

Parasomnias en la edad pediátrica



R. C. Raynero Mellado, O. García Campos

Servicio de Pediatría. Hospital Virgen de la Salud. Toledo. España.

PUNTOS CLAVE

- 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.
- Son más frecuentes en la edad pediátrica que en la edad adulta y muchas de ellas tienden a mejorar hasta desaparecer de forma espontánea con el crecimiento.
- La clasificación más intuitiva de las parasomnias se basa en la fase del sueño en que suceden.
- El diagnóstico diferencial de las parasomnias debe realizarse con otros trastornos del sueño, patología de la esfera psicológica, patología obstructiva de la vía aérea y de forma prioritaria, por sus implicaciones pronósticas, con los trastornos epilépticos.
- La evaluación de las parasomnias 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.
- El tratamiento de las parasomnias es eminentemente no farmacológico, las medidas de higiene del sueño son su pilar fundamental.

INTRODUCCIÓN

El sueño es un componente esencial en la vida y un condicionante clave de la salud de la población. Es un estado fisiológico complejo, necesario e inherente a la vida. A pesar de que ocupa aproximadamente un tercio de nuestras vidas y es una función universal del cerebro, todavía existen muchas incógnitas sobre su naturaleza y función. Se trata por tanto de un fenómeno

activo que requiere un cierto esfuerzo para mantenerlo y en él coexisten diferentes estados de conducta con distintas actividades fisiológicas y bioeléctricas¹.

Los trastornos del sueño son muy prevalentes e interfieren en la cantidad y en la calidad del patrón de 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. Se han asociado distintos factores con el insomnio infantil: problemas perinatales, estrés familiar, lactancia materna y los hábitos o conductas de sueño poco apropiados^{1,2}.

Las dificultades para conciliar el sueño y los despertares nocturnos son los trastornos de sueño más frecuentes en la edad pediátrica y afectan aproximadamente al 20% de los niños entre 1 y 3 años y al 10% entre 4 y 5 años.

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. Son más frecuentes en la edad pediátrica que en la edad adulta y muchas de ellas tienden a mejorar hasta desaparecer de forma espontánea con el crecimiento. Es muy poco frecuente que tiendan a la cronicidad; en estos casos pueden verse asociadas a otros procesos comórbidos, entre los que cabe destacar los trastornos respiratorios durante el sueño^{1,2}.

Presentan una frecuencia variable y su prevalencia varía según las fuentes consultadas. La mayor 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 otros³.

La etiología de las parasomnias es desconocida, si bien se postula que la causa pudiera estar relacionada con una alteración en los procesos madurativos durante la edad pediátrica.

Una historia clínica completa, una correcta anamnesis, con un foco claro en los aspectos neurológicos y del desarrollo, y una

Cómo citar este artículo: Raynero RC, García Campos O. Parasomnias en la edad pediátrica. Form Act Pediatr Aten Prim. 2018;11(3):137-44.

exploración física exhaustiva son la base para el diagnóstico de las parasomnias. Los estudios etiológicos o de registro de la actividad electroencefalográfica no son pruebas que se precisen de forma rutinaria. La realización de calendarios del sueño y la valoración de las grabaciones de vídeo aportadas por los familiares son dos armas muy útiles para la valoración de las parasomnias⁵.

Por ello, 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 estas, las medidas de evitación de riesgos y la forma en la que los progenitores deben actuar frente a ellas. Es una actividad que se puede incluir dentro de la labor de educación sanitaria y promoción de la salud, ambos pilares fundamentales de la salud de los pacientes pediátricos que se realizan de forma predominante en Pediatría de Atención Primaria.

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 que acontecen (Tabla 1)⁶.

Trastornos del despertar

Son el principal tipo de parasomnia y un motivo de consulta frecuente en la consulta de Pediatría de Atención Primaria. Según las series estudiadas, presentan una frecuencia en torno al 17% durante la edad pediátrica y hasta el 4% en los adultos^{4,7}. Aparecen durante las fases de sueño lento y conducen al paciente a un despertar parcial o a la realización de actividades similares a las realizadas durante la vigilia sin acompañarse de conciencia plena de la situación⁴.

Dentro de las medidas para intentar disminuir el número de episodios, hay que destacar el despertar anticipado del paciente. Esto lo podremos llevar a cabo cuando los episodios tiendan a ocurrir a una determinada hora de la noche, pudiendo hacer previsible el evento. En algunos estudios, mantener esta actitud

durante 2-4 semanas ha resultado eficaz para el manejo de los pacientes con frecuentes episodios de sonambulismo^{3,4,7}.

Es importante destacar su 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, produciéndose una importante mejoría de los episodios con el adecuado manejo de la patología respiratoria^{3,8}.

Despertar confusional

Son episodios caracterizados por desorientación en el tiempo y el espacio, con lentitud para la ideación, expresión y respuesta a estímulos externos. Suelen tener una duración breve, generalmente menos de 5 minutos. Tienen un carácter generalmente benigno, pero el paciente puede presentar una conducta agresiva durante el episodio, sobre todo si se intenta despertarlo, oponiendo resistencia y reaccionando con violencia^{2,3}. La conducta puede ser inapropiada o no, simple o muy compleja, tal como vestirse, caminar, comer, beber...

Los episodios son 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. Se trata de una parasomnia con un carácter benigno que tiende a desaparecer de forma espontánea a partir de los 6 o 7 años^{2,4}.

Hay que destacar como factores precipitantes los despertares forzados, ruidos, llamadas por teléfono, etc.

Algunas series evidencian que el despertar confusional es más frecuente en pacientes con apneas del sueño, narcolepsia, hipersomnia, trabajadores a turnos, *jet-lag*, consumidores de fármacos (hipnóticos, sedantes, alcohol, antihistamínicos) o pacientes afectados de encefalopatía de cualquier causa.

La distribución es similar en hombres y mujeres, existiendo una fuerte agrupación familiar⁴.

En algún caso se ha asociado a lesiones localizadas en áreas relacionadas con el despertar, como son la sustancia gris periventricular, la formación reticular mesencefálica y el hipotálamo posterior.

Tabla 1. Clasificación de las parasomnias según la fase del sueño.

Trastornos del despertar (sueño no REM)	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

Terrores nocturnos

Son despertares bruscos 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 aterrizado y sin reconocer su entorno, confuso y resistiéndose a ser consolado³. El paciente no responde a los estímulos externos; en ocasiones incluso llega a autolesionarse. Se suele acompañar de amnesia de lo ocurrido, con recuerdo de sueños vívidos o alucinaciones^{4,7}.

Entre los síntomas vegetativos que pueden presentar durante un episodio, hay que destacar la taquicardia, la sudoración profusa y la midriasis.

El pico de mayor incidencia se sitúa entre los 4 y 12 años, con mejoría con el crecimiento y tendencia a la resolución espontánea en la adolescencia. La prevalencia se sitúa en torno al 3% en la edad pediátrica y es menor del 1% en adultos. Presenta una frecuencia algo más elevada en el sexo masculino⁴.

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.

Los terrores nocturnos en el niño pueden aparecer de forma espontánea o ser provocados por diversos estímulos como ruidos, cambio forzado de postura en la cama...

En algunos casos, resulta necesario establecer un diagnóstico diferencial con crisis epilépticas del lóbulo frontal, debido a que la semiología clínica, e incluso poligráfica, presenta características similares (Tabla 2).

Sonambulismo

Serie de conductas complejas que se inician generalmente durante los microdespertares en las fases de sueño lento y que finalizan con la deambulación y un estado emocional confuso.

Los episodios generalmente se inician sentándose en la cama y mirando alrededor de una manera confusa antes de iniciar la deambulación, aunque también pueden iniciarse con una salida brusca y rápida de la cama. En ocasiones, el paciente obedece a ordenes simples y regresa a la cama, reiniciando el sueño, con amnesia de lo sucedido^{3,7}.

La gravedad varía desde la realización de unos pocos pasos hasta comportamientos complejos pudiendo salir de la casa con el riesgo de lesiones por golpes o caídas⁴. Estos episodios pueden suceder de forma aislada durante la noche o llegar a producirse varios episodios en la misma noche durante varias noches seguidas. Se produce una mejoría de la sintomatología con el crecimiento, llegando de forma habitual a desaparecer en la pubertad.

El sonambulismo es una parasomnia prácticamente exclusiva de la edad pediátrica, con un pico de incidencia claro entre los 4 y 8 años. De forma frecuente presenta agrupación familiar, con un riesgo de padecer sonambulismo cercano al 40% si uno de los progenitores lo sufrió durante la infancia, y alcanzando hasta el 60% si ambos progenitores fueron sonámbulos en la infancia⁴.

Debemos destacar que el episodio suele suceder durante la primera parte de la noche y tiene una duración variable^{4,7}.

Se ha observado un incremento de la prevalencia del sonambulismo en niños y adolescentes con migrañas (especialmente en la migraña con aura). Otros factores desencadenantes son el déficit de sueño, el 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^{2,4}.

Movimientos rítmicos durante el sueño

Son 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 ligero⁴.

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.

Tabla 2. Diagnóstico diferencial entre epilepsia frontal lobar nocturna y 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

En cuanto a la presentación clínica, pueden ser: movimientos estereotipados de tipo *head-banging* (movimientos antero-posteriores de la cabeza), *head-rolling* (movimientos circulares de la cabeza) o *body-rocking* (movimiento de balanceo de todo el cuerpo). De todos ellos, los primeros son los más frecuentes.

La edad típica de presentación es a partir de los 9 meses y es muy raro que persistan por encima de los 2 años. Hasta el 60% de los lactantes de 9 meses pueden presentar algún tipo de movimiento rítmico de los detallados previamente. La frecuencia de aparición de esta parasomnia claramente se reduce con la edad, es menor del 5% a los 5 años.

Se describe un predominio en el sexo masculino respecto al sexo femenino (3:1). Su etiología es desconocida y la asociación familiar es frecuente^{2,4}.

El diagnóstico es clínico y las grabaciones de vídeo realizadas por la familia resultan muy útiles.

El diagnóstico diferencial se realiza fundamentalmente con crisis epilépticas y otros trastornos del control motor como el bruxismo, estereotipias y movimientos periódicos de los miembros.

Somniloquia

Consiste en la presencia de verbalizaciones durante el sueño. Su frecuencia aumenta en situaciones de estrés, presentando una agregación familiar clara en un 30-50% de los casos según diferentes series. Se estima que puede afectar en torno al 15% de los pacientes en edad pediátrica^{4,5}.

La presentación puede llegar a ser alarmante, en forma de gritos, llanto o risa. Es frecuente la presentación en forma de comentarios sin importancia, que 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, sucediendo en cualquier momento de la noche y sin entrañar patología.

No existe un tratamiento específico que haga desaparecer el fenómeno, aunque de nuevo técnicas de modificación de conducta provocando el despertar al inicio del episodio parecen tener un papel en el tratamiento de los casos muy intensos. Durante los cuadros febriles, los episodios pueden ser más evidentes.

La somniloquia sucede predominantemente durante la fase *rapid eye movement* (REM) del sueño, aunque podría presentarse de forma mucho más infrecuente durante las fases de sueño ligero. Su aparición en fases de sueño profundo, si bien ha sido descrita, es excepcional^{4,8}. Puede asociarse con otras parasomnias.

Calambres nocturnos

Se caracterizan por una sensación dolorosa a nivel muscular que sucede mayoritariamente en los miembros inferiores. Ocurre

durante fases de sueño ligero y profundo, provocando el despertar. Su prevalencia es relativamente alta en la población general, situándose en torno al 15%. Hay que destacar que es muy infrecuente durante la edad pediátrica (aunque se supone un cierto grado de infradiagnóstico), es una parasomnia típica de la edad adulta^{2,4}.

La duración de la sintomatología varía desde segundos hasta más de 30 minutos⁴. Su frecuencia oscila entre varios al día (1-3) o pueden aparecer de forma aislada cada varios días o semanas.

La sintomatología suele mejorar hasta su resolución con el movimiento o con la realización de masaje local. Pueden coexistir con otros trastornos del sueño como son las apneas y los movimientos periódicos de las piernas.

El diagnóstico diferencial se establece con alteraciones del metabolismo del calcio, mielopatías crónicas, neuropatías periféricas, el síndrome de piernas inquietas, y con los síndromes que se acompañan de dolor muscular o fasciculaciones^{4,8}.

Parasomnias asociadas al sueño REM

Aparecen de modo característico en fase REM del sueño, 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^{1,4}.

Pesadillas

Son secuencias de sueños coherentes que parecen reales y que se vuelven cada vez más inquietantes a medida que progresan. De forma mayoritaria, suceden durante el sueño REM y a menudo provocan el despertar. 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. La principal diferencia radica en que las pesadillas se manifiestan en fase de sueño REM (el último tercio de la noche) y 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 tan intensas como en los terrores nocturnos, salvo un leve aumento de la frecuencia cardíaca. La reacción es más emocional que vegetativa.

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. En la adolescencia y la edad adulta son poco frecuentes, más espaciadas y menos intensas, pero existen algunos pacientes en los que se mantienen intensas durante toda la vida⁴.

Su pico de mayor incidencia se sitúa en la “edad de los miedos” comprendida entre los 4 y 8 años. Cuando son frecuentes, en niños mayores, se asocian con cuadros de ansiedad.

No suelen asociarse con psicopatología, si bien son más frecuentes tras sucesos traumáticos o en relación con la ingesta de fármacos (betabloqueantes) o su suspensión (benzodiazepinas, antidepresivos)⁴. En ocasiones, pueden originar rechazo del niño a irse a la cama.

Generalmente no precisan tratamiento. Se han valorado múltiples terapias para el manejo de las pesadillas que abarcan un amplio espectro de tratamientos desde terapias conductuales, psicoeducación, higiene de sueño, tratamientos cognitivos y hasta hipnosis. Sin embargo, un metaanálisis que se diseñó para valorar el impacto de estas terapias reveló que el efecto es moderado y no se encuentran diferencias significativas entre uno u otro método³.

Parálisis del sueño

Consiste en la aparición de periodos de parálisis con incapacidad para moverse voluntariamente en las fases de adormecimiento (forma hipnagógica) o al despertar (forma hipnopómica), respetando el correcto funcionamiento de los músculos respiratorios y oculares. Asimismo se mantiene conservada la sensibilidad.

La duración puede variar de uno a varios minutos, cediendo de forma espontánea, moviendo voluntariamente los ojos con esfuerzo o tras estimulación externa⁴. Es una experiencia que se vive de forma angustiada e incluso con miedo o terror.

Su frecuencia no es nada despreciable, ya que se estima que el 40-50% de la población puede tener al menos un episodio a lo largo de su vida y que de forma reiterada puede aparecer en el 3-6% de la población².

Como factores predisponentes podemos destacar los hábitos irregulares de sueño, el *jet-lag*, el estrés y las situaciones que llevan asociado cansancio.

Trastornos de conducta del sueño REM

Se trata de un trastorno típico de la edad adulta pero que cada vez se diagnostica más frecuentemente en la edad pediátrica. Actualmente se debate si su frecuencia es escasa o si se produce un claro infradiagnóstico.

Se caracteriza por el aumento de movimiento, tono muscular y vocalizaciones durante las fases de sueño REM, habitualmente provocando un comportamiento involuntario anormal (pegar, patear, caminar, moverse en la cama), incluso llegando a presentarse con agresividad y violencia. Debido a ello existe un riesgo claro de lesiones y autolesiones.

La duración de estos episodios es habitualmente breve, si bien puede llegar a durar unos minutos⁴. Por lo demás, el comportamiento de las personas afectas por esta parasomnia durante la vigilia es completamente normal, contrastando con su comportamiento durante la parasomnia⁸.

Habitualmente sucede durante el primer episodio REM de la noche, hacia los 90 minutos tras el inicio del sueño. En algunos casos es preciso hacer un diagnóstico diferencial con crisis epilépticas psicomotoras (que afectan al lóbulo temporal) o con trastornos psiquiátricos.

Otras parasomnias

Existen otras parasomnias que no pueden incluirse de modo concluyente en uno u otro grupo, pues ocurren en varias de las fases del sueño de modo indistinto, presentando características muy variadas, entre las que destacan las siguientes:

Síndrome de piernas inquietas^{10,11}

Se caracteriza por la necesidad urgente de mover las extremidades, habitualmente provocada por una sensación desagradable en las piernas, frecuentemente en las pantorrillas. Se manifiesta en forma de inquietud motora que se agrava en situaciones de reposo físico y mental y durante la última parte del día.

Se estima una prevalencia del 6% en menores de 18 años. Hasta un 46% de adultos afectados de síndrome de piernas inquietas presentaron sus síntomas iniciales entre los 10 y los 20 años, con empeoramiento posterior y sin que hubieran sido diagnosticados en ese periodo. Se postula un infradiagnóstico durante la edad pediátrica. Es frecuente la coexistencia de síndrome de piernas inquietas con otras alteraciones del sueño como terrores nocturnos, bruxismo o calambres musculares, lo que dificulta aún más su identificación. Se trata de un síndrome difícil de diagnosticar ya que los síntomas suelen describirse de forma imprecisa y aparecer en cualquier momento del día, por ejemplo, sentados en clase o en el coche.

La sintomatología se alivia con el movimiento, especialmente levantándose y caminando. Generalmente suelen asociar alteraciones del sueño en forma de insomnio al comienzo de la noche, causada por los síntomas sensitivos y motores, y un sueño nocturno fragmentado e inestable provocado por los movimientos en las extremidades que se repiten de forma periódica y estereotipada, fundamentalmente en las piernas, provocando un microdespertar que interrumpe el sueño.

El diagnóstico es clínico. Para ello podremos apoyarnos en los criterios del Internacional Restless Legs Síndrome Study Group. En Atención Primaria, ante la sospecha de este síndrome, debemos

realizar en primer lugar un despistaje de otras patologías entre las que destacan la ferropenia y los desequilibrios hidroelectrolíticos secundarios insuficiencia renal. Solicitaremos una analítica de sangre (hemograma, glucemia, transaminasas, parámetros de función renal y ferritina) y de orina. El diagnóstico diferencial incluye múltiples entidades, entre las que destacan trastorno por déficit de atención e hiperactividad, tics motores, dolores del crecimiento, acatisia y calambres musculares.

El abordaje terapéutico se centra en primer lugar en una adecuada higiene del sueño, así como en medidas educativas que busquen conseguir un horario regular de sueño, evitar comidas copiosas o el ejercicio, reducir el uso de televisión, móviles y videojuegos antes de ir a la cama, así como la revisión de la ingesta de ciertas sustancias entre las que destacan caféina, chocolate, antihistamínicos y antagonistas de dopamina. Ante un paciente con hipoferritinemia (especialmente cifras por debajo de 15 ng/ml) se ofrecerán recomendaciones dietéticas orientadas a la mejora en la ingesta y absorción del hierro. Se aconseja suplementar con hierro oral aquellos pacientes en los que adicionalmente detectemos en el hemograma anemia franca o signos sugestivos de ferropenia (microcitosis y aumento de la anchura de distribución eritrocitaria).

Bruxismo

Se caracteriza por una actividad rítmica de los músculos masticatorios pterigoideos internos y temporales que provocan una serie de contracciones forzadas de la mandíbula superior e inferior y una fricción de las superficies dentarias. Todo ello provoca un ruido muy molesto durante los episodios⁵.

Se estima que afecta en torno al 5% de la población general apareciendo a cualquier edad y durante cualquier fase del sueño⁴.

El diagnóstico es clínico y el tratamiento es instrumental, con utilización de férulas bucales de descarga para proteger los dientes. Ningún tratamiento farmacológico ha demostrado ser eficaz⁴.

Enuresis

Es la emisión involuntaria de orina durante el sueño. Este fenómeno ocurre normalmente en las fases de sueño lento y excepcionalmente en las fases de sueño superficial o durante el sueño REM⁹.

Su diagnóstico es clínico y de exclusión. Para ello, se debe descartar la presencia de alteraciones físicas o patologías asociadas. Este trastorno puede diagnosticarse a partir de los 5 años. Presenta una incidencia de entre el 10 y 16%. Es muy frecuente la presencia de historia familiar positiva para enuresis en los familiares de primer grado^{3,9}.

En cuanto a su fisiopatología, se postula que puede ser debida a un trastorno de sueño por aumento de fase lenta y del umbral de despertar^{4,9}. El manejo se basa en medidas no farmacológicas centradas en torno a la higiene del sueño, el uso de alarmas o en el tratamiento farmacológico con desmopresina.

Laringoespasmos nocturnos

Consiste en el cierre de la glotis, con producción de apnea, despertar, sensación de angustia, miedo y estridor, con una duración desde unos segundos hasta unos minutos. Aparece de forma más frecuente durante la fase de sueño lento. Puede asociarse durante el episodio desaturación, cianosis, taquicardia y cortejo vegetativo⁴.

Se ha relacionado con la presencia de reflujo gastroesofágico, si bien en el diagnóstico diferencial se debe descartar un origen epiléptico^{4,12}.

Es muy poco frecuente a todas las edades y su pronóstico es desconocido.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial de las parasomnias 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. La mayoría se han comentado en la descripción de las diferentes parasomnias. En la **Tabla 3** se resume el diagnóstico diferencial de las parasomnias más frecuentes⁶.

Sin duda, el diagnóstico diferencial más importante que debemos destacar por sus implicaciones pronósticas y manejo terapéutico es con los trastornos epilépticos, entre los que debemos destacar: epilepsias tónicas, epilepsia focal benigna de la infancia, epilepsia mioclónica juvenil, estatus epiléptico eléctrico

Tabla 3. Diagnóstico diferencial de las principales parasomnias.

Pesadillas	Terrores nocturnos Narcolepsia Trastorno de pánico SAOS
Terrores nocturnos	Pesadillas Alucinaciones hipnagógicas o hipnopómpicas Crisis epilépticas durante el sueño SAOS
Sonambulismo	Crisis epilépticas Deambulacion nocturna SAOS

SAOS: síndrome de apnea obstructiva del sueño.

durante el sueño y algunas variedades de epilepsias lóbulos frontales^{8,12}.

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 distónicas 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.

Los niños con epilepsia parcial refractaria tienen pequeñas alteraciones de la estructura del sueño (disminución fase 2 y aumento de las fases 3-4) que pueden ser considerados como consecuencias del síndrome epiléptico o ser secundarias al uso crónico de antiepilépticos.

Dos entidades entre las que es preciso realizar un diagnóstico diferencial son la epilepsia lobar frontal nocturna y las parasomnias del despertar (Tabla 2).

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^{4,8}.

La anamnesis deberá ir centrada hacia la realización de una completa historia clínica, haciendo hincapié en el desarrollo psicomotor, la evolución del crecimiento y la presencia de signos y síntomas de patología psiquiátrica. Asimismo, es esencial la realización de una exhaustiva exploración física. Debemos buscar activamente factores de riesgo de SAOS como son la micronagtia, la hipertrofia amigdalara, la desviación del septo nasal o las alteraciones de la úvula y el paladar.

Las pruebas complementarias deberán solicitarse en función del caso, y son poco necesarias de forma general. Podrían ser necesarias, en esos casos seleccionados, la polisomnografía o la videopolisomnografía. Hay que destacar que estas pruebas 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. La pulsioximetría nocturna podría ser valorada en caso de poca disponibilidad de polisomnografía para descartar la presencia

Tabla 4. Puntos clave de la valoración clínica de las parasomnias.

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

SAOS: síndrome de apnea obstructiva del sueño.

de SAOS⁸. Así mismo, 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.

En la Tabla 4 se resumen los puntos clave de la valoración clínica de estos pacientes.

CONCEPTOS BÁSICOS DEL TRATAMIENTO DE LAS PARASOMNIAS

El tratamiento de las parasomnias, al igual que la mayoría de los trastornos del sueño, es eminentemente no farmacológico. Por tanto, 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^{13,14}.

El primer abordaje se dirige hacia medidas de psicoeducación de la familia y del niño, que son a veces suficiente para

Tabla 5. Medidas de higiene del sueño.

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

mejorar la inquietud que muchas veces sufren ante las parasomnias.

El siguiente paso y de capital importancia es la higiene del sueño. Es prioritaria en la mayoría de los casos, siendo el único tratamiento en los trastornos del sueño de origen conductual y en casos de privación de sueño⁴. Como líneas básicas de tratamiento no farmacológico, las más destacadas son^{13,14}:

- Evitar la privación de sueño.
- Establecer horarios regulares de sueño.
- Mejorar la higiene de sueño en general (Tabla 5).
- Evitar los líquidos a la hora de cenar y acostarse. Vaciar la vejiga antes de dormir.
- Instaurar pequeñas siestas diurnas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pin Arboledas G, Soto Insuga V, Jurado Luque MJ, Fernández Gomariz C, Hidalgo Vicario I, Lluch Roselló A, et al. Insomnio en niños y adolescentes. Documento de consenso. *An Pediatr (Barc)*. 2017;86:1-11.
2. Pascual M, Estivill P, Albaresa J. Trastornos del sueño en la infancia. *An Pediatr Contin*. 2007;5:302-7.
3. Gaona V. Parasomnias en Pediatría: una visión clínica. *Pediatr Panamá*. 2017;46:52-7.
4. Iriarte J, Urrestarazu E, Alegre M, Viteri C, Artieda J. Parasomnias: episodios anormales durante el sueño. *Rev Med Univ Navarra*. 2005;49:46-52.
5. Pin Arboledas G. Bases fisiológicas y anatómicas del sueño. Evolución del sueño en la infancia y adolescencia. Clasificación internacional de los trastornos del sueño. Hábitos de sueño de la población española. *Pediatr Integral*. 2010;104:691-8.
6. Westchester IL. American Academy of Sleep Medicine. The international classification of sleep disorders: diagnostic & coding manual. 2.ª edición. American Academy of Sleep Medicine; 2005.
7. Guilleminault C, Biol D, Palombini L, Pelayo R, Chervin R. Sleepwalking and sleep terrors in prepuberal children: what triggers them? *Pediatrics*. 2003; 111:17-25.
8. Wills L, García J. Parasomnias. *Epidemiology and management*. *CNS Drugs*. 2002;16:803-10.
9. Merino Andreu M. Síndrome de piernas inquietas en niños. En: AEPap (ed.). *Curso de Actualización Pediatría 2008*. Madrid: Exlibris Ediciones; 2008. p. 67-73.
10. Picchiatti D, Allen RP, Walters AS, Davidson JE, Myers A, Ferini Strambi L. Restless legs syndrome: prevalence and impact in children and adolescents. The Peds REST study. *Pediatrics*. 2007;120:253-66.
11. Nevés T, Bader G, Sillén U. Enuresis, sleep and desmopressin treatment. *Acta Paediatr*. 2002;91:1121-5.
12. Sheldon S. Parasomnias in childhood. *Pediatr Clin N Am*. 2004;51:69-88.
13. Pin Arboledas G, Cubel Alarcón M, Martín González G, Lluch Rosell A, Morell Salort M. Hábitos y problemas con el sueño de los 6 a los 14 años en la Comunidad Valenciana. Opinión de los propios niños. *An Pediatr (Barc)*. 2011; 74:103-15.
14. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria. En: *Guía Salud [en línea]* [consultado el 23/07/2018]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_489_Trastorno_sue%C3%B1o_infadol_Lain_Entr_compl.pdf