

Viernes 12 de noviembre de 2004

Seminario:
**“Trastorno del sueño;
¿cómo afrontar un problema
tan frecuente?”**

Moderador:

Ramón Ugarte Libano

Pediatra, CS Aranbizkarra I, Vitoria-Gasteiz

■ **Síndrome de apnea obstructiva
del sueño**

Ramón Ugarte Libano y Marisol Galardi
Andonegui

Pediatras, CS Aranbizkarra I, Vitoria-Gasteiz

■ **Insomnio por hábitos incorrectos**
Eduard Estivill

*Clínica del Sueño Dr. Estivill,
USP Institut Universitari Dexeus, Barcelona*

■ **Parasomnias en la infancia**
Gonzalo Pin Arboledas

*Pediatra, Especialista Universitario
en Medicina de los Trastornos del Sueño
Unidad Valenciana del Sueño Dr. Pin
Hospital Clínica Quirón, Valencia*

Textos disponibles en
www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Pin Arboledas G. Parasomnias en la infancia. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2004. Madrid: Exlibris Ediciones, 2004; p. 179-189.

Parasomnias en la infancia

Gonzalo Pin Arboledas

*Pediatra, Especialista Universitario en Medicina
de los Trastornos del Sueño. Unidad Valenciana del Sueño Dr. Pin.
Hospital Clínica Quirón, Valencia
gpa@comv.es*

RESUMEN

Las parasomnias se caracterizan por fenómenos físicos o conductas no deseables que ocurren durante el sueño alterándolo.

En la actualidad se cuestiona su total benignidad. La evaluación de las parasomnias comienza con una detallada historia clínica con el niño y su familia valorando frecuencia, duración, descripción, momento de aparición y consecuencias en la calidad de vida.

En algunas ocasiones es preciso recurrir al estudio polisomnográfico en las Unidades de Sueño para distinguir las parasomnias del sueño no REM de las de sueño REM o de crisis epilépticas durante el sueño.

El primer paso en su prevención y tratamiento es velar por las medidas de seguridad que impidan al niño hacerse o hacer daño a otras personas así como incrementar la higiene de sueño favoreciendo pequeñas siestas diurnas que disminuyan la profundidad del sueño nocturno.

Cuando los eventos son muy frecuentes o especialmente dramáticos y/o tienen consecuencias en la vida diurna es preciso establecer un tratamiento que debe ser en todo caso mixto: conductual y farmacológico.

Existe evidencia científica de la asociación de parasomnias frecuentes con otros problemas del sueño (alteraciones respiratorias durante el sueño, síndrome de piernas inquietas) u otros procesos, por lo que ante toda parasomnia frecuente y/o resistente a tratamiento se debe realizar un diagnóstico etiológico claro.

Desmitificar estas situaciones, favorecer la seguridad durante el sueño y mejorar la higiene del mismo son los primeros pasos en su evaluación desde la asistencia primaria.

CONCEPTOS

Las parasomnias son trastornos episódicos que suceden exclusiva o preferentemente durante el sueño, que se caracterizan por diversos fenómenos vegetativos y motores y se asocian a diferentes grados de alerta¹.

Las parasomnias, pues, consisten en fenómenos episódicos que perturban el sueño nocturno sin que sus mecanismos de control, ni los de la vigilia, estén directamente implicados.

En la actualidad sabemos que la creencia en su benignidad total es errónea: los comportamientos acompañantes pueden ser violentos produciendo daños al individuo, a los demás o al ambiente², algunos estudios sugieren que pueden reflejar cierta vulnerabilidad frente a futuras psicopatologías³ y se ha encontrado una relación positiva entre historia de pesadillas y desordenes psiquiátricos posteriores⁴. Por otro lado, la comorbilidad en los niños con parasomnias es importante: en 84 niños con parasomnias crónica, 51 (61%) tenían otro problema de sueño, 49 problemas respiratorios durante el sueño, dos el síndrome de piernas inquietas. Al mejorar o solucionar los problemas respiratorios o de piernas inquietas mejoraron las parasomnias⁵. Un elevado número de niños con parasomnias tienen historia familiar de problemas con el sueño de manera que la influencia genética en algunas parasomnias es importante⁶.

La influencia de la higiene de sueño en la evolución de las parasomnias es importante: un desorden del despertar se instala tras sólo dos noches de cinco horas de sueño, mientras que las tareas físicas pueden no verse afectadas tras nueve noches de tres horas de sueño. El comportamiento violento relacionado con el sueño suele ocurrir en personas con déficit de sueño de manera que su sueño profundo es más prolongado de

lo habitual pues ante el déficit de sueño se produce un aumento del sueño más profundo⁷.

La diferencia por sexos de la incidencia de parasomnias probablemente sea hormonal.

Las parasomnias son un motivo de consulta muy frecuente en edad pediátrica; su diagnóstico clínico debe ser minucioso con el apoyo, en algunas ocasiones, del laboratorio del sueño y la filmación en vídeo. Esto último permitirá efectuar un buen diagnóstico diferencial cuando existen dudas con otras patologías, especialmente con la epilepsia.

CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS PARASOMNIAS

En la tabla I se recoge la clasificación internacional actual. De todas mencionaremos, por espacio, sólo algunas de ellas.

PRINCIPALES PARASOMNIAS EN LA INFANCIA

a) Trastornos del despertar

El espectro de estos trastornos es con mucho el más frecuente de las parasomnias, están presentes en el 4% de los adultos y en el 17% de los niños.

Sonambulismo

Prevalencia del 15% en edades comprendidas entre los 3 y los 15 años. Se trata de un trastorno familiar que presenta una concordancia del 40% en gemelos monoigóticos. El 60% de los niños sonámbulos presentan antecedentes familiares de sonambulismo.

Dentro del sistema HLA-DBQ, el DQB1* y/o ser 74 parecen estar implicados en las alteraciones motoras durante el sueño como el sonambulismo y trastorno del comportamiento REM, lo que explicaría al menos en parte la coexistencia de ambos trastornos en algunos pacientes⁸.

Tabla I. Clasificación internacional de las parasomnias**A. Trastornos del despertar**

1. Despertar confusional
2. Sonambulismo
3. Terrores nocturnos

B. Trastornos de la transición vigilia-sueño

1. Movimientos rítmicos del sueño
2. Sobresaltos del sueño
3. Somniloquia
4. Calambres nocturnos en los miembros inferiores

C. Parasomnias asociadas habitualmente al sueño paradójico o REM

1. Pesadillas
2. Parálisis del sueño
3. Trastornos de las erecciones fisiológicas en relación con el sueño
4. Erecciones dolorosas ligadas al sueño
5. Parada sinusal ligada al sueño paradójico
6. Trastorno del comportamiento durante el sueño paradójico

D. Otras parasomnias

1. Bruxismo del sueño
2. Enuresis del sueño
3. Síndrome de deglución anormal ligada al sueño
4. Disonía paroxística nocturna
5. Síndrome de la muerte súbita e inexplicada durante el sueño
6. Ronquido primario
7. Apnea del sueño en la infancia
8. Síndrome de hipoventilación central congénita
9. Síndrome de la muerte súbita del lactante
10. Mioclonias neonatales benignas del sueño
11. Otras parasomnias no especificadas

El episodio suele acontecer en la primera parte de la noche y tiene una duración variable. El comportamiento puede variar desde algunos automatismos simples, perseverantes, hasta comportamientos complejos como deambular por la habitación, caminando con los ojos abiertos, la mirada fija, las pupilas dilatadas, evitando o no los objetos que encuentra en su camino, tropezando. Otras veces finaliza la acción emprendida (aseo personal, vestirse e incluso salir de casa) adecuadamente. Por lo general el sonámbulo no reacciona a las intervenciones de los observadores, aunque a veces

éstas pueden provocarle una reacción de auto o hetero agresividad. Si se logra despertarlo, muestra una marcada desorientación temporoespacial; si por el contrario vuelve a dormirse, el episodio concluye con un sueño tranquilo. A la mañana siguiente no tiene ningún recuerdo de lo acontecido durante el sueño. La polisomnografía, unida al registro en vídeo, demuestra que el episodio de sonambulismo se da durante las fases 3 y 4 del sueño No REM. En el registro EEG se observan ondas lentas de gran amplitud sin anomalías de tipo epiléptico. En las adolescentes se ha descrito una parasomnia relacionada con el periodo menstrual: la presencia de terrores nocturnos y sonambulismo agitado las 4 noches que preceden a la menstruación.

Se ha observado un incremento de la prevalencia del sonambulismo en niños y adolescentes con migrañas (especialmente en la migraña con áurea)⁹.

El sonambulismo puede ser extinguido en el 80% de los casos mediante despertares programados¹⁰. Esta técnica consiste básicamente en producir un microdespertar (despertador, padres...) del sueño profundo minutos antes (entre 10 y 30 minutos) de la hora habitual del episodio pues es interesante conocer que esta parasomnia suele producirse siempre a la misma hora en relación con el momento del inicio del sueño. El tratamiento farmacológico es aconsejable en los casos intensos, agresivos y en aquellos que tienen consecuencias sobre la vigilia. La familia del sonámbulo debe prevenir posibles accidentes evitando que durante la noche tenga acceso a ventanas, escaleras, objetos punzantes, etc.

Actitud recomendable de los padres:

- Extreme las medidas de seguridad. El sonámbulo es capaz de realizar automatismos aprendidos durante la vigilia (abrir puertas, ventanas, cortar...): utilice sistemas de cierre diferentes por el día y por la noche (un simple pestillo que se cierre de manera diferente es suficiente).
- Procure no despertarlo.

- En caso de autoagresividad intensa sujételo impidiendo que se lesione pero no intente hablarle ni despertarlo. Cualquier intento de despertarlo aumentará su agresividad.
- A la mañana siguiente no comente el episodio. Él no lo recuerda y la preocupación por su conducta puede incrementar el número de episodios.
- Si observa cansancio, somnolencia diurna, irritabilidad, cambio de carácter o los episodios son extremadamente agresivos o frecuentes (semanales), consulte con un experto.
- Si en la familia no existen antecedentes, consulte con el experto.
- Si su hijo no ha tenido nunca episodios de sonambulismo y éstos aparecen al llegar a la adolescencia, consulte con un experto.

Terrores nocturnos o “pavor nocturno”

Prevalencia estimada de 1 a 5% en niños en edad escolar. Quizás se trata del trastorno más dramático del despertar. Típico a los 3-4 años aunque a veces se reproducen a los 5-6 años.

Los episodios nocturnos suelen ser estereotipados y se manifiestan en el primer ciclo de sueño. El niño, que duerme apaciblemente, se agita bruscamente, se sienta en la cama, grita, parece aterrorizado, desorientado, y no reconoce a las personas que le rodean. Si se despierta, no puede decir lo que le pasa debido a su confusión.

Estos episodios se acompañan de una importante descarga vegetativa: rubor facial, taquicardia, taquipnea, sudoración profusa y midriasis. Una vez pasada la crisis, el niño se duerme tranquilamente y a la mañana siguiente guarda amnesia total del episodio. El sueño nocturno aparece perturbado en calidad y cantidad, lo que tiene trascendencia clínica si los terrores se repiten con cierta frecuencia. Los terrores nocturnos en el niño

pueden aparecer de forma espontánea o ser provocados por diversos estímulos: ruidos, cambio forzado de postura en la cama, etc.

Esta descarga vegetativa está relacionada con una disfunción en la transición y despertares parciales desde los estadios³⁻⁴. Los despertares parciales ocurren más a menudo en la transición del NREM al siguiente ciclo. La polisomnografía y el registro en vídeo demuestran que los terrores nocturnos acontecen durante las fases 3 y 4 del primer ciclo de sueño. En el EEG se aprecia una actividad delta (ondas lentas de gran amplitud y baja frecuencia) junto con teta que da paso a una actividad alfa, lo que indica una reacción de despertar.

En algunos casos resulta necesario establecer un diagnóstico diferencial con crisis epilépticas del lóbulo temporal debido a que la semiología clínica, e incluso poliográfica, es semejante.

En un 61% de los casos de terrores nocturnos crónicos hay una asociación entre ellos y problemas respiratorios durante el sueño¹¹. De la misma manera los terrores nocturnos ocurren más frecuentemente en niños con cefaleas¹².

El tratamiento debe reservarse a los casos excesivamente frecuentes, intensos o que ocasionan sintomatología diurna (somnolencia, irritabilidad, alteraciones escolares...).

La actitud de los padres debe ser la misma que frente al sonambulismo.

b) Trastornos de la transición vigilia-sueño

Se ponen de manifiesto durante el adormecimiento y/o el despertar. Se trata de fenómenos fisiológicos, que se consideran patológicos cuando son frecuentes o de cierta intensidad. En los desórdenes del arousal⁽¹⁾ el

⁽¹⁾ Arousal: concepto electroencefalográfico que implica un cambio abrupto en el EEG desde un estadio NREM profundo a un estadio superficial, o desde el REM a la vigilia con posibilidad de un despertar al final del evento.

registro EEG durante el desorden puede ser indistinguible de un patrón EEG típico de la vigilia¹³.

Movimientos rítmicos durante el sueño

Algunos niños efectúan **movimientos automáticos de mecimiento** para conciliar el sueño o durante el mismo. Suelen iniciarse hacia los 9 meses y raramente persisten más allá de los dos años. Klackenberg informa que el 66% de los niños exhiben algún tipo de movimiento rítmico a los 9 meses¹⁴. La situación rara vez se desarrolla a partir de los 18 meses.

Consisten en movimientos estereotipados, rítmicos que realizan con la cabeza o con todo el cuerpo hasta que consiguen dormirse y que pueden acompañarse con sonidos guturales típicamente su frecuencia es de 0.5-2 Hz. Tienen un ritmo regular de alrededor de un golpe por segundo y pueden observarse durante los alertamientos de cualquier fase del sueño y también en las transiciones del sueño a la vigilia y viceversa.

Clínicamente son movimientos estereotipados: *bead-banging* (movimientos anteroposteriores de la cabeza), *head-rolling* (movimientos circulares de la cabeza) y *body-rocking* (movimiento de balanceo de todo el cuerpo). Los primeros son, con mucho, los más frecuentes.

Se observa un predominio en el sexo masculino respecto al sexo femenino (de tres a uno).

Su etiología es desconocida:

- Una forma de autoestimulación vestibular¹⁵.
- Parte de una conducta aprendida, en la que el niño reproduciría los movimientos de mecimiento que realizan los padres al acunarlo.

Está poco estudiada su relación con alteraciones de la conducta, pero se han identificado altas puntuaciones de ansiedad en niños con *bodyrocking* comparados con niños sin historia de parasomnias¹⁶.

El diagnóstico se realiza mediante la clínica y cintas de vídeo recogidas por la familia y raramente utilizaremos la polisomnografía (ésta se usará si la clínica no permite un diagnóstico de certeza).

En la polisomnografía los episodios se caracterizan por ondas de gran amplitud lo cual representa un artefacto asociado al movimiento más que una alteración subyacente de la actividad cerebral. La forma de las ondas es sincrónica con el movimiento repetitivo visto en el vídeo y típicamente ocurren a una velocidad de 0,5-2 ciclos/segundo. También se observa un incremento del tono muscular. Generalmente arrancan del sueño NREM y muy raramente del REM¹⁷.

Generalmente afecta a niños por otra parte sanos pero debe hacerse el diagnóstico diferencial con:

- El autismo.
- La hipsarrítmia: a pesar de que las epilepsias nocturnas incluyan movimientos rítmicos de las extremidades, la semiología de estos movimientos es muy distinta: la asociación de un carácter tónico/clónico, asociado a desviación de la mirada, incontinencia o laceraciones de la lengua son muy sospechosas de epilepsia.
- Espasmo mutans.
- El síndrome de la muñeca oscilante. Situación en la que se producen movimientos rítmicos también en vigilia.
- Síndrome de movimiento periódico de las piernas. Recordemos que el movimiento periódico de las piernas se produce durante el sueño y que el Síndrome de piernas inquietas se refiere a una sensación de malestar o dolor en las piernas previa al sueño y que dificulta el inicio del sueño. Es muy importante distinguir entre estas dos situaciones y los llamados dolores de crecimiento.
- Tics.

- Autoagresión.

Normalmente desaparecen espontáneamente antes de la adolescencia. Los que persisten más allá de los 6 años deberían ser estudiados; hasta esa edad, generalmente no se precisa tratamiento específico. Informar y calmar a los padres en primordial. Se pueden tomar medidas de precaución para disminuir el ruido y evitar que el niño se dañe físicamente. Instaurar unos buenos hábitos de sueño puede ayudar. En algunas ocasiones debido a su frecuencia, intensidad y consecuencias diurnas es necesario iniciar un tratamiento. No obstante es quizás la parasomnia más difícil de erradicar y excepcionalmente puede persistir hasta la edad adulta.

Nuestra experiencia personal con la aplicación de una conducta aversiva en el momento del inicio del movimiento rítmico es positiva observándose una disminución gradual en 4 a 6 semanas. Esta técnica, basada en las técnicas de terapia de modificación de conducta, consiste básicamente en introducir un refuerzo negativo que impida el sueño cada vez que el niño inicia la ritmia. El refuerzo negativo en nuestra serie de niños tratados (edades comprendidas entre 6 y 15 años) consistía en que a la aparición de la ritmia el niño es despertado y obligado a un corto recorrido por el hogar.

Somniloquia

La somniloquia, o el hablar durante el sueño, se considera un fenómeno normal que puede darse en la población general a cualquier edad de la vida. Afecta al 15% de los niños.

Como la mayor parte de las parasomnias puede tener un origen genético. Pueden llegar a ser intensos con gritos, llanto, risa o comentarios sin importancia. Suelen ser palabras aisladas o frases muy cortas, que el niño no recuerda al día siguiente. 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 al fenómeno. En estados febriles pueden ser más evidentes. Son muy típicos cuando el niño inicia la guardería o la escuela.

La somniloquia se observa tanto en sueño REM como en sueño No REM y no afecta a la estructura del sueño salvo un breve despertar. Puede asociarse con otras parasomnias y no requiere ni investigación clínica ni tratamiento específico.

c) Parasomnias asociadas al sueño REM

En la fase de sueño REM o sueño paradójico se produce la actividad onírica clásica ("ensoñaciones"). Por consiguiente, predominan en la última parte de la noche cuando este tipo de sueño es más abundante.

Pesadillas

Suelen confundirse con los terrores nocturnos. La diferencia estriba en que las pesadillas se manifiestan en fase de sueño REM y en que en ellas el niño normalmente se despierta, relatando con detalle y de forma estructurada el contenido de sus sueños angustiosos. Por otra parte, durante la pesadilla no se observan reacciones vegetativas intensas salvo un aumento de la frecuencia cardíaca. La reacción es más emocional que vegetativa.

Entre el 10 y el 50% de los niños de tres a cinco años tienen pesadillas diagnosticadas según los criterios del DSM-IV. Las pesadillas son especialmente prevalentes entre el sexo femenino (a menudo las presentan un 20,0% de los varones frente a un 35,2% de las hembras a la edad de 16 años¹⁸ aunque su mayor incidencia es 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 ansiedad¹⁹.

Generalmente no precisan tratamiento, sin embargo en pacientes algo mayores con pesadillas recu-

rrentes muy intensas la combinación de terapia conductual y medicación supresora del REM puede ser de utilidad²⁰.

Parálisis del sueño

En la revisión realizada por Buzzi y Cirignotta sobre parálisis del sueño²¹ el 86,5% de los sujetos referían como edad de inicio una edad inferior o igual a 19 años.

Trastornos del comportamiento del REM durante el sueño

Trastorno típico de otras edades pero que cada vez se diagnostica más frecuentemente en niños de manera que se cuestiona si su frecuencia es escasa o si su diagnóstico es infrecuente por desconocimiento²². El episodio usualmente ocurre en el primer episodio REM de la noche hacia los 90 minutos de iniciado el sueño. En algunos casos es preciso hacer un diagnóstico diferencial con crisis epilépticas psicomotoras (que afectan al lóbulo temporal) o con trastornos psiquiátricos.

Como tratamiento farmacológico se utiliza el clonazepam en una sola dosis nocturna.

d) Otras parasomnias

Este apartado, según la clasificación de la ASDA de 1990, es muy amplio. Incluye aquellas parasomnias que pueden producirse indistintamente en cualquier fase del sueño. Aquí nos ocuparemos en particular del S. Kleine-Levine y de la enuresis.

Síndrome de Kleine-Levin

Los criterios diagnósticos del síndrome son:

- Predominio en varones adolescentes.
- Inicio en la adolescencia.
- Hipersomnia periódica.

- Hiper/mega/polifagia.
- Cambios psicológicos y conductuales asociados.
- Curso benigno con desaparición espontánea de los síntomas.
- Ausencia de otras alteraciones neurológicas y/o psiquiátricas.

Los cambios de conducta incluyen serias alteraciones en las relaciones sociales, hiperactividad sexual, irritabilidad (57%), euforia y depresión (21%). En un 27% se observa confusión y en un 39% amnesia del ataque²³. En estos pacientes se produce una disminución de la eficacia del sueño causada por frecuentes despertares desde el estadio 2. Estos cambios en la estructura del sueño son evidentes en los períodos asintomáticos y se acentúan durante el ataque de Hipersomnia y pueden ser una herramienta adicional para su diagnóstico.

El pronóstico es bueno con una recuperación completa no observándose persistencia de los ataques más allá de los 30 años²⁴. Su etiología es desconocida hablándose de una disfunción hipotalámica. Se ha encontrado un incremento de la excreción urinaria de melatonina durante la hipersomnia.

Enuresis

Desde el punto de vista de la medicina del sueño hay varios factores que favorecen la enuresis: a) un alto umbral de arousal, b) poliuria nocturna, c) hiperactividad nocturna del detrusor.

Los niños con un índice de alteración respiratoria durante el sueño (suma de episodios de apneas obstructivas e hipoapneas obstructivas por hora de sueño) menor de 1 tienen menos prevalencia de enuresis que los que tienen un índice mayor; esto puede ser debido a los efectos de la apnea del sueño sobre la respuesta de arousal, la presión en la vejiga o la secreción hormonal urinaria²⁵.

La polisomnografía junto con el registro de la actividad vesical demuestran que existen contracciones repentinas independientes en todas las fases de sueño, ya sea nocturno o diurno (siesta).

Los niños que responden a la desmopresina no sólo se diferencian de los que no responden en cuanto a la producción de orina y a la función de la vejiga, sino también muestran un claro incremento en el porcentaje de REM y una ligera disminución del NREM. Esta diferencia puede estar ocasionada por la secreción de vasopresina (fisiológicamente suprime el REM) ya que en niños enuréticos con poliuria se ha demostrado un déficit de vasopresina²⁶.

Epilepsia nocturna

Es necesario realizar un diagnóstico diferencial entre ella y las ritmias del sueño que, en muchas ocasiones, presentan una clínica similar. Las verdaderas epilepsias nocturnas incluyen: e. tónicas, epilepsia focal benigna de la infancia con spikes rolándicos, epilepsia juvenil mioclónica, estatus epiléptico eléctrico durante el sueño y algunas variedades de epilepsias lobares frontal. Un tercio de los pacientes diagnosticados de epilepsia lobar nocturna tienen familiares con el diagnóstico de parasomnias²⁷.

Diagnóstico diferencial entre epilepsia y alteraciones del despertar:

Parámetro	Alt. despertar	Epilepsia frontal lobar nocturna
Edad inicio	Preescolar	10-20 años
Conducta	Variada	Puede ser estereotipada
Duración	Variada	Generalmente corta
Síntomas diurnos	No	Fatiga/letargia diurnal
Persistencia	A menudo mejoran	Persisten en adulto

Características de sospecha de crisis epilépticas durante el sueño:

1. Ataques breves, relativamente estereotipados.
2. Se produce despertar del niño desde el sueño con poca o nula confusión postictal.
3. Se producen posturas distónicas o automatismos complejos.
4. Ocurren durante la emergencia desde el sueño NREM, a lo largo de toda la noche, a cualquier tiempo o sobre el despertamiento.
5. Se inician en la infancia tardía o edad adulta.
6. No responden a benzodiazepinas o antidepresivos tricíclicos.

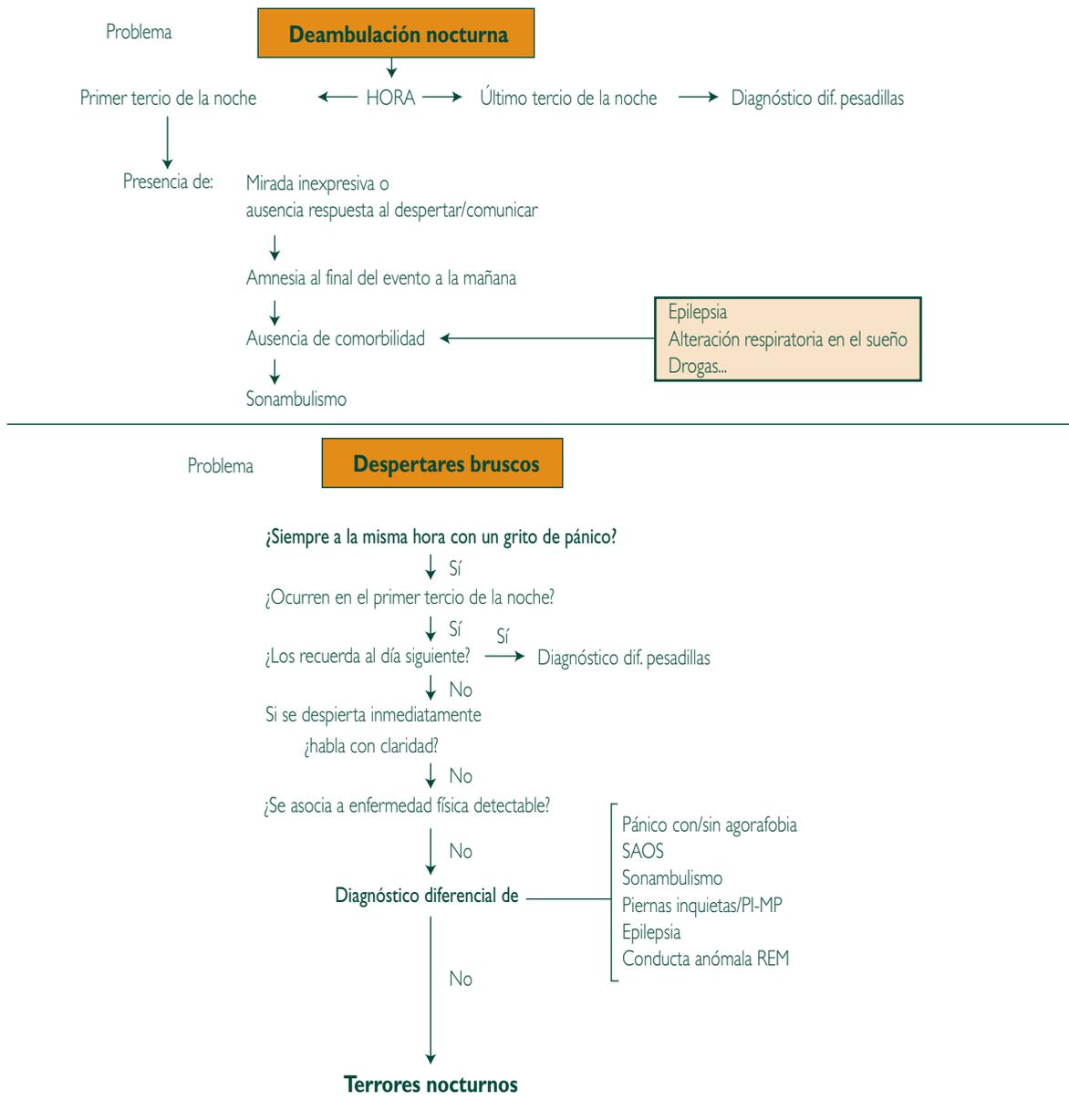
Los niños con epilepsia parcial refractaria tienen pequeñas alteraciones de la estructura del sueño (disminución fase 2, aumento fase 3-4, aumento en el número de cambios de estado) que pueden ser considerados como consecuencia del síndrome epiléptico *per se* o como consecuencia del uso crónico de antiepilepticos (la carbamezepina incrementa los estadios NREM 3-4)²⁸.

EVALUACIÓN CLÍNICA Y DE LABORATORIO DE LAS PARASOMNIAS^{29,30,31}

Son precisas una historia y exploración clínica completas con especial atención a:

- Hora habitual del episodio.
- Descripción de la conducta y sintomatología.
- Respuesta a las maniobras de los cuidadores.
- Si el niño abandona la cama.
- La existencia de recuerdo o amnesia posterior del evento.
- Presencia o ausencia de síntomas durante el día.

Figura 1. Esquemas diagnósticos en asistencia primaria



- Presencia de movimientos estereotipados o conductas rítmicas durante el evento.
- Horarios de sueño y alimentación.
- Evolución psicomotora previa y actual: la alteración sugiere causa orgánica.
- Presencia de somnolencia diurna.
- Presencia de sintomatología respiratoria diurna y/o nocturna.
- Descartar efecto secundario de drogas legales e ilegales.

Como pruebas complementarias:

- Vídeo recogido por los padres.
- Polisomnografía o videopolisomnografía: si es necesario un diagnóstico diferencial.

LÍNEAS GENERALES DE TRATAMIENTO DE TODAS LAS PARASOMNIAS

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.

Las opciones de tratamiento varían en función de la intensidad del cuadro:

1. Severidad moderada

- Episodios menos de una vez por semana
- No se producen lesiones al niño o a cuidadores
- Conducta y aprovechamiento diurno normal.
- Medidas de seguridad y normas generales.

2. Severidad intensa

- Episodios cada noche o varias a la semana.
- Varios episodios en una noche.
- Ocasiona lesiones o hay alto riesgo de ellas.
 - Lo anterior más despertar precoz y posible tratamiento farmacológico:
 - Dosis bajas nocturna de Clonazepam, Lorazepam o Diazepam nocturnas.

Bibliografía

1. Ferber R, Kryger M. Principles and Practice of Sleep Medicine in the Child. W.B. Saunders Company; 1995.
2. Denesle R, Nicolas A, Gisselin A, Zadra A, Montplaisir J. Sleepwalking and aggressive behavior in sleep. *Sleep* 1998; 21 (Suppl): 70.
3. Hartmann E, Mitchell W, Brune P, Greenwald D. Childhood nightmares but not childhood insomnia may predict adult psychopathology. *Sleep Res* 1984; 13: 117.
4. Hublin C, Kaprio J, Partinen M, Koskenvuo M. Nightmares: familial aggregation and association with psychiatric disorders in a nationwide twin cohort. *Am J Med Genet* 1999; 88: 329-336.
5. Guilleminault C, Biol D, Palombini L, Pelayo R, Chervin R. Sleepwalking and Sleep Terrors in Prepubertal Children: What Triggers Them? *Pediatrics* 2003; 111 (1): e17-e25.
6. Hublin C, Kaprio J, Partinen M, Heikkila K, Koskenvuo M. Prevalence and genetics of sleep walking: a population based twin study. *Neurology* 1997; 48: 177-181.
7. Billiard M, Ondzé B. Troubles de l'éveil. *Rev Neurol (Paris)* 2001; 157: 480-496.
8. Lecendreau M, Bassetti C, Dauvilliers G, Mayer HLA and Sleepwalking. *Journal Sleep Research* 2002; 11 (Suppl. 1): 134-135.
9. Giraud M, d'Athis P, Guard O, Dumas R. Migraine and sonambulism: a survey of 122 migraine patients. *Rev Neurol* 1986; 142: 42-46.
10. Thiedke Carolyn C. Sleep Disorders and Sleep Problems in Childhood. *Am Fam Physician* 2001; 63: 277-284.
11. Guilleminault C, Palombini L, Pelayo R, et al.: Sleepwalking and sleep terrors in prepubertal children: what triggers them? *Pediatrics* 2003; 111: e17-e25.

12. Dexter JD. The relationship between disorders of arousal and migraine. *Headache* 1986; 26: 32.
13. Laurel Wills, J Garcia. Parasomnias. *Epidemiology and Management. CNS Drugs* 2002; 16(12): 803-810.
14. Klackenberg G. Rhythmic movements in infancy and early childhood. *Acta Paediatr Scand* 1971; 224 (Suppl): 74-83.
15. Sallustro F, Atwell CW. Body rocking, head banging, and head rolling in normal children. *J. Pediatr* 1978; 93: 704-708.
16. Laberge L, Tremblay RE, Vitaro F et al. Development of parasomnias from childhood to early adolescence. *Pediatrics* 2000; 106: 67-74.
17. Hoban TF. Rhythmic Movement Disorder in Children. *CNS Spectrums* 2003; 8(2): 135-138.
18. Nielsen T, Laberge L, Paquet J, Vitaro F, Montplaisir J. Development of Disturbing Dreams During Adolescence and their Relation to Anxiety Symptoms. *Sleep* 2000; 23(6): 727-736.
19. Mindell JA, Barrett KM. Nightmares and anxiety in elementary-aged children: is there a relationship. *Child Care Health Dev* 2002; 28: 317-322.
20. Chokreverty S, Hening W, Walters A. An approach to a patient with Movements Disorder during Sleep and Classification. En Sudhabsu Chokreverty, Wayne Hening, Arthur Walters ed. *Sleep and Movement Disorders*. Elsevier Science 2003.
21. *Sleep Research Online* 3(2): 61-66, 2000. <http://www.sro.org/2000/Buzzi/61/Isolated Sleep Paralysis: A Web Survey>
22. Sheldon SH, Jacobsen J. REM-sleep motor disorder in children. *J Child Neurol* 1998; 13: 257-260.
23. Poppe M, Friebe D, Reuner U, Todt H, Koch R, Heubner G. The Kleine-Levin Síndrome. Effects of treatment with Lithium. *Neuropediatrics* 2003; 34: 113-119.
24. Gadoth N, Kesler A, Vaishtein G, Peled R, Lavie P. Clinical and polysomnographic characteristics of 34 patients with Kleine-Levin syndrome. *J Sleep Res* 2001; 10: 337-341.
25. Brooks LJ, Topol HI. Enuresis in children with sleep apnea. *J Pediatr* 2003; 142: 515-518.
26. Nevés T, Bader G, Sillén U. Enuresis, sleep and desmopressin treatment. *Acta Paediatr* 2002; 91: 1121-1125.
27. Tinuper P, Piáis G, Provini A, et al. The syndrome of nocturnal frontal lobe epilepsy. In: Lugaresi E, Parmeggiani PL, editors. *Somatic and autonomic regulation in sleep*. New York: Springer-Verlag, 1997: 125-135.
28. Laborgue N M, Ferri R, Arzimanoglu A et al. Sleep Organization in Children with Partial Refractory Epilepsy. *J Child Neurol* 2003; 18: 763-766.
29. Sheldon S. Parasomnias in childhood. *Pediatr Clin N Am* 2004; 51: 69-88.
30. Pin G, Genis R. *Durmiendo como un niño*. Ed. Barcelona Parramón; 2003.
31. Pin G, Lluch A, Borja F. El pediatra ante los trastornos del sueño. *An Esp Ped* 1999; 50(3): 247-253.