

Parasomnias en la edad pediátrica

Roberto Carlos Raynero Mellado, Óscar García Campos

Septiembre 2018

Introducción

- El sueño es un componente esencial en la vida y un condicionante clave de la salud de la población.
- Los trastornos del sueño son muy prevalentes e interfieren en la cantidad y en la calidad del patrón del sueño o en la regulación del ciclo sueño-vigilia.
- Son un motivo frecuente de consulta en pediatría de atención primaria. A pesar de ello, en general se dedican pocos recursos a su prevención, diagnóstico y tratamiento.
- Las dificultades para conciliar el sueño y los despertares nocturnos son los problemas de sueño más frecuentes en la edad pediátrica.

Introducción

- Las parasomnias se definen como fenómenos complejos, repetitivos, relacionados con el sueño, en los que pueden aparecer múltiples combinaciones de alteraciones motoras, vegetativas y emocionales.
- Presentan una frecuencia variable y su prevalencia varía según las fuentes consultadas.
- La mayor de incidencia se sitúa entre los 3 y los 6 años.
- En la edad pediátrica las más frecuentes son las somniloquias y las pesadillas seguidas del bruxismo, los terrores nocturnos, la enuresis y el sonambulismo entre otros.
- La etiología de las parasomnias es desconocida.

Introducción

- El pediatra de Atención Primaria se encuentra en una posición ideal para el diagnóstico, abordaje y tratamiento de las parasomnias.
- En muchos casos, solo va a tener que tranquilizar a las familias y explicarles la naturaleza de las mismas, las medidas de evitación de riesgos y la forma en la que los progenitores deben actuar frente a ellas.
- Es por ello por lo que podemos englobarlo dentro de la labor de educación sanitaria y promoción de la salud.

Clasificación de las parasomnias

Existen múltiples clasificaciones de las parasomnias, si bien una de las más intuitivas y prácticas es aquella que las clasifica en función de la fase del sueño durante la cual acontecen.

Trastornos del despertar	Trastornos de la transición vigilia-sueño	Parasomnias asociadas al sueño REM	Otras parasomnias
Despertar confusional	Movimientos rítmicos durante el sueño	Pesadillas	Síndrome de piernas inquietas
Terrores nocturnos	Somniloquia	Parálisis del sueño	Bruxismo
Sonambulismo	Calambres nocturnos	Trastornos de conducta del sueño REM	Enuresis
			Laringoespasma nocturno

Trastornos del despertar

- Principal parasomnia. Presentan una frecuencia en torno al 17% durante la edad pediátrica y hasta el 4% en los adultos.
- Aparecen durante las fases de sueño lento.
- Medidas para intentar disminuir el número de episodios: destaca el despertar anticipado del paciente.
- Clara relación con los problemas respiratorios, como el síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS), encontrando esta asociación en un alto porcentaje de pacientes con terrores nocturnos: se produce una importante mejoría de los episodios con el adecuado manejo de la patología respiratoria.

Despertar confusional

- Episodios caracterizados por desorientación en el tiempo y el espacio, con lentitud para la ideación, expresión y respuesta a estímulos externos.
- Duración breve, generalmente menor de 5 minutos.
- Carácter generalmente benigno pero el paciente puede presentar conducta agresiva durante el episodio.
- Más frecuentes durante el primer tercio de la noche y pueden presentarse a cualquier edad, si bien son más frecuente en niños por debajo de los 5 años.
- Factores precipitantes: despertares forzados, ruidos, llamadas por teléfono, etc.

Terrores nocturnos

- Inicio de forma brusca con el despertar desde un estado de sueño apacible de forma característica durante el primer tercio de la noche.
- Se producen vocalizaciones en forma de llanto o gritos con sensación de miedo intenso pudiendo presentar sintomatología vegetativa.
- El niño se sienta en la cama con aspecto aterrorizado y sin reconocer a su entorno, confuso y resistiéndose a ser consolado.
- No responde a los estímulos externos; en ocasiones, incluso llega a autolesionarse. Se suele acompañar de amnesia de lo ocurrido, con recuerdo de sueños vividos o alucinaciones.

Terrores nocturnos

- Pico de mayor: entre los 4 y 12 años.
- Estos episodios, especialmente si son muy frecuentes, provocan un sueño disfuncional e ineficaz lo que puede tener trascendencia clínica durante el día en forma de somnolencia diurna y otros problemas secundarios a la privación de sueño.
- Es necesario establecer un diagnóstico diferencial con crisis epilépticas del lóbulo frontal, debido a que la semiología clínica, e incluso poligráfica, presenta características similares (ver apartado correspondiente).

Sonambulismo

- Consiste en una serie de conductas complejas que se inician generalmente durante los microdespertares en las fases de sueño lento y que finaliza con la deambulaci3n y un estado emocional confuso.
- Los episodios generalmente se inician sentándose en la cama mirando alrededor de una manera confusa antes de iniciar la deambulaci3n; aunque tambi3n pueden iniciarse con una salida brusca y r3pida de la cama.
- El sonambulismo es una parasomnia pr3cticamente exclusiva de la edad pedi3trica con un pico de incidencia claro entre los 4 y 8 ańos.
- De forma frecuente presenta agrupaci3n familiar.

Sonambulismo

- El episodio suele suceder durante la primera parte de la noche y tiene una duración variable.
- Se ha observado un incremento de la prevalencia del sonambulismo en niños y adolescentes con migrañas.
- Factores desencadenantes: déficit de sueño, hipertiroidismo, estados febriles, traumatismos craneales, encefalitis, etc.
- Algunos estímulos internos (como una vejiga excesivamente llena) o externos (luz o sonido intensos) también pueden favorecer la aparición de episodios de sonambulismo.

Trastornos de la transición vigilia-sueño

Comprenden las parasomnias que aparecen en el periodo de transición de la vigilia al sueño, pero también, en la transición del sueño a la vigilia y, más raramente, en la transición de una fase de sueño a otra.

Movimientos rítmicos durante el sueño

- Movimientos estereotipados, repetitivos, que afectan a grandes grupos musculares de la cabeza y cuello o piernas, iniciándose antes del sueño y manteniéndose durante las primeras fases de sueño ligero.
- Presentan un ritmo regular aproximadamente de un golpe o movimiento por segundo, y pueden observarse durante cualquier fase del sueño y también en las transiciones del sueño a la vigilia y viceversa.
- Edad típica de presentación: a partir de los 9 meses siendo muy raro que persistan por encima de los 2 años.
- Para el diagnóstico clínico son muy útiles las grabaciones de vídeo realizadas por la familia.

Somniloquia

- Consiste en la presencia de verbalizaciones durante el sueño.
- Frecuencia: aumenta en situaciones de estrés.
- Presenta agregación familiar en un 30-50% de los casos.
- Puede afectar hasta al 15% de los pacientes en edad pediátrica.
- Presentación: puede llegar a ser alarmante en forma de gritos, llanto o risa.
- No existe un tratamiento específico que haga desaparecer el fenómeno.
- Sucede predominantemente durante la fase REM.

Calambres nocturnos

- Sensación dolorosa a nivel muscular que sucede mayoritariamente en miembros inferiores y conducen al despertar.
- Prevalencia es relativamente alta en la población general situándose en torno al 15%.
- Muy infrecuente durante la edad pediátrica: cierto grado de infradiagnóstico.
- Sintomatología: mejora hasta su resolución con el movimiento o con la realización de masaje local.
- Diagnóstico diferencial: alteraciones del metabolismo del calcio, mielopatías crónicas, neuropatías periféricas, síndrome de piernas inquietas...

Parasomnias asociadas al sueño REM

- Son las parasomnias que aparecen de modo característico en fase REM, aunque no son completamente exclusivas de este periodo.
- Algunas de ellas, como las pesadillas, son muy frecuentes y no se consideran patológicas de manera habitual.

Pesadillas

- Secuencias de sueños coherentes que parecen reales y que se vuelven cada vez más inquietantes a medida que progresan.
- Lo más frecuente es que se produzca un único episodio en la noche, si bien en caso de presentarse múltiples pesadillas en un mismo episodio de sueño, las pesadillas suelen tener el mismo tema de ensoñación.
- Una de las parasomnias con las que puede confundirse por su similitud clínica son los terrores nocturnos.
- En ocasiones puede originar rechazo del niño a irse a la cama.

Pesadillas

- Son muy frecuentes, especialmente durante los primeros años de vida y su incidencia oscila entre el 10 y el 50% en los menores de 6 años.
- Su pico de mayor incidencia se sitúa en la “edad de los miedos” comprendida entre los 4 y 8 años de edad.
- Cuando son frecuentes en niños mayores se asocia con cuadros de ansiedad.
- No suelen asociarse con psicopatología.
- Generalmente no precisan tratamiento.

Parálisis del sueño

- Consiste en la aparición de periodos de parálisis con incapacidad para moverse voluntariamente:
 - En fases de adormecimiento: forma hipnagógica.
 - Al despertar: forma hipnopómpica.
- Respeta los músculos respiratorios, oculares y se mantiene conservada la sensibilidad.
- La duración puede variar entre uno y varios minutos, y cede de forma espontánea.
- Es una experiencia que se vive de forma angustiosa e incluso con miedo o terror.
- Hasta el 50% de la población tendrá un episodio en su vida.

Trastornos de conducta del sueño REM

- Trastorno típico de la edad adulta pero que cada vez se diagnostica más frecuentemente en la edad pediátrica.
- Se caracteriza por el aumento de movimiento, tono muscular y vocalizaciones durante las fases de sueño REM, habitualmente provocando un comportamiento involuntario anormal (pegar, patalear, caminar, moverse en la cama), incluso llegando a presentarse con agresividad y violencia.
- La duración de estos episodios es habitualmente breve.
- El comportamiento durante la vigilia es completamente normal.
- Suele ocurrir hacia los 90 minutos de iniciado el sueño.

Otras parasomnias

- Existen otras parasomnias que no pueden incluirse de modo concluyente en uno u otro grupo.
- Ocurren en varias de las fases del sueño de modo indistinto.
- Presentan características clínicas muy variadas.

Síndrome de piernas inquietas

- Se caracteriza por la necesidad urgente de mover las extremidades, habitualmente provocada por una sensación desagradable en las piernas, frecuentemente en las pantorrillas.
- Inquietud motora que se agrava en situaciones de reposo físico y mental y durante la última parte del día.
- Prevalencia del 6% en menores de 18 años.

Síndrome de piernas inquietas

- Infradiagnóstico durante la edad pediátrica.
- La sintomatología se alivia con el movimiento, especialmente levantándose y caminando.
- El diagnóstico es clínico.
- El abordaje terapéutico se centra en primer lugar en una adecuada higiene del sueño.

Bruxismo

- Actividad rítmica de los músculos maseteros pterigoideos internos y temporales.
- Provocan contracciones forzadas de la mandíbulas superior e inferior: fricción de las superficies dentarias.
- Todo ello provoca un ruido muy molesto durante los episodios.
- Afecta en torno al 5% de la población general.
- Diagnóstico clínico.
- Tratamiento: instrumental, con utilización de férulas bucales de descarga.
- Ningún tratamiento farmacológico ha demostrado ser eficaz.

Enuresis

- Emisión involuntaria de orina durante el sueño.
- Su diagnóstico es clínico y de exclusión.
- Se debe descartar la presencia de alteraciones físicas o patologías asociadas.
- Puede diagnosticarse a partir de los 5 años de edad y presenta una incidencia entre el 10 y 16%.
- Es muy frecuente la presencia de historia familiar.
- Fisiopatología: se postula que puede ser debida a un trastorno de sueño por aumento de fase lenta y del umbral de despertar.
- Tratamiento: conductual + alarma frente a desmopresina.

Laringoespasmo nocturno

- Cierre de la glotis con producción de apnea, despertar, sensación de angustia y miedo, y estridor.
- Duración: desde unos segundos hasta unos minutos.
- Aparece de forma más frecuente durante de fase de sueño lento.
- Puede asociarse a desaturación, cianosis, taquicardia y cortejo vegetativo.
- Se ha relacionado con la presencia de reflujo gastroesofágico, si bien en el diagnóstico diferencial se debe descartar un origen epiléptico.
- Es muy poco frecuente a todas las edades y su pronóstico es desconocido.

Diagnóstico diferencial

- Debe realizarse de forma general con otros trastornos del sueño, patología de la esfera psicológica, patología obstructiva de la vía aérea y con los trastornos epilépticos.
- El diagnóstico diferencial más importante por sus implicaciones pronósticas y manejo terapéutico son los trastornos epilépticos:
 - Epilepsias tónicas.
 - Epilepsia focal benigna de la infancia.
 - Epilepsia mioclónica juvenil.
 - Estatus epiléptico eléctrico durante el sueño.
 - Algunas variedades de epilepsias lóbulos frontales.

Diagnóstico diferencial

<p>Pesadillas</p>	<p>Terrores nocturnos Narcolepsia Trastorno de pánico SAOS</p>
<p>Terrores nocturnos</p>	<p>Pesadillas Alucinaciones hipnagógicas o hipnopómpicas Crisis epilépticas durante el sueño SAOS</p>
<p>Sonambulismo</p>	<p>Crisis epilépticas Deambulación nocturna SAOS</p>

Diagnóstico diferencial

- Las características clínicas que nos deben hacer sospechar una etiología comicial son las siguientes:
 - Ataques breves, relativamente estereotipados.
 - Se produce despertar del niño desde el sueño con poca o nula confusión posictal.
 - Se producen posturas diatónicas o automatismos complejos.
 - Ocurren durante la emergencia desde el sueño no REM, a lo largo de toda la noche, a cualquier tiempo o sobre el despertamiento.
 - Se inician en la infancia tardía o edad adulta.

Diagnóstico diferencial

Dos entidades entre las que es preciso realizar un diagnóstico diferencial son la epilepsia lobar frontal nocturna y las parasomnias del despertar.

	Epilepsia frontal lobar nocturna	Parasomnias del despertar
Edad de inicio	Más de 10 años	Menos de 5 años
Duración	Corta	Variable
Síntomas diurnos	Cansancio/somnolencia	No
Conducta	Estereotipias	Variable
Evolución	Persistencia	Resolución con el crecimiento

Valoración clínica y pruebas complementarias

- La evaluación deberá incluir una historia clínica detallada que comprenda las características del sueño, horarios, comportamientos asociados al sueño, ambiente y trastornos relacionados con el sueño, así como una exhaustiva exploración física.
- Las pruebas complementarias deberán solicitarse en función del caso siendo poco necesarias de forma general.
- La derivación a los servicios de Atención Especializada es infrecuente limitándose a los casos más graves, que asocian algún otro tipo de patología o que tienden a estancarse o empeorar con el paso del tiempo.

Valoración clínica y pruebas complementarias

Puntos clave de la valoración en Atención Primaria:

Historia clínica completa y exploración física exhaustiva

Valoración del desarrollo psicomotor y la adecuada ganancia ponderoestatural

Tener en cuenta los trastornos del sueño en el diagnóstico diferencial en nuestra práctica diaria

Descartar la presencia de signos o síntomas de SAOS (ronquido nocturno, apneas, somnolencia diurna...)

Valoración completa del sueño: Horas de sueño, test de cribado de patología del sueño (BEARS , BISQ)

Valoración de las rutinas en relación con el sueño

Valoración de los antecedentes familiares y personales

Valoración clínica y pruebas complementarias

- En cuanto a las pruebas complementarias que podrían ser necesarias, en esos casos seleccionados destaca la polisomnografía o la videopolisomnografía.
- Solo son precisas cuando nos encontramos ante eventos no típicos o complicados en los que es necesario un diagnóstico diferencial o descartar la presencia de otra alteración del sueño.
- Pulsioximetría nocturna: valorar en caso de poca disponibilidad de polisomnografía para descartar la presencia de SAOS.

Tratamiento

- Es eminentemente no farmacológico.
- Se limita el tratamiento farmacológico para aquellos casos más graves en los que las parasomnias afectan a la calidad de vida de los pacientes y tras el fracaso de las medidas no farmacológicas.
- Primer abordaje: psicoeducación de la familia y del niño.
- El siguiente paso y de capital importancia es la higiene del sueño.

Tratamiento

Como líneas básicas de tratamiento no farmacológico las más destacadas son:

- Evitar la privación de sueño.
- Establecer horarios regulares de sueño.
- Mejorar la higiene de sueño en general.
- Evitar los líquidos a la hora de cenar y acostarse. Vaciar la vejiga antes de dormir.
- Instaurar pequeñas siestas diurnas.

Tratamiento

- Medidas de higiene del sueño: medida fundamental.
- Consta de:

Medidas conductuales	Medidas ambientales
Mantener rutinas adecuadas y predecibles en torno al sueño	Cama o cuna confortables en ambiente tranquilo
Favorecer la capacidad de dormir en su propia cama en ausencia de los padres	Baja intensidad lumínica las horas previas a la hora de acostarse
Acostarse y despertarse a la misma hora	Temperatura y humedad adecuadas en la habitación
Realizar actividades relajantes antes de la hora de acostarse	Evitar el consumo de bebidas con cafeína y las cenas copiosas
No realizar actividad estimulante las horas previas a la hora de acostarse	No utilizar pantallas en la habitación