



6038-8. HALLAZGOS ECOCARDIOGRÁFICOS EN PACIENTES CON SÍNDROME DE APNEAS E HIPOPNEAS DEL SUEÑO (SAHS)

Jesús Velásquez Rodríguez¹, María Virgina Pérez Pérez², Bianca Rodríguez Cárdenas², Rosaly Bucce Salazar² y Benito Rodríguez²

¹Hospital Universitario de Móstoles. Madrid. ²Universidad de Oriente, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: El síndrome de apneas e hipopneas del sueño (SAHS) es una entidad con una prevalencia alta que puede llegar al 34% de los varones y al 17% de las mujeres. Se sabe que el SAHS conlleva a un aumento de la carga cardiovascular y esto se puede evaluar con técnicas como la ecocardiografía transtorácica.

Métodos: Hemos realizado un estudio de casos y controles con el objetivo de investigar y analizar las alteraciones ecocardiográficas de los pacientes con SAHS. Incluimos 28 individuos: 14 sujetos que cumplieron criterios de SAHS moderado (índice de apneas e hipopneas [IAH] entre 15 y 30) y grave (IAH > 30) por polisomnografía nocturna (PSG), o grupo de casos, que fueron emparejados con otros 14 individuos sanos con fenotipo similar, grupo control. Fueron excluidos los sujetos con diagnóstico de cualquier patología cardíaca y/u otras enfermedades respiratorias. A toda la muestra se le realizó un ecocardiograma transtorácico por un único cardiólogo experimentado en la técnica.

Resultados: La tabla muestra las características y los hallazgos de ambos grupos. No había diferencias en la composición por género ni en las características antropométricas, excepto el perímetro cervical, que fue mayor en el grupo SAHS. Los pacientes con SAHS mostraron hipertrofia del ventrículo izquierdo (VI) y tendencia a alteraciones en la función diastólica de ambos ventrículos, además tuvieron mayor tamaño del ventrículo derecho y presión sistólica arterial pulmonar (PSAP) y un tiempo de aceleración pulmonar (TAP) más corto respecto al grupo control, con una correlación directa entre el IAH con el diámetro telediastólico basal del ventrículo derecho ($r = 0,34$, $p = 0,03$). Todos los parámetros de la PSG tuvieron una correlación significativa con el tiempo de aceleración pulmonar (TAP) (IAH-TAP: $r = -0,45$, $p = 0,008$; SaO₂-TAP $r = 0,55$, $p = 0,001$; DT90: $r = -0,56$, $p = 0,001$).

Características clínicas, polisomnográficas y ecocardiográficas

	Controles (n = 14)	SAHS (n = 14)	p
Edad (años)	44 ± 9	43 ± 6	0,60

Mujeres	6 (42,7%)	7 (38,9%)	0,59
IMC (Kg/m ²)	38 ± 6	39 ± 6	0,43
Perímetro cervical (cm)	39 ± 5	44 ± 5	0,006
IAH	1,7 ± 1,8	49,8 ± 34,9	0,0001
SaO ₂ %	95,8 ± 1,3	92,3 ± 4,3	0,01
TD90	0,2 ± 0,5	20,5 ± 24,3	0,005
Parámetros ecocardiográficos			
DTD basal del VI (mm)	43,2 ± 5,2	47,5 ± 4,3	0,013
Grosor parietal relativo (mm)	0,43 ± 0,15	0,5 ± 0,18	0,07
FEVI (%)	66 ± 11	63 ± 9	0,15
Relación E/A	1,19 ± 0,29	1,03 ± 0,26	0,07
Onda E' lateral VI	10,9 ± 3	8,6 ± 1,95	0,04
Relación E/E' lateral VI	5 ± 2	7 ± 3	0,07
DTD basal del VD (mm)	28,4 ± 5,6	34,1 ± 5,9	0,007
Onda E' lateral VD (cm/s)	11,4 ± 2,3	10 ± 2,4	0,05
TAPSE (mm)	25 ± 5	24 ± 5	0,16
PSAP (mmHg)	16 ± 9	24 ± 11	0,032
TAP (m/s)	140,4 ± 20	123 ± 26	0,03

IAH: índice de apneas e hipopneas, SaO₂: saturación media nocturna, DTD: diámetro telediastólico, FEVI: fracción de eyección ventricular izquierda, VD: ventrículo derecho, PSAP: presión sistólica arterial pulmonar, TAp: tiempo de aceleración pulmonar.

Conclusiones: Los sujetos con SAHS tuvieron signos de hipertrofia del VI, tendencia a anomalías de la función diastólica de ambos ventrículos, mayor tamaño del VD, mayor PSAP y menor TAP, hallazgos que pueden explicarse por el fenómeno de hipoxia intermitente que condiciona un incremento de la actividad simpática en estos pacientes.