

*“If they snore, you must do more.”*  
«Si roncan, se debe hacer más.»

A finales de enero de 2019 se celebró en Florida la *Winter Conference Speakers to Address Sleep Apnea and Orthodontics*, organizada para los miembros de la *American Association of Orthodontics* (AAO). Participaron diferentes especialistas expertos en el tema, tanto del campo de la medicina como de la odontología y de la ortodoncia. De esa reunión surgió un libro blanco sobre la apnea obstructiva del sueño (AOS) y la ortodoncia patrocinado por la AAO. El objetivo de este libro blanco, que se tiene la intención de publicar en el *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, era el de proporcionar una guía oficial sobre la AOS para ortodoncistas.

El libro blanco aporta información sobre la AOS tanto en los adultos como en los niños. El contenido es muy relevante en múltiples aspectos que es difícil resumir en un solo editorial pero, centrándonos exclusivamente en lo referente a la apnea infantil, destacamos algunos:

Los ortodoncistas hemos de estar muy atentos al diagnóstico. Los ortodoncistas tienen que estar familiarizados con los signos y síntomas de la AOS. Su diagnóstico en los niños se confirma únicamente con la polisomnografía, que es la prueba de referencia, el *gold standard*. Pero es muy importante, desde un punto de vista clínico, detectar signos y síntomas que hagan pensar que el niño puede tener un problema de AOS. Entre estos signos y síntomas se encuentran: ronquidos, observar que cuando el niño duerme presenta apneas, se ahogan, tienen dificultades al respirar, duermen en posturas extrañas como con el cuello hiperextendido, o parecen que no paran quietos y cambian mucho de posición durante el sueño. En algunos casos los signos pueden parecer contradictorios: algunos niños presentan somnolencia, y aunque sean más mayores y han dejado de hacer siestas vuelven hacer alguna siesta. Sin embargo, en otros niños las apneas obstructivas del sueño pueden manifestarse como hiperactividad. En algunos casos se puede encontrar que los niños son obesos y en otros puede haber dificultad en el crecimiento.

*“If they snore, you must do more”*, «Si roncan, se debe hacer más». Este es el lema que aparece en un documento de la Academia Americana de Médicos Especialistas en Sueño Pediátrico<sup>1</sup>. El ronquido es de algún modo la señal de alarma que como clínicos hemos de tener presente para empezar a detectar si un paciente pediátrico tiene problemas obstructivos del sueño. Una herramienta de selección, de filtro, de *screening*, que está validada para utilizar en las consultas de ortodoncia es el Cuestionario de Sueño Pediátrico (PSQ)<sup>2</sup>. Su valor predictivo negativo es de 0.99, lo que significa que los pacientes que tienen un PSQ negativo solo tienen un 1% de probabilidades de tener o presentar una AOS. El PSQ a menudo es un primer paso muy valioso para detectar pacientes que se presentan en la consulta de ortodoncia sin una historia clínica clara de AOS.

Las imágenes radiográficas no permiten diagnosticar una AOS. Con respecto a los registros radiológicos, para hacer un buen diagnóstico de la AOS el libro blanco es muy preciso: aunque tanto las imágenes radiológicas de la vía aérea en 2D y en 3D son útiles, no se pueden utilizar para diagnosticar una AOS ni ningún otro problema de respiración relacionado con el sueño. Tampoco representan un método válido de *screening*, ni sirven para valorar el riesgo de un problema respiratorio del sueño. Y también es importante indicar que no existe ninguna vinculación directa entre mediciones radiográficas de ningún tipo con el tamaño o forma de la vía aérea y los resultados de la polisomnografía.

El diagnóstico definitivo lo hace de forma apropiada el médico. Se recomienda que el ortodoncista refiera los pacientes con factores de riesgo de AOS a un médico especialista en sueño para su evaluación y diagnóstico definitivo. El libro blanco es muy claro en cuanto a la responsabilidad definitiva del diagnóstico y tratamiento de la AOS infantil. El diagnóstico definitivo lo ha de hacer de forma apropiada el médico, idealmente el médico especialista en sueño. Es el médico el que decide sobre la forma apropiada de actuar en cuanto al tratamiento del niño. El ortodoncista puede escoger la posibilidad de colaborar en el tratamiento con el médico y realizará el tratamiento ortodóncico cuando sea necesario, pero sin interferir con el tratamiento médico que se haya prescrito. Aunque el ortodoncista participe en el tratamiento de la apnea del sueño infantil no puede garantizar la resolución del problema de respiración.

La AOS es una alteración médica que puede tener consecuencias muy serias en la salud del paciente. Por lo tanto, el diagnóstico y tratamiento de una AOS tiene también un componente legal. Dado que existen muchas situaciones médicas asociadas con la AOS, los autores recomiendan encarecidamente que los ortodoncistas trabajen con médicos cualificados y bien entrenados que traten apneas obstructivas del sueño.

ANDREU PUIGDOLLERS PÉREZ

## BIBLIOGRAFÍA

1. Marcus CL, Brooks LJ, Draper KA, Gozal D, Halbower AC, Jones J, et al.; American Academy of Pediatrics. Diagnosis and management of childhood obstructive sleep apnea syndrome. *Pediatrics*. 2012;130:576-84.
2. Chervin RD, Hedger K, Dillon JE, Pituch KJ. Pediatric sleep questionnaire (PSQ): validity and reliability of scales for sleep-disordered breathing, snoring, sleepiness, and behavioral problems. *Sleep Med*. 2000;1:21-32.