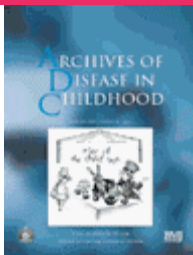


Todos queremos dormir bien, aunque nuestros pacientes y porqué no, nuestros hijos, se esfuercen por impedirlo

Las dificultades para dormir son, sin lugar a dudas, uno de los temas que surgen durante la consulta con el pediatra. Este artículo acerca de las parasomnias nos permitirá entender y aconsejar mejor a las familias



ARCHIVES OF DISEASES IN CHILDHOOD Parasomnias en la niñez y adolescencia

G Stores

Department of Psychiatry, University of Oxford, Oxford, UK.

Arch. Dis. Child. 2009; 94:63-69

¿Qué son las parasomnias?

Dicho simplemente, las parasomnias son comportamientos inusuales o experiencias extrañas repetitivas relacionadas con el sueño. Actualmente están descritos cerca de 30 tipos de parasomnias en la Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño del 2005 (ICSD-2).

En los niños, las parasomnias son generalmente un fenómeno temporal, "benigno", relacionado con el desarrollo. Raramente se asocian con patología psiquiátrica u orgánica.

Aspectos relevantes de la fisiología del sueño

Existen dos tipos de sueño: el No REM y REM. El sueño No REM consiste en cuatro etapas de distinto nivel de sueño profundo. Es difícil despertarse. Los movimientos oculares están ausentes y el tono muscular conservado. La frecuencia cardíaca y respiratoria son regulares.

El sueño REM es diferente. Existe una gran actividad cerebral, el EEG posee un trazado similar al de vigilia. Se producen movimientos oculares rápidos y el tono muscular está disminuido, abolido. Es la etapa donde se producen los sueños.

Los períodos REM/No REM alternan varias veces durante el sueño. El sueño profundo (No REM) prevalece durante el primer tercio de la noche, y es donde se producen los terrores nocturnos y el sonambulismo. El sueño REM predomina en el último tercio de la noche.

Tipos de parasomnias

Las parasomnias pueden dividirse en "primarias" y "secundarias", cuando son manifestaciones de alguna enfermedad orgánica o psiquiátrica subyacente.

Las parasomnias primarias se clasifican acorde a la etapa del sueño en la que se presentan (**tabla 1**). En la **tabla 2** se muestran algunas parasomnias secundarias.

De estas listas, los trastornos del despertar, las pesadillas y la epilepsia nocturna son las que se describirán a continuación.

Tabla 1. Principales parasomnias primarias

- Al irse a dormir
 - Alucinaciones hipnagógicas
 - Parálisis del sueño
 - Síndrome de piernas inquietas
 - Trastornos de los movimientos rítmicos
- En la primer parte del sueño (No REM)
 - Bruxismo
 - Movimiento periódico de los miembros inferiores
- Temprano en la noche (No REM profundo)
 - Sonambulismo
 - Terrores nocturnos
 - Despertar confusional
- Tarde en la noche (REM)
 - Pesadillas
- Al despertar
 - Alucinaciones hipnopómpicas
 - Parálisis del sueño
- Varias veces durante la noche
 - Hablar dormido
 - Enuresis

Trastornos del despertar

Los trastornos del despertar (despertar confusional, terrores nocturnos y sonambulismo) son muy comunes en la infancia. Una minoría persiste hasta la adultez y pocos comienzan en la adolescencia.

El despertar es parcial, generalmente se pasa del sueño profundo No REM a una fase más liviana de sueño No REM, al inicio de la noche. En este estado, el niño muestra características sugestivas de estar simultáneamente despierto y dormido, a veces se

muestra confundido y desorientado, y responde poco a los estímulos externos. En general se produce un único episodio durante la noche y no existe recuerdo del mismo al despertar.

Existen frecuentemente antecedentes familiares de primer grado de trastornos del despertar y factores desencadenantes como fiebre, enfermedad sistémica, estímulos que interrumpen el sueño, trastornos respiratorios.

El niño puede presentar una secuencia de despertares confusionales en la infancia temprana, seguido de sonambulismo y terrores nocturnos en la infancia tardía y adolescencia.

Los despertares nocturnos ocurren principalmente en infantes. El episodio puede comenzar con movimientos y quejas y progresar a un estado de agitación, llanto y confusión. Esta situación alarma mucho a los padres quienes intentan consolar e incluso despertar al niño, generalmente sin éxito. Cada episodio dura aproximadamente 5 – 15 minutos, calmándose el niño espontáneamente y volviendo a conciliar el sueño tranquilo.

El sonambulismo ocurre principalmente en niños entre 4 y 8 años, en el 20-40% de forma esporádica y frecuentemente en el 3 – 4 %. Los episodios duran aproximadamente 10 minutos y son menos dramáticos que los despertares confusionales. Generalmente el niño camina tranquilamente por su habitación, va al baño o a la habitación de los padres. Se encuentra con los ojos abiertos, pero la mirada perdida. Responden parcialmente, los movimientos son torpes y pueden realizar conductas aprendidas automáticas, como orinar. Los accidentes son un riesgo potencial en los pacientes sonámbulos.

Los terrores nocturnos ocurren en el 3% de los niños, generalmente en la infancia tardía. Clásicamente, los padres se despiertan por el grito súbito del niño, el cual aparece aterrorizado, sudoroso, con la mirada fija y en ocasiones llanto. El episodio dura unos pocos minutos y típicamente finaliza abruptamente, y el niño vuelve a dormir tranquilo.

Para el manejo de esta entidad es fundamental calmar la ansiedad de los padres reafirmando que estos eventos, por más aterradores que parezcan, no significan que el niño está enfermo y explicar que generalmente desaparecen con el transcurso del tiempo. Es necesario mantener adecuadas rutinas antes de ir a dormir para que no se produzcan interrupciones durante el sueño que son las que precipitan estos eventos. Se debe crear un ambiente lo más seguro posible para el niño para evitar accidentes (ventanas seguras, puertas de seguridad en escaleras, etc). Los padres no deben intentar despertar al niño, debido a que esto resulta muy difícil, innecesario y contraproducente por la confusión que le genera el despertar; es mejor acompañar al niño nuevamente a su cama y ayudarlo a que se duerma.

La medicación debe reservarse para casos de difícil manejo, cuando las otras medidas han fallado. Se puede utilizar dosis bajas de benzodiazepinas (clonazepam) o antidepresivos tricíclicos (imipramina), restringidos a cortos periodos de tiempo.

Pesadillas

Este término puede llevar a confusión y diagnosticar inadecuadamente cualquier episodio nocturno en el cual el niño parezca asustado. Las verdaderas pesadillas son sueños que asustan al niño y lo despiertan con gran discomfort. Usualmente ocurren en la última etapa de la noche, durante el sueño REM. Se producen en el 75% de

los niños durante la infancia temprana, de forma persistente en el 30 – 40 %.

El contenido de las pesadillas varía con la edad, tendiendo a hacerse más complejo con el paso de los años. Típicamente el niño se despierta muy asustado y alerta, y describe vívidamente lo que estaba soñando. Permanecen asustados y les cuesta conciliar nuevamente el sueño.

Las pesadillas frecuentes pueden ser una característica de los trastornos de ansiedad, incluido el estrés postraumático y su contenido, especialmente si es recurrente, puede revelar la naturaleza de la experiencia traumática (ej, abuso infantil).

En general las pesadillas no requieren medidas especiales más allá de consolar y calmar al niño cuando ocurren.

Tabla 2. Principales parasomnias secundarias

De origen orgánico

- Epilepsia relacionada con el sueño
- Trastornos respiratorios (asma, SAOS)
- Reflujo gastroesofágico
- Migraña
- Síndrome de piernas inquietas

De origen psiquiátrico

- Estrés postraumático
- Ataques de pánico nocturnos
- Trastornos de la alimentación
- Pseudoparasomnias

Epilepsias relacionadas con el sueño

Pueden ser confundidas con las parasomnias. Los siguientes tipos de epilepsia se relacionan con el sueño.

- ◆ Epilepsia parcial benigna con espigas centrotemporales (epilepsia rolándica): común en la infancia, el 75% presentan las crisis exclusivamente durante el sueño. Las crisis consisten en movimientos orofaríngeos y faciales.
- ◆ Epilepsia benigna occipital
- ◆ Epilepsia lobar frontal nocturna (NFLE): se manifiesta con movimientos (patear, golpear, revolcarse) y vocalizaciones (murmurar, toser, gritar) durante el sueño. De comienzo y finalización abruptos, corta duración y algunas veces recuerdo del episodio, son difíciles de diferenciar de fenómenos no epilépticos.
- ◆ Síndrome de Panayiotopoulos: las crisis se caracterizan por vómitos y otros fenómenos autonómicos.
- ◆ En general las epilepsias del sueño benignas no requieren tratamiento farmacológico, a no ser que sean particularmente frecuentes o estresantes.

Conclusiones

El diagnóstico preciso, evitando la confusión entre las diferentes parasomnias, es esencial. Se realiza mediante un detallado interrogatorio acerca de las características clínicas del episodio, realizándose un EEG en el caso que se sospeche una epilepsia nocturna. El asesoramiento y tratamiento adecuados son exitosos en la mayoría de los casos.

Traducción: Dra Julieta Nachajon

