

temático de la hipertensión arterial en la población general, y lo trascendental de una adecuada evaluación diagnóstica, con la sospecha de hipertensión secundaria sobre todo en jóvenes (menores de 20 años), pacientes mayores de 50 años y casos de hipertensión en grados III y IV o resistentes a tratamiento.

P. Ayuso Jiménez, C. Fouz López, F.J. Panadero Carlavilla y C. Villa Poza

Consultorio Villanueva del Pardillo. EAP Villanueva de la Cañada. Área 6. Madrid.

1. Zoorob RJ, Arif AM, Morelli V. Hypertension. *Prim Care* 2000; 27: 589-614.
2. Akpunonu BE, Mulrow PJ, Hoffman EA. Secondary hypertension: evaluation and treatment. *Dis Mon* 1996; 42: 609-722.
3. Mc Crindle BW. Coarctation of the aorta. *Curr Opin Cardiol* 1999; 14: 448-452.
4. Bouchart F, Dubor A, Tabley A, Litzler PY, Haas-Hubsther C, Redonnet M et al. Coarctation of the aorta in adults: surgical results and long-term follow-up. *Ann Thorac Surg* 2000; 70: 1483-1488.
5. Roegel JC, Heinrich E, De Jon W, Stephan P, Charpentier A, Eisenmann B et al. Vascular and neuroendocrine components in altered pressure regulation after surgical repair of coarctation of the aorta. *J Hum Hypertens* 1998; 12: 517-525.
6. Hauser M, Kuehn A, Wilson N. Abnormal responses for blood pressure in children and adults with surgically corrected aortic coarctation. *Cardiol Young* 2000; 10: 353-357.

Hipotiroidismo y síndrome de apnea del sueño. A propósito de un caso

Sr. Director: Las alteraciones funcionales de la glándula tiroides pueden presentarse a cualquier edad, siendo la prevalencia de hipotiroidismo en la población general de un 1,4% en mujeres y del

0,1% en varones¹. El cuadro clínico incluye un elevado número de signos y síntomas multisistémicos que pueden presentarse con distinta intensidad y que, por lo general, son mal definidos por el paciente. Este hecho, junto con que la instauración del cuadro suele ser lenta e insidiosa, hace que dichos síntomas y signos difícilmente sean relacionados por el paciente, y en ocasiones, también por el propio profesional sanitario. Todo ello contribuye a que el diagnóstico de esta patología suela ser casual y, a veces, retrasado en el tiempo.

Presentamos el caso de un varón de 33 años, sin alergias medicamentosas conocidas, fumador de 15 cigarros al día, apendicectomizado en la infancia y con un diagnóstico endoscópico reciente de esofagitis grado II en tratamiento con omeprazol. Consulta por presentar desde hace un año ronquidos y sensación de «ahogo» nocturno con somnolencia diurna y falta de concentración y astenia severa en los últimos meses. Sus padres se quejan de que el paciente ronca por las noches de forma estrepitosa y durante unos segundos «parece que dejara de respirar». Como dato de interés añade que ha ganado peso en los últimos meses a pesar de no haber modificado la dieta y mantener similar actividad física. En la exploración física destaca: tensión arterial, 120/70; frecuencia cardíaca, 64 lat/min; peso, 105 kg; talla, 167 cm; índice de masa corporal, 37,6; facies abotargada con edema palpebral, voz ronca, piel seca, úvula ligeramente hipertrófica, palpándose bocio grado II de consistencia algo aumentada, auscultación cardiopulmonar normal y mínimos edemas maleolares. El resto de la exploración física es normal. Ante la sospecha de trastorno del sueño asociado a hipotiroidismo, se solicita analítica de sangre, que incluye hemograma, bioquímica y estudio de función tiroidea, electrocardiograma y radiografía de tórax. En-

tre los resultados destaca: colesterol, 321 mg/dl; triglicéridos, 228 mg/dl; cLDL, 216 mg/dl; T4 libre, 0,06 mIU/ml, y TSH 60, mU/ml. Ante estos últimos datos, que reflejan un hipotiroidismo primario severo, se contacta con el servicio de endocrinología de nuestro hospital de referencia, que decide ingreso urgente para iniciar tratamiento hormonal sustitutivo, mejorando en un corto plazo de tiempo la situación del paciente, incluida la roncopatía y las apneas nocturnas.

En la clasificación de los trastornos del sueño con somnolencia diurna, se encuentra el síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS). El SAOS se define como pausas respiratorias como consecuencia de la obstrucción parcial (hipopnea) o completa (apnea) de la vía aérea superior de más de 10 segundos de duración, en número de 10 o más cada hora, que provocan generalmente un descenso de la saturación arterial de oxígeno². Se estima que afecta a un 2-4% de la población general, preferentemente a varones. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son ronquido nocturno y somnolencia diurna. Su importancia radica en que las tasas de mortalidad de estos pacientes son mayores que en la población general, debido a complicaciones cardiovasculares y accidentes de tráfico y laborales. El procedimiento diagnóstico consiste en la poligrafía o la polisomnografía nocturna, y su tratamiento de elección en la administración de presión continua positiva en la vía aérea (CPAPn). Diferentes estudios han puesto de manifiesto la asociación entre hipotiroidismo y SAOS, de forma que estas 2 entidades no sólo comparten una sintomatología similar, sino que se ha estimado que pueden coexistir en un 1,6-11% de los pacientes^{3,4}. Además, los pacientes hipotiroideos presentan una especial predisposición para desarrollar una altera-

ción respiratoria del sueño⁵. Tras un diagnóstico apropiado, las apneas nocturnas pueden responder al tratamiento con tiroxina, resolviéndose los síntomas respiratorios sin necesidad de aplicar tratamiento con CPAPn.

**M.M. García Carballo
y J.L. Miraflores Carpio**

Centro de Salud Juan de la Cierva. Getafe.
Área 10 de Madrid.

1. Cano Pérez JF, Bundó Vidiella M. Disfunción tiroidea. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. Aten primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Madrid: Harcourt Brace, 1999; 1384-1389.
2. Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Normativa sobre diagnóstico y tratamiento del síndrome de apnea obstructiva del sueño. Barcelona: Doyma, 1993.
3. Neil M, Skodt NM, Raj Atkar, Easton P. Screening for hypothyroidism in sleep apnea. Am J Respir Crit Care Med 1999; 160: 732-735.
4. Kapur VK, Koepsell T, DeMaine J, Hert R, Sandblom E, Psaty B. Association of hypothyroidism and obstructive sleep apnea. Am J Respir Crit Care Med 1998; 158: 1379-1383.
5. Ching-Chi L, Kun-Wu T, Pei-Jan C. The relationship between sleep apnea syndrome and hypothyroidism. Chest 1992; 102: 1663-1667.

Prevalencia de caries a los 6 y 12 años en la zona de salud de Burela (Lugo)

Sr. Director: La relevancia de la caries como problema de salud y su buena respuesta a medidas preventivas destaca la importancia de los programas de salud bucodental infantil en atención primaria. El objetivo de este trabajo ha sido conocer la magnitud del problema en nuestra área de salud y servir de referencia para la evaluación de las medidas preventivas existentes.

Material y método

Estudio de prevalencia sobre el conjunto de escolares de 6 y 12 años de la zona de salud de Burela, en la costa de la provincia de Lugo, con una población asignada de 31.424 habitantes agrupados en 527 entidades de población que se extienden en una superficie de 461 km².

La exploración bucodental se realizó en los centros escolares siguiendo la normativa de la OMS. Los índices de caries empleados fueron: prevalencia de caries, CAOD, CAOS, co y cos.

Resultados

De un total de 563 alumnos, un 73,71% (n = 415) participó en el estudio, de los que 211 eran niñas (50,84%), habitando la mayoría (66,26%) en núcleos de más de 8.000 habitantes. A los 6 años un 52% de los niños no tenía caries, frente a un 29,7% a los 12 años. Los índices CAOD, CAOS, co y cos según edad, sexo y hábitat se resumen en la tabla 1. Estos índices deben su valor en gran medida al componente «caries». A los 6 años, los niños de núcleos de menos de 8.000 habitantes presentan más piezas deciduas cariadas, circunstancia que se mantiene a los 12 años. Los niños de 6 años presentan más superficies afectadas en dentición temporal que las niñas. A los 12 años, los residentes en

poblaciones de menos de 8.000 habitantes se encuentran más afectados y más severamente que sus compañeros de poblaciones de mayor tamaño (tabla 1).

Discusión

Al igual que en otras áreas sanitarias¹, la caries es el problema de salud más frecuente en nuestra población escolar, aunque cumple los objetivos marcados por la OMS para el año 2000. La prevalencia de caries a los 6 años es superior a los valores hallados tanto para Galicia como para la provincia de Lugo², aunque concuerda con el 48,5% descrito para núcleos de menos de 10.000 habitantes. A los 12 años, la prevalencia de caries es ligeramente superior a lo estimado en 1995² y a la mayoría de los estudios revisados^{1,3,4}. No se observan diferencias significativas entre sexos, aunque las niñas tienden a presentar más caries^{1,2,4}.

Los índices CAOD y cod a los 6 años mantienen valores bajos, y a los 12 el índice CAOD muestra valores inferiores a los de otras áreas españolas⁵, aunque es superior al descrito para Galicia² o Cataluña^{1,3}. No obstante, el CAOD a los 12 años en el área de salud puede ser considerado como «ba-

TABLA 1. Indicadores de caries y sus índices parciales

| Edad | CAO | C | A | O | co | c | o | CAOS | CS | AS | OS | cos | cs | os |
|------|------|------|------|-------|-------|-------|------|-------|------|------|------|-------|-------|------|
| 6 | | | | | | | | | | | | | | |
| T | 0,12 | 0,1 | 0 | 0,06 | 2,03 | 1,62 | 0,41 | 0,12 | 0,11 | 0 | 0,02 | 3,58 | 2,94 | 0,63 |
| M | 0,11 | 0,09 | 0 | 0,02 | 2,37 | 1,98 | 0,38 | 0,12 | 0,10 | 0 | 0,02 | 4,48* | 3,81* | 0,67 |
| F | 0,13 | 0,12 | 0 | 0,01 | 1,65 | 1,22 | 0,43 | 0,13 | 0,12 | 0 | 0,01 | 2,55* | 1,97* | 0,59 |
| R | 0,10 | 0,08 | 0 | 0,02 | 2,76 | 2,30* | 0,46 | 0,095 | 0,08 | 0 | 0,02 | 5 | 4,24 | 0,76 |
| U | 0,13 | 0,11 | 0 | 0,002 | 1,68 | 1,30* | 0,17 | 0,14 | 0,12 | 0 | 0,02 | 2,90 | 2,33 | 0,57 |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | |
| T | 1,77 | 1,15 | 0,04 | 0,57 | 0,98 | 0,85 | 0,13 | 2,62 | 1,53 | 0,23 | 0,87 | 2,03 | 1,79 | 0,24 |
| M | 1,63 | 1,23 | 0,04 | 0,36* | 1,18 | 0,98 | 0,2 | 2,47 | 1,75 | 0,20 | 0,52 | 2,64 | 2,28 | 0,36 |
| F | 1,88 | 1,08 | 0,05 | 0,75* | 0,82 | 0,74 | 0,08 | 2,75 | 1,34 | 0,25 | 1,16 | 1,51 | 1,38 | 0,13 |
| R | 1,86 | 1,32 | 0,04 | 0,49 | 1,56* | 1,39* | 0,17 | 2,66 | 1,66 | 0,19 | 0,81 | 3,43* | 3,13* | 0,3 |
| U | 1,72 | 1,06 | 0,05 | 0,61 | 0,67* | 0,56* | 0,11 | 2,60 | 1,45 | 0,25 | 0,90 | 1,27* | 1,06* | 0,2 |

*p < 0,05.

T: total; M: masculino; F: femenino; R: < 8.000 habitantes, y U: > 8.000 habitantes.