

ABORDAJE DE LA APNEA DEL SUEÑO DESDE LA CLÍNICA DENTAL

UN RETO PARA EL DENTISTA

Más de dos millones de españoles sufre el Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño, una patología en la que el dentista juega un papel decisivo tanto en su diagnóstico como en su tratamiento, convirtiéndose en una piedra angular de los equipos interdisciplinarios.

R. RODRÍGUEZ

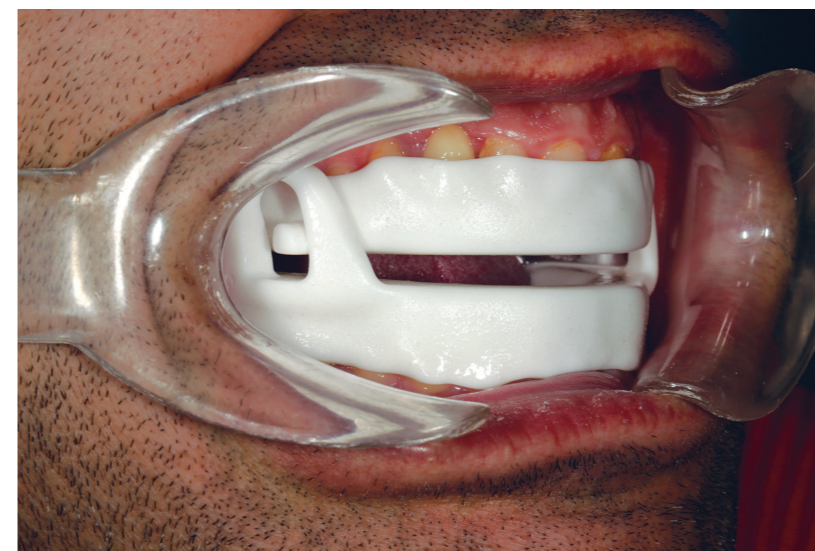
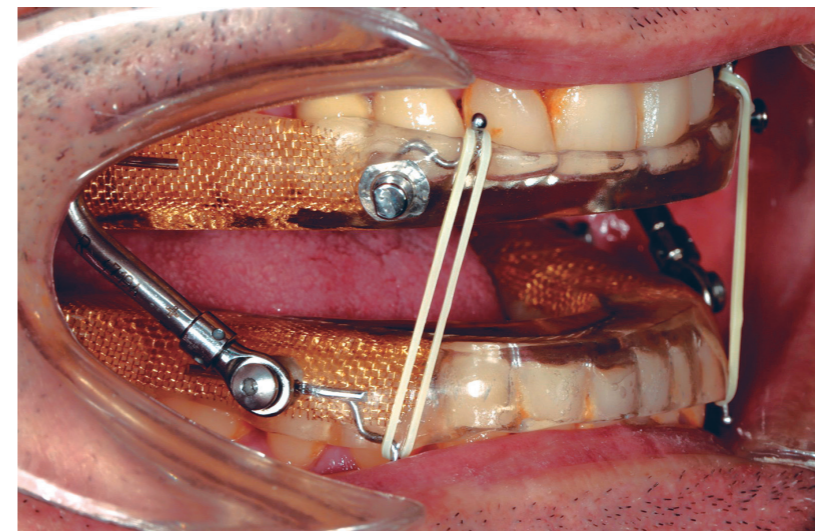
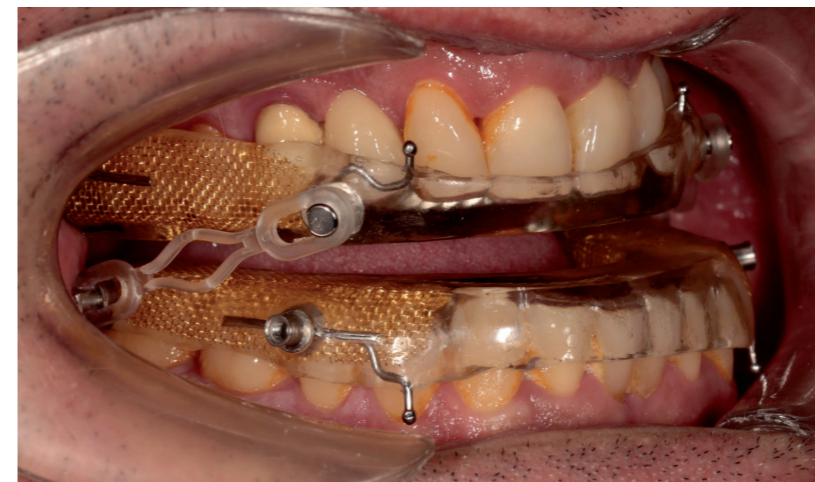
■ Parece sencillo y algo casi natural, pero lo cierto es que dormir bien y descansar correctamente durante la noche no siempre resulta fácil. Al menos, para aquellas personas que padecen Apnea Obstructiva del Sueño (AOS), un problema que se define como el cese repetitivo de la respiración durante periodos de más de diez segundos, sumado a la aparición de síntomas como somnolencia diurna, ronquidos y cefaleas. “La apnea es un trastorno respiratorio que se caracteriza por la presencia de obstrucciones repetidas de la garganta (asfixias) que provocan la falta intermitente de suministro adecuado de oxígeno al cuerpo (hipoxia) mientras el sujeto duerme, así como por un sueño fragmentado”, explica el doctor Joaquín Durán, presidente de la Federación Española de Sociedades de Medicina del Sueño (FESMES) y director de la Unidad de Sueño de la Clínica Eduardo Anitua de Vitoria-Gasteiz.

Y no se trata de una cuestión baladí. Todo lo contrario, ya que los trastornos respiratorios del sueño tienen una alta prevalencia en la población mundial, lo que ha llevado a que en los últimos años generen un gran interés y preocupación debido al alto índice de comorbilidad cardiovascular, metabólica y neuropsiquiátrica que presentan. “Cuando se produce este trastorno que impide al sueño ejercer su función reparadora, la salud se resiente y las personas que lo padecen tienen síntomas que merman considerablemente su calidad de vida. Es el caso de la aparición de fatiga, pérdida de concentración, somnolencia diurna e irritabilidad, que aumentan el riesgo de accidentes de tráfico, laborales o en el hogar,

pero también síntomas físicos que pueden afectar a órganos vitales y derivar en hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, debilidad del sistema inmune, fallos neurocognitivos e incluso algunos tipos de cáncer. Todo ello, sin olvidar que también puede darse en niños pequeños y adolescentes, en cuyo caso, además, provoca un deterioro en su crecimiento. “Al no alcanzar la fase profunda del sueño (fase delta del sueño NREM y sueño REM) no se produce la hormona necesaria para esta función, de ahí que sea fundamental iniciar las visitas rutinarias al dentista desde los cinco años”, advierte el Dr. Carlos Mas Bermejo, dentista, profesor de la Facultad de Odontología de Murcia y presidente del Comité Organizador del IV Congreso Anual de la Sociedad Española de Medicina Dental del Sueño (SEMDeS) que tendrá lugar en Murcia del 26 al 27 de noviembre.

DIAGNÓSTICO PRECOZ, EL RETO DEL DENTISTA

Las estadísticas son contundentes. Según la Sociedad Española del Sueño, en nuestro país existen más de dos millones de personas afectadas por AOS, de las cuales tan solo un 10% está bien diagnosticada. Y es aquí donde entra en juego el dentista, cuya labor se convierte en una pieza angular del abordaje de este tipo de paciente. “El rol que juega el dentista resulta fundamental, porque en muchas ocasiones se convierte en el primer especialista que puede advertir la existencia de este problema. Basta, tan solo, con preguntar a quien llega a nuestra consulta si duerme



Los Dispositivos de Avance Mandibular (AM) se usan en AOS y ronquido con el objetivo de adelantar la mandíbula, agrandando la faringe.

bien. Su respuesta nos va a dar mucha información y nos permitirá iniciar un camino que puede salvarle la vida gracias al trabajo interdisciplinar de numerosas especialidades médicas entre las que el dentista tiene muchísimo que aportar”, asegura el doctor Mas Bermejo.

Y así lo ratifica el doctor Manuel Míguez, presidente de la Sociedad Española de Medicina Dental del Sueño, quien insiste en que “los dentistas tenemos un papel muy importante porque estas patologías tienen una alta prevalencia y están muy infradiagnosticadas, por lo que, en nuestras salas de espera, si somos dentistas con la formación adecuada, podemos ayudar a los médicos a detectar (*screening*) a muchos pacientes”.

Ahí está el *quid* de la cuestión, ya que la pregunta del millón en este caso es cómo debe actuar el dentista para cumplir esa misión tan decisiva. “Con una historia clínica bien orientada (en la que se detalle la presencia de ronquido crónico, somnolencia diurna —test de Epworth, test Stop-Bang—, clasificación Mallampati, existencia de bruxismo durante el sueño y desgaste dentario, aparición de fracturas dentales y de coronas, etc.), podemos «sospechar» un posible padecimiento de la AOS y referir al médico especialista para su diagnóstico definitivo, pues no hay que olvidar que existen más de 80 patologías del sueño y el diagnóstico de AOS siempre debe realizarlo un médico”, explica el doctor Míguez.

SIGNOS QUE ALLANAN LA VALORACIÓN

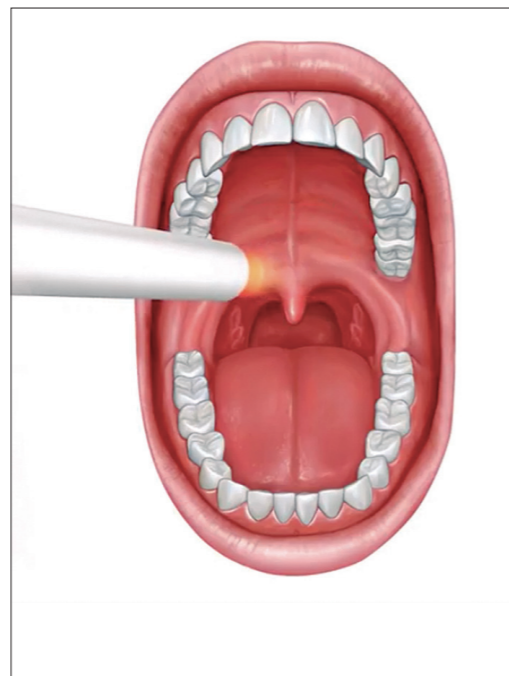
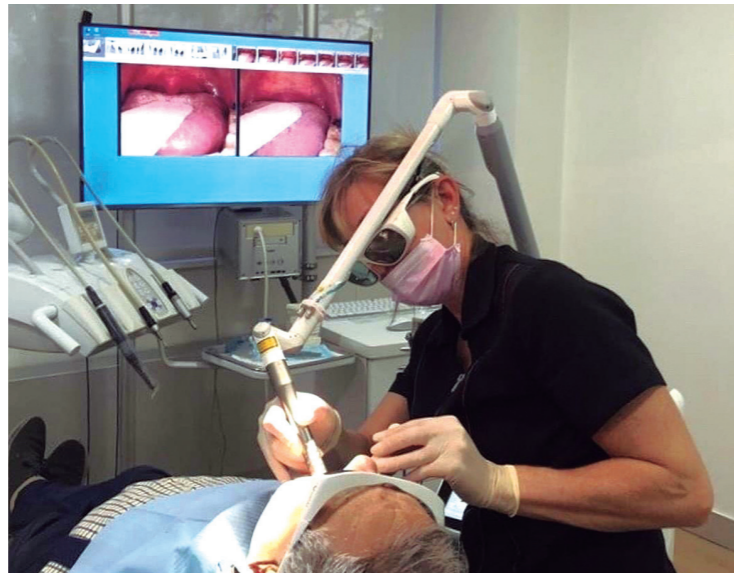
El conocimiento de las características, las causas y las consecuencias del AOS son las primeras pistas para que el dentista esté en alerta cuando recibe al paciente y pueda detectar este problema de manera eficaz. “En nuestra práctica clínica habitual vemos a cientos de pacientes que padecen apnea del sueño y lo desconocen. Lo que sí podemos ver son sus consecuencias. Además de las ya conocidas, como son el ronquido, el cansancio y la somnolencia que alteran la calidad de vida, existen otras: fisuras, facetas de desgaste, fracturas de dientes y de rehabilitaciones, problema periodontal y movilidad dental”, explica Pedro Mayoral, dentista experto en Medicina Dental del Sueño y director académico del máster en Medicina Dental del Sueño de la Universidad Católica de Murcia.

Así, lo que los especialistas en Odontología deben tener en cuenta es la existencia de determinados factores de riesgo que aumentan la posibilidad de padecer AOS. “Estos factores son la edad, el género, la obesidad y >>>

» un estrechamiento de la vía aérea superior (VAS). Por lo tanto, cualquier condición anatómica craneofacial que provoque un estrechamiento de la VAS facilitará su colapso, aumentando la prevalencia de ronquidos y apneas. En este sentido, cabe destacar las siguientes alteraciones más relacionadas con el AOS: la retroposición maxilomandibular, las maloclusiones de clase II asociadas a micrognatia y paladar ojival, la macroglosia y la hipertrofia adenoamigdalares”, detalla José Manuel Torres Hortelano, presidente de la Sociedad Española de Disfunción Craneomandibular y Dolor Orofacial (SEDCYDO), quien insiste en que “para el diagnóstico de presunción, una detallada historia y una exploración clínica son importantes en la evaluación de un paciente con sospecha de AOS, siendo necesaria la combinación de los datos clínicos y un estudio de sueño validado para establecer el diagnóstico definitivo y la gravedad de las apneas presentes”.

TECNOLOGÍA EN FAVOR DEL DIAGNÓSTICO

Para ser más efectivo, el dentista cuenta con algunas herramientas diagnósticas a su disposición que resultan muy útiles, como el estudio radiológico con una ortopantomografía y una telerradiografía lateral de cráneo, así como el empleo opcional de fotografías y modelos de estudio. “El diagnóstico integral es una pieza clave en el tratamiento de los pacientes con AOS y este diagnóstico se facilita y se obtiene con mayor precisión gracias al uso adecuado de las nuevas tecnologías. En nuestro caso, utilizamos fotos intra y extraorales, escáner dental, tomografía computarizada CBCT y aplicaciones como *Roncolab* y poligrafía domiciliaria. Con todas ellas, obtenemos una visión integral del problema del paciente”, asegura el doctor Mayoral, quien hace



En los últimos años se ha incorporado el láser de Erblio quirúrgico como una herramienta muy válida para el tratamiento del ronquido con una alta e interesante tasa de éxito.

CONSENSO Y TRABAJO INTERDISCIPLINAR

Para que la rueda del diagnóstico y del tratamiento funcione, resulta imprescindible un buen conocimiento de la AOS por parte del dentista, pero también un consenso entre las diferentes especialidades implicadas en su manejo. Y este año 2021 ha supuesto un punto de inflexión en este terreno, al lograr el Documento Internacional de Consenso (DIC), liderado por la Sociedad Española de Neumología

y Cirugía Torácica (SEPAR) y publicado el pasado mes de marzo. “El objetivo principal de este documento es proporcionar unas directrices que permitan a los profesionales sanitarios involucrados tomar las mejores decisiones en la asistencia de los pacientes adultos con esta enfermedad. El grupo de trabajo de expertos se ha constituido por 17 sociedades científicas y 56 especialistas con amplia representa-

ción geográfica (con la participación de cuatro sociedades internacionales), además de un metodólogo experto y un documentalista del Centro Cochrane Iberoamericano. El documento consta de un manuscrito principal, con las novedades más relevantes, y una serie de manuscritos online que recogen las búsquedas bibliográficas sistemáticas de cada uno de los apartados del DIC”, explica el doctor Míguez.



hincapié en que “las fotografías extra e intraorales nos permiten conocer detalles anatómicos importantes del paciente. La tomografía computerizada nos da una imagen clara de la zona de estrechamiento que origina el problema y si es viable un tratamiento con láser o dispositivo. Por su parte, el uso de aplicaciones como el *Roncolab* nos da información de la situación basal (sin tratamiento) y con tratamiento para valorar la evolución. Por último, la poligrafía o polisomnografía nos da información relevante sobre el tipo y la intensidad de la obstrucción respiratoria. Según el consenso nacional de apnea, publicado recientemente, los dentistas estamos cualificados para utilizar la poligrafía en el control y seguimiento de los dispositivos intraorales”.

Tal y como recomienda el Documento Internacional de Consenso, “las nuevas directrices aconsejan establecer la gravedad de la AOS, no solo basado únicamente en el Índice de Apnea e Hipopnea (IAH), calculado con la poligrafía respiratoria, sino que, además, se recomienda tener en cuenta el tiempo con saturación de oxihemoglobina por debajo del 90% como reflejo de la hipoxemia, la somnolencia diurna, el grado de obesidad medido por el índice de masa corporal y distintas comorbilidades cardiovasculares. Este tipo de diagnóstico definitivo no puede ser realizado por un dentista, sino por médicos expertos de las Unidades de Sueño Hospitalarias”, aclara el doctor Torres Hortelano.

Para ser más efectivo, el dentista cuenta con algunas herramientas diagnósticas a su disposición, como el estudio radiológico.

Y el círculo vuelve a cerrarse en la consulta del dentista, ya que, según explica el doctor Míguez, “una vez diagnosticados por el médico, podremos tratar a los numerosos casos en los que está indicado el tratamiento dental de la AOS por medio de los dispositivos de avance mandibular DAM y de manera conjunta con el médico, que también nos referirá a nosotros los casos que le lleguen a él y que esté indicado un tratamiento dental de la AOS”.

TRATAMIENTO EN LA CONSULTA DENTAL

Tras el diagnóstico confirmado por parte de un especialista, el paciente llegará derivado hasta la consulta del dentista con el informe y la prescripción precisa para iniciar el tratamiento más adecuado. “Para ello, se necesita una comunicación directa, fluida y con respeto mutuo entre el médico del sueño y el dentista formado en Medicina del Sueño, con el fin de trabajar eficazmente juntos, ya que cada uno

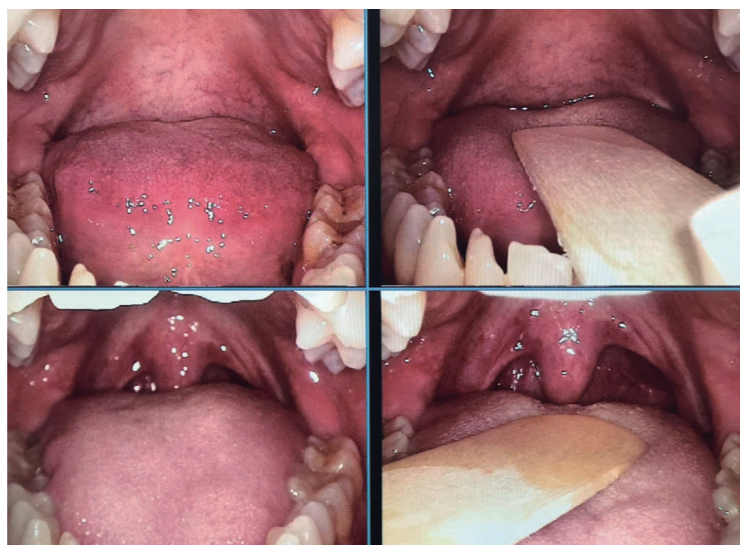
LA TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA NOS DA UNA IMAGEN CLARA DE LA ZONA DE ESTRECHAMIENTO QUE ORIGINA EL PROBLEMA Y SI ES VIABLE UN TRATAMIENTO CON LÁSER O DISPOSITIVO

aporta conocimientos y habilidades que el otro no tiene”, destaca el doctor Durán, quien reconoce que “la formación de equipos multidisciplinares o la coordinación con especialistas médicos no se presenta como una tarea fácil, pero resulta necesario crear los canales de derivación y comunicación bidireccional para dar una respuesta eficaz a los afectados”.

“Los tratamientos que los dentistas podemos realizar para mejorar podríamos englobarlos en tres grupos: primero, los dispositivos intraorales, segundo, el tratamiento con láser no quirúrgico y tercero, otros tratamientos que modifican la oclusión y mejoran la respiración, como pueden ser la ortodoncia y la rehabilitación”, explica el doctor Mayoral, quien recuerda que “el dentista cualificado puede tratar pacientes con AOS al evaluar, aplicar y hacer un seguimiento del uso de dispositivos intraorales, láser o tratamientos de ortodoncia y rehabilitación, con la intención de aumentar la capacidad respiratoria y disminuir los episodios de IAH”.

DISPOSITIVOS INTRAORALES

Tal y como detalla el doctor Mayoral, “en el primer grupo, los Dispositivos de Avance Mandibular (DAM) son los más utilizados y actúan adelantan-



El dispositivo intraoral se usa en AOS y ronquido con el objetivo de adelantar la mandíbula, agrandando la faringe.

do la mandíbula para conseguir un aumento del espacio en la orofaringe. La protrusión mandibular permite una mayor capacidad de respiración, reduciendo la frecuencia e intensidad del ronquido y, de las apneas obstructivas lo que mejora la calidad del sueño y, en consecuencia, la calidad de vida. Hay varios tipos de dispositivos disponibles, siendo el hecho a medida y regulable más efectivo que el prefabricado. Entre los dispositivos a medida y regulables disponibles en España tenemos el NOA® de Orthoapnea, el *Narval* de Resmed, el

OPORTUNIDAD DE FORMACIÓN ONLINE

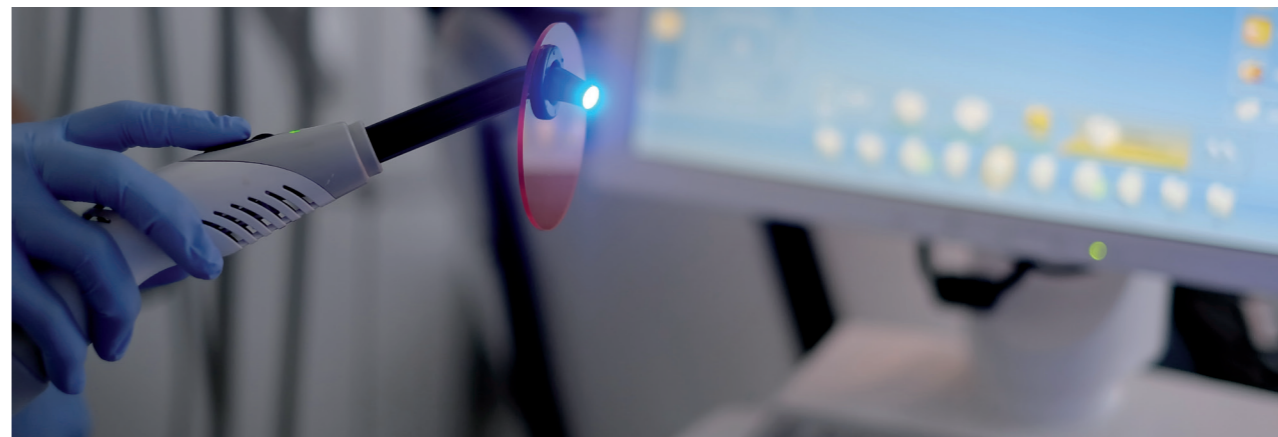
La pandemia ha obligado a priorizar la formación online, pero eso también tiene sus ventajas, porque facilita el conocimiento. Ejemplo de ello será la celebración del Congreso Online EADSM-SEMDeS, que se celebrará conjuntamente con la European Academy of Dental Sleep Medicine (EADSM) durante el mes de noviembre, una oportunidad única de estar en contacto con los mejores ponentes internacionales en este campo. Además, la Sociedad Española de Disfunción Craneomandibular y Dolor Orofacial (SEDCYDO) también fomenta el estudio de las alteraciones del sueño relacionadas con el dolor orofacial, el bruxismo y el AOS desde hace ya muchos años. “Por ello, animo al dentista interesado en estas áreas de interés científico que participe en los *webinars online* de formación continuada que



la SEDCYDO ofrece de forma gratuita a toda la comunidad odontológica española”, asegura el doctor Torres Hortelano.

Consciente de que la formación es uno de los ingredientes más importantes de esta fórmula, el doctor Míguez invita a los dentistas interesados en incluir estos tratamientos en sus clínicas a asociarse a SEMDeS y empezar a formarse con el curso oficial SEMDeS teórico-práctico de 25 horas, requisito previo para obtener la certificación

FESMES-SEMDeS. “Es una manera de estrechar lazos cordiales de manejo multidisciplinar con los médicos, ya que nos certificamos con ellos mismos. SEMDeS organiza *webinars* con el Consejo de Dentistas y con otras sociedades dentales amigas no específicas, pero también con interés en el sueño (SEDO, AIO, SELO, SEPES, SEDCYDO, SOCE, etc.) y con las sociedades médicas más importantes (SEPAR, SES, SEORL-CCC, FLASS, etc.), además de tener una relación muy cercana con las homólogas de otros países, como la American Academy of Dental Sleep Medicine (AADSM-USA) entre otras. Representamos a la comunidad odontológico-estomatológica española a través de la Federación Española de Sociedades de Medicina del Sueño (FESMES) y dentro de la European Academy of Dental Sleep Medicine (EADSM).



Somnodent® de Somnomed o el *DIA*® de BTI, además de algunos otros fabricados por laboratorios dentales. Hay algunas contraindicaciones para el uso de los DAM que solo el dentista con formación tiene el conocimiento para manejar: dientes insuficientes para soportar el dispositivo, problemas periodontales que inducen la movilidad dental, trastorno de la articulación temporomandibular activa y dolor mandibular matutino. Los estudios cefalométricos, tomográficos y videoendoscópicos han revelado un aumento en la dimensión velofaríngea, nasofaríngea y anteroposterior de la vía aérea superior cuando se usa DAM”.

LÁSER NO QUIRÚRGICO

“En los últimos años se ha incorporado el láser de Erbio no quirúrgico como una herramienta muy válida para el tratamiento del ronquido con una alta e interesante tasa de éxito. El tratamiento es rápido y confortable para el paciente, no requiere anestesia ni preparación anterior o posterior a la sesión y se puede realizar de manera ambulatoria en la propia consulta”, explica la doctora Marcela Bisheimer, presidenta de la Sociedad Española de Láser y Fototerapia en Odontología (SELO). El éxito de esta opción es tal que, según detalla la doctora, “en la actualidad, los deportistas de alto rendimiento acuden solicitando este tratamiento, ya que la tensión ganada en los tejidos perifaríngeos les permite mejorar su capacidad de oxigenación durante el entrenamiento físico”.

OTROS TRATAMIENTOS

En tercer lugar, el uso de la ortodoncia o de la rehabilitación también pueden ser muy útiles en el tratamiento de la AOS. En este caso, “el objetivo principal es aumentar el espacio con técnicas como la expansión maxilar, el avance mandibular o el cambio de la orientación del plano oclusal por parte de los ortodoncistas, así como el aumento de la dimensión vertical con distintos tratamientos de

rehabilitación integral. Con estas técnicas se mejora la posición de los dientes y hay un aumento del espacio para los tejidos blandos y, por consiguiente, para la vía aérea superior”, aclara el doctor Mayoral. Sea cual sea la opción más adecuada en cada caso, lo cierto es que la tasa de éxito resulta muy alta: “La mayoría de los estudios demuestran la efectividad de los DAM. Recientes revisiones sistemáticas de la bibliografía científica más reciente sobre el uso de las prótesis de avance mandibular en comparación con tratamientos conservadores y CPAP, concluyen que son tratamientos clínicamente efectivos tanto a nivel de severidad (reducción del IAH), como sobre la reducción de la somnolencia diurna excesiva”, destaca el doctor Torres Hortelano.

FORMACIÓN Y ESPECIALIZACIÓN

Si hay algo que marca la diferencia en el abordaje eficaz del paciente con AOS es, sin duda, la formación del dentista, pero lo cierto es que todavía queda mucho por hacer: “En Odontología, la educación y formación en el diagnóstico de los trastornos del sueño y en el uso de terapias odontológicas relacionadas con los mismos, sigue siendo insuficiente en el pregrado universitario. La falta de experiencia y formación para detectar estas condiciones, así como la falta de conocimiento sobre las consecuencias de padecer un AOS, son factores limitantes respecto a un papel más activo del dentista en el abordaje de esta patología”, confiesa el presidente de SEDCYDO.

SI HAY ALGO QUE MARCA LA DIFERENCIA EN EL ABORDAJE EFICAZ DEL PACIENTE CON AOS ES, SIN DUDA, LA FORMACIÓN DEL DENTISTA, PERO LO CIERTO ES QUE TODAVÍA QUEDA MUCHO POR HACER