia respiratoria y trastornos del sueño. Arch Bronconeumol 1995;31:460-2.
2. Farré R, Montserrat JM, Rotger M, Ballester E, Navajas D. Accuracy of thermistors and thermocouples as flow-measuring devices for detecting hypopneas. Eur Respir J 1998;11:179-82.
3. Montserrat JM, Farré R, Ballester E, Félez MA, Pasto M, Navajas D. Evaluation of nasal prongs for estimating nasal flow. Am J Respir Crit Care Med 1997;155:211-5.