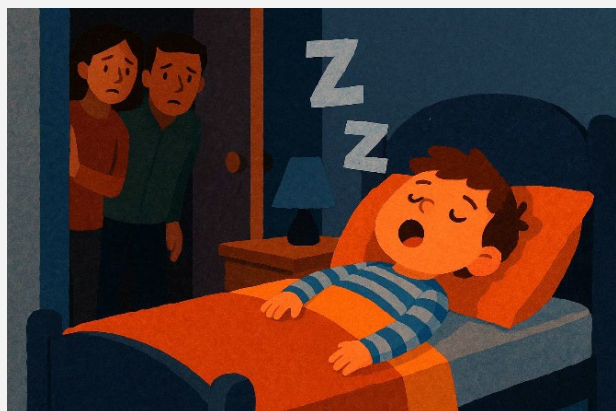


AOS en niños: Síntomas que no debes ignorar

Editorial SAOS México 06/08/2025

La **apnea obstructiva del sueño (AOS)** infantil es un trastorno en el que la respiración se interrumpe parcial o totalmente durante el sueño debido a un estrechamiento o bloqueo de las vías respiratorias superiores³. Existen *dos tipos* principales de apnea del sueño: la apnea **obstructiva**, causada por una obstrucción física (por ejemplo, amígdalas o adenoides agrandadas), y la apnea **central**, en la que el cerebro falla en enviar las señales adecuadas a los músculos respiratorios⁵. La apnea central es mucho menos común que la obstructiva, especialmente en niños⁵, por lo que al hablar de AOS infantil generalmente nos referimos al tipo obstructivo. Se estima que este problema afecta al **5%** de la población infantil en México², por lo que padres y pediatras deben estar alerta. Detectar y tratar oportunamente la apnea del sueño en niños es crucial, ya que las complicaciones de no hacerlo pueden afectar el **crecimiento**, el **aprendizaje**, el **comportamiento** e incluso la **salud cardiovascular** del menor³.



Síntomas de alerta en la apnea del sueño infantil

Los niños con AOS suelen presentar signos tanto nocturnos como diurnos que no se deben ignorar. Durante la noche, es común observar:

- **Ronquidos frecuentes y ruidosos:** El ronquido habitual (tres o más noches por semana) es a menudo la antesala de la apnea del sueño². A diferencia de los adultos, en quienes roncar puede ser más benigno, en los niños “roncar no es

normal” y debe tomarse como una señal de alerta².

- **Pausas respiratorias observadas:** Episodios en que el niño deja de respirar por unos segundos durante el sueño (apneas). Pueden manifestarse como jadeos, resoplidos o ahogos súbitos cuando la respiración se reanuda³. Estos episodios fragmentan el sueño del niño con microdespertares constantes².
- **Respiración bucal y sueño inquieto:** Muchos niños con AOS duermen con la boca abierta o presentan una respiración ruidosa. Su sueño puede ser agitado, con movimientos frecuentes y despertares frecuentes durante la noche¹. También pueden presentarse sudoración nocturna debido al esfuerzo por respirar³.
- **Enuresis (mojar la cama):** Un niño que previamente había logrado el control de esfínteres puede volver a mojar la cama

por las noches. La AOS se ha vinculado con enuresis secundaria en edad escolar¹², posiblemente por los cambios en los patrones de sueño y la oxigenación.

Durante el día, los efectos de la apnea nocturna se manifiestan en el comportamiento y desempeño del niño. Algunos síntomas diurnos importantes son:

- Problemas de atención e hiperactividad: A diferencia de los adultos con apnea (que suelen sentir somnolencia diurna), los niños a menudo reaccionan con trastornos de la conducta. Pueden mostrarse hiperactivos, impulsivos, irritables o con déficit de atención, lo cual frecuentemente lleva a un diagnóstico erróneo de TDAH en lugar de identificar la causa subyacente del sueño deficiente³³.
- Bajo rendimiento escolar: La fragmentación del sueño repercute en las funciones cognitivas. Es común que estos niños tengan dificultades de aprendizaje y un mal desempeño escolar en comparación con sus compañeros³. Estudios y especialistas han señalado que la apnea del sueño puede deteriorar significativamente la memoria, la concentración y el rendimiento académico del menor²².
- Somnolencia o fatiga diurna: Aunque algunos niños se hiperactivan, otros pueden lucir *crónicamente cansados*. Pueden tener dificultad para despertarse por las mañanas, dolores de

cabeza matutinos y hasta llegar a dormirse en clases o trayectos cortos en coche/autobús debido al sueño no reparador³.

- Problemas en el crecimiento y desarrollo: Un sueño de mala calidad puede impactar la liberación de la hormona del crecimiento. En casos no tratados, se ha observado que la AOS severa podría afectar la curva de crecimiento (niños que no ganan peso o estatura adecuadamente)³, además de asociarse con problemas metabólicos (riesgo de hipertensión, resistencia a la insulina, etc.).

Todos estos síntomas de alerta, tanto nocturnos como diurnos, suelen pasar desapercibidos o atribuirse a otras causas (por ejemplo, se piensa que el niño “es inquieto” o que moja la cama por factores psicológicos). Es importante que padres, maestros y médicos vinculen estos signos con un posible trastorno del sueño. Cualquier niño que ronque habitualmente (tres noches por semana o más, durante varias semanas) debe ser evaluado para descartar apnea del sueño².

Causas y factores de riesgo de la AOS infantil

En la apnea obstructiva del sueño, la obstrucción de la vía aérea superior durante el sueño suele deberse a factores anatómicos o funcionales. En los niños, la causa más común es la hipertrofia (agrandamiento) de las amígdalas y/o las adenoides, tejidos linfáticos situados en la garganta y detrás de la nariz. Estas estructuras agrandadas pueden bloquear

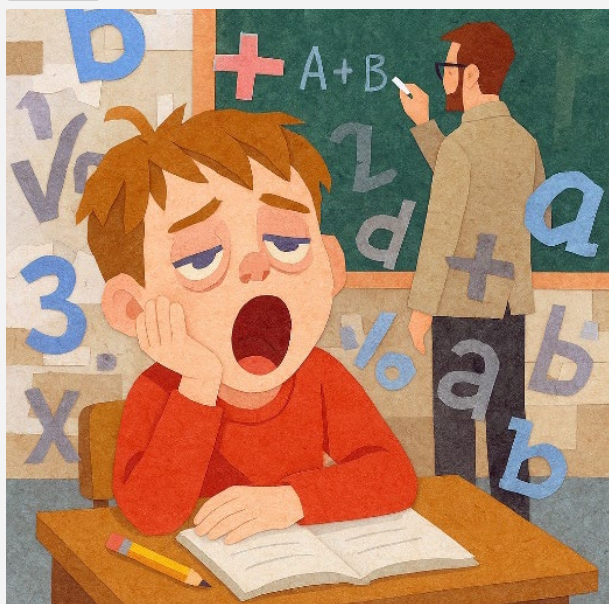
parcialmente el paso de aire cuando el niño está dormido. De hecho, tener *amígdalas y adenoides grandes* es el principal factor de riesgo para AOS infantil³³.

Otros factores de riesgo importantes incluyen:

- Obesidad o sobrepeso: El exceso de tejido adiposo alrededor del cuello puede estrechar la vía aérea. Aunque la obesidad es una causa predominante de apnea en adultos, también influye en adolescentes y niños mayores – especialmente en combinación con amígdalas grandes³.
- Alteraciones craneofaciales: Malformaciones o diferencias en la estructura ósea pueden contribuir a la obstrucción. Por ejemplo, una mandíbula inferior pequeña o retraída (retrognatia), un paladar estrecho, o ciertas anomalías congénitas de cara y cráneo (como las asociadas a síndromes genéticos tipo Down o Pierre-Robin) elevan el riesgo de apnea²³. Igualmente, una *lengua grande* que obstruye la garganta al dormir puede ser factor contribuyente².
- Enfermedades neuromusculares o síndromes genéticos: Condiciones como la parálisis cerebral, el síndrome de Down, el síndrome de Prader-Willi u otros trastornos neuromusculares pueden predisponer a la apnea obstructiva debido a tono muscular reducido o estructuras anatómicas particulares³.

- Antecedentes familiares y otros: Tener familiares con apnea del sueño incrementa la probabilidad, al igual que haber nacido prematuro o con bajo peso (lo que puede relacionarse con inmadurez en el control respiratorio). Además, factores como alergias crónicas o desviación del tabique nasal que provoquen respiración crónica por la boca también pueden empeorar la situación.

En contraste, la apnea central del sueño, mucho más rara en niños, suele estar relacionada a problemas del sistema nervioso central o cardio-respiratorios. Por ejemplo, puede aparecer en bebés prematuros por inmadurez del centro respiratorio, o en niños con afecciones neurológicas, cardíacas o metabólicas. En la apnea central no hay una obstrucción física, sino una *pausa en el esfuerzo respiratorio* por falta de señal del cerebro⁵. Cuando esta forma de apnea ocurre, es importante buscar la causa subyacente (por ejemplo, epilepsia, malformaciones del tallo cerebral, falla cardíaca, efectos de medicamentos, etc.) y tratar esa condición sistémica específica⁵.



Importancia del diagnóstico temprano

Educar a padres y pediatras sobre la AOS infantil tiene como objetivo lograr un diagnóstico temprano. Muchas manifestaciones de la apnea del sueño pueden ser sutiles o confundirse con otros trastornos pediátricos (como déficit de atención, insomnio inicial del niño, problemas conductuales o enuresis). Si no se diagnostica a tiempo, la AOS puede derivar en complicaciones a corto y largo plazo. Entre ellas se incluyen: problemas de rendimiento escolar y conducta (derivados de la falta de sueño de calidad), alteraciones cardiovasculares y metabólicas (hipertensión temprana, resistencia a la insulina, hiperactividad simpática), un sistema inmunitario debilitado, y trastornos emocionales (estado de ánimo irritable, depresión infantil en casos prolongados)²³. En casos severos y prolongados, la AOS no tratada podría incluso impactar el desarrollo ponderoestatural del niño o contribuir a complicaciones cardiovasculares graves en la adultez³.

Diversos estudios han demostrado que tratar el problema a edad temprana mejora significativamente la calidad de vida y el pronóstico. Por ejemplo, hay evidencia de que niños con AOS que reciben tratamiento muestran mejoras en su desempeño cognitivo y conductual, e incluso *recuperan terreno* en su crecimiento físico tras dormir adecuadamente. Un diagnóstico precoz permite implementar intervenciones que en más del 80% de los casos pueden resolver la apnea o disminuir sus efectos¹.

¿Cómo se diagnostica la apnea del sueño en niños?

El diagnóstico de la apnea del sueño infantil comienza con la evaluación clínica. El pediatra (o especialista en medicina del sueño) revisará los antecedentes del niño y sus síntomas, y realizará una exploración física poniendo atención en oídos, nariz, garganta y cuello⁴. Es fundamental que los padres proporcionen información sobre hábitos de sueño del menor: si ronca y con qué frecuencia, si han notado pausas respiratorias, cómo es su conducta diurna, etc. En casa, los padres pueden grabar audio o video del niño durmiendo para mostrarlo al médico, ya que los ronquidos y apneas captadas en video son muy ilustrativas.

La polisomnografía nocturna (estudio de sueño) es la prueba diagnóstica estándar para confirmar la apnea obstructiva del sueño⁴. Este estudio se realiza idealmente en un laboratorio o clínica del sueño durante una noche: se colocan al niño sensores indolores que monitorean su actividad cerebral, respiración, nivel de oxígeno en sangre, ritmo cardíaco, ronquidos y movimientos mientras duerme⁴.

Un especialista analiza estos datos para determinar el Índice de Apnea-Hipopnea (IAH) y la presencia de episodios de apnea. Un IAH elevado (por encima de 1 evento por hora en niños, o $\geq 5/h$ en casos moderados a severos) confirma el diagnóstico de AOS¹. En niños más grandes o en casos seleccionados, se pueden usar estudios simplificados o domiciliar la polisomnografía, pero la prueba en laboratorio es la más precisa¹.

No todos los casos requieren estudios complejos de inmediato. Si la sospecha clínica es alta (por ejemplo, un niño con ronquidos constantes, pausas observadas y amígdalas visiblemente grandes), el especialista puede optar por tratar directamente (procedimiento terapéutico) o realizar inicialmente una oximetría nocturna. Sin embargo, ante dudas diagnósticas, síntomas severos o factores de riesgo adicionales, la polisomnografía es muy recomendable para cuantificar la gravedad del trastorno antes de decidir el tratamiento¹.

Es importante mencionar que, en casos de apnea central sospechada, puede requerirse una evaluación más amplia con neurólogo o cardiólogo pediatra, así como estudios específicos (por ejemplo, un estudio del sueño con capnografía, EEG, etc.) para distinguirla de la apnea obstructiva y guiar el manejo apropiado.

Tratamientos recomendados para la AOS infantil

El manejo de la apnea obstructiva del sueño en niños debe ser individualizado según la causa y la severidad, pero las guías clínicas (incluida la desarrollada por el INER en México) coinciden

en líneas generales de tratamiento. A continuación, se resumen los tratamientos más recomendados:

- Cirugía de amígdalas y adenoides (adenoamigdalectomía): Es el tratamiento de primera línea para la mayoría de los niños con AOS, especialmente cuando presentan amígdalas y/o adenoides hipertróficas⁴. Este procedimiento realizado por un otorrinolaringólogo consiste en remover las amígdalas palatinas y las adenoides, logrando despejar la vía aérea obstructiva. La adenoamigdalectomía suele lograr la resolución o gran mejoría de los síntomas en la mayoría de los casos (más del 80% según estudios)¹. Es un procedimiento común y con bajo riesgo, aunque requiere anestesia general; tras la cirugía, es recomendable realizar un seguimiento (incluida, a veces, una polisomnografía de control) para confirmar que la apnea se haya resuelto completamente¹.
- Terapia médica para casos leves o específicos: Cuando la AOS es leve o la cirugía está contraindicada (por ejemplo, en niños con problemas de coagulación, o cuando el tamaño de amígdalas no es el factor predominante), se pueden usar tratamientos farmacológicos. Los corticosteroides intranasales (como *fluticasona* o *budesonida* en spray) ayudan a desinflamar la vía aérea nasal y reducir síntomas en niños con

amígdalas/adenoides moderadamente agrandadas o con rinitis alérgica concomitante¹. Asimismo, el montelukast (un anti-leucotrieno) es útil en niños con alergias para disminuir la inflamación de las vías respiratorias, solo o en combinación con el esteroide nasal⁴. Según la Academia Americana de Pediatría, estos medicamentos pueden beneficiar a niños con AOS leve, aunque no sustituyen la cirugía en casos moderados-graves¹¹. En niños con sobrepeso, un período de “espera vigilada” con control de peso (dieta y ejercicio) puede ser indicado, dado que la pérdida de peso mejora la apnea; sin embargo, esta estrategia debe acompañarse de otro tratamiento mientras se logra la reducción de peso necesaria¹.

- Presión positiva continua en la vía aérea (CPAP): Consiste en el uso de una mascarilla nasal o nasobucal conectada a un dispositivo que sopla aire a presión constante, manteniendo las vías aéreas abiertas durante el sueño. El CPAP es muy eficaz para evitar las obstrucciones y aliviar los síntomas. En pediatría, el CPAP se indica principalmente cuando la cirugía no resolvió completamente la apnea (AOS *residual*) o cuando no es posible realizar la cirugía¹. Diversas fuentes (incluyendo el INER y la AAP) coinciden en que el CPAP es la segunda línea de tratamiento en niños cuyos síntomas persisten post-adenoamigdalectomía¹. Es importante un buen ajuste de la mascarilla y

revisiones periódicas, ya que los niños crecen y los parámetros del CPAP deben adaptarse con el tiempo⁴. Aunque usar CPAP puede ser incómodo al inicio, muchos niños y padres reportan una mejoría inmediata en la calidad del sueño y la atención diurna cuando se utiliza consistentemente.

- Dispositivos orales y terapias adyuvantes: En algunos casos seleccionados, la intervención de un odontopediatra o ortodoncista especializado en medicina del sueño puede ser beneficiosa². Existen aparatos orales (férulas, expansores palatinos) que ayudan a ensanchar el paladar y los conductos nasales, o a adelantar la mandíbula y la lengua ligeramente para ampliar el espacio faríngeo⁴⁴. Estos dispositivos pueden ser útiles en niños mayores con anatomía craneofacial particular (por ejemplo, paladar muy alto y angosto o retrognatia) y en casos de AOS leve a moderada. Sin embargo, solo algunos niños obtienen beneficios con estos dispositivos⁴, por lo que su indicación debe individualizarse. Otras terapias como la fisioterapia miofuncional (ejercicios orofaciales para fortalecer músculos de vía aérea), la higiene del sueño y el control de alérgenos (evitar exposición a humo de tabaco, polvo, etc.) son medidas de apoyo que contribuyen a mejores resultados⁴.
- Tratamiento de la apnea central: Si bien la mayoría de los niños con apnea del

sueño tienen el tipo obstructivo, en los raros casos de apnea central el tratamiento difiere. Lo primordial es abordar la causa subyacente: por ejemplo, optimizar el tratamiento de la condición neurológica o cardíaca asociada. Adicionalmente, pueden emplearse medidas de soporte como oxígeno suplementario nocturno o dispositivos de asistencia ventilatoria especiales (ej. ventilación no invasiva adaptada al paciente) para garantizar la oxigenación adecuada⁵⁵. En algunos casos de apnea central primaria (idiopática) en niños, se utiliza medicación estimulante respiratoria bajo supervisión, pero estos casos son excepcionales y manejados por subespecialistas.



En conclusión, la apnea obstructiva del sueño en niños es un trastorno tratable. Una vez identificado, el pronóstico suele ser muy bueno: los niños a los que se les realiza

adenoamigdalectomía u otras intervenciones adecuadas suelen mostrar rápidamente mejoras en su sueño y comportamiento. Los padres reportan que sus hijos comienzan a dormir tranquilos, dejan de roncar, están más atentos y de mejor humor durante el día, e incluso presentan un mejor apetito y crecimiento tras el tratamiento. La clave está en no ignorar los síntomas iniciales – esos ronquidos nocturnos, esos problemas de atención en el aula – ya que reconocer la AOS a tiempo puede marcar una gran diferencia en la salud y desarrollo del niño.

Bibliografía

¹ Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER). (2021). *Diagnóstico y tratamiento del Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño en población pediátrica y adulta en el primer y segundo nivel de atención* (Guía de Práctica Clínica). Secretaría de Salud – CENETEC. Recuperado de <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-572-21/ER.pdf>

² Agencia EFE. (2023, 16 de marzo). *Apnea del sueño provoca hiperactividad y bajo rendimiento escolar en niños*. Swissinfo. Recuperado de <https://www.swissinfo.ch/spa/apnea-del-sue%C3%B1o-provoca-hiperactividad-y-bajo-rendimiento-escolar-en-ni%C3%B1os/48367530>

³ Mayo Clinic. (2025, 2 de abril). *Apnea obstructiva del sueño en los niños – Síntomas y causas*. Recuperado de <https://www.mayoclinic.org/es/diseases->

[conditions/pediatric-sleep-apnea/symptoms-causes/syc-20376196](https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/pediatric-sleep-apnea/symptoms-causes/syc-20376196)

⁴ **Mayo Clinic.** (2025, 2 de abril). *Apnea obstructiva del sueño en los niños – Diagnóstico y tratamiento.* Recuperado de <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/pediatric-sleep-apnea/diagnosis-treatment/drc-20376199>

⁵ **Mayo Clinic.** (2023, 14 de noviembre). *Apnea central del sueño – Síntomas y causas.* Recuperado de <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/central-sleep-apnea/symptoms-causes/syc-20352109>