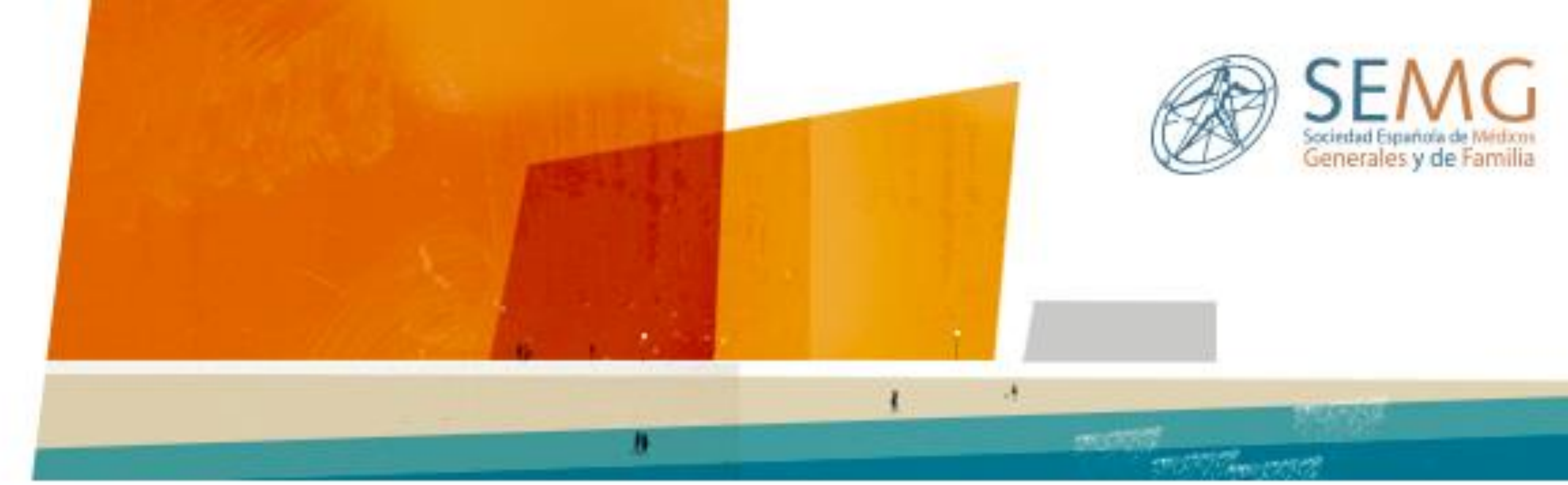


SÍNDROME DE APNEA E HIPOPNEA CON PRESENTACION ATÍPICA.



(1) Aurora Santamaría Godoy; (2) Sana Maadi Ahmed; (3) Fátima García Martínez; (4) Javier Sandoval Codoni
(1) Médico de familia, centro de salud Cruz de Caravaca, Almería. (2) Residente de familia de 4º año, Centro de salud de la Mojonera, Almería. (3). Médico de familia, centro de salud Virgen del Mar, Almería. (4) Médico de familia, centro de salud de Roquetas.

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de apnea del sueño (SAHS) afecta al 4-6% de los hombres y a un 2-4% de las mujeres. El SAHS aparece con frecuencia en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) produciendo hipoxemia, activación simpática, aumento de precarga y postcarga que favorece la progresión de la enfermedad.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO:

Paciente varón de 68 años, hipertenso, diabético, dislipémico y obeso (IMC 45).

Consulta por aumento del perímetro abdominal y aumento de peso en las últimas semanas. Insiste en que le “pesa” el abdomen. En los últimos días se acompaña de disnea de esfuerzo. No clínica infecciosa respiratoria.

En la exploración mínimos crepitantes bibasales. Electrocardiograma con hemibloqueo anterior izquierdo.

Radiografía de torax con cardiomegalia leve

Ecocardiograma normal 6 meses antes. A la espera de resultados analíticos se pauta furosemida 40mg. Se revisa a las 48h encontrando disnea de mínimos esfuerzos y crepitantes francos bilaterales.

Se decide traslado al hospital. Analítica con poliglobulina, hipoxia e hipercapnia; ecocardio: dilatación de cavidades derechas. Oximetría nocturna compatible con SAHS. Se inicia tratamiento con CPAP con mejoría clínica y pérdida de 25kg de peso

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN:

Este caso de SAHS no se ha presentado con la clínica típica de paciente roncadador, somnoliento y con apnea, sino que debuta con clínica cardiovascular (cor pulmonale con fallo cardíaco derecho y anasarca). Es fundamental tener en cuenta el empeoramiento de la patología cardiovascular que puede provocar este síndrome para poder realizar un diagnóstico precoz en presentaciones atípicas.

PALABRAS CLAVE:

hiperhidrosis disautonómica, diabetes.

BIBLIOGRAFÍA:

Garvey JF, Pengo MF, Drakatos P, Kent BD. Epidemiological aspects of obstructive sleep apnea. J Thorac Dis. 2015;7(5):920-9.

García Río F. El síndrome de apneas del sueño como causa y consecuencia de insuficiencia cardíaca congestiva. Medicina Clínica. 2001;116(8): 312-314