

Hipotiroidismo y apnea del sueño

Hypothyroidism and sleep apnea

NATALIA LONDOÑO, ÁLVARO FERNANDO RICO • BOGOTÁ, D.C. (COLOMBIA)

Resumen

La salud es un derecho fundamental de todo ser humano, ya reconocido por la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015). Esta ley devuelve la autonomía profesional al médico y para hacer buen uso de ella, debemos ejercer nuestra profesión dentro de un marco de autorregulación, ética, racionalidad y evidencia científica. Somos los médicos los llamados a liderar la identificación de los gastos innecesarios en salud, sin descuidar la calidad de la atención. Iniciamos aquí una serie de artículos en los que esperamos exponer, bajo evidencia científica, cuáles prácticas en medicina debemos continuar, mejorar o abolir con el fin de autorregularnos bajo conceptos éticos, de calidad y de racionalidad científica.

El cuadro clínico del hipotiroidismo y de la apnea del sueño son bastantes similares, sin embargo cada una tiene unas características clínicas particulares que son las que debemos evaluar.

¿Se recomienda solicitar rutinariamente pruebas de función tiroidea a todos los pacientes con sospecha diagnóstica o diagnóstico confirmado de apnea del sueño?; ¿Se recomienda realizar un estudio del sueño a todos los pacientes con diagnóstico de hipotiroidismo clínico o subclínico?.

No se recomienda realizar pruebas de función tiroidea a todos los pacientes con diagnóstico de apnea del sueño, así como tampoco hacer estudio del sueño a todos los pacientes con hipotiroidismo. Solo se recomienda hacer cuando la sospecha clínica lo amerite. Sugerimos la realización de investigaciones de costo/efectividad. (**Acta Med Colomb 2016; 41: 138-140**).

Palabras clave: *autonomía, autorregulación, hipotiroidismo, apnea del sueño, pruebas de función tiroidea, polisomnografía.*

Abstract

Health is a fundamental right of every human being, as recognized by the Statutory Health Law (Law 1751 of 2015). This law puts professional autonomy to the doctor, and to make good use of it we must exercise our profession within a framework of self-regulation, ethics, rationality and scientific evidence. We the physicians are the ones who are called to lead the identification of unnecessary health expenses without sacrificing quality of care. We begin here a series of articles in which we expect expose, on scientific evidence, which medical practices must we continue, improve or abolish in order to self-regulate us under ethical, quality and scientific rationality concepts.

The clinical picture of hypothyroidism and sleep apnea are quite similar, yet each has unique clinical features that are what we have to assess.

Is it recommended routinely request thyroid tests to all patients with suspected or confirmed diagnosis of sleep apnea? Is it recommended to perform a sleep study to all patients diagnosed with clinical or subclinical hypothyroidism?.

It is not recommended practice thyroid function tests to all patients diagnosed with sleep apnea, nor do sleep study to all patients with hypothyroidism. It is recommended only when the clinical suspicion warrants it. We suggest carry out cost / effectiveness research. (**Acta Med Colomb 2016; 41: 138-140**).

Keywords: *autonomy, self-regulation, hypothyroidism, sleep apnea, thyroid function tests, polysomnography.*

Dra. Natalia Londoño Palacio: FACP., Medicina Interna y Neumología. Adscrita a la Clínica del Country y a la Fundación para la Investigación en Diabetes, Endocrinología, Metabolismo, Obesidad y Salud (FINDEMOS); Dr. Álvaro Fernando Rico López: PhD. Endocrinólogo. Director Médico FINDEMOS. Bogotá, D.C. (Colombia).

Correspondencia. Dra. Natalia Londoño. Bogotá, D.C. (Colombia).

E-mail: nalonpa39@yahoo.com.

Recibido: 13/VII/2015 Aceptado: 13/IV/2016

La salud es un derecho fundamental de todo ser humano. Esto lo ha reconocido la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015). Este derecho “comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz, y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud”.

Esta ley devuelve al médico su “autonomía profesional para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes a su cargo”. “Esta autonomía será ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, ética, racionalidad y evidencia científica”.

El ministro de Salud y Protección Social ha expresado la “importancia de trabajar de la mano: Estado, médicos, pacientes y demás agentes del sector; de tener reglas claras y límites razonables que permitan asegurar un buen servicio, así como la sostenibilidad del sistema”. Los médicos somos los llamados a liderar la identificación de ese gasto innecesario, brindando atención de calidad con conciencia de costos.

Es el momento de que cuestionemos de manera positiva y proactiva nuestro actuar médico y nos preguntemos, ¿Hasta dónde, la solicitud indiscriminada de exámenes paraclínicos compromete la viabilidad del sistema de salud?; ¿Cómo podemos contribuir a que todos los colombianos gocemos del derecho fundamental a la salud?; ¿Cómo contribuir a la mejor calidad en la prestación de los servicios de salud en los temas que nos competen?

Iniciamos aquí una serie de artículos en los que esperamos exponer, bajo evidencia científica, cuáles prácticas en medicina debemos continuar, mejorar o abolir, con el fin de autorregularnos bajo conceptos éticos de calidad y de racionalidad científica.

Este primer artículo es un trabajo colaborativo de un endocrinólogo y un neumólogo que se refiere a la atención de pacientes con hipotiroidismo y apnea del sueño.

Luego de múltiples estudios realizados en todo el mundo, aún no se ha podido aclarar por completo la relación existente entre la apnea del sueño y el hipotiroidismo. En pacientes con hipotiroidismo, los trastornos del sueño parecen ser comunes, pero en pacientes con apnea del sueño el hipotiroidismo no parece ser tan frecuente (1, 15) y la apnea del sueño no se ha podido relacionar con alteraciones del eje hipotálamo-hipófisis-tiroides (10). Actualmente se considera que dado que ambas enfermedades son frecuentes en la población general, a veces se presentan al mismo tiempo (coincidencia). Las frecuencias reportadas de esta asociación son muy variables (1-3).

El cuadro clínico de ambas enfermedades son bastantes similares, y por esta razón el diagnóstico se puede confundir.

Los principales síntomas del hipotiroidismo son la adinamia, piel seca, dificultad para bajar de peso, edemas duros, calambres, intolerancia al frío, disminución de la memoria, bradipsiquia, bradipalpia, voz ronca, edema facial matinal, somnolencia diurna, estreñimiento, lentitud en la segunda fase de los reflejos osteotendinosos, macroglosia. Los pacientes con hipotiroidismo pueden ser roncadors y tener mala calidad de sueño.

Los pacientes con apnea del sueño tienen durante la noche ronquidos, apneas presenciadas, episodios de ahogo, movimientos anormales, diaforesis, despertares frecuentes, nicturia, pesadillas, sueño agitado, insomnio y episodios de reflujo gastroesofágico con posibles microaspiraciones. Durante el día suelen presentar somnolencia diurna excesiva (SDE), sensación de sueño no reparador, cansancio crónico, cefalea matutina, irritabilidad, apatía, depresión, dificultades en la concentración, pérdida de memoria y disminución de la libido. Merece mención especial la SDE que es uno de los síntomas cardinales y que se evalúa bajo la escala de Epworth validada en Colombia (4), la cual lleva implícitos otros riesgos asociados como el aumento de los accidentes laborales y de tránsito. Se recomienda que a todo sujeto que refiera ronquidos con apneas presenciadas y SDE o sensación de sueño no reparador, no atribuibles a otras causas, se le realice una prueba de sueño diagnóstica o polisomnografía basal (PSG).

Aunque el hipotiroidismo es más frecuente en mujeres y la apnea del sueño lo es más en hombres, ésta no es una característica particular, ambas enfermedades se presentan en ambos géneros y a cualquier edad (Tabla 1).

Alteraciones de la función pulmonar en el hipotiroidismo

Las anomalías de la función pulmonar en los pacientes con hipotiroidismo, especialmente aquellos que tienen mixedema, son múltiples y han sido descritas desde 1960 (5). Se describe:

1. Compromiso ventilatorio restrictivo por la obesidad.
2. Hipoventilación alveolar por disfunción del centro respiratorio cerebral.

Tabla 1. Tabla comparativa de síntomas de hipotiroidismo y de apnea del sueño.

Síntomas	Hipotiroidismo	Apnea del sueño
Ronquidos	Si	Si
Apneas	No	Si
Somnolencia	Si	Si
Adinamia, cansancio	Si	Si
Mala calidad de sueño	Si	Si
Piel seca	Si	No
Disminución de libido	Si	Si
Dificultad para bajar peso	Si	Si
Edemas	Si	No
Calambres	Si	No
Intolerancia al frío	Si	No
Alteraciones de memoria y atención	Si	Si
Nicturia	No	Si
Estreñimiento	Si	No
Macroglósia	Si	No
Bradipsiquia, bradipalpia	Si	No
Frecuentes despertares	No	Si
Alteración reflejos osteotendinosos	Si	No

3. Miopatía debida al depósito de mucopolisacáridos y proteínas en la lengua y la nasofaringe, así como ocurre en la piel y los tejidos blandos en el mixedema.
4. Neuropatía de los músculos dilatadores de la faringe y del diafragma (3).
5. Disminución de la capacidad de difusión por engrosamiento de la membrana alveolocapilar y disminución en el número de los lechos capilares encargados del intercambio gaseoso, comportándose como una enfermedad del intersticio pulmonar.
6. El bocio gigante y la macroglosia también podrían contribuir con un efecto mecánico obstructivo sobre la vía aérea superior (3, 6).

Todas estas anomalías funcionales responden al tratamiento de suplencia tiroidea.

Surgen así algunas preguntas que nos parecen las más relevantes para la práctica médica:

1. ¿Se recomienda solicitar rutinariamente pruebas de función tiroidea a todos los pacientes con sospecha diagnóstica o diagnóstico confirmado de apnea del sueño?

No encontramos estudios de costo/efectividad de la solicitud de estas pruebas en pacientes con apnea del sueño diagnosticada. Encontramos varias publicaciones que anotan el frecuente diagnóstico de apnea del sueño en pacientes en tratamiento para hipotiroidismo (2-4).

Las posturas respecto a este tema son muy variadas. Hay quienes defienden la solicitud rutinaria de pruebas de función tiroidea a todos los pacientes con apnea del sueño (2, 7, 12-14), pero hay otros autores que no recomiendan esta práctica de forma rutinaria, sino únicamente cuando hay síntomas sugestivos de disfunción tiroidea (3, 9-11). Otros (1, 12, 13) recomiendan la solicitud de estas pruebas en población de alto riesgo (mujeres, obesas y mayores de 50 años de edad), con síntomas persistentes de fatiga, somnolencia diurna a pesar de un adecuado tratamiento con presión positiva sobre la vía aérea (PAP) y aquellas con causas para hipotiroidismo secundario (ablación tiroidea con yodo radiactivo, tiroidectomía, panhipopituitarismo) (3).

En los casos en que se encuentra hipotiroidismo franco con mixedema en pacientes con apnea del sueño, la respuesta clínica a la suplencia tiroidea es importante, tanto así que algunos autores (6) recomiendan esperar el efecto que pueda tener el tratamiento con suplencia tiroidea durante algunas semanas, antes de iniciar el tratamiento con PAP (presión positiva sobre la vía aérea). La justificación para esto es la reversibilidad del estrechamiento de la vía aérea al mejorar el mixedema.

2. ¿Se recomienda realizar un estudio del sueño a todos los pacientes con diagnóstico de hipotiroidismo clínico o subclínico?

No se recomienda hacer de manera rutinaria estudio de sueño (PSG) a todos los pacientes con hipotiroidismo, ex-

cepto en aquellos cuyos síntomas sugieran la presencia de apnea del sueño (11). No hay evidencia sobre el efecto que pueda producir el tratamiento con PAP sobre el hipotiroidismo, en pacientes con ambos diagnósticos. Se recomienda que en pacientes ancianos con hipotiroidismo y enfermedad cardiovascular a quienes se les confirma apnea del sueño por PSG, empiecen el tratamiento con PAP antes del inicio de suplencia tiroidea (3, 6, 8, 11).

Conclusión

El juicioso ejercicio clínico prima. Los estudios diagnósticos no deben usarse de manera rutinaria e indiscriminada, ellos sólo sirven para confirmar o descartar una sospecha clínica.

No se recomienda realizar pruebas de función tiroidea a todos los pacientes con diagnóstico de apnea del sueño, así como tampoco hacer estudio del sueño a todos los pacientes con hipotiroidismo.

Sólo se recomienda hacer cuando la sospecha clínica lo amerite.

Sin embargo, sugerimos la realización de investigaciones de costo/efectividad.

Financiación y conflictos de interés

Los autores declaramos que el presente trabajo presentado a la revista científica Acta Médica Colombiana no tuvo fuente de financiación alguna. Declaramos no tener conflictos de intereses en la publicación de este trabajo.

Referencias

1. Kapur VK, Koepsell TD, et al. Association of hypothyroidism and OSA. *Am J Respir Crit Care Med*. 1998; **158**: 1379-83.
2. Murat Ozcan K, Selcuk A, et al. Incidence of hypothyroidism and its correlation with polysomnography findings in obstructive sleep apnea. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2014. DOI: 10.1007/s00405-014-2962-1.
3. Al-Jawder SE, BaHammam AS. Hypothyroidism and Obstructive Sleep Apnea. www.intechopen.com
4. Chica-Urzola HL, Escobar-Córdoba F, Eslava-Schmalbach J. Validación de la Escala de Somnolencia de Epworth. *Rev. Salud Públ*. 2007; **9** (4): 558-67.
5. Wilson WR, Bedell GN. The pulmonary abnormalities in mixedema. *J Clin Invest*. 1960; **39**: 42-55.
6. Attal P, Chason P. Endocrine aspects of obstructive sleep apnea. *J Clin Endocrinol Metab*. 2010; **95** (2): 483-95.
7. Skjoldt NM, Atkar R and Easton PA. Screening for Hypothyroidism in Sleep Apnea. *Am J Respir Crit Care Med*. 1999; **160**: 732-35.
8. Kamenov Z, Gateva A, et al. Endocrine aspects of obstructive sleep apnea. *Acta Med Kinki Univ*. 2010; **35**: 67-75.
9. Bahammam SA, Sharif MM, et al. Prevalence of thyroid disease in patients with obstructive sleep apnea. *Respir Med*. 2011; **105**: 1755-1760.
10. Lanfranco F, Motta G, et al. Neuroendocrine alterations in obese patients with sleep apnea syndrome. *Inter J Endocrin*. 2010. DOI: 10.1155/2010/474518.
11. Ching-Chi Li, Kun-Wu Tsan and Pei-Jan Chen. The relationship between Sleep Apnea Syndrome and Hypothyroidism. *Chest*. 1992; **102**: 1663-67.
12. Parmaksiz EF, Salepci B, et al. Undiagnosed hypothyroidism in Obstructive Sleep Apnea Syndrome. *J Turk Sleep Med*. 2015; **1**: 11-14.
13. Resta O, Pannacciulli n, et al. High prevalence of previously unknown subclinical hypothyroidism in obese patients referred to a sleep clinic for sleep disordered breathing. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2004; **14**: 248-253.
14. Takeuchi S, Kitamura T, et al. Relationship between sleep apnea and thyroid function. *Sleep Breath*. 2015; **19**: 85-89.
15. Pelttari L, Rauhala E, Polo O, Hyppa MT, et al. Upper airway obstruction in hypothyroidism. *J Intern Med*. 1994; **236**: 177-181.