



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 204/128 - Síndrome de apnea-hipopnea como factor de riesgo cardiovascular

J. Andino López<sup>a</sup>, L. Obando Silva<sup>b</sup>, V. Acosta Ramón<sup>c</sup>, M.P. Carlos González<sup>d</sup>, A.B. García Garrido<sup>e</sup>, M. Montes Pérez<sup>a</sup>, J. Villar Ramos<sup>f</sup>, R. Segura Granda<sup>g</sup> y A.M. González Pedraja<sup>g</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>c</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>e</sup>Médico Adjunto de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camargo Interior. Muriedas. Cantabria. <sup>b</sup>Médico General. Medicur 24h. Laredo. Cantabria. <sup>d</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cazoña. Santander. <sup>f</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dávila. Santander. <sup>g</sup>Médico Adjunto de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 54 años con antecedentes de IAM antero-lateral, stent en DA hace 5 años, HTA y obesidad grado I. Remitido desde atención primaria a la unidad del sueño por episodios de mareo, ronquidos y pausas respiratorias durante el sueño de 8 años de evolución sin ser constatadas hasta el momento.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 140/100, peso 91 kg, talla 1,70 cm, cuello 46 cm, IMC 31,49. ORL: Mallampati IV, área orofaríngea disminuida, retrognatia y micrognatia, avance mandibular malo. Gasometría basal: pH 7,39, pO<sub>2</sub> 87,3 mmHg, pCO<sub>2</sub> 38,7 mmHg, SatO<sub>2</sub> 97%. Espirometría: FVC 4.010 ml (103%), FEV1 3.340 ml (108%), FEV1/VC 83. Polisomnografía: 276 eventos respiratorios (55 apneas centrales, 160 apneas obstructivas, 2 apneas mixtas, 59 hipopneas). SatO<sub>2</sub> media 92%. FC media 58. Compatible SAHS grave. ECO T-T: hipertrofia concéntrica leve de VI, hipocinesia grave-acinesia de los segmentos meso-apicales de la cara anterior y septo anterior. FEVI 55%. Ergometría pos-cateterismo clínica y eléctricamente negativa a alta carga.

**Juicio clínico:** 1. Síndrome apneas-hipoapneas del sueño de carácter grave. 2. Cardiopatía isquémica. 3. Obesidad grado I.

**Diagnóstico diferencial:** Falta de sueño. Apnea central del sueño: afectación del centro respiratorio, aparición de apneas centrales > 50% en polisomnografía y acompañada de síntomas. Síndrome de hipoventilación primaria: alteración genética del control metabólico respiratorio, aparece en edades tempranas, presenta hipercapnia e hipoxemia mantenida. Aspiración. RGE.

**Comentario final:** El SAHS es el trastorno respiratorio más común relacionado con el sueño, definido como índice de apnea-hipopnea (IAH) > 5 eventos/hora, medido por polisomnografía. Afecta 2-4% de la población adulta, varía según raza, edad, sexo, la obesidad (FR más importante), alteraciones cráneo-faciales, tabaquismo, menopausia, historia familiar, entre otros. Caracterizado por episodios repetidos de apnea o reducción del flujo de aire inspiratorio secundario a obstrucción de la vía aérea superior (VAS) durante el sueño, presentando hipoxemia intermitente, hipercapnia, despertar del sueño y/o sueño fragmentado. Se manifiesta por ronquido, somnolencia diurna, asfixia nocturna, sueño intranquilo, fatiga, falta de concentración, angina nocturna, nicturia y cefalea matutina. Al examen físico podemos encontrar obesidad,

vía orofaríngea reducida, diámetro aumentado del cuello e HTA. El tratamiento consiste en pérdida de peso y uso de CPAP además dispositivos orales, cirugía VAS y estimulación del nervio hipogloso. Las manifestaciones y complicaciones cardiovasculares están relacionadas con episodios recurrentes de desaturación nocturna como: HTA, enf. coronaria, arritmias cardíacas, insuf. cardíaca, ACV, DM2, hígado graso, síndrome metabólico. Nuestro paciente presenta síntomas de SAHS desde hace 8 años sin diagnóstico previo, considerándose este un FR para enf. coronaria. Además el SAHS puede exacerbar una enf. coronaria preexistente, nuestro paciente ha presentado hace 1 año episodio SCASEST anterior con coronariografía normal, atribuible a vasoespasma secundario a hipoxemia grave en el contexto de SAHS.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Strohl K, Collop N, Finlay G. Overview of obstructive sleep apnea in adults. Uptodate, 2016.
2. Mehra R, Collop N, Finlay G. Obstructive sleep apnea and cardiovascular disease. Uptodate; 2015.