LOS PACIENTES CON SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO Y PROTEÍNA C REACTIVA ULTRASENSIBLE ELEVADA NECESITAN TRATAMIENTO PRIORITARIO

PATIENTS WITH SEVERE OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA SYNDROME AND ELEVATED HIGH-SENSITIVITY C-REACTIVE PROTEIN NEED PRIORITY TREATMENT

Li-Ang Lee, MD, Ning-Hung Chen, MD, Chung-Guei Huang, MS, Shih-Wei Lin, MD, Tuan-Jen Fang, MD, and Hsueh-Yu Li, MD, Taoyuan.

Otolaryngol Head Neck Surg 2010; 143: 72-7.

El síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) es una patología prevalente. La mitad de los adultos roncan y 3% experimentan apneas. El SAOS se ha asociado a morbilidad y mortalidad cardiovascular. La hipoxia crónica intermitente durante el sueño produce inflamación y estrés oxidativo, lo que promueve el remodelamiento vascular, la aterosclerosis y la isquemia miocárdica. Además una proporción importante de pacientes con SAOS tienen al menos un factor de riesgo de enfermedad cardiovascular; incluyendo el tabaco, la diabetes, la hipertensión arterial y la dislipidemia.

La proteína C reactiva (PCR) es una proteína de fase aguda, que se eleva en presencia de inflamación sistémica. Valores elevados de PCR se asocian a mayor riesgo de infarto al miocardio, accidente vascular encefálico y enfermedad vascular periférica en pacientes sin otros factores de riesgo. Actualmente se dispone de una técnica más sensible de medición de PCR para determinar riesgo cardiovascular. La elevación de PCR ultrasensible (PCR-us) a 3 mg/l se asocia con el doble de riesgo de desarrollar enfermedad coronaria en población adulta. La PCR se ha usado como marcador de riesgo de enfermedad cardiovascular en pacientes con SAOS. Sin embargo la relación entre esta enfermedad y los niveles de PCR-us son aún inciertos.

El objetivo de este estudio fue determinar los factores clínicos que predicen un mayor nivel de PCR-us en pacientes con SAOS sin tratamiento.

En este estudio transversal se incluyeron 65 pacientes de sexo masculino con SAOS de reciente diagnóstico y sin historia de enfermedad cardiovascular. Se les realizó historia y examen físico completo, polisomnografía y medición de PCR-us. La edad promedio fue de 38 años ± 9 años, con un índice de masa corporal de 27 ± 4 kg/m² y 11 ± 5 puntos en la escala de somnolencia de Epworth. De la muestra, 23% tenía una PCR-us mayor a 3mg/l, que fueron considerados de alto riesgo cardiovascular, y que se asociaron en forma significativa a un mayor IMC, índice de apneas/hipopneas (IAH) y puntaje en la escala de Epworth, independiente de otros factores de riesgo cardiovascular. El IAH fue el único factor predictivo independiente de elevación de PCR-us. La hipertrofia amigdalina se asoció a niveles mayores de PCR-us; no así la posición de la lengua y el paladar. Los pacientes con SAOS severo (IAH ≥ 30 eventos/hr) tienen valores más elevados de PCR-us en comparación con aquellos con un trastorno leve a moderado ($P = 0,01$).

Los autores concluyen que el SAOS produce un nivel crónico de inflamación de bajo grado, que se manifiesta con elevación de la PCR-us. Esta elevación sería más prevalente en pacientes con un trastorno severo. Otros estudios han mostrado una disminución de la PCR-us luego del tratamiento quirúrgico del SAOS, mientras que el efecto de la ventilación a presión positiva está aún en estudio. Si bien el valor clínico de la PCR-us permanece incierto en espera de un estudio prospectivo controlado. Los autores recomiendan la realización de una encuesta cardiovascular a los pacientes con SAOS y el uso de la PCR-us en aquellos con SAOS severo. Asignando una prioridad mayor en el tratamiento de aquellos con valores elevados para así disminuir su riesgo cardiovascular.

Dra. M^a Daniela Contreras M.
Hospital Clínico
Pontificia Universidad Católica de Chile