BOL PEDIATR. 2024; 64: 156-159

Mesa Redonda: Actualización en Neurología

Trastornos paroxísticos no epilépticos durante el sueño

I. RUIZ-AYÚCAR DE LA VEGA

Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila.

RESUMEN

Introducción. Es frecuente que durante el sueño se presenten en los niños episodios desconcertantes para la familia, tanto por la distorsión que producen sobre el descanso nocturno, como por la preocupación por la posible repercusión de esos eventos sobre la salud y el desarrollo. Describiremos algunos de los más frecuentes y revisaremos su manejo clínico.

Desarrollo. Hablaremos en primer lugar de algunos trastornos del movimiento relacionados con el sueño y frecuentes en la infancia. El mioclono nocturno benigno del lactante es motivo de consulta habitual en Pediatría. El síndrome de piernas inquietas, relacionado a menudo con los movimientos periódicos de piernas en el sueño, se asocian con frecuencia a ferropenia. Los movimientos rítmicos del sueño, que se realizan en la conciliación, no suelen requerir ningún tipo de intervención aunque resultan muy llamativos para las familias. En el apartado dedicado a las parasomnias, diferenciamos las que tienen lugar en el sueño No REM *(Rapid eye movements)*, como el sonambulismo, los terrores y los despertares confusionales, de las que tiene lugar en el sueño REM. Buscaremos aspectos diferenciadores de las crisis epilépticas en sueño. Comentaremos algunas variantes de la normalidad que pueden ser también motivo de consulta.

Conclusiones. La historia clínica es fundamental para diferenciar los episodios paroxísticos que ocurren durante el sueño. Algunos de ellos pueden requerir exploraciones complementarias. La mayoría pueden ser manejados con pautas de higiene de sueño o medidas farmacológicas en casos excepcionales.

Palabras clave: Parasomnias; Síndrome de piernas inquietas; Sonambulismo; Trastornos del despertar del sueño; Trastornos paroxísticos.

PAROXYSMAL NON-EPILEPTIC DISORDERS DURING SLEEP

ABSTRACT

Introduction. Sleep episodes are common in children, and sometimes they are disconcerting for the family, both because of the disruption they cause to nighttime rest and because of the concern about the possible impact of these events on health and development. We will describe some of the most frequent ones and review their clinical management.

Development. First, we will discuss some sleep-related movement disorders that are common in childhood. Benign nocturnal myoclonus in infants is a frequent reason for consultation in pediatrics. Restless legs syndrome, often related to periodic leg movements during sleep, is frequently associated with iron deficiency. Rhythmic sleep movements, which occur during falling asleep, do not usually require any type of intervention, although they are very noticeable for families. In the section dedicated to parasomnias, we differentiate those that occur in non-REM sleep (Rapid Eye Movements), such as sleepwalking, terrors and confusional awakenings, from those that occur in REM sleep. We will look for aspects that differentiate epileptic seizures in sleep. We will discuss some variants of normality that may also be a reason for consultation.

Correspondencia: iruizayucar@saludcastillayleon.es

© 2024 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

https://doi.org/10.63788/3fqxsd62

Conclusions. The clinical history is essential to differentiate paroxysmal episodes that occur during sleep. Some of them may require additional examinations. Most can be managed with sleep hygiene guidelines or pharmacological measures in exceptional cases.

Keywords: Parasomnias; Paroxysmal disorders; Restless legs syndrome; Sleep awakening disorders; Sleepwalking.

INTRODUCCIÓN

Entre de los trastornos paroxísticos de origen no epiléptico, hay un conjunto significativo de ellos que tienen lugar durante el sueño o en la transición de la vigilia al sueño. Hasta un 20% de los niños pueden presentar de manera habitual este tipo de episodios, que pueden resultar desconcertantes para las familias[1]. En primer lugar, puede haber preocupación por la naturaleza de los episodios, y la relación que pueden tener con patología que afecte al neurodesarrollo; por otro lado, aun conociendo un origen benigno, pueden tener una repercusión sobre la calidad del sueño tanto del propio niño como de la familia. La clasificación internacional de trastornos de sueño (ICSD-3-TR) describe un largo listado de episodios que han sido descritos tanto durante el sueño, como en las transiciones al mismo[2]. Sin embargo, muchos de ellos son muy infrecuentes, o más habituales en la etapa adulta. En esta revisión, comentaremos algunos de estos episodios que, por su frecuencia o su importancia clínica, pueden ser de interés para el pediatra. Explicaremos elementos que pueden ayudar a diferenciarlos de episodios de origen epiléptico, comentaremos los estudios complementarios que pueden estar indicados y haremos una aproximación al abordaje terapéutico en caso de que la situación lo precise.

TRASTORNOS PAROXÍSTICOS ASOCIADOS AL SUEÑO

Haremos un repaso general, deteniéndonos un poco más en aquellos que pueden tener más relevancia clínica.

Trastornos del movimiento relacionados con el sueño

Se trata de movimientos simples, relativamente estereotipados, que por su frecuencia o intensidad pueden afectar a la calidad del sueño.

- **Movimientos periódicos de las piernas/Síndrome de piernas inquietas:** aunque son entidades diferentes, en los niños parecen estar estrechamente relacionadas. El trastorno del movimiento periódico de las extremidades se caracteriza por sacudidas repetidas de las extremidades durante el sueño, que no se explican mejor por otra afección, y que repercuten sobre la calidad del sueño. El síndrome de piernas inquietas se describe como sensaciones incómodas o desagradables en las piernas, que se alivian con el movimiento y que ocurren de forma característica al final del día o por la noche. Se ha visto una asociación con niveles bajos de hierro y buena respuesta a la suplementación con hierro en aquellos niños que tengan niveles de ferritina en sangre inferiores a 50 µg/L[3]. Este trastorno es más frecuente en niños con TDAH.
- **Movimientos rítmicos del sueño:** son movimientos rítmicos que implican a grandes grupos musculares, del tipo de giro de cuerpo *(body rolling)*, negación con la cabeza *(head rolling)*, cabezazos *(jactatio capitis)*, o balanceo sobre las rodillas y manos *(body rocking)*, ocurren en lactantes y niños pequeños en la conciliación del sueño, y por lo general se consideran normales y no tiene consecuencias en el desarrollo. Sin embargo, en ocasiones pueden ser muy aparatosos, o prolongarse en el tiempo más de lo debido, especialmente en niños con patología del neurodesarrollo.
- **Mioclonías benignas del sueño del lactante:** son breves sacudidas de las extremidades que ocurren durante el sueño no REM en bebés pequeños, desde las dos semanas hasta los 4 meses de vida. A veces pueden ser muy llamativos pero, a diferencia de los trastornos epilépticos, solo ocurren durante el sueño, por lo que ceden al despertar y se acompañan de un desarrollo neurológico completamente normal.

Parasomnias

Implican conductas episódicas relativamente complejas que interrumpen el sueño y en ocasiones generan preocupación en los padres y cuidadores. A continuación veremos tan solo algunas de ellas.

Sueño no REM

- **Despertar confusional:** frecuentes en niños pequeños, y raros a partir de los 5 años. Suele ocurrir típicamente a las 2-3 horas de conciliar, pero también al despertar. Los niños gimotean, sentados en la cama, quejosos, a veces con vocalizaciones tipo "no, vete", y con angustia difícilmente consolable durante 5 a 30 minutos. Por la mañana despiertan con total normalidad sin recuerdo del episodio.
- **Sonambulismo:** frecuencia máxima entre los 8 y los 12 años. Automatismos silenciosos como deambulaciones o gateo, o más severos con agitación, carrera..., llegando en raras ocasiones a conductas de riesgo como escapadas a la calle en la noche. Se han de recomendar medidas de prevención de riesgos en el domicilio (colchón bajo, barreras en escaleras, ventanas y puertas cerradas...).

TABLA I

Características	Despertar confusional	Terror nocturno	Sonambulismo
Edad de aparición	2-10 años	2-10 años	5-10 años
Frecuencia	3-4/semana a 1-2/mes	3-4/semana a 1-2/mes	3-4/semana a 1-2/mes
Hora pico de ocurrencia	Primer 1/3 de sueño	Primer 1/3 de sueño	Primer 1/3 de sueño
Comportamiento	Gimoteo, alguna articulación, sentado en cama, inconsolable	Gritos, agitación, enrojecimiento facial, sudoración, inconsolable	Caminar tranquilo o agitado, no responde a órdenes verbales
Duración	10-30 min	10-20 min	10-20 min

- **Terrores nocturnos:** entre los 4 y 12 años de edad, en el primer tercio de la noche. Despertar abrupto, con grito fuerte, agitación, enrojecimiento facial, sudoración y taquicardia. Incontrolable por parte de los cuidadores, pero con amnesia del episodio por la mañana por parte del niño.

En la tabla I podemos ver sus características diferenciales de forma resumida. Aunque estas entidades tienen un carácter benigno, pueden ser en ocasiones muy alarmantes e interferir en la vida familiar. Especialmente el sonambulismo, en contadas ocasiones, supone conductas de alto riesgo que angustian a las familia. La primera medida a tomar es la optimización de la higiene de sueño, adecuando las horas de dormir. Un incremento en episodios en niños pequeños puede asociarse a la interrupción de las siestas, y en ocasiones puede ser aconsejable reinstaurarlas. Es excepcional tener que usar medidas farmacológicas. En caso de ser preciso, se puede usar una dosis baja de benzodiacepina, como clonazepam, 0,1-0,5 mg antes de acostar. La melatonina no ha demostrado efectividad significativa. Una estrategia que puede probarse es la de realizar despertares programados. Tras realizar una agenda de sueño y ver la hora aproximada habitual del suceso, se pueden programar despertares 15 o 20 minutos antes, para "reiniciar" el ciclo del sueño. Si es efectivo, se haría una retirada gradual del procedimiento[4].

Sueño REM

- **Pesadillas:** sueños desagradables que despiertan al niño, recordando el episodio y con dificultad para volver a conciliar. El movimiento corporal es raro, así como los síntomas vegetativos. Dado que el sueño REM predomina durante el tercio final de la noche, las pesadillas generalmente ocurren en las primeras horas de la mañana. No suele ser necesario tratamiento, salvo conductual en casos severos. Algunos medicamentos pueden empeorarlas, como los antihistamínicos sedantes.
- **Trastorno de conducta del sueño REM:** se pierde la atonía propia del REM y hay conductas agresivas en el contexto de la ensoñación, el episodio suele ser al final de la noche y se recuerda, a diferencia de las parasomnias no REM.
- **Parálisis del sueño aislada:** incapacidad para moverse con conciencia totalmente preservada. Ocurre por interferencia de la atonía que tiene lugar en el sueño REM en la conciliación o el despertar, en pacientes sin narcolepsia. Se asocia a falta de sueño o estrés si es muy recurrente.

Otros

- **Sacudidas hipnóticas al comienzo del sueño:** son fisiológicas y comunes a todas las edades. La mayoría de las sacudidas son aisladas, pero en los niños con patología del neurodesarrollo pueden ocurrir agrupadas. Su frecuencia puede aumentar por la cafeína u otros estimulantes, el ejercicio físico intenso previo, la falta de sueño o el estrés emocional.
- **Temblor hipnagógico del pie:** movimiento rápido de un pie que se produce al inicio del sueño. Parece ser fisiológico pero en pacientes con otras patologías en ocasiones resulta desconcertante.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON TRASTORNOS EPILÉPTICOS

Cuando los episodios que ocurren durante el sueño son recurrentes o llamativos, es frecuente que existan dudas sobre su posible origen epiléptico. Esto es especialmente problemático en niños que ya tienen una epilepsia, o con un trastorno del neurológico de base que predisponga a ella.

Entre los trastornos epilépticos que más frecuentemente pueden confundirse con parasomnias está la epilepsia hipermotora del sueño (antes llamada epilepsia frontal nocturna)[5]. En la tabla II se resumen las características diferenciales entre ambas entidades.

Las mioclonías del lactante, así como las sacudidas hipnóticas, pueden confundirse con crisis epilépticas de tipo mioclónico, pero estas suelen presentarse también en vigilia, y/o coexistir con otro tipo de crisis.

TABLA II.

Característica	Parasomnias	Convulsiones nocturnas
Edad de aparición	Prescolar y escolar	En cualquier etapa incluida adolescencia
Historia familiar	Frecuente	Ocasional
Hora del evento	Más en 1º tercio de noche	En cualquier momento
Duración	Larga, 5-30 minutos	Breve, 0,5-5 minutos
Múltiples eventos en misma noche	Infrecuente	Frecuente
Conducta diurna	Normal	Irritabilidad, somnolencia. Puede haber episodios diurnos.
Características del episodio	Inicio/fin progresivo. Movimientos variables de unos episodios a otros. No se suele recordar el episodio.	Inicio/fin abrupto. Movimientos estereotipados. Puede haber consciencia del episodio.

EVALUACIONES COMPLEMENTARIAS

La historia clínica es la principal herramienta para la evaluación de los trastornos paroxísticos, así como la visualización de vídeos cuando esto sea posible. Realizar una agenda de sueño es de gran utilidad. En la mayoría de los casos no harán falta otras pruebas para establecer el diagnóstico diferencial. En lo que se refiere a estudios de monitorización de sueño, hay que tener en cuenta que la mayoría de los episodios que hemos descrito no ocurren a diario, por lo que puede ser difícil captar un evento en el día concreto en el que se realiza la prueba, así que pueden resultar poco rentables. En caso de haber dudas sobre un posible origen epiléptico, la prueba de mayor utilidad es el vídeo-EEG (electroencefalograma) de sueño nocturno, o bien la polisomnografía[6] si sospechamos un trastorno respiratorio (apneas) como agravante o desencadenante; en el caso de los movimientos periódicos de piernas o piernas inquietas, la polisomnografía podría restringirse a niños en los que no es posible realizar una adecuada anamnesis. También podría indicarse en casos en los que por su severidad o su repercusión diurna, hay una gran inquietud en la familia o se plantea un tratamiento farmacológico.

En pacientes con piernas inquietas o movimientos muy frecuentes de piernas, es de utilidad la realización de analítica con perfil del hierro.

CONCLUSIONES

En todo trastorno paroxístico, la historia clínica y descripción detallada del episodio, así como de las circunstancias en las que este ocurre, es esencial y por lo general suficiente para realizar un diagnóstico adecuado. En pocas ocasiones precisaremos de estudios complementarios para su evaluación. Aun siendo en su mayoría episodios benignos y con buen pronóstico evolutivo, suponen con mucha frecuencia un motivo de consulta en Pediatría, por la repercusión que produce en las rutinas de sueño de toda la familia. Es importante poder dedicar un tiempo suficiente en la consulta para caracterizar los episodios, e insistir a la familia en la optimización de sus rutinas e higiene de sueño como parte fundamental del abordaje. En ocasiones la intensidad o severidad de estos episodios pueden ser indicativos de otro trastorno del neurodesarrollo subyacente, y los episodios paroxísticos ser tan solo un aspecto visible en ese contexto. Por tanto, conviene ahondar en otros aspectos relacionados con el neurodesarrollo en los niños en los que estos episodios resulten llamativos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Derry CP, Duncan JS, Berkovic SF. Paroxysmal motor disorders of sleep: the clinical spectrum and differentiation from epilepsy. Epilepsia. 2006; 47: 1775-91.
2. American Academy of Sleep Medicine. International Classification of Sleep Disorders, 3rd ed, text revision. American Academy of Sleep Medicine; 2023.
3. Allen RP, Picchietti DL, Auerbach M, et al. Evidence-based and consensus clinical practice guidelines for the iron treatment of restless legs syndrome/Willis-Ekbom disease in adults and children: an IRLSSG task force report. Sleep Med. 2018; 41: 27-44.
4. Frank NC, Spirito A, Stark L, Owens-Stively J. The use of scheduled awakenings to eliminate childhood sleepwalking. J Pediatr Psychol. 1997; 22: 345-53.
5. ILAE (International League Against Epilepsy). Diagnostic manual. [Citado en Octubre de 2024]. Disponible en: https://www.epilepsydiagnosis.org/
6. Stowe RC, Afolabi-Brown O. Pediatric polysomnography. A review of indications, technical aspects, and interpretation. Paediatr Respir Rev. 2020; 34: 9-17.