

Tratamiento del síndrome de apneas-hipoapneas durante el sueño

Sr. Director: He leído el excelente editorial de Durán Cantolla¹ y las recomendaciones SEPAR sobre el tratamiento del síndrome de las apneas-hipoapneas durante el sueño². En dichas recomendaciones, se pone especial énfasis en los síntomas a la hora de establecer el tratamiento específico (p. ej., CPAP), y el índice de apnea-hipoapnea (IAH) que se toma como referencia para adoptar determinadas decisiones terapéuticas es que sea mayor o menor a 30. Incluso, se deduce del punto 4 que puede no aconsejarse tratamiento específico a pesar de un IAH elevado, por encima de 30, si no existen síntomas ni factores de riesgo.

En el editorial que precede a las recomendaciones, se hace referencia al exceso de mortalidad asociado al síndrome de apneas-hipoapneas obstructivas durante el sueño (SAHOS) y se señala, entre otros, el artículo de He et al³. En dicho artículo, se encontraron diferencias apreciables en la mortalidad a partir de un índice de apnea de 20, de forma que la supervivencia acumulada a los 8 años fue de 0,63 en los que tenían más de 20 apneas a la hora y de 0,96 en los que tenían menos de 20 apneas/h. Esta diferencia en la mortalidad fue especialmente evidente en pacientes menores de 50 años, y ninguno de los pacientes tratados con traqueostomía o CPAP nasal falleció.

Este trabajo sirvió en la anterior "Normativa sobre diagnóstico y tratamiento del síndrome de apnea obstructiva del sueño"⁴, para establecer el IAH de 20 como base para la adopción de medidas específicas de tratamiento. Este mismo artículo es utilizado por otros autores para seguir aconsejando un límite de apneas por encima de 20 para realizar tratamiento específico⁵. Es obvio que el meta-análisis de Wright et al⁶ ha creado ciertas dudas sobre los problemas de salud que el síndrome de apneas obstructivas durante el sueño (SAOS) puede ocasionar, pero también es evidente que dicho artículo ha sido ampliamente criticado, incluso en su metodología.

Sería aconsejable que se explicaran los motivos por los cuales el IAH ha sido elevado a 30 y cuál es el soporte bibliográfico por el que se ha elegido este valor del IAH. Por otro lado, mientras el artículo de He et al no sea rechazado, probablemente sería aconsejable que se continuara utilizando el valor del IAH de 20 establecido en la anterior normativa.

A. León Jiménez

Sección de Neumología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

1. Durán Cantolla J. Síndrome de la apnea obstructiva del sueño. Controversias en el tratamiento. Arch Bronconeumol 1998; 34: 171-173.
2. Montserrat JM, Amilibia J, Barbé F, Capote F, Durán J, Mangado NG et al. Tratamiento del síndrome de las apneas-hipoapneas durante el sueño. Arch Bronconeumol 1998; 34: 204-206.

3. He J, Kryger MH, Zorick FJ, Conway W, Roth T. Mortality and apnea index in obstructive sleep apnea: experience in 385 male patients. Chest 1988; 94: 9-14.
4. Grupo de Trabajo SEPAR. Normativa sobre diagnóstico y tratamiento del síndrome de apnea obstructiva del sueño. Recomendaciones SEPAR, n.º 14. Barcelona: Ediciones Doyma, S.A., 1993.
5. Bahammam A, Kryger M. Decisions making in obstructive sleep-disordered breathing. Putting it all together. Clin Chest Med 1998; 19: 87-97.
6. Wright J, Johns R, Watt I, Mellville A, Sheldon T. Health effects of obstructive sleep apnoea and the effectiveness of continuous positive airways pressure: a systematic review of the research evidence. Br Med J 1997; 314: 851-860.

Respuesta de los autores

Sr. Director: Los comentarios del Dr. León Jiménez a las recomendaciones SEPAR sobre el tratamiento del síndrome de apneas-hipoapneas del sueño (SAHOS) y el editorial que les precede introducen una interesante reflexión a propósito de las dificultades de definición e identificación de pacientes a tratar en el SAHOS. Aunque no existen dudas de tratamiento en los casos graves, el problema se plantea a la hora de decidir qué hacer con los casos leves-moderados y con aquellos pacientes con un índice de apnea-hipoapnea (IAH) elevado sin síntomas.

Desgraciadamente, el trabajo de He et al¹ sólo contribuye parcialmente a resolver el problema. Efectivamente, cuando este estudio fue llevado a cabo no se identificaban las hipoapneas, por lo que sus conclusiones se limitaron a las apneas estableciendo un mayor riesgo de mortalidad en aquellos sujetos con un índice de apnea (IA) mayor de 20. Sin embargo, algunas de sus conclusiones también han sido criticadas debido a la metodología empleada y a la baja tasa de respuestas. De hecho, incluso el reciente trabajo de Bahammam et al², sobre el que se refiere el Dr. León Jiménez, también hace referencia a un IA > 20, sin referencia a las hipoapneas cuya trascendencia clínica puede ser tan importante o más que la de las apneas. Por otra parte, es una impresión común entre los profesionales que se dedican a los trastornos respiratorios del sueño, que a pacientes con un IA ≥ 20 corresponde un IAH ≥ 30 o incluso ≥ 40, aunque esto no ha sido contrastado. En todo caso, el empleo de puntos de corte estrictos probablemente no sea conveniente y no se ajuste a nuestro relativo y todavía joven conocimiento del síndrome.

La recomendación SEPAR actual ha sido llevada a cabo por muchos de los expertos que participaron en la realizada en 1993 y se llegó a una decisión de consenso por todo el grupo. Esta decisión estuvo basada en la propia experiencia y opinión de los miembros y apoyada por decisiones similares tomadas por el Ministerio de Sanidad Francés y Australiano³, que también introducen el criterio de tratamiento con CPAP para un IAH ≥ 30. De forma complementaria, hace sólo unos meses un reciente acuerdo auspiciado por el INSALUD entre la SEPAR, la Sociedad Española de Neurología y la Sociedad Española

de Neurofisiología Clínica estableció el criterio de consenso para el tratamiento con CPAP, en presencia de síntomas y, un IAH ≥ 20-30. Así mismo, y aunque la experiencia todavía es limitada, el Dr. Marín en Zaragoza, que también fue uno de los redactores de las recomendaciones de 1993, encontró un exceso de mortalidad para los pacientes con un IAH ≥ 30 frente a un IAH < 30⁴.

Es posible que el desarrollo de las investigaciones, actualmente en marcha, conduzcan a modificaciones de las recomendaciones actuales. De hecho, en este momento y auspiciado por el grupo de Insuficiencia Respiratoria y Trastornos del Sueño de la SEPAR, está en avanzado estado de desarrollo un ensayo clínico multicéntrico para conocer la eficacia del tratamiento con CPAP, frente a medidas generales, en pacientes con un IAH ≥ 10 y < 30, cuyas conclusiones contribuirán a mejorar nuestro conocimiento y capacidad de decisión terapéutica sobre este tipo de pacientes.

Las recomendaciones actuales representan una decisión de consenso. Sin embargo, en cada uno de sus puntos el facultativo que debe tomar la decisión de tratar o no dispone de libertad suficiente para que pueda evaluar cada caso. No obstante, a la luz de los conocimientos actuales, la indicación de un tratamiento costoso como la CPAP, de duración indefinida y de efectos a largo plazo desconocidos, debe ser prescrito con prudencia. En esta línea, nosotros aconsejamos restringir la CPAP a los casos claros y, en los demás pacientes, individualizar la decisión.

J. Durán Cantolla*
y J.M. Montserrat Canal**

Unidad de Sueño.

Hospital Txagorritxu. Vitoria.

**Presidente de la IRTS. Servicio de Neumología. Hospital Clínic. Barcelona

1. He J, Kryger MH, Zorick FJ, Conway W, Roth T. Mortality and apnea index in obstructive sleep apnea. Experiencia in 385 male patients. Chest 1988; 94: 9-14.
2. Bahammam A, Kryger M. Decisions making in obstructive sleep-disordered breathing. Putting it all together. Clin Chest Med 1998; 19: 87-97.
3. Australian Health Technology Advisory Committee. The effectiveness and cost-effectiveness of nasal continuous positive airway pressure (nCPAP) in treatment of obstructive sleep apnoea in adults. Canberra: Government Public Service, 1996.
4. Marín JM, Badorrey I, Carrizo SJ, Kogan I. Perspective long-term follow-up of untreated patients with obstructive sleep apnea (OSA). Am J Respir Crit Care Med 1997; 155 (Supl 2): 847.

Granulomatosis de Wegener. Variante broncocéntrica

Sr. Director: La granulomatosis de Wegener (GW) es una entidad clinicopatológica de causa desconocida. Histológicamente se caracteriza, de forma típica, por la combinación de vasculitis, granulomas y necrosis¹. En los últimos años, se han descrito diversas variantes histológicas de este proceso². En este artículo, describimos un caso de GW en el que la