

# EVIDENCIAS EN PEDIATRÍA

Toma de decisiones clínicas basadas en las mejores pruebas científicas  
[www.evidenciasenpediatria.es](http://www.evidenciasenpediatria.es)

## Artículos Valorados Críticamente

### Los niños con ronquido primario o síndrome de apneas/hipopneas del sueño leve no se benefician de la adenoamigdalectomía

Gimeno Díaz de Atauri A<sup>1</sup>, Martínez Rubio V<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sección de Neumología y Alergia Infantil. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

<sup>2</sup>CS Fresnos. Torrejón de Ardoz. Madrid. España.

Correspondencia: Álvaro Gimeno Díaz de Atauri: [agimenodatauri@gmail.com](mailto:agimenodatauri@gmail.com)

**Palabras clave en español:** adenoidectomía; amigdalectomía; ronquido; síndrome de apnea/hipopnea obstructiva.

**Palabras clave en inglés:** adenoidectomy; tonsillectomy; snoring; Obstructive Sleep Apnea Syndrome.

**Fecha de recepción:** 8 de julio de 2024 • **Fecha de aceptación:** 17 de julio de 2024

**Fecha de publicación del artículo:** 24 de julio de 2024

Evid Pediatr. 2024;20:32.

#### CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Gimeno Díaz de Atauri A, Martínez Rubio V. Los niños con ronquido primario o síndrome de apneas/hipopneas del sueño leve no se benefician de la adenoamigdalectomía. Evid Pediatr. 2024;20:32.

Para recibir Evidencias en Pediatría en su correo electrónico debe darse de alta en nuestro boletín de novedades en <http://www.evidenciasenpediatria.es>

Este artículo está disponible en: <http://www.evidenciasenpediatria.es/EnlaceArticulo?ref=2024;20:32>.

©2005-24 • ISSN: 1885-7388

# Los niños con ronquido primario o síndrome de apneas/hipopneas del sueño leve no se benefician de la adenoamigdalectomía

Gimeno Díaz de Atauri A<sup>1</sup>, Martínez Rubio V<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sección de Neumología y Alergia Infantil. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

<sup>2</sup>CS Fresnos. Torrejón de Ardoz. Madrid. España.

Correspondencia: Álvaro Gimeno Díaz de Atauri: agimenodatauri@gmail.com

**Artículo original:** Redline S, Cook K, Chervin RD, Ishman S, Baldassari CM, Mitchell RB, et al. Adenotonsillectomy for Snoring and Mild Sleep Apnea in Children: A Randomized Clinical Trial. JAMA. 2023;330(21):2084-95.

## Resumen

**Conclusiones de los autores del estudio:** en niños con ronquido primario y síndrome de apnea hipopnea de sueño leve, la adenoamigdalectomía precoz no mejora la función ejecutiva ni la atención a los 12 meses, aunque podría mejorar otros síntomas relacionados.

**Comentario de los revisores:** el estudio tiene algunos problemas metodológicos y no encuentra datos que apoyen la intervención propuesta en cuanto a las medidas principales. Son necesarios más estudios que identifiquen qué pacientes con trastornos respiratorios del sueño se beneficiarían de la cirugía a largo plazo.

**Palabras clave:** adenoidectomía; amigdalectomía; ronquido; síndrome de apnea/hipopnea obstructiva.

## Children with primary snoring or mild sleep apnea/hypopnea syndrome do not benefit from adenotonsillectomy

**Authors' conclusions:** in children with primary snoring and mild sleep apnea hypopnea syndrome, early adenotonsillectomy does not improve executive function or attention at 12 months, although it could improve other related symptoms.

**Reviewers' commentary:** the study has some methodological issues and does not find data that support the proposed intervention in terms of the main outcomes. More studies are needed to identify patients with sleep-disordered breathing who would benefit from surgery in the long term.

**Key words:** adenoidectomy; tonsillectomy; snoring; Obstructive Sleep Apnea Syndrome.

## RESUMEN ESTRUCTURADO

**Objetivo:** evaluar el efecto de la adenoamigdalectomía precoz (AAP) frente a la conducta expectante, sobre el neurodesarrollo, la conducta, la salud general y los resultados de la polisomnografía (PSG) en niños con ronquido primario o síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS) leve.

**Diseño y emplazamiento:** ensayo clínico aleatorizado (ECA) multicéntrico (7 centros docentes especializados en sueño) en Estados Unidos.

**Población de estudio:** 459 niños de 3 a 12,9 años con ronquido primario o un índice de apnea/hipopnea (IAH) de menos de 3 eventos por hora, reclutados entre 2016 y 2021 y con un seguimiento de 12 meses.

**Intervención:** los pacientes se aleatorizaron 1:1 para AAP (231), grupo de intervención (GI) o conducta expectante (228), grupo control (GC).

**Medición del resultado:** los dos resultados principales fueron: valoración del neurodesarrollo con los cambios en las puntuaciones basales de un test de función ejecutiva (*Behavior*

*Rating Inventory of Executive Function*, BRIEF) y valoración de la atención con un test computarizado (*Go/No-go (GNG) test*) a los 12 meses de iniciado el estudio. Se incluyeron, además, 22 resultados secundarios sobre cambios en neurodesarrollo, conducta, calidad de vida, sueño y síntomas generales.

**Resultados principales:** la edad media fue de 6,1 años, un 27% eran afroamericanos y un 16% hispanos. La puntuación media del IAH al inicio era de 0,5 (rango intercuartílico de 0,2 a 1,1) y el 86% completó el seguimiento de 12 meses, sin diferencias entre ambos grupos. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los resultados entre el GC y el GI en los test de función ejecutiva y atención. Sí hubo diferencias en las medidas secundarias: los problemas de conducta, somnolencia, síntomas generales y test de calidad de vida mejoraron de forma significativa a los 12 meses en el grupo con AAP. La intervención se asoció con una disminución de las cifras absolutas de tensión sistólica al año de seguimiento. Un menor porcentaje de niños del GI pasaron a tener una puntuación en el IAH >3 (SAHS moderado): 1,3% en GI frente a 13,2% en GC. Hubo 6 efectos adversos graves relacionados con la cirugía (sangrado) sin que se observasen efectos secundarios a largo plazo.

**Conclusión:** en niños con SAHS leve, la AAP no mejora la función ejecutiva ni la atención a los 12 meses. Sin embargo, mejora los problemas de conducta, los síntomas generales y la calidad de vida, y disminuye las cifras absolutas de tensión arterial sistólica al año de seguimiento.

**Conflicto de intereses:** descritos en el apartado correspondiente del artículo original.

**Fuente de financiación:** acuerdos cooperativos con instituciones públicas de ayuda a la investigación (NHLBI).

## COMENTARIO CRÍTICO

**Justificación:** el SAHS afecta a entre un 2 y un 4% de niños preescolares y el ronquido primario, en torno al 15% de los niños<sup>1</sup>. El SAHS se asocia a un aumento de la morbilidad<sup>2</sup> y se ha objetivado que, en los niños con trastornos de la respiración durante el sueño (incluido el ronquido primario), existe asociación con diversas disfunciones neurocognitivas<sup>3</sup>. En este estudio se evalúa si pacientes con ronquido primario o SAHS muy leve pueden beneficiarse de una adenoamigdalectomía.

**Validez o rigor científico:** la población de estudio está claramente definida en cuanto a clínica de ronquido y gravedad del SAHS valorada por IAH, pero no se describen

variables cuantificables para la valoración de la hipertrofia adenoamigdal, ni los criterios quirúrgicos que suponen criterio de exclusión. No se describe en detalle el sistema de aleatorización. No hubo diferencias relevantes en las características basales de ambos grupos. Al ser la intervención un acto quirúrgico, no hubo cegamiento para los pacientes, lo que pudo influir en los resultados de variables subjetivas como las medidas por cuestionarios. El tiempo de seguimiento de 12 meses podría ser insuficiente para evaluar recurrencia de la hipertrofia adenoidea o amigdal y sus posibles efectos sobre las variables evaluadas, especialmente en los niños de menor edad. La PSG de control no se realizó en 1/3 de la muestra sin que se describan las causas o los criterios para realizarla. Las pérdidas (14%) fueron similares en ambos grupos y se detallan adecuadamente los motivos. Se hizo análisis por intención de tratar.

**Importancia clínica:** en cuanto a las variables principales, las diferencias encontradas no fueron estadísticamente significativas ni clínicamente relevantes. En cuanto a las variables secundarias, se encontró un SAHS moderado (IAH  $\geq 5$ ) en el 6,7% de los pacientes del grupo control (GC) frente a ninguno del grupo intervención (GI). Con los datos disponibles del estudio, habría que tratar 14 niños (IC 95: 9 a 37)<sup>\*</sup> para evitar el desarrollo de SAHS moderado en uno. Hubo mayor descenso de la cifra absoluta de tensión arterial sistólica en el GI a los 12 meses, pero si se analiza el percentil con respecto a la normalidad, en el GI aumentó del 23 al 27,9% y en el GC descendió del 27 al 26%. En todo caso, los percentiles se mantuvieron por debajo del 30, tanto en la situación basal como a los 12 meses, por lo que la relevancia clínica de estos cambios es dudosa. Habría que intervenir a 9 niños (IC 95: 7 a 14)<sup>\*</sup> para producir un efecto adverso, una cuarta parte de ellos relevantes (sangrado que requirió reintervención). No se cuantifican los costes directos e indirectos de la intervención.

En una revisión Cochrane que analiza los posibles beneficios de la adenoamigdalectomía encuentran ausencia de beneficio en medidas de atención y neurocognitivas, pero efectos positivos sobre la calidad de vida y en parámetros polisomnográficos. Sin embargo, casi la mitad de los niños no intervenidos normalizan la PSG en los siguientes meses<sup>5</sup>.

**Aplicabilidad en la práctica clínica:** no se han encontrado beneficios clínicamente relevantes de realizar adenoamigdalectomía precoz en pacientes con ronquido primario o un síndrome de apneas hipopneas del sueño muy leve y los posibles efectos adversos no son desdeñables. Antes de implementar esta intervención, son necesarios estudios que identifiquen subgrupos de pacientes con trastornos respiratorios del sueño en los que la cirugía demuestre realmente beneficios a largo plazo.

\* Calculado por los autores del comentario con Calcapedev<sup>4</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Alonso-Álvarez ML, Canet T, Cubell-Alarco M, Estivill E, Fernández-Julián E, Gozal D, et al. Documento de consenso del síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño en niños (versión completa) Sociedad Española de Sueño. El Área de Sueño de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Arch Bronconeumol. 2011;47(5):2-18.
2. Ochoa Sangrador C, Andrés de Llano JM. El síndrome de apnea obstructiva del sueño se asocia a una alta morbi-mortalidad. Evid Pediatr. 2014;10:5.
3. Menzies B, Teng A, Burns M, Lah S. Neurocognitive outcomes of children with sleep disordered breathing: A systematic review with meta-analysis. Sleep Med Rev. 2022;63:101629.
4. Calcupedev. Herramienta de cálculo epidemiológico en pediatría. E. Ortega Páez. Comité de Pediatría Basada en la Evidencia de la AEP. 2019 [en línea] [consultado el 17/07/2024]. Disponible en [www.aepap.org/calculadora-estudios-pbe/##/](http://www.aepap.org/calculadora-estudios-pbe/##/)
5. Venekamp RP, Hearne BJ, Chandrasekharan D, Blackshaw H, Lim J, Schilder AG. Tonsillectomy or adenotonsillectomy versus non-surgical management for obstructive sleep-disordered breathing in children. Cochrane Database Syst Rev. 2015(10):CD011165.