

Félix de Carlos y Juan Cobo; Universidad de Oviedo

La utilización de aparatos intraorales (OD) en el tratamiento de los problemas respiratorios no es un concepto nuevo, en 1902 Pierre Robin preconizaba la utilización de un aparato intraoral denominado "monoblock", un arrastre añadido de la lengua evitando su caída hacia atrás o "glosoptosis".

Esta glosoptosis aparecía durante el decúbito supino en niños generando episodios de disnea, cianosis e incluso muerte súbita.

Actualmente las distintas sociedades científicas que se dedican al estudio del sueño consideran a los dispositivos intraorales como "aparatos que

se introducen en la boca y modifican la posición de mandíbula, lengua y otras

estructuras de soporte de la UA para el tratamiento tanto del ronquido como del

SAHS". Se consideran de primera elección en:

- roncador simple
- SAHS leve
- SAHS leve-moderado con bajo índice de masa corporal ($< 25 \text{ Kg} \cdot \text{m}^{-2}$)
- síndrome de resistencia aumentada de la vía aérea superior

Y de segunda elección en:

- pacientes que no toleran o rechazan la CPAP
- pacientes con riesgo quirúrgico elevado
- pacientes que rechazan la cirugía
- fracaso de otras modalidades de tratamiento

Los OD constituyen una alternativa razonable pues no suponen un cambio permanente en los individuos (como ocurre con la cirugía) y pueden desestimarse en cualquier momento. Incluso, pueden utilizarse para predecir el éxito de la cirugía y como tratamiento de rescate cuando fallan todos los tratamientos anteriores. Con estas premisas, creemos que pueden ser utilizados en primera instancia, previa selección del paciente. Así, el estudio adecuado del paciente en cuanto a evaluación de riesgos y beneficios ha de exponerse de forma individual (36) para poder conseguir la mejor terapia en cada caso.