

Atención Primaria

Medwave. Año IX, No. 7, Julio 2009. Open Access, Creative Commons.

Parasomnias

Autora: Alejandra Hernández Gómez⁽¹⁾

Filiación: ⁽¹⁾Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile

doi: <http://dx.doi.org/10.5867/medwave.2009.07.4041>

Ficha del Artículo

Citación: Hernández A. Parasomnias. *Medwave* 2009 Jul;9(7) doi: 10.5867/medwave.2009.07.4041

Fecha de publicación: 1/8/2009

Resumen

Este texto completo es una transcripción editada y revisada de una conferencia dictada en el XVII Curso de Extensión de Pediatría, organizado por el Servicio de Pediatría del Hospital Clínico San Borja Arriarán, el Departamento de Pediatría Centro de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, el Servicio de Salud Metropolitano Central y la Dirección de Atención Primaria. Se realizó entre el 01 de abril y el 25 de noviembre de 2008 y sus directores fueron el Dr. Francisco Barrera y la Dra. Cristina Casado.

Introducción

El sueño es un proceso fisiológico necesario, durante el cual el sujeto no se puede contactar fácilmente con su medio ambiente a nivel consciente; este proceso cumple con varias funciones, como estructurar, guardar y consolidar la memoria de lo que se aprende en el transcurso del día, entre otras. Durante el sueño normal los niños desarrollan una actividad motora mínima y es normal que ejecuten conductas elementales como cambiar de postura, toser, murmurar, reajustar las sábanas, bostezar y estirar el cuerpo.

Las parasomnias son episodios físicos no deseables que tienen lugar durante el sueño y que toman la forma de sucesos autonómicos con diversos grados de despertar. Se deben a una activación de sistemas fisiológicos como el sistema motor, sistema nervioso autónomo o sistema cognitivo en momentos inapropiados del ciclo sueño vigilia. Son trastornos específicos, diagnosticables y muchas veces tratables. Se considera a las parasomnias como las alteraciones del sueño más comunes de la infancia; por lo general son benignas, aunque pueden resultar muy molestas; los niños afectados tienen actividad normal y conductas adecuadas durante el día y no manifiestan consecuencias de estos episodios nocturnos. Las parasomnias afectan a alrededor de 30% de la población infantil y se observan con mayor frecuencia entre los tres y los seis años de edad. Su etiología es desconocida y se ha planteado que se deben a un problema de maduración, dada la resolución gradual de los síntomas.

Evaluación de laboratorio

La Academia Americana de Sueño recomienda realizar examen toxicológico en orina y nivel plasmático de drogas frente a parasomnias que se presentan más de una vez a

la semana, para descartar la ingesta de drogas que interfieran con el sueño; también se sugiere a los padres grabar los eventos y en algunos casos es necesario realizar polisomnografía y/o videomonitorio con electroencefalograma (EEG).

La polisomnografía está indicada si las parasomnias son frecuentes o no se presentan en edades habituales; en caso de sospecha de epilepsia y frente a un examen neurológico o desarrollo psicomotor anormal. El procedimiento se realiza con vejiga distendida, porque la distensión vesical desencadena las parasomnias; para ello se solicita al paciente que ingiera agua y no orine antes de acostarse a dormir. En la Fig. 1 se muestra una polisomnografía efectuada en un escolar que presenta deambulación, emisión de sonidos guturales y movimientos estereotipados durante el sueño, en la cual se observan espigas centrotemporales concordantes con epilepsia rolándica.

Clasificación de trastornos del sueño y parasomnias

Los trastornos del sueño se clasifican en disomnias, parasomnias, alteraciones asociadas a otras enfermedades y síndromes propuestos, que aún están en revisión. Las parasomnias se clasifican a su vez en:

1. Alteraciones del despertar: despertar confusional, sonambulismo y terrores nocturnos.
2. Trastornos de la transición vigilia-sueño: *jactatio capitis*, que es un movimiento de balanceo del tronco o choque de la cabeza contra una superficie, como la almohada; somniloquia y calambres nocturnos.
3. Parasomnias del sueño REM: pesadillas, parálisis del sueño, alteraciones de la conducta en REM y parada sinusal en REM.
4. Otras parasomnias: bruxismo, enuresis, *mioclonus*, ronquido primario, entre otras.

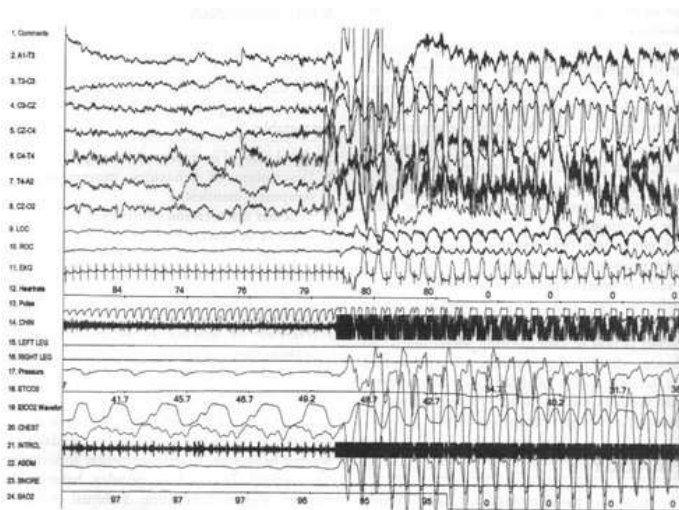


Figura 1. Polisomnografía en escolar de 6 años con espigas centrotemporales (epilepsia rolándica).

Las parasomnias más frecuentes de la infancia son: somnambulismo, terrores nocturnos, pesadillas, somniloquias, bruxismo, movimientos de automecimiento y enuresis. Estos eventos se presentan en distintos momentos de la noche: los terrores nocturnos y el sonambulismo se presentan en el primer tercio de la noche, durante el cual transcurre el sueño lento; la enuresis se presenta en cualquier momento, es más frecuente durante el primer tercio pero puede ser tardía o de rebote, en la mañana; las pesadillas aparecen durante el segundo tercio de la noche, período en que predomina el sueño REM; las alucinaciones hipnagógicas, las parálisis del sueño, los estados confusionales de sueño y los movimientos de automecimiento se presentan en el período de transición de la vigilia hacia el sueño.

Parasomnias de la transición

Somniloquia: significa "hablar dormido", lo que puede ser coherente, incoherente o sólo un murmullo; los pacientes no recuerdan el evento; ocurren en cualquier estado del sueño, pero son más comunes en la transición entre la vigilia y el sueño; pueden tener un componente genético y no se relacionan con estados patológicos. Se puede relacionar con otras parasomnias, pero carece de significado clínico.

Sobresaltos hípnicos: sacudida mioclónica de una extremidad o sensación de caída al vacío, que se denomina *sideralismo* durante el inicio del sueño; ocurre en todos los individuos como fenómenos aislados y benignos; se presentan a cualquier edad y su diagnóstico diferencial principal son las crisis convulsivas. También carecen de significado clínico.

Movimientos rítmicos: son movimientos de automecimiento que utilizan los niños para conciliar el sueño. Ocurren en dos tercios de los niños, son cuatro veces más frecuentes en varones que en mujeres y predominan entre los nueve meses y los dos años de edad, aunque pueden persistir hasta los cuatro años.

Pueden ser movimientos de cabeza (*head banging*) o de todo el cuerpo (*body rocking*) y se pueden acompañar de sonidos guturales durante el movimiento; ocurren durante los microdespertares y pueden persistir durante el sueño no REM, por tanto son raros durante el sueño REM; pueden ser muy violentos, tanto así que algunos niños logran desplazar la cama; son frecuentes en niños autistas o con retardo mental, pero también se presentan en niños sanos en forma aprendida, genética o por estimulación. Se debe realizar diagnóstico diferencial con síndrome de *West*, *Espasmo Nutans*, que consiste en nistagmo pendular y transitorio de baja amplitud que se puede asociar a tortícolis y con síndrome *opsoclonus-mioclonus*, que consta de movimientos caóticos y conjugados de los ojos acompañados de ataxia y mioclonías. El tratamiento consiste en proteger la cama para evitar daños, calmar a los padres, realizar los mismos movimientos en vigilia antes de ir a descansar, lo que disminuye la intensidad y la duración de los movimientos, colocar sonidos rítmicos en el ambiente y administrar antihistamínicos o, en casos graves, benzodiazepinas durante tres meses.

Parasomnias No REM

Las parasomnias no REM, que corresponden a trastornos del despertar, son las más frecuentes; entre ellas se incluye el sonambulismo y los terrores nocturnos; en 60% de los pacientes existen antecedentes familiares, suelen aparecer entre 60 y 90 minutos después de iniciado el sueño y duran entre 1 y 30 minutos, después de lo cual el paciente reanuda el sueño.

Sonambulismo: es una serie de comportamientos complejos que se inician durante el sueño profundo y provocan la deambulación mientras el niño duerme y la repetición automática de conductas aprendidas durante el día; su prevalencia oscila entre 1 y 15%; no hay diferencias entre sexos; 1 a 2% de los niños deambulan dormidos en forma recurrente; existen antecedentes familiares de sonambulismo; es común durante los cuatro a ocho años de vida y aumentan cuando se suspende bruscamente la siesta antes de los cuatro años, debido a que la privación de sueño aumenta el sueño de ondas lentas. En este trastorno se desarrolla una conducta automática y compleja que puede ir, desde sentarse súbitamente en la cama con expresión de sorpresa, pasando por abandonar el lecho y deambular en forma automática, errática y sin sentido o llevar objetos desde un lugar a otro, hasta salir del hogar o saltar a través de una ventana; durante el episodio los ojos permanecen abiertos, con expresión facial de confusión; el niño puede murmurar, vocalizar, gritar o hablar, pero la comunicación con ellos es infructuosa debido a su estado de inconsciencia. Si se consigue despertar al niño se provoca una sensación de extrañeza e inseguridad, ya que no entiende la situación en que se encuentra ni el motivo por el cual lo despiertan. El niño puede volver a la cama espontáneamente. La Fig. 2 muestra la polisomnografía de un niño con sonambulismo que deambula: se aprecia la presencia de ondas lentas en el EEG, seguidas de artefacto producido por la actividad muscular asociada.

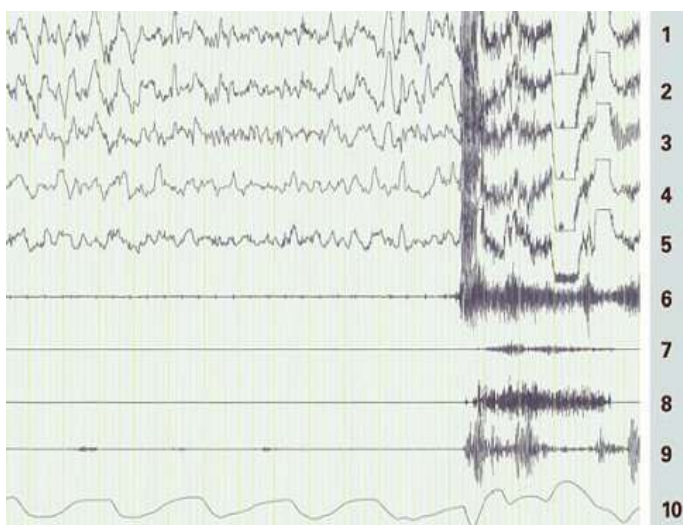


Figura 2. Polisomnografía de ondas lentas en niño con sonambulismo. Se aprecia artefacto por contracción muscular asociado.

El diagnóstico diferencial contempla a la epilepsia del cíngulo, que provoca automatismos motores, terrores nocturnos y despertares confusionales. No existe tratamiento etiológico, pero se recomienda investigar la presencia de apnea obstructiva del sueño, la cual fragmenta y priva el sueño y evitar factores predisponentes como privación de sueño, fiebre, distensión vesical nocturna y estrés. En casos graves se puede colocar una campanilla a la salida del dormitorio o del hogar. No se debe despertar al paciente, sólo se le puede guiar a la cama con órdenes simples, sin hacer preguntas. En caso de episodios recurrentes, cuando los pacientes han sufrido accidentes o el trastorno es muy llamativo se pueden utilizar benzodiazepinas durante tres a seis meses, además de recomendar higiene del sueño.

Terror nocturno: se presenta en 3% de los niños de 1 a 14 años, con frecuencia máxima entre los 2 y los 4 años de edad. Hay historia familiar típica, cede en la adolescencia y en 18% de los casos se asocia a sonambulismo. Los episodios aparecen en forma brusca durante el primer tercio de la noche, con un característico grito de miedo; el niño se sienta repentinamente en la cama con signos de actividad autonómica excesiva como taquicardia, taquipnea, sudoración y vocalizaciones; se aprecia confuso, llora inconsolablemente y es difícil de despertar; permanece así durante cuatro a cinco minutos y después se vuelve a dormir. Los episodios aparecen con más frecuencia frente a estados de fatiga, tensión emocional y suspensión brusca de la siesta. La polisomnografía permite observar el sueño de ondas lentas. El diagnóstico diferencial incluye las pesadillas y la epilepsia parcial benigna con sintomatología afectiva. Es importante averiguar si el niño recuerda o no lo sucedido, pues ayuda a diferenciar el terror nocturno de las pesadillas. El tratamiento consiste en evitar caídas y accidentes, ya que los niños corren y saltan por el dormitorio; evitar hablar al paciente o despertarlo; evitar

factores predisponentes como privación de sueño, distensión vesical y uso de fármacos como tioridazina e hidrato de cloral. En casos graves también se puede utilizar clonazepan por tres a seis meses.

Parasomnias del sueño REM

Pesadillas: también se conocen como episodios de ansiedad onírica; corresponden a sueños aterradoros acompañados de actividad autonómica y despertar; ocurren durante la segunda mitad de la noche; son precipitadas por episodios atemorizantes ocurridos durante la vida diurna y es habitual el despertar completo, con recuerdo del contenido. Todos los niños han experimentado en algún momento al menos un episodio. La distribución por sexo es similar; no hay un patrón familiar claro y pueden ocurrir a cualquier edad. Las pesadillas se presentan con sensación de opresión precordial, disnea y angustia importante, pero es raro que se acompañen de manifestaciones conductuales como levantarse y salir de la habitación, más bien el niño grita y llama a su madre. La combinación de parálisis del sueño y distorsiones perceptivas del adormecimiento, o alucinaciones hipnagógicas, configuran la pesadilla genuina, que representa la intrusión o anticipación de fenómenos del sueño REM en la fase de adormecimiento. La duración es de algunas semanas y se relacionan con algún acontecimiento externo que ha causado inquietud en el niño, pero en general remiten en forma espontánea antes de la adolescencia. Las pesadillas aisladas se pueden considerar normales, mientras que los episodios recurrentes pueden traducir algún tipo de psicopatología y obligan a descartar la presencia de un estresor emocional intenso en el ambiente del niño. El manejo consiste en calmar al niño; restar importancia a lo soñado explicando que sólo fue una pesadilla; acompañar al niño hasta que reinicie el sueño; mejorar la higiene del sueño en cuanto a hábitos y horarios; eliminar factores predisponentes y llevar a cabo una evaluación emocional frente a episodios repetitivos y persistentes.

Los terrores nocturnos ocurren en el primer tercio de la noche, durante el sueño no REM; presentan amplia actividad motora, ansiedad y actividad autonómica; es difícil despertar al paciente; éste no recuerda lo sucedido al despertar y los contenidos son pocos elaborados. En cambio, las pesadillas se presentan en el último tercio de la noche, durante el sueño REM; no se acompañan de actividad motora; presentan menos ansiedad y menos actividad autonómica; los pacientes despiertan completamente y recuerdan el contenido de los sueños, que son elaborados, de modo que los relatan como una historia.

Parálisis del sueño: es la incapacidad para moverse y hablar que se presenta en el período de inicio del sueño o del despertar. En este trastorno el niño se encuentra conciente, despierto y atento al ambiente, pero todos los grupos musculares, excepto el diafragma y los músculos extraoculares están comprometidos debido a la inhibición activa de la motoneurona alfa. El episodio es aterrador, dura pocos minutos y desaparece espontáneamente. En raras ocasiones se acompaña de alucinaciones. No hay

diferencias entre ambos sexos y es más común en el adolescente. Se describen tres tipos de parálisis del sueño:

- Parálisis del sueño aislada, que se puede presentar en todas las personas.
- Asociada a narcolepsia, que se presenta clínicamente con caídas frecuentes e hipersomnias diurnas.
- Parálisis del sueño familiar, en la cual existe un claro antecedente familiar.

Los episodios son provocados por privación de sueño, estrés, hipersomnias o cambios bruscos en los hábitos de sueño. El manejo consiste en informar al niño sobre el evento, restar importancia a lo sucedido y destacar que se trata de un cuadro autolimitado.

Otras parasomnias

Bruxismo: conocido también como "chirriar de dientes", se presenta en 5 a 20% de los niños a los 10,5 años de edad promedio; en 10 a 20% de los casos puede ser grave y comprometer la integridad dental; no existe predilección por sexo y se aprecia un patrón familiar claro. Esta patología se produce por la actividad rítmica de los músculos maséters, pterigoideos internos y temporales, los que provocan una serie de contracciones forzadas de

las mandíbulas y fricción de la dentadura. Estas contracciones musculares producen un ruido molesto y ocasionan desgaste y sensibilidad de las piezas dentarias, además de dolor de mandíbulas, cansancio y cefalea matutina. El tratamiento consiste en controlar factores desencadenantes como estrés, ansiedad, mala oclusión dental y anomalías de las piezas dentarias y derivar al odontólogo para que trate la mala oclusión dental, las caries o la gingivitis. Puede ser necesario utilizar una prótesis dental con distracción, que se indican a partir de los tres o cuatro años en adelante. Es necesario además descartar otras parasomnias, la apnea obstructiva del sueño y manejar la ansiedad.

Referencias

1. Mason TB 2nd, Pack AI. Pediatric parasomnias. *Sleep*. 2007 Feb;30(2):141-51. ↑ | [PubMed](#) |
2. Gállego Pérez-Larraya J, Toledo JB, Urrestarazu E, Iriarte J. Classification of sleep disorders. *An Sist Sanit Navar*. 2007;30 Suppl 1:19-36. ↑ | [PubMed](#) |
3. Hoban TF. Sleep and its disorders in children. *Semin Neurol*. 2004 Sep;24(3):327-40. ↑ | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
4. Challamel MJ. Les parasomnies de l'enfant. ↑ | [CrossRef](#) |



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.