



SHOOTING

En 10 preguntas

Dres. Assumpta Ros y Domingo Graterol

Especialistas del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario Dexeus (Barcelona)

«El paciente con apnea fragmenta el sueño y por eso se levanta cansado»

Belén Tobalina. MADRID

1. Los casos de apnea obstructiva del sueño van en aumento en la última década. ¿A qué se debe este incremento?

Dra. Assumpta Ros (A. R.): Sí, la apnea obstructiva del sueño se diagnostica cada vez con más frecuencia. Esto se debe a varios factores: el aumento del sobrepeso y la obesidad, los malos hábitos a la hora de dormir y una mayor concienciación médica y social sobre este trastorno. También influye que en la actualidad disponemos de mejores herramientas diagnósticas y se pregunta más por síntomas como el ronquido, la somnolencia diurna o el sueño no reparador.

2. Con la apnea obstructiva del sueño, aunque pensemos que dormimos ocho horas, ¿puede ser en realidad menos tiempo y que por eso los pacientes se despierten muy frecuentemente cansados?

A. R.: Exactamente. Un paciente con apnea puede estar ocho horas en la cama, pero no tener ocho horas de sueño reparador. Durante la noche se producen episodios repetidos de cierre de la vía aérea. El oxígeno baja y el cerebro genera pequeños despertares, muchas veces imperceptibles, para recuperar la respiración. Esto fragmenta el sueño y hace que el paciente se levante cansado, con somnolencia, así como con dificultad para concentrarse o sensación de no haber descansado.

3. Hay pacientes con apnea que no acuden a consulta médica. Para ver si se puede cambiar este patrón y animar a la gente a que consulte al profesional en caso de duda o de sospecha, ¿qué enfermedades puede acabar ocasionando en el paciente la apnea no tratada?

A. R.: La apnea obstructiva del sueño no tratada puede tener consecuencias importantes. Se asocia con hipertensión arterial, arritmias, enfermedad cardiovascular,

ictus, mayor riesgo metabólico y empeoramiento del control de la diabetes. Además, puede provocar somnolencia diurna, problemas de memoria y concentración, irritabilidad y mayor riesgo de accidentes de tráfico o laborales.

4. ¿En qué casos es necesario



La intervención puede estar indicada cuando el paciente no tolera el dispositivo CPAP»

«La cirugía transoral robótica consiste en acceder a la zona a través de la boca, sin incisiones externas»

operar la apnea obstructiva del sueño?

A. R.: La cirugía se plantea en pacientes seleccionados. Habitualmente, primero se valoran medidas como la pérdida de peso, los dispositivos de avance mandibular o el dispositivo de Presión Positiva Continua en las Vías Respiratorias (CPAP). La cirugía puede estar indicada cuando el paciente no tolera la CPAP, cuando no consigue adherirse al tratamiento o cuando existe una obstrucción anatómica clara en la vía aérea superior.

5. ¿En qué consiste la cirugía transoral?

A. R.: Consiste en acceder a la zona que queremos tratar a través de la boca, sin necesidad de realizar incisiones externas en el cuello. En el caso de la apnea obstructiva del sueño, esta intervención permite actuar sobre estructuras que pueden estrechar la vía aérea. El objetivo es aumentar el espacio de la vía aérea y reducir el colapso que aparece durante el sueño.

6. ¿Quiénes son candidatos a ser intervenidos a través de esta técnica y qué perfiles con apnea obstructiva del sueño no?

Domingo Graterol (D. G.): Son candidatos los pacientes con apnea obstructiva del sueño moderada o severa en los que se ha demostrado una obstrucción anatómica corregible, especialmente si no toleran el dispositivo de Presión Positiva Continua en las Vías Respiratorias. No todos los pacientes son candidatos. La selección adecuada del paciente es fundamental para que la cirugía sea segura y eficaz.

7. ¿Cuáles son las principales ventajas de la cirugía robótica en este tipo de intervención?

D. G.: La cirugía robótica aporta tres grandes ventajas: visión, precisión y acceso. Así, permite ver la zona quirúrgica en tres dimensiones y con gran aumento, utilizar instrumentos articulados que llegan a áreas profundas y trabajar con movimientos muy finos y estables. De este modo se disminuyen las complicaciones intra y postoperatorias.

8. Entiendo que, al lograr una mayor precisión, permitirá también una recuperación más rápida, ¿no?

D. G.: Sí. Una cirugía más precisa suele significar una intervención más selectiva, con menor daño sobre los tejidos sanos. Eso puede traducirse en menos dolor, menor inflamación, menor sangrado y una recuperación funcional del paciente más rápida.

9. ¿Se puede intervenir en esta zona concreta sin robot?

D. G.: Sí, se puede intervenir sin robot. Existen técnicas convencionales, endoscópicas y con láser o coablación (ablación en frío). La diferencia es que el robot facilita el acceso a áreas profundas y estrechas, especialmente en la base de la lengua, y permite trabajar por tanto con mayor precisión y mejor visualización.

10. ¿Para qué otro tipo de pacientes podría utilizarse también esta técnica quirúrgica?

D. G.: Además de los pacientes con apnea, la cirugía transoral robótica también puede utilizarse en pacientes con patología oncológica de la orofaringe. Esto incluye tumores localizados en zonas como las amígdalas, la base de la lengua o determinadas áreas de la garganta. En estos casos, permite extirpar lesiones por vía transoral, preservando mejor funciones esenciales como la deglución, el habla y la respiración.