

SÍNDROME DE APNEAS CENTRALES IDIOPÁTICO

S. Jodra Sánchez, T. Díaz Cambriles, M.J. Díaz de Atauri Rodríguez de los Ríos

Servicio de Neumología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Sr. Director:

El síndrome de apneas centrales del sueño (SACS) idiopático durante el sueño es una entidad poco frecuente¹ y las diferentes posibilidades terapéuticas obliga a hacer un diagnóstico diferencial precisando la realización de una polisomnografía estándar (PSG) para su confirmación. En la actualidad la elección de la mejor terapéutica para este proceso es controvertida.

Se presenta un paciente con síndrome de apneas centrales idiopático que precisó tratamiento con servo ventilación para un adecuado control no conseguido mediante otro tipo de soporte, así como un período de tiempo necesario para el reajuste de los centros respiratorios al nuevo patrón de respiración.

Se trata de un varón de 79 años, ex fumador con un índice acumulado de 30 paquetes/año, bebedor habitual de 50 gramos de alcohol al día, episodio de fibrilación auricular paroxística en febrero 2007 e ic-tus isquémico transitorio en territorio carotídeo derecho en marzo de 2007 con recuperación completa sin secuelas neurológicas posteriores con resonancia magnética cerebral normal. Se realizó cardioversión eléctrica recuperando ritmo sinusal y presentando un ecocardiograma de control normal.

El paciente es remitido a la Unidad de Trastornos del Sueño debido a la presencia de despertares asfícticos. En su evaluación refería excesiva somnolencia diurna (escala de somnolencia de Epworth: 14/21), ronquido ocasional, desconocía si realizaba apneas durante el sueño, presentaba cansancio, cefalea matutina, nicturia de dos o tres episodios y una disminución leve progresiva de sus facultades intelectuales. En la exploración física destacaba: índice de masa corporal de 26, perímetro del cuello de 42 centímetros y exploración neurológica normal. Gasometría arterial basal: pH 7,44; PaCO₂ 34; PaO₂ 88 y saturación de oxihemoglobina de 97%. Espirometría: FVC 2540 ml (76%), FEV₁ 1850 ml (74%) y FEV₁/FVC 72%.

Se realizó PSG diagnóstica donde llamaba la atención los siguientes resultados: no realizaba sueño REM, eficacia del sueño 0 %, apneas totales 139 (centrales 122; obstructivas 4; mixtas 13) y 3 hipopneas. Índice de apneas-hipopneas durante el sueño (IAH) 59, índice de apneas centrales (IAC) 51, índice de desaturación de oxihemoglobina (IDO) 50 (figura 1). Considerando la presencia de la somnolencia diurna y los despertares asfícticos del paciente, la normocapnia en vigilia y un IAC de 51, sin otra causa que lo justificara, se asumió el diagnóstico de SACS idiopático según los criterios clínicos de la American Academy of Sleep Medicine Task Force (AASM)².

Tras revisar distintos estudios acerca el beneficio de la servo ventilación en el SACS idiopático^{3,4,5} se inició tratamiento mediante aplicación de presión positiva a dos niveles con servo ventilación: BIPAP Autoset CSTM 2 (ResMed) con los siguientes parámetros: presión de soporte máxima 10, volumen minuto objetivo 6,4 litros/minuto y PEEP 5. Se realizó PSG de control a los 10 días con el soporte respiratorio referido, objetivándose un IAH de 36 (IAC: 18), un número total de apneas de 108 (centrales 85; obstructivas 13; mixtas 10) e hipopneas 73 con un IDO de 19. A pesar de la respuesta parcial se decide prolongar el tratamiento sin modificaciones y reevaluación posterior. Un mes más tarde se realiza pulsioximetría nocturna, detectándose un IDO de 3 (Basal de 50).

Dada la no disponibilidad administrativa de prescripción en ese momento de dicha terapia domiciliar y considerando que diferentes estudios defienden una respuesta similar con otro tipo de soporte respiratorio, se cambió el soporte respiratorio por un equipo convencional de aplicación de presión a dos niveles (BIPAP). Cuarenta y ocho horas más tarde el paciente refiere reaparición de la sintomatología inicial por lo que se repite nueva pulsioximetría nocturna con la BIPAP convencional detectándose un IDO de 12.

Confirmado el deterioro clínico del paciente y la

Recibido: 26 de octubre de 2011. Aceptado: 4 de mayo de 2012.

Soraya Jodra Sánchez
sorayajodra_9@hotmail.com

reaparición de eventos, se decidió reiniciar tratamiento con servo ventilación. Se realizó nueva PSG de control con servo ventilación (2 meses después del diagnóstico inicial) con los mismos parámetros utilizados inicialmente obteniéndose los siguientes datos: presencia de sueño REM, eficacia del sueño 24%, desaparición de las apneas centrales, 1 apnea obstructiva con un IAH residual 0,2 e IDO de 1 (Tabla 1). En ese momento el paciente no presentaba somnolencia (escala de Epworth de 2) ni despertares asfícticos con buena tolerancia al tratamiento y adecuado cumplimiento.

En resumen, el SACS idiopático es una entidad poco frecuente y su tratamiento es controvertido. Este caso ilustra, por una parte, la necesidad en ocasiones de utilizar un tipo de soporte (servo ventilador) capaz de adaptarse al patrón respiratorio del paciente, así como período de tiempo para que los mecanismos reguladores de la respiración se readapten antes de considerar un fracaso terapéutico. Por último resaltamos la importancia de la historia clínica y de los síntomas como guía tanto para el diagnóstico como para el adecuado control.

BIBLIOGRAFÍA

1. Eckert DJ, Jordan AS, Merchia P, Malhotra A. Central Sleep Apnea: Pathophysiology and treatment. *Chest* 2007; 131: 595-607.
2. Sleep-related breathing disorders in adults: recommendations for syndrome definition and measurement techniques in clinical research. The Report of an American Academy of Sleep Medicine Task Force. *Sleep* 1999; 22 (5): 667-689.
3. Bradley TD, Phillipson EA. Central sleep apnea. *Clin Chest Med* 1992; 13: 493-505.
4. Allan JS, Olson EJ, Gay PC, Morgenthaler TI. Efficacy of adaptive servoventilation in treatment of complex and central sleep apnea syndromes. *Chest* 2007; 132: 1839-1846.
5. Morgenthaler TI, Gay PC, Gordon N, Brown LK. Adaptive servoventilation versus noninvasive positive pressure ventilation for central, mixed and complex sleep apnea syndromes. *Sleep* 2007; 30 (4): 468-475.

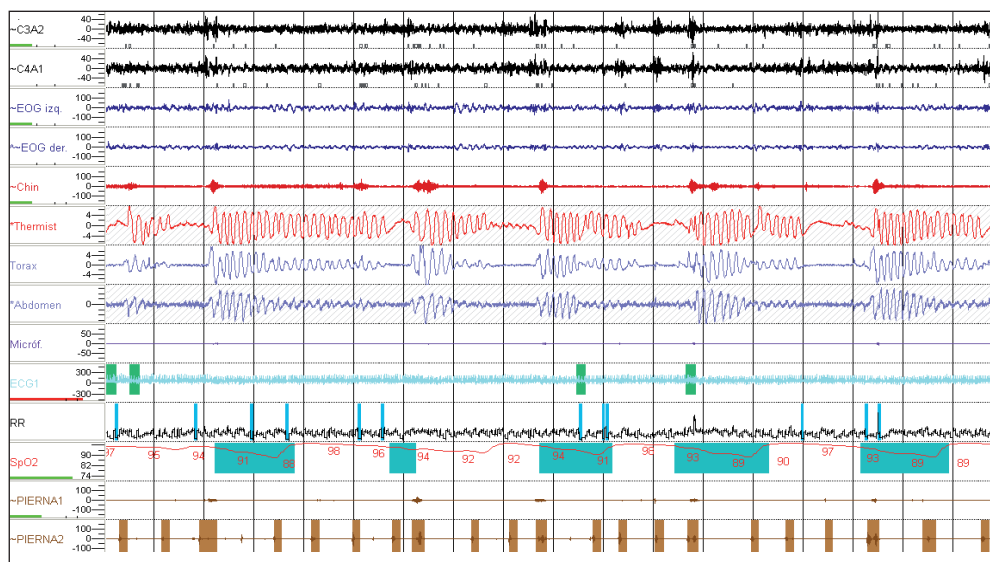


Figura 1. Registro polisomnográfico diagnóstico.

C3A1 y C3A2: sensores electroencefalográficos; EOG izq.: electro oculograma izquierdo; EOG der.: electro oculograma derecho; Chin: tono muscular de la barbilla; thermist: flujo oro nasal por termistor; tórax y abdomen: bandas con sensores de esfuerzo respiratoria torácica y abdominal; Micrófono: ronquido; ECG: electrocardiograma; RR: frecuencia cardiaca; SpO2: saturación de oxihemoglobina medida por pulsioximetría; pierna 1: movimientos pierna izquierda; pierna 2: movimientos pierna derecha. Véase la ausencia de flujo respiratorio en el termistor junto con ausencia de los movimientos realizados por la musculatura respiratoria y abdominal, detectado por las bandas toracoabdominales, junto con una caída de la saturación de oxihemoglobina al finalizar cada apnea.

Tabla 1.

| PARÁMETROS DE PSG | DIAGNÓSTICO | TRAS 2 MESES DE TRATAMIENTO CON SERVO VENTILACIÓN |
|--------------------------------|--------------------|---|
| Eficacia de sueño (%) | 0 | 24 |
| Eficiencia del sueño (%) | 33 | 80 |
| Latencia al sueño REM (min) | No realiza | 72 |
| Latencia al sueño no REM (min) | 19 | 21 |
| Apneas totales | 139 | 1 |
| distribución | C 122 - O 4 - M 13 | C 0 - O 1 - M 0 |
| Hipopneas totales | 3 | 0 |
| IAH | 59 | 0,2 |
| IAC | 51 | 0 |
| Índice de arousals | 87 | 37 |
| IDO | 50 | 1 |

PSG: polisomnografía estándar, REM: movimiento rápido de los ojos, Min: minutos, O: Obstruktiva, C: Central, M: mixta, IAH: índice de apneas-hipopneas durante el sueño, IAC: índice de apneas centrales, IDO: índice de desaturación de la oxihemoglobina.