

PARASOMNIAS EN LA INFANCIA

E. Estivill

Clinica del sueño Estivill. USP Institut Universitari Dexeus. Barcelona.

·PARASOMNIAS. DEFINICIÓN Y CRITERIOS DIAGNOSTICOS.

Se denominan parasomnias a todos aquellos fenómenos que tienen lugar durante el sueño, interrumpiéndolo o no y que se caracterizan por conductas motoras o vegetativas, mezcla de sueño y vigilia parcial (1).

Por regla general cuando se producen durante la infancia son totalmente benignas aunque los episodios puedan llegar a ser muy aparatosos llamando mucho la atención de quien los observa.

La edad de mayor incidencia se sitúa entre los 3 y 6 años. En algunas ocasiones estos fenómenos interrumpen el sueño dando lugar a períodos de “vigilia confusional” durante los cuales el niño puede relatar lo sucedido. En otros casos el fenómeno ocurre estando el niño profundamente dormido permaneciendo en ese estado durante todo el episodio.

El diagnóstico debe efectuarse con una historia clínica detallada y sólo en contadas situaciones se recurrirá a la práctica de una polisomnografía (estudio de sueño nocturno) para diferenciarlas de algún tipo de crisis epilépticas.

Las parasomnias más importantes por su frecuencia son el Sonambulismo, los Terrores Nocturnos, las Pesadillas, el Bruxismo, la Somniloquia y los Movimientos de automecimiento. La enuresis, aunque también es un fenómeno frecuente durante el sueño no suele tratarse específicamente en las unidades de sueño. [tabla 1]

·SONAMBULISMO.

Se caracteriza por una secuencia de comportamientos complejos ocurridos durante el sueño, generalmente en el primer tercio de la noche. Es la repetición automática de conductas aprendidas durante la vigilia. Cuando sucede el episodio el niño está profundamente dormido. Tienen lugar habitualmente a las 3-4 horas de haberse dormido el niño en fase de sueño delta (sueño profundo).

Una típica sucesión de fenómenos en un episodio de sonambulismo podría ser el siguiente: “el niño se levanta de la cama, dormido aunque con los ojos semiabiertos, se dirige hacia el lavabo, se hace pipi en el suelo y vuelve a la cama”. En esta situación si se le hacen preguntas simples responde con monosílabos aunque no siempre lo hace porque a menudo no comprende el significado de las palabras. Es muy difícil despertarle porque está profundamente dormido y si se consigue le provocaremos una sensación de gran extrañeza e inseguridad ya que no entenderá la situación en que se encuentra y porqué se le despierta. GRAFICO 3

La causa de este fenómeno se desconoce y consecuentemente no existe un tratamiento etiológico. Deben adoptarse medidas de seguridad para evitar cualquier accidente fortuito del niño, no es necesario despertarle, tan solo reconducirlo a la cama. Se le debe hablar con frases muy simples y cortas, mas bien dando órdenes sencillas que haciendo preguntas. Suele ser más frecuentes en aquellas familias con antecedentes de sonambulismo y normalmente desaparece espontáneamente a los 15 años. Después de esa edad sólo un 0,5% de adultos conservan episodios de sonambulismo (2).

En el estudio de sueño nocturno y durante el episodio se suelen observar brotes de ondas delta hipersincrónicas de elevado voltaje y distribución difusa para pasar progresivamente a ritmos de vigilia. No hay nunca elementos críticos o paroxísticos epilépticos. No es necesario practicar un estudio de sueño nocturno en los sonambulistas a no ser que sea para diferenciarlo de una posible crisis epiléptica.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con las crisis parciales complejas con componente psicomotor y los trastornos de fase REM sin atonía. [Tabla 3]

Al igual que los terrores nocturnos su prevalencia aumenta al suprimir la siesta prematuramente. En los niños de menos de 5 años a los que se les suprime bruscamente el periodo de sueño del mediodía, se observa un aumento de los episodios de las parasomnias ligadas al sueño profundo (sonambulismo y terrores nocturnos). Esto sucede porque al suprimir la siesta los niños van privados de sueño y al iniciar el sueño nocturno entran muy rápidamente en fase 3-4 profunda de sueño.

·TERRORES NOCTURNOS

Suelen suceder también durante la primera mitad de la noche, en sueño profundo y se caracterizan por llanto brusco e inesperado del niño, intenso e espectacular, con una expresión de miedo intenso en la cara, hiperhidrosis, taquicardia y palidez. Es muy difícil despertar al niño porque está profundamente dormido y si se consigue, el niño puede sorprenderse ya que no entenderá porqué se le ha despertado. Suelen aparecer alrededor de los 2-3 años y ceden espontáneamente al llegar a la adolescencia. La actitud de los padres debe de ser sobretodo conservadora, vigilando que el niño no se caiga de la cama. No se le debe hablar ni mucho menos intentar despertarle. El episodio cederá espontáneamente después de 4-5 minutos y el niño volverá a dormirse. En la polisomnografía se observa un despertar brusco con aparición de ritmos de vigilia (theta y/o subalfa en función de la edad del niño) desde una fase profunda de sueño, sin ninguna anomalía de tipo comicial. La supresión de la siesta, la tensión emocional y la fatiga parecen incrementar la aparición de terrores nocturnos en niños hereditariamente predispuestos (conflictos familiares, hospitalización,...). (3). El diagnóstico diferencial debe establecerse con las pesadillas y las crisis epilépticas parciales complejas, concretamente la epilepsia parcial benigna con sintomatología afectiva.

·PESADILLAS.

Son fenómenos parecidos a los terrores nocturnos aunque se diferencian de éstos por dos hechos concretos: se producen en la segunda mitad de la noche, en la fase REM y el niño explica claramente que es lo que ha soñado y le ha despertado. Normalmente relata hechos angustiosos relacionados con miedo, animales que lo atacan o conflictos con otros niños.

Por lo general los episodios duran unas semanas y están relacionados con algún acontecimiento externo que ha causado inquietud en el niño. A medida que disminuye la ansiedad diurna los episodios también disminuyen en intensidad y frecuencia. Los padres deben intentar calmar al niño, que estará despierto y plenamente consciente, tratando de restar importancia a lo soñado. Remiten espontáneamente antes de la adolescencia. Si persistieran debería descartarse la presencia de psicopatología. [tabla 2]

·BRUXISMO.

El bruxismo, también conocido como “chirriar de dientes” es un fenómeno frecuente en los niños durante el sueño. Se caracteriza por una actividad rítmica de los músculos

maseteros pterigoideos internos y temporales que provocan una serie de contracciones forzadas de la mandíbulas superior e inferior y una fricción de las superficies dentarias lo cual provoca un ruido muy molesto(4). Esta fricción si es muy frecuente puede acabar provocando un desgaste de las piezas dentales e incluso alteraciones en la articulación temporomandibular.

Las quejas de estos niños suelen ser dolor en las mandíbulas, cansancio en los músculos de la masticación y una extrema sensibilidad en los dientes al despertar. Suelen ser necesarias prótesis dentarias de protección durante la noche. No está asociado a ninguna fase de sueño en especial ni se asocia a ninguna actividad mental específica. Es muy frecuente en niños con malformaciones maxilo-faciales y con mala oclusión dentaria especialmente en el Síndrome de Down.

·SOMNILOQUIA.

La somniloquia es el habla o la emisión de sonidos con significado psicológico durante el sueño que suele ir ligada a los ensueños. El habla puede ir desde sonidos ininteligibles hasta un pequeño discurso. Es un fenómeno muy frecuente e inofensivo del cual el niño no recuerda nada al día siguiente. El trastorno se produce de igual forma en ambos sexos (4). En adolescentes jóvenes pueden llegar a ser verdaderos discursos en cualquier momento de la noche y no entrañan ninguna patología específica. Suelen despertar a los hermanos que duermen con ellos aunque raramente se despiertan a sí mismos. No existe un tratamiento específico que haga desaparecer el fenómeno. En estados febriles pueden ser más evidentes. Son muy típicos cuando el niño inicia el colegio o la guardería.

·MOVIMIENTOS RÍTMICOS.

Algunos niños para conciliar el sueño efectúan movimientos de automecimiento que consisten en movimientos de cabeza o de todo el cuerpo generalmente acompañados de sonidos guturales. Suelen iniciarse hacia los 9 meses y no suelen prolongarse más allá de los 2 años. Los movimientos más frecuentes son golpes con la cabeza sobre la almohada o balanceo de todo el cuerpo estando el niño en posición decúbito prono. Preocupan a los padres por la espectacularidad de los movimientos que suelen provocar ruido o desplazamiento de la cuna. Algunos niños pueden provocarse rozaduras sobretodo en la barbilla. Normalmente desaparecen espontáneamente antes de la adolescencia.

Estos fenómenos se presentan en niños normales pero es más frecuente en niños con retraso mental o autismo. Algunos autores consideran los movimientos rítmicos como parte de una conducta aprendida en la que el niño reproduciría los movimientos de mecimiento que realizan los padres al acunarlo. También se especula que la estimulación vestibular provocada por el movimiento repetitivo pudiera tener parte en la génesis y mantenimiento del fenómeno.

El diagnóstico se realiza mediante la clínica y raramente utilizaremos la polisomnografía. Debe hacerse el diagnóstico diferencial con la hipsarritmia, el espasmo mutans y el síndrome de la muñeca oscilante. Generalmente no se necesita tratamiento específico ya que el trastorno tiende a desaparecer hacia los 4 años de edad (2). Informar y tranquilizar a los padres es lo más importante. Pueden tomarse medidas de precaución para disminuir el ruido y evitar que el niño se dañe físicamente. Sólo si persiste más allá de los 5 años deberá ser valorado neurológica y psiquiátricamente.

[Tabla 4]

TABLA 1. Parasomnias más frecuentes en la infancia.

- SONAMBULISMO
- TERRORES NOCTURNOS
- PESADILLAS
- SOMNILOQUIA
- BRUXISMO
- MOVIMIENTOS DE AUTOMECEMIENTO

TABLA 2. Cómo deben actuar los padres.

- **Tranquilizar** al niño para que reinicie el sueño y/o reconducirlo a la cama.
- **Mejorar** higiene del sueño regulando hábitos y horarios.
- **Eliminar** factores predisponentes como la privación de sueño, tensión...
- **Adoptar** medidas de seguridad para evitar accidentes.

TABLA 3. Diferencias principales entre pesadillas y terrores nocturnos

PESADILLAS	TERRORES NOCTURNOS
·Aparecen en la segunda mitad de la noche.	·Aparecen en el primer tercio de la noche.
·Se producen durante la fase REM de sueño.	·Se producen en las fases III y IV de sueño.
·Se produce ansiedad con discretos niveles de activación autonómica.	·Altos niveles de ansiedad con intensa activación autonómica.
·Existe contacto con la realidad y recuerdo posterior	·No hay contacto con la realidad ni recuerdo posterior.
·No suelen producirse gritos ni vocalizaciones.	·Se producen vocalizaciones y gritos frecuentes.
·Los contenidos son elaborados	·Los contenidos son poco elaborados.

TABLA 4. Recomendaciones a los padres.

- Informar de las características clínicas del trastorno.
- Proporcionar normas básicas de actuación durante los episodios.
- Tranquilizar a los padres dada la benignidad del problema.

IBLIOGRAFÍA

(1).- The International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and coding manual. Diagnostic Classification Steering Committee, Thorpy, MJ., Director. Rochester, Minnessota: American Sleep Disorders Association, 1990.

(2).- Culebras, A. La medicina del sueño. Ed. Ancora. Barcelona, 1994.

(3).- Haslam, D. Trastornos del sueño infantil. Ed. Martínez-Roca. Barcelona., 1985.

(4).- Buela-Casal, G., Navarro, J.. Avances en la investigación del sueño y sus trastornos. Ed. Siglo XXI. Madrid, 1990.