



Parasomnias

Índice

- Parasomnias del sueño NREM
- Parasomnias del sueño REM
- Otras parasomnias
- Síntomas aislados o variantes de la normalidad
- Casos clínicos

Parasomnias



Abnormal movements, behaviors, emotions during various stages of sleep



Affects approximately 10% Americans



Risk factors are Parkinson's disease, narcolepsy, stroke & antidepressants



Triggered by alcohol, sleep deprivation, stress, depression, drugs or fever



Classified under Non-rapid eye movement (NREM) & rapid eye movement (REM)



NREM are common at younger age & REM common after age 50 years



Symptoms may include sleep-eating disorder, sleepwalking, nightmares, sleep paralysis & sleep aggression



Diagnosed by sleep studies & history

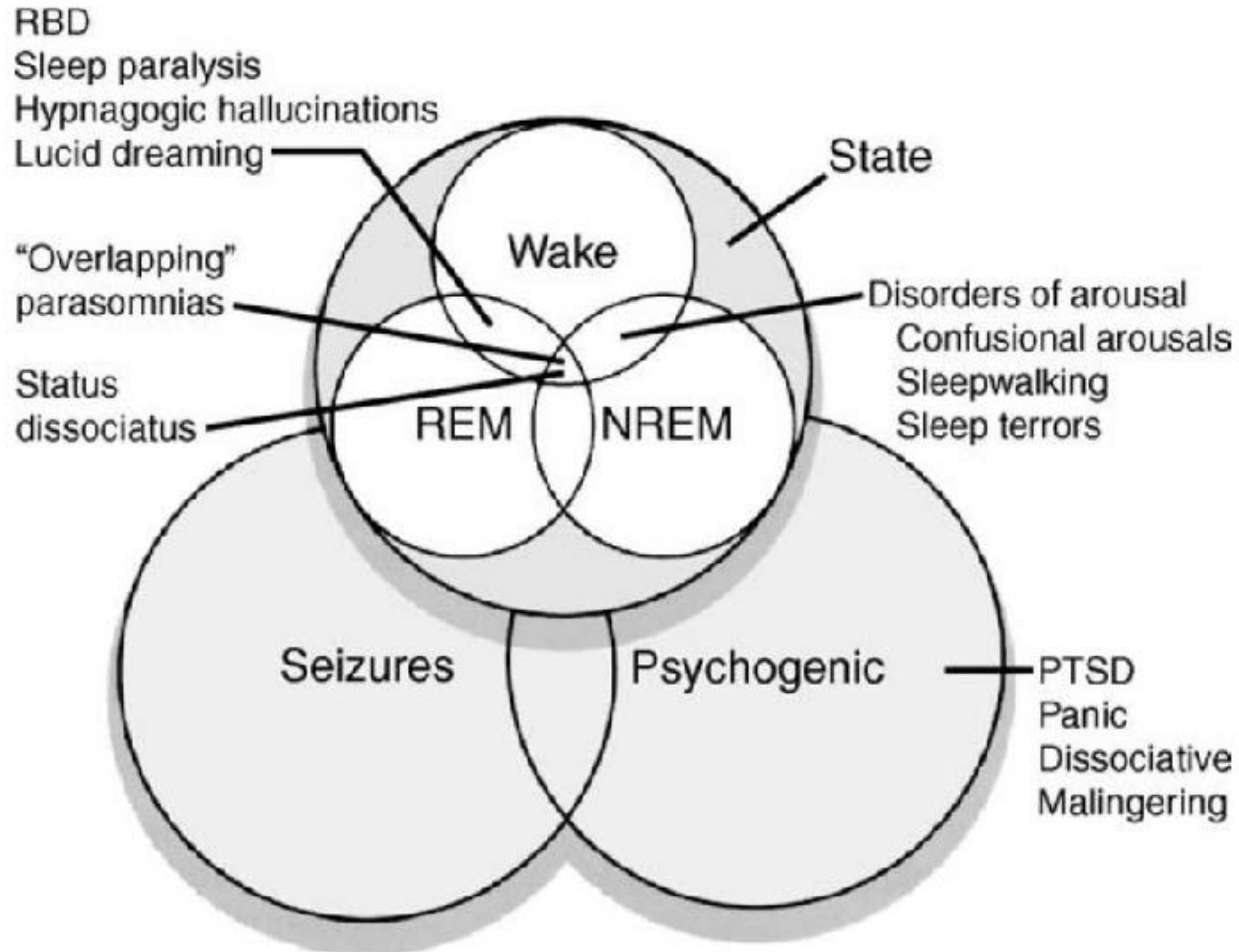


Treated by sleep modification & stress management



Complications are excessive daytime sleepiness & risk of accidents/ falls

Clasificación



Diagnóstico diferencial

Table 101-2 Distinguishing Features of Nocturnal Events

Feature	Disorders of Arousal	Sleep-Related Eating Disorder	REM Behavior Disorder	Recurrent Isolated Sleep Paralysis	Exploding Head Syndrome	Psychogenic Events	Nocturnal Seizures
Behavior	Confused; semipurposeful movement with eyes open	Eating typically high-calorie foods; eyes open	Sometimes combative with eyes closed	Episodes of inability to move	Painless sensation of explosion inside the head	Variable	Dependent on the portion of brain involved
Age of onset	Childhood and adolescence	Variable	Older adult	Variable	Adult	Adolescence to adulthood	Variable
Time of occurrence	First third of night	First half of night	During REM	Typically on awakening	Usually near sleep onset but can be variable	Anytime	Anytime
Frequency of events	Less than one per night	Variable	Multiple per night	Variable less than weekly	Rare	Variable	Frontal seizures—multiple per night
Duration	Minutes	Minutes	Seconds to minute	Seconds to minutes	Seconds	Variable minutes or longer	Usually under 3 minutes
Memory of event	Usually none	Usually none or limited	Dream recall	Yes	Yes	None	Usually none
Stereotypical movements	No	No	No	No	Similar sensation	No	Yes
Polysomnogram findings	Arousals from slow wave sleep	Arousal from NREM sleep	Excessive electromyogram tone during REM sleep	Arousal from REM sleep	Usually occurs in light sleep	Occur from awake state	Potentially epileptiform activity

Clasificación por edades

Sleep Terrors	Sleep Walking	Nightmares	Sleep Paralysis
Age: 4-12 years	Ages: 5-12 years	Any age, often seen in children with PTSD or anxiety disorders	Age: Adolescents but can occur at any age
Occurs in NREM sleep	Occurs in NREM sleep	Occurs in REM sleep	Occurs in REM sleep
Does not remember the episode later	Occurs in about 15% of children. Can cause injury. Usually resolves in adolescents.	Can recall the dream which distinguishes it from sleep terrors	Seen often in patients with narcolepsy

I. Parasomnias NREM

- Alta prevalencia en población pediátrica
- Más frecuente desde sueño de ondas lentas (fase 3 y 4)
- Mayor frecuencia en el primer tercio de la noche (30 minutos a 2 horas)
- Despertar con desorientación, amnesia y confusión

Cuadro 12.6 Características clínicas de los trastornos del despertar

- Inicio en la infancia.
- Antecedentes familiares.
- Primer tercio de la noche.
- Durante el sueño profundo.
- Un solo evento por noche.
- Frecuencia variable al mes.
- Precipitado por el estrés y la privación de sueño.
- Comportamiento no estereotipado.
- Asociado a pesadillas en las que se debe escapar.
- Amnesia total o parcial del evento.

Fisiopatología

- Transición incompleta de sueño NREM-Vigilia (inmadurez SNC)

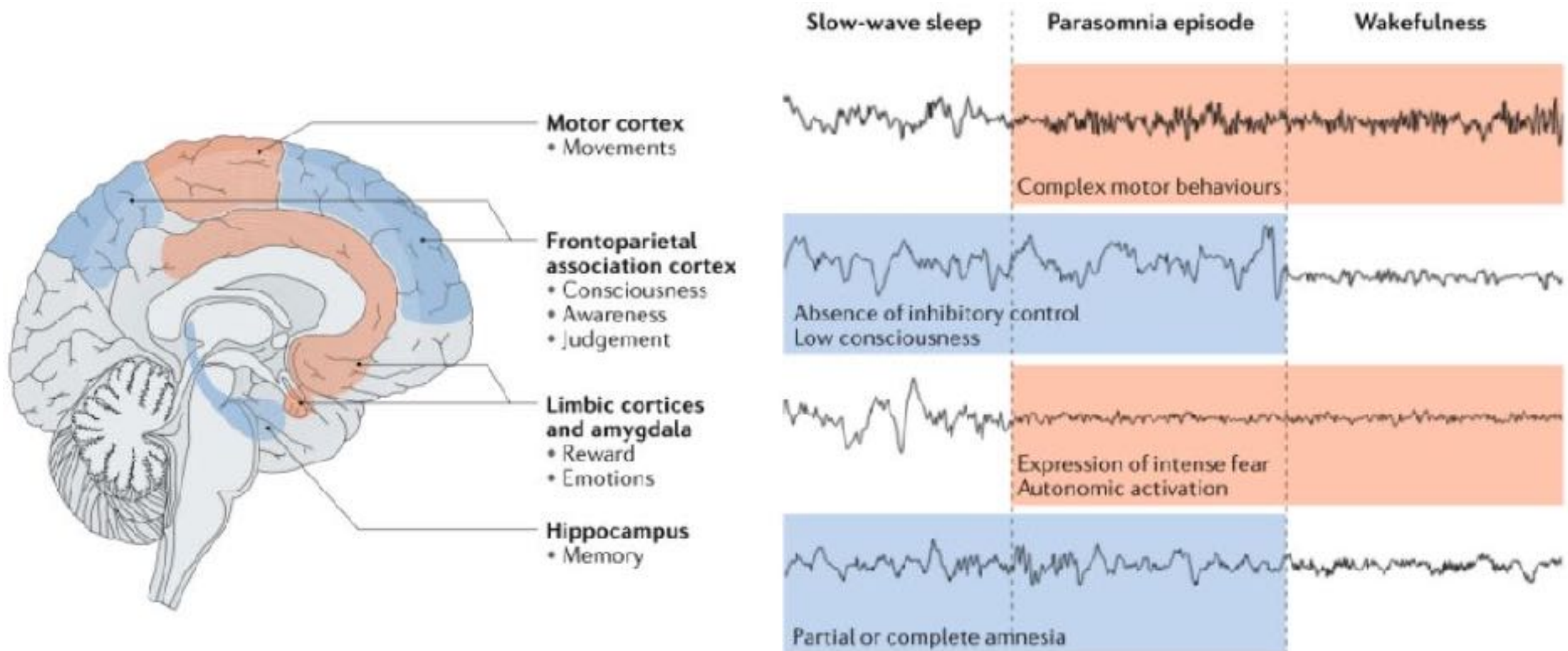


Fig. 3 | **Sleep-wake dissociation in disorders of arousal.** The coexistence of non-rapid eye movement sleep-like patterns in the frontoparietal associative cortices and hippocampus (blue shading) and wake-like patterns in the motor cortex and limbic structures (red shading) might underlie behavioural and cognitive dissociation during parasomnia episodes.

Criterios diagnósticos

- Episodios recurrentes de despertar incompleto
- Falta de respuesta o respuesta inapropiada a la intervención o redirección del episodio
- Limitado/ sin conciencia/ imágenes del sueño
- Amnesia parcial o completa del episodio

Parasomnias NREM

- Sonambulismo
- Despertar confusional
- Terrores nocturnos
- Síndrome de la cena durante el sueño

Behavioral Pattern

Plate I: Confusional arousal

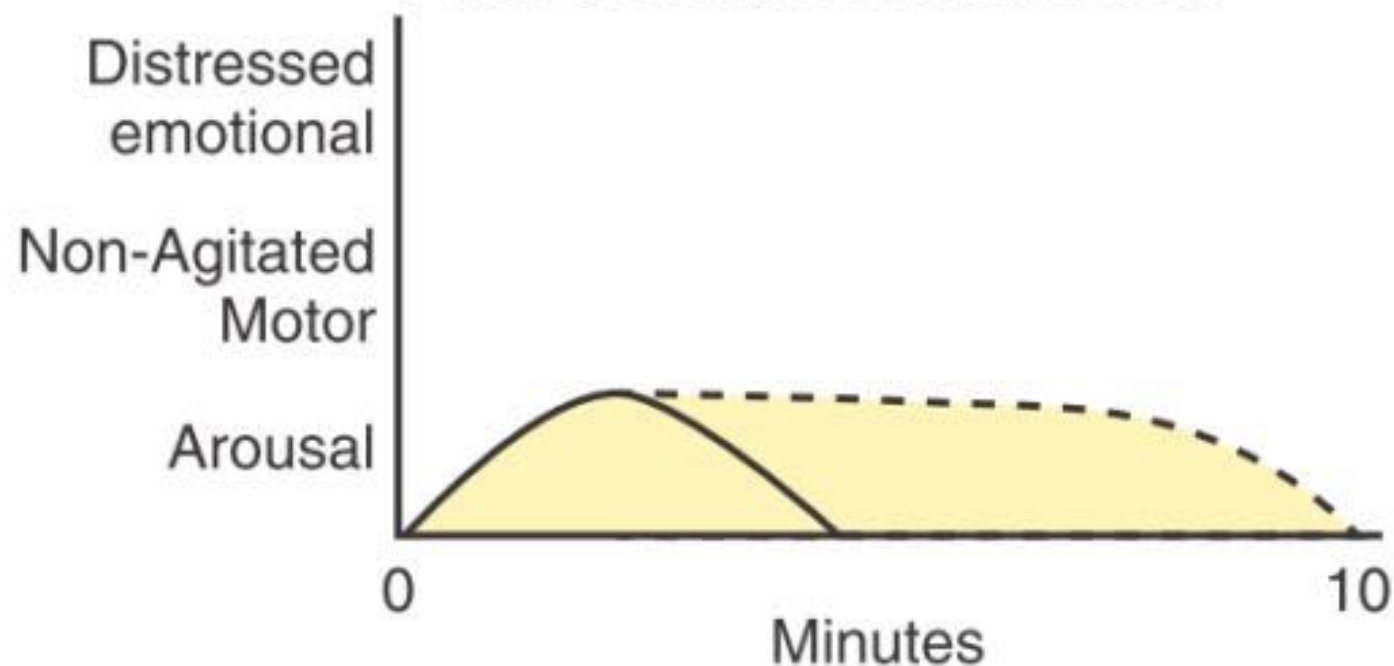
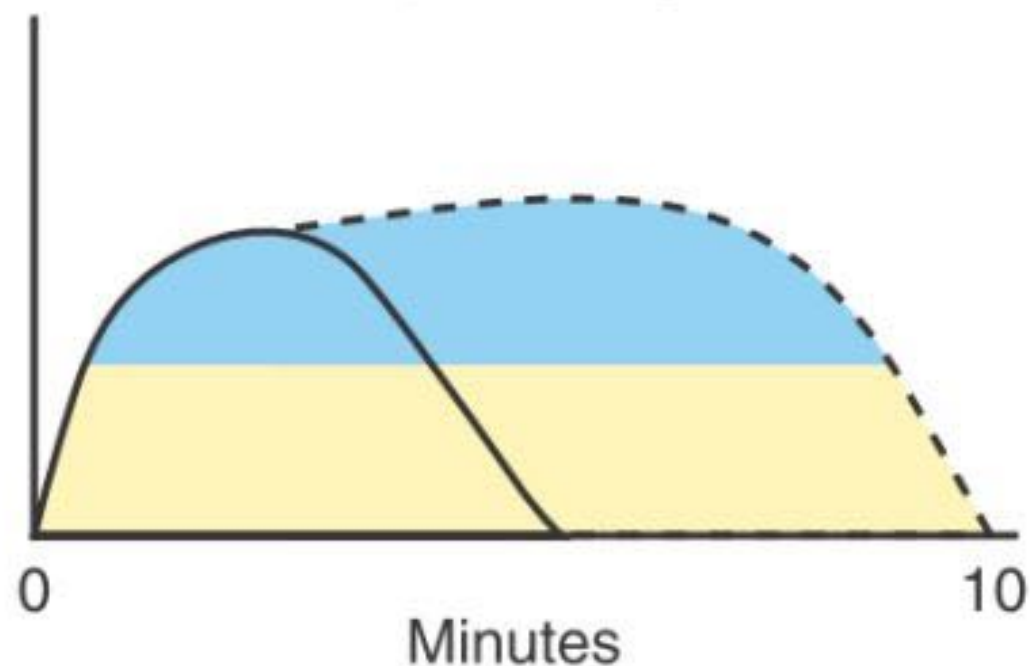


Plate II: Sleep walking



Behavioral Pattern

Plate III: Sleep Terror

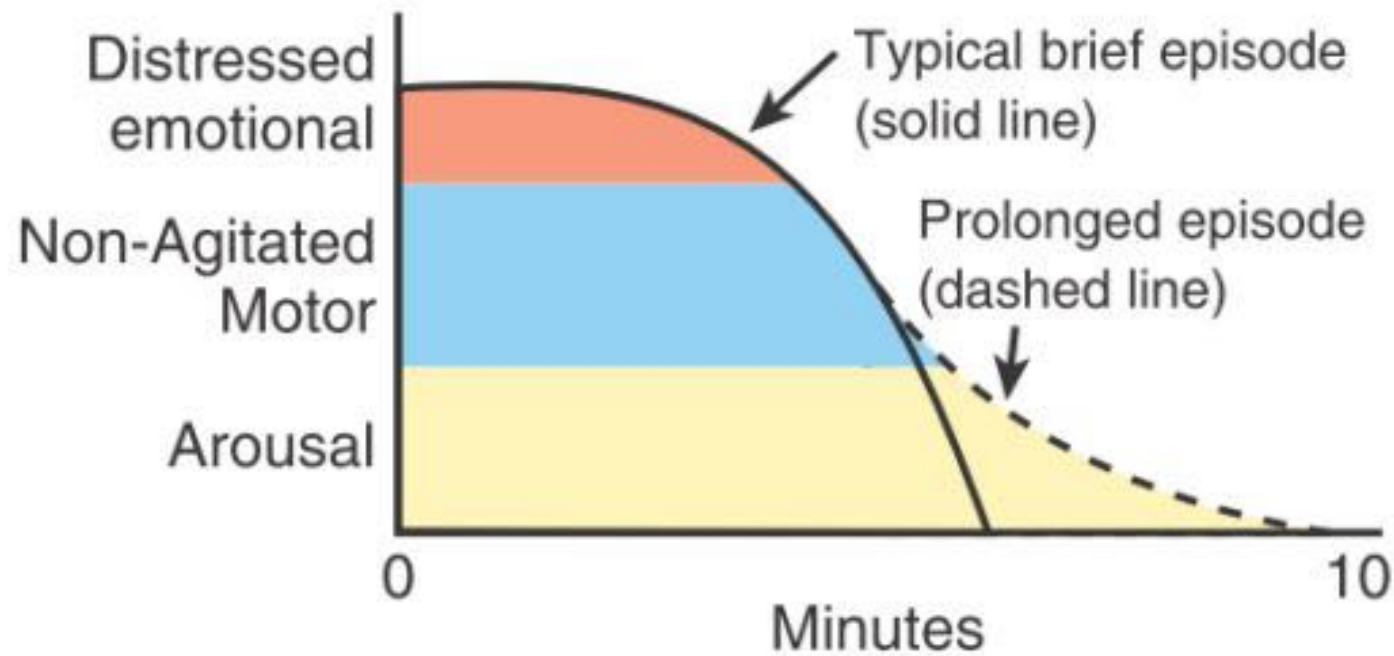
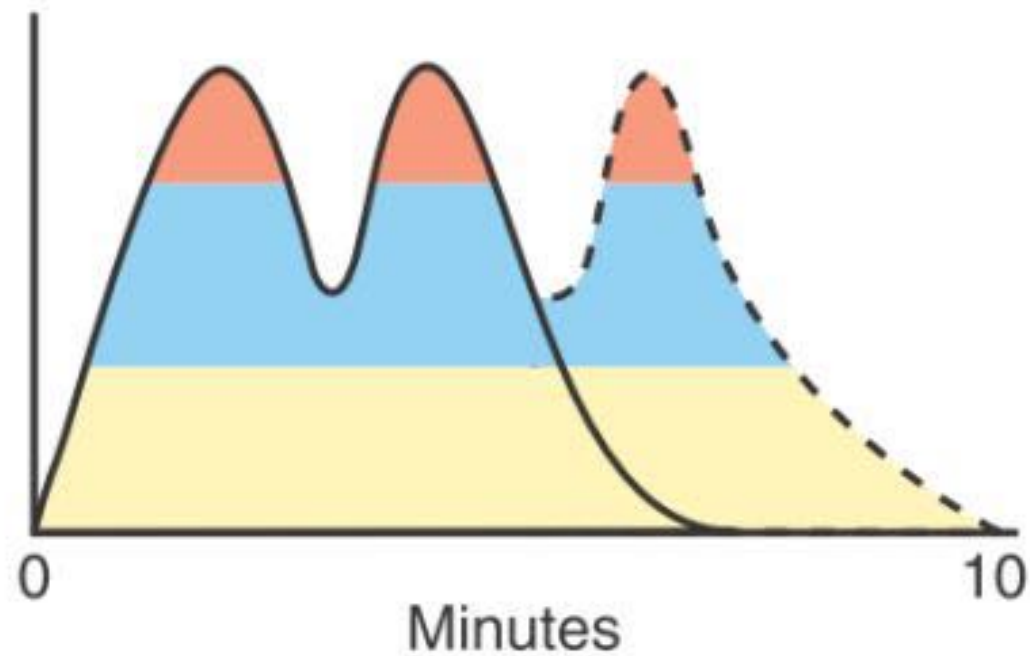


Plate IV: Mixed episode



Factores predisponentes

Factores genéticos

HLA DQB1*05

HLA DQB1*04

**Cromosoma 20q12-
q13.12 locus**

Factores madurativos

Síndrome de piernas inquietas

Factores precipitantes

Despertares durante el sueño

Aumentan sueño ondas lentas

Situaciones estresantes

SAOS

RGE

Estrés

J Clin Sleep Med. 2016 Apr 15;12(4):565-70. doi: 10.5664/jcsm.5692.

Not Only Sleepwalking But NREM Parasomnia Irrespective of the Type Is Associated with HLA DQB1*05:01.

Heidbreder A^{1,2}, Frauscher B², Mitterling T², Boentert M¹, Schirmacher A¹, Hörtnagl P³, Schennach H³, Massoth C¹, Happe S⁴, Mayer G⁵, Young P¹, Högl B².

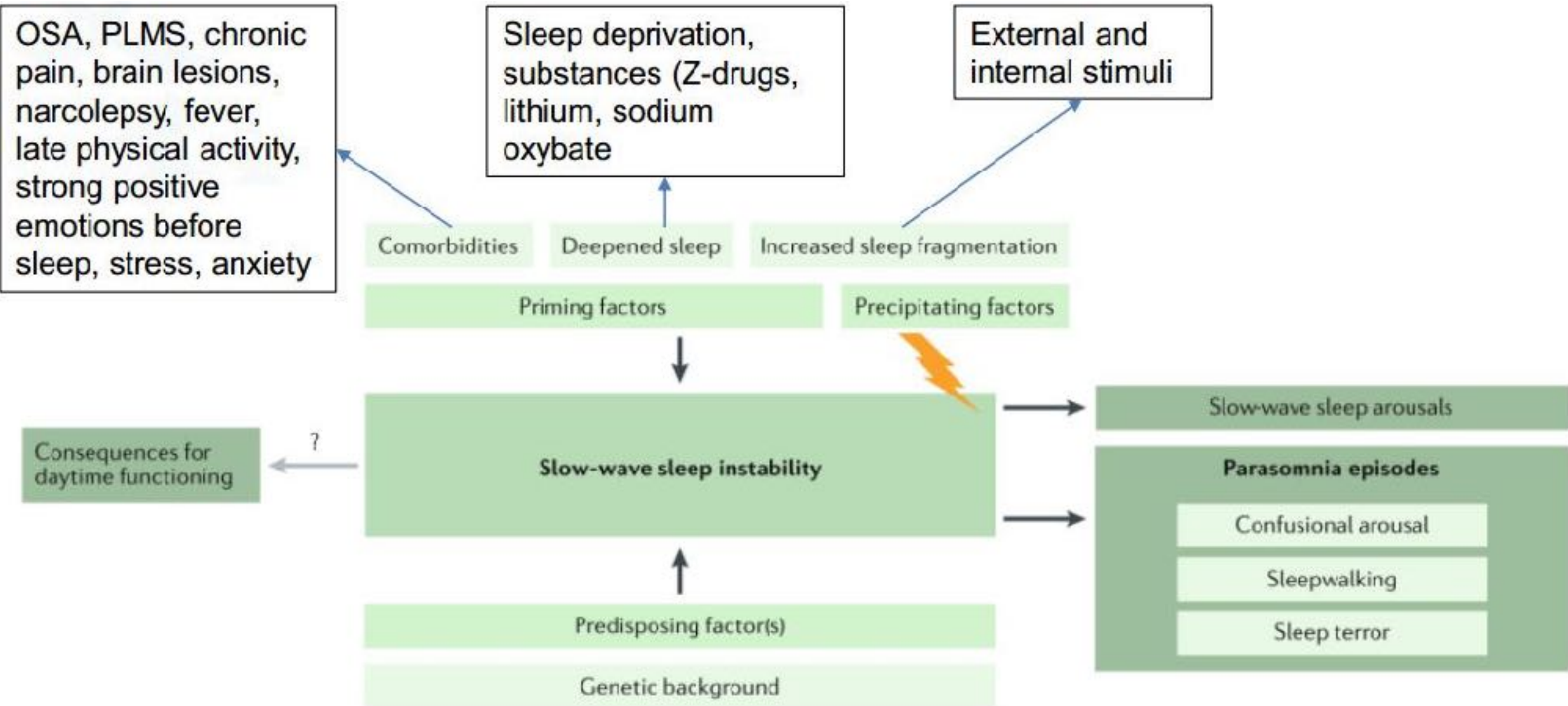
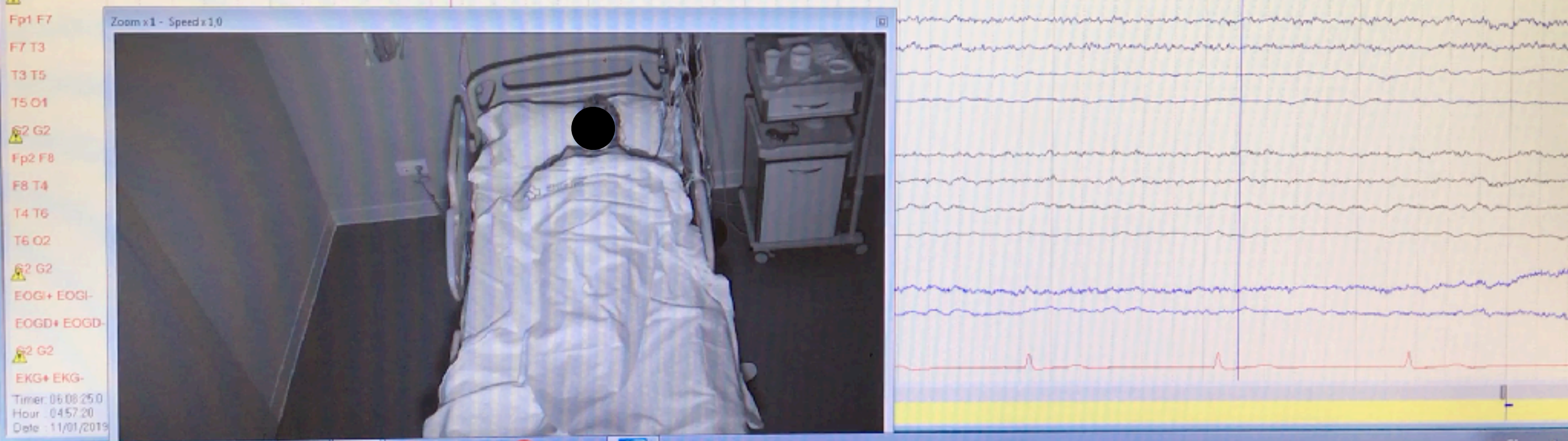
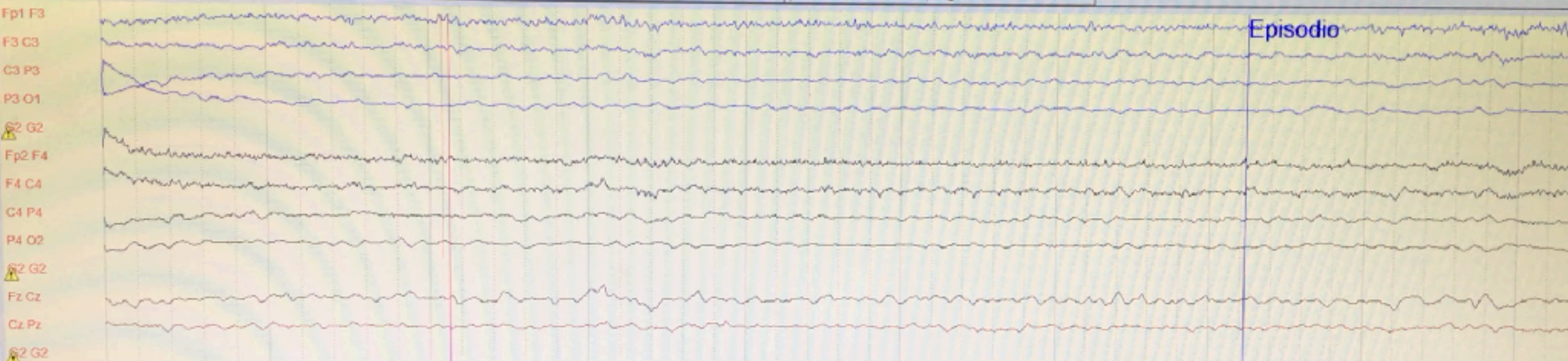
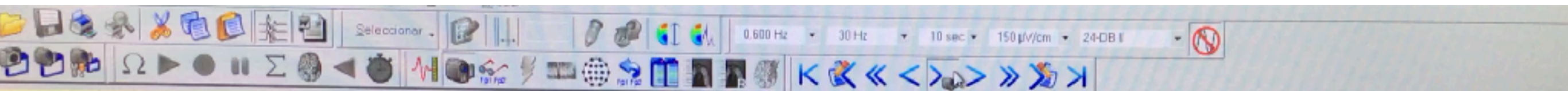


Fig. 4 | **A pathophysiological model of disorders of arousal.** A combination of predisposing and priming factors leads to increased slow-wave sleep instability that promotes the occurrence of disorder of arousal episodes, potentially triggered by precipitating factors.

Despertar confusional

- Borrachera del sueño o síndrome de Elpenor
- Desorientación, comportamientos automáticos
- **No deambulación**
- Prevalencia niños 17% // adultos 3-4%
- Breve, sin respuesta a estímulos externos y amnesia posterior



Sonambulismo

- Deambulaci3n /comportamientos complejos fuera de cama
- Prevalencia pedi3trica 29,1% // adultos 1-4%
- Desde vagar sin rumbo a comportamientos complejos, prolongados e inapropiados
- No responden redirecci3n
- Consecuencias graves
- Asociado con otros trastornos del sue1o



“The Sleepwalker”, Maximilian Pirner 1878



Antidepresivos

Antibióticos

Antipsicóticos

Benzodiazepinas

Sonambulismo

Antihipertensivos

Antiasmáticos

Antiepilépticos

Ann Pharmacother. 2000 Oct;34(10):1208.

Amitriptyline and somnambulism.

Ferrandiz Santos JA, Mataix-Sanjuan AL.

PMID: 11054994 DOI: [10.1345/aph.10073](https://doi.org/10.1345/aph.10073)

J Clin Psychiatry. 2003 Apr;64(4):483.

Paroxetine-induced somnambulism.

Kawashima T, Yamada S.

PMID: 12716257

Psychiatr Danub. 2013 Mar;25(1):80-3.

Sleepwalking in four patients treated with quetiapine.

Raja M¹, Raja S.

Case Rep Pulmonol. 2013;2013:813786. doi: 10.1155/2013/813786. Epub 2013 Sep 5.

Sleeptalking! Sleepwalking! Side effects of montelukast.

Alkhuja S¹, Gazizov N, Alexander ME.

J Clin Psychopharmacol. 2010 Feb;30(1):83-4. doi: 10.1097/JCP.0b013e3181c9c8a2.

Bupropion-Induced sleepwalking.

Oulis P, Kokras N, Papadimitriou GN, Masdrakis VG.

PMID: 20075658 DOI: [10.1097/JCP.0b013e3181c9c8a2](https://doi.org/10.1097/JCP.0b013e3181c9c8a2)

Pediatr Infect Dis J. 1999 May;18(5):484-5.

Agitated sleepwalking with fluoroquinolone therapy.

von Vigier RO, Vella S, Bianchetti MG.

Indian J Med Sci. 2003 Nov;57(11):508-10.

Topiramate induced somnambulism and automatic behaviour.

Varkey BM, Varkey LM.

Can J Neurol Sci. 2014 Nov;41(6):787-8. doi: 10.1017/cjn.2014.101. Epub 2014 Oct 30.

Propranolol-Induced Somnambulism: A Case-report in a Patient with Essential Tremor.

Huynh NT¹, Huot P¹.

Int J Legal Med. 2015 Jan;129(1):85-8. doi: 10.1007/s00414-014-0997-x. Epub 2014 Apr 27.

Sleep self-intoxication and sleep driving as rare zolpidem-induced complex behaviour.

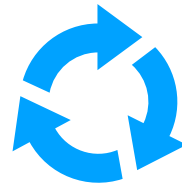
Paulke A¹, Wunder C, Toennes SW.

Zolpidem

- Sonambulismo
- Síndrome de la cena durante el sueño



Fármaco hipnótico



¡PRECAUCIÓN!

Síndrome de piernas inquietas

Terrores nocturnos

- Despertar brusco que inicia con grito o llanto y miedo intenso
- Prevalencia en niños 14-56 % // adultos 2,2 %
- Desaparece 12-15 años
- **Hiperactividad autonómica**
- Amnesia parcial o completa del episodio
- Fragmentación del sueño

Síndrome de la cena durante el sueño

- Episodios recurrentes de necesidad imperiosa e involuntaria de comer sin hambre y dificultad para conciliar el sueño si no se consigue
- Inicio en la adolescencia. Episodios toda la noche, breves y múltiples.
- Alimentos ricos en carbohidratos; combinaciones peculiares; alimentos crudos, tóxicos o congelados
- Amnesia al encontrar restos de comida. Síntomas diurnos
- Prevalencia 0,5%. Sexo femenino
-  Aumento de peso, DM, DLP, caries



Síndrome de la cena durante el sueño

- Variante del sonambulismo
- Manifestación no motora del SPI
- Factores precipitantes: **zolpidem**, litio, quetiapina, anticolinérgicos, alcohol, narcolepsia, estrés

Diagnóstico diferencial

- Trastornos alimentarios (bulimia y anorexia nerviosa)
- Síndrome de la ingesta durante la noche
- Síndrome de Kleine Levine

Cuadro 12.8 Características clínicas del síndrome de la cena durante el sueño

- Inicio en la tercera década de la vida.
- No suele haber antecedentes familiares.
- Uno o varios episodios por noche.
- Episodios a lo largo de toda la noche.
- Desde cualquier fase de sueño.
- Frecuencia constante al mes.
- Sin precipitantes.
- El paciente puede estar alerta o confuso.
- Consumo de productos hipercalóricos o inapropiados.
- Posibles accidentes.
- Amnesia total o parcial del evento.
- Sensación de culpa y anorexia al día siguiente.
- Obesidad.

Tratamiento

- Eliminar factores precipitantes
- AD ISRS; Agonistas dopaminérgicos(Pramipexol 0,36 mg/d)
- Topiramato 135 mg/d

Sexomnia

- Comportamientos sexuales anormales durante el sueño
- En ocasiones en relación con crisis nocturnas o comorbilidad con enfermedad de parkinson o narcolepsia
- Consecuencias legales

Cuadro 12.7 Características de la sexomnia

- Inicio entre los 14 y los 28 años de edad.
- Predominio en varones.
- Comportamientos sexuales inapropiados e inhabituales.
- Frecuencia variable.
- No se asocia a sueños.
- Asociación con el sonambulismo.
- Amnesia completa de los episodios.
- Implicaciones legales y forenses.
- Buena respuesta al clonazepam.

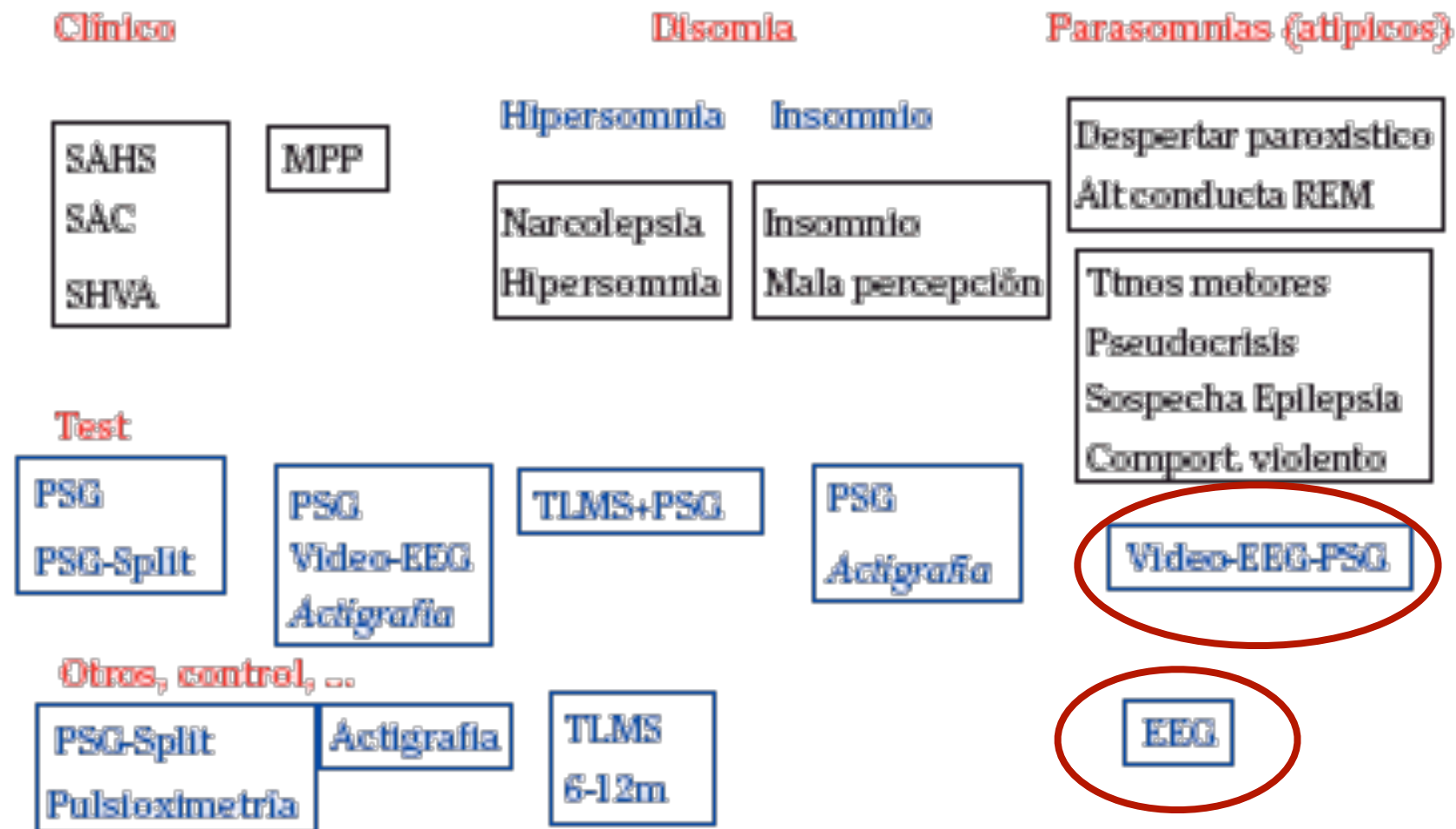
Sexomnia

- Factor precipitante: trabajos a turnos, toma de AD ISRS
- Tratamiento: **clonazepam**; si comorbilidad con SAOS se corrige con CPAP; si causa ictal, antiepilépticos

Evaluación clínica

1. Historia clínica (paciente y los padres / el compañero de cama)
2. Orientación diagnóstica
3. Prueba complementaria: V-EEG polisomnografía

Resumen: Diagnóstico de los trastornos del sueño



•NO: Depresión, Parasomnias típicas, Piernas inquietas, tícos ritmo circadiano, ..

Figura 7. Aproximación diagnóstica de la patología más habitual del sueño e indicaciones de las pruebas en función de la sospecha clínica.

Diagnóstico diferencial

1. Trastorno de conducta de sueño REM (PSG)
2. Crisis epilépticas durante el sueño (Video EEG nocturno)
3. Trastorno disociativo (anamnesis)
4. Trastornos comórbidos (PSG)

Indicaciones de PSG

Indicaciones de la Academia Americana de sueño (AASM)

Edad, inicio, duración o comportamiento atípico o inusual

Frecuencia mayor a 2-3 veces por semana

Episodio potencialmente dañino

Causa epileptógena

Video-EEG

- Ondas en frecuencia delta en EEG hipsíncronas asociadas a un despertar
- Tras el despertar, actividad cortical lenta persistente, que conduce hacia un ritmo alfa o sueño NREM

Diagnóstico diferencial

Parasomnia	Conducta	Síntomas Autonómicos	Amnesia	Factores precipitantes	Sexo	Momento de la noche	Duración
Despertar confusional	Desorientación En cama	-	Presente	Privación de sueño	-	Primera mitad	Minutos
Sonambulismo	Deambulación	-	Presente	Privación de sueño	-	Primera mitad	Minutos
Terror nocturno	Gritos llanto agitación	Presentes	Presente	Privación de sueño	-	Primera mitad	Minutos
Síndrome de la cena durante el sueño	Comida extraña con muchas calorías	-	Presente	Privación de sueño SPI Hipnóticos	Mujer	Primera mitad	Minutos
Enuresis nocturna	Pérdida de control vesical	-	Presente	Privación de sueño	Hombre	Cualquiera	Segundos-minutos
Sexomnia	Comportamiento sexual anormal	-	Presente	Privación de sueño	Hombre	Cualquiera	Minutos

Tratamiento

1. Tranquilizar al paciente/ padres. Entidad benigna
2. Ambiente seguro
3. Higiene del sueño
4. Tratar comorbilidades (OSA, RLS, retirar sedantes)
5. Farmacológico

Farmacoterapia

- 1ª línea: **Clonazepam** (BZD) 
- Antidepresivos serotoninérgicos (terrores nocturnos)
- Trazodona, imipramina, paroxetina
- Psicoterapia, hipnoterapia

Trastorno por superposición de parasomnias (overlapping)

- Aspectos clínicos de parasomnia del sueño NREM y REM
- Inicio en jóvenes
- Secundaria a: EM, narcolepsia, tumores cerebrales, traumatismos craneales, abuso de alcohol y otros tóxicos

Status disociado

- Desintegración entre vigilia-sueño NREM-sueño REM
- No se identifican las fases de sueño normales en PSG
- Actividad motora compleja durante el sueño
- Disfunción tálamo-límbica mediado por GABA
- Secundario a retirada de alcohol, encefalitis autoinmune subaguda anti NMDA, sinucleinopatías

Agrypnia excitata

- Hiperactividad simpática y motora continua
- Pérdida de sueño de ondas lentas, de la arquitectura normal del sueño y disociación de grafoelementos NREM
- Relación con insomnio familiar fatal, otras enfermedades priónicas, retirada de alcohol
- Clonazepam, alprazolam, carbamazepina, melatonina

II. Parasomnias REM

- Trastorno de conducta del sueño REM (RBD)
- Trastorno por pesadillas
- Parálisis del sueño aislada recurrente

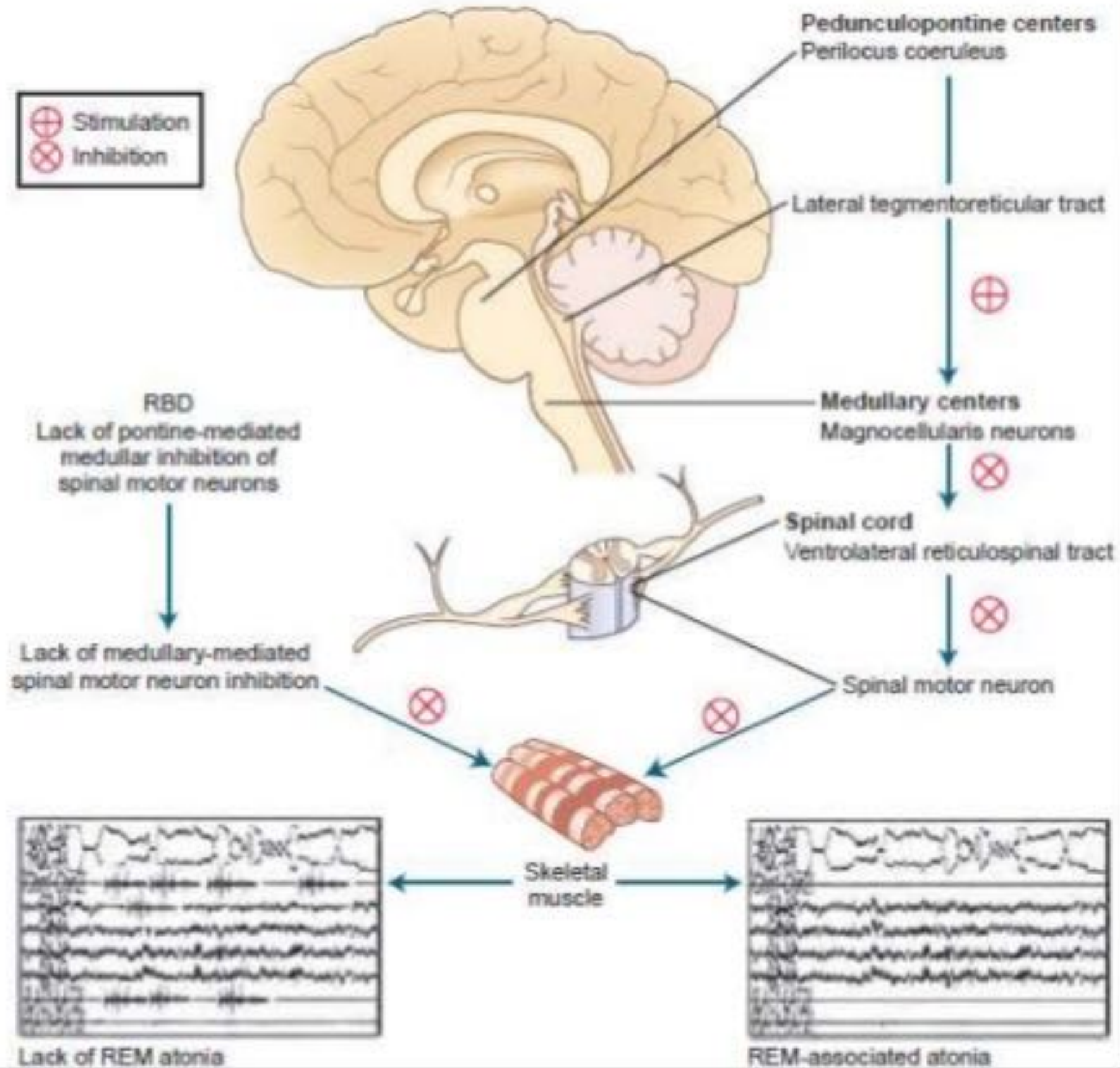
TCSREM

- Conductas vigorosas, pesadillas con **ausencia de atonía en REM**
- Contenido sueño: discusión, pelea, persecución, ataques
- Idiopático o sintomático
- Prevalencia 7,7% en ancianos.
50% de narcolépticos
- Reconocida como una forma precoz de una Alpha-sinucleinopatía (ancianos)/
síntoma de Narcolepsia (joven)

Cuadro 12.5 Características del trastorno de conducta durante el sueño REM

- Sujetos de más de 50 años.
- Más frecuente en varones.
- Pesadillas del tipo peleas, discusiones y persecuciones.
- Movimientos vigorosos en el sueño (puñetazos, patadas, gesticulaciones, caídas de la cama, etc.).
- Vocalizaciones durante el sueño (gritos, diálogos, quejidos, etc.).
- El 15% de los pacientes dicen dormir bien y no se acuerdan de tener pesadillas ni de presentar conductas vigorosas motoras y vocales durante el sueño.
- La presencia del compañero de cama es muy importante para sospechar y caracterizar el cuadro clínicamente.
- La video-polisomnografía muestra que en la fase REM hay un aumento excesivo de actividad muscular asociada a conductas vigorosas motoras o vocales.
- El montaje polisomnográfico ideal para detectar el trastorno de conducta durante el sueño REM debe incluir electrodos colocados en el mentón y en ambos músculos flexores superficiales de los dedos.
- La gran mayoría de los pacientes con la forma idiopática van a desarrollar con el tiempo la enfermedad de Parkinson, la demencia con cuerpos de Lewy y, más raramente, la atrofia multisistémica.
- No se asocia a enfermedad de Alzheimer.
- Se debe a la disfunción de los núcleos del tronco (*subpretectus* y *magnocellularis*), que normalmente inhiben el tono muscular en el sueño REM.
- Neurotransmisores implicados de forma principal: glutamato, GABA y glicina.
- El clonazepam y la melatonina disminuyen la frecuencia e intensidad de las pesadillas y de las conductas vigorosas.
- El clonazepam y la melatonina no evitan la conversión de la forma idiopática a una enfermedad neurodegenerativa.
- Los pacientes con la forma idiopática son candidatos a participar en ensayos con fármacos supuestamente neuroprotectores.

PATHOPHYSIOLOGY OF REM SLEEP BEHAVIOR DISORDER



Diagnóstico TCSREM

Criterios diagnósticos ICSD-3 por la American Academy of sleep Medicine

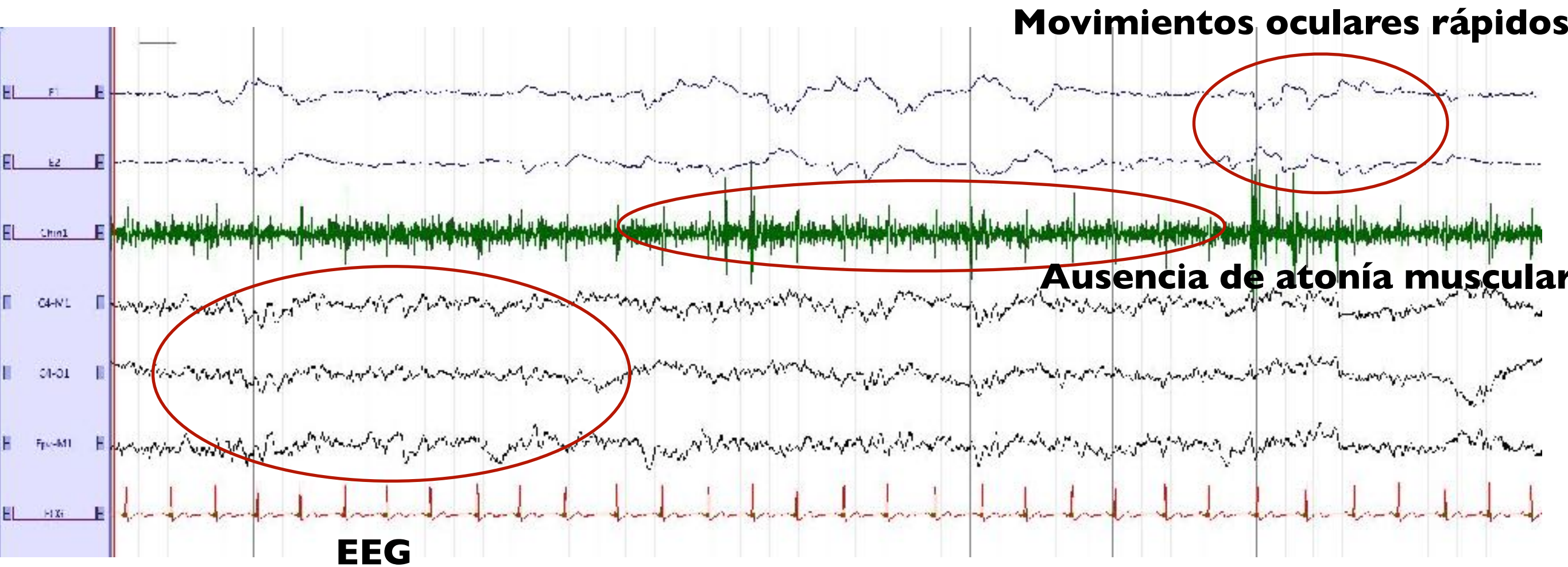
Episodios repetidos de vocalizaciones/conductas complejas durante el sueño

Conducta documentada mediante PSG que ocurre en fase REM/basada en historia clínica que presumiblemente se produce en REM

La **polisomnografía** (PSG) demuestra ausencia de atonía muscular en fase REM

Ausencia de otro trastorno médico, psiquiátrico o uso de sustancias

PSG en RBD



TCSREM

- Infradiagnosticada
- Despertar fácil y reorientación rápida
- Los episodios ocurren más en la **segunda mitad de la noche**
- Daños y caídas de la cama
- **Polisomnografía: diagnóstico definitivo**

PSG en TCSREM

- EMG submentoniano / Extremidades (flexor superficial de los dedos, tibial anterior)
- Actividad EMG fásica en al menos el 50% una época de 30 segundos. Actividad EMG tónica en twichs 0,1-5 segundos
- Actividad EMG (tónica y fásica) al menos 27% de una época de 30 segundos
- Una noche de estudio es suficiente

Questionnaires

- REM Sleep Behavior Disorder Screening Questionnaire
- REM Sleep Behavior Disorder Questionnaire Hong Kong
- Mayo Sleep Questionnaire
- Innsbruck REM Sleep Behavior Disorder Inventory

Clasificación

Primario (idiopático)

Presentación precoz de sinucleinopatía

No presentan síntomas motores/cognitivos

Pueden presentar **hiposmia**, depresión, estreñimiento,
reducción de la captación de dopamina en el putamen

Exploración física: bradicinesia, hipomimia

Déficits test neuropsicológicos
Lentificación en el EEG

Depósitos de alfa sinucleína en órganos periféricos

Secundario (sintomático)

Asociado a enfermedades médicas o fármacos

Enfermedades **neurodegenerativas**,
autoinmunes, **lesión** o **medicación**

Afecta Tronco-encefalo, estructuras límbicas
(amígdala), vías atonía REM

Tricíclicos, ISRS, ISRN, beta bloqueantes

Retirar el fármaco, desaparecen los episodios

PSG: Patrones complejos con alteraciones
respiratorias, arquitectura anormal

Progresión hacia una sinucleinopatía

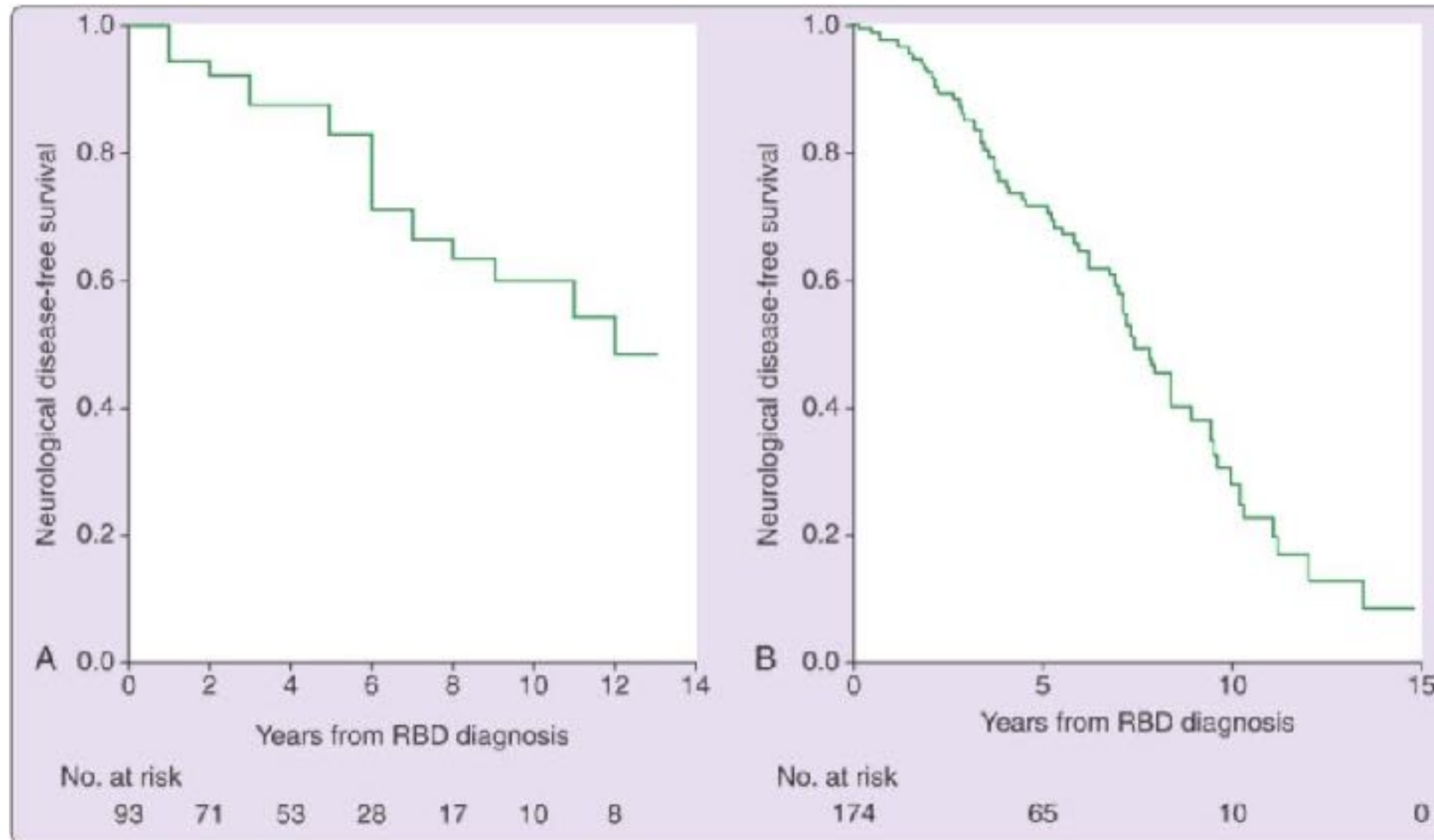


Figure 103-3 Progression from Idiopathic REM Sleep Behavior Disorder (RBD) to Fully Developed Synucleinopathies. Kaplan-Meier curves showing the rate of progression from idiopathic RBD to fully developed synucleinopathies in two studies. **(A)**, Modified from Postuma RB, Gagnon JF, Vendette M, et al. Quantifying the risk of neurodegenerative disease in idiopathic REM sleep behavior disorder. *Neurology* 2009;72:1296–1300, with permission.⁷² **(B)**, Modified from Iranzo A, Fernandez-Arcos A, Tolosa E, et al. Neurodegenerative disorder risk in idiopathic REM sleep behavior disorder: study in 174 patients. *PLoS One* 2014;9:e89741, with permission.⁷⁴

Neurology. 1996 Feb;46(2):388-93.

Delayed emergence of a parkinsonian disorder in 38% of 29 older men initially diagnosed with idiopathic rapid eye movement sleep behaviour disorder.

Schenck CH¹, Bundlie SR, Mahowald MW.

29 sujetos con RBD, desarrollan parkinsonismo 11 de ellos (38%) a los 4 años del diagnóstico y 13 años después del inicio de síntomas RBD

Sleep Med. 2013 Aug;14(8):744-8. doi: 10.1016/j.sleep.2012.10.009. Epub 2013 Jan 22.

Delayed emergence of a parkinsonian disorder or dementia in 81% of older men initially diagnosed with idiopathic rapid eye movement sleep behavior disorder: a 16-year update on a previously reported series.

Schenck CH¹, Boeve BF, Mahowald MW.

Después de 16 años, el 81% había desarrollado PD, DCL o MSA

Lancet Neurol. 2006 Jul;5(7):572-7.

Rapid-eye-movement sleep behaviour disorder as an early marker for a neurodegenerative disorder: a descriptive study.

Iranzo A¹, Molinuevo JL, Santamaría J, Serradell M, Martí MJ, Valdeoriola F, Tolosa E.

44 pacientes, 20 de ellos (45%) con RBD desarrollan en 5 años una enfermedad neurodegenerativa

73% a los 10 años y el 92,5% a los 14 años

Manejo

- Ambiente seguro. Higiene del sueño
- Si hay riesgo de lesiones/ pesadillas molestas/ conductas molestas al paciente ó compañero:
 - 1ª línea de tratamiento: **Clonazepam (0,25-4 mg) y melatonina (3-12 mg)**
- **No son efectivos agonistas dopaminérgicos**

Aspectos éticos

¿Debemos informar al paciente del riesgo de desarrollar una enfermedad neurodegenerativa?

- No tienen síntomas motores / cognitivos
- No hay recursos para frenar el desarrollo de una enfermedad neurodegenerativa
- No se desarrolla en todos los casos ni de forma inmediata

Aspectos éticos

- Informar al paciente con cuidado
- Recomendar un **seguimiento médico**, con consultas de forma periódica
- Identificar de forma precoz cualquier síntoma motor/cognitivo
- Dar esta información de forma gradual

Trastorno por pesadillas

- Sueños repetidos que se recuerdan, disfóricos, contenido de persecución, necesidad de sobrevivir y ponerse a salvo
- Despertar con reorientación rápida y alerta
- Repercusión clínica (angustia, discapacidad social/ocupacional)
- Se trata si repercute en el paciente (**prazosina** 1-16mg, terapia cognitiva conductual)



“The nightmare”, Johann Heinrich Fussli 1781

Criterios diagnósticos

Table 53-1 Diagnostic Criteria for Nightmare Disorder from the DSM-5 and ICSD3

	DSM-5	ICSD3
A. Nature of recalled dream	Repeated occurrence of extremely dysphoric, well-remembered dreams, usually involving threat and occurring in the second half of sleep	Repeated occurrence of extremely dysphoric, well-remembered dreams, usually involving threat and occurring in the second half of sleep
B. Nature of awakening	Becomes alert and oriented on awakening	Becomes alert and oriented on awakening
C. Nature of distress	Causes clinically significant distress or impairment	Causes clinically significant distress or impairment in one of the following areas: mood, sleep, cognition, family, behavior, daytime sleepiness, fatigue, occupation, social
D. Differential diagnosis	Not substance derived	N/A
E. Differential diagnosis	Not due to other mental or medical disorder	N/A
Duration	Acute: <1 mo Subacute: <6 mo Persistent: >6 mo	N/A Note: Nightmare disorder only diagnosed in children in cases of persistent distress
Severity	Mild: <1 per wk Moderate: 1-6 per wk Severe: ≥7 per wk	

Parálisis del sueño aislada recurrente

- La atonía muscular del sueño REM se extiende a la vigilia
- Incapacidad total para moverse con conciencia completa (excepto músculos extraoculares y diafragma)
- Aislada (benigno) / secundaria (narcolepsia y otras)
- Produce miedo y angustia
- Hipnagógica/ hipnopómpica

Parálisis del sueño aislada recurrente

- No hay tratamiento médico específico (SSRIs)
- Evitar desencadenantes
- Diagnóstico diferencial
- Recurrente, cortos, parálisis simétrica, recuperación rápida, curso benigno, únicamente en el despertar
- Puede ocurrir en personas sana asociada a alucinaciones

III. Otras parasomnias

- Síndrome de la cabeza explosiva
- Alucinaciones durante el sueño
- Parasomnias secundarias
- Enuresis nocturna



“Queen Katherine’s dream”, Johann Heinrich Fussli 1781

IV. Síntomas aislados o variantes de la normalidad

- Somniloquios

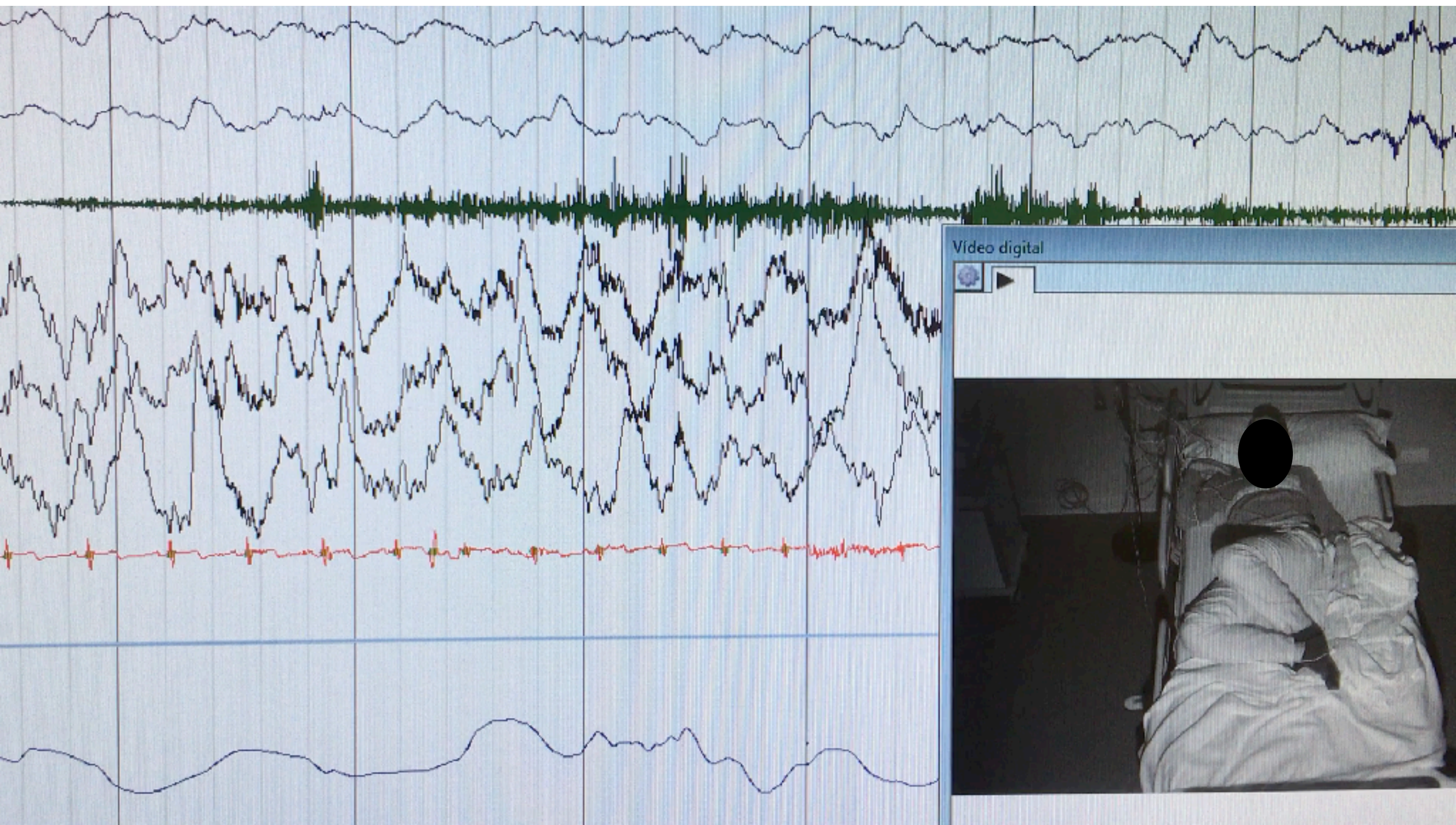
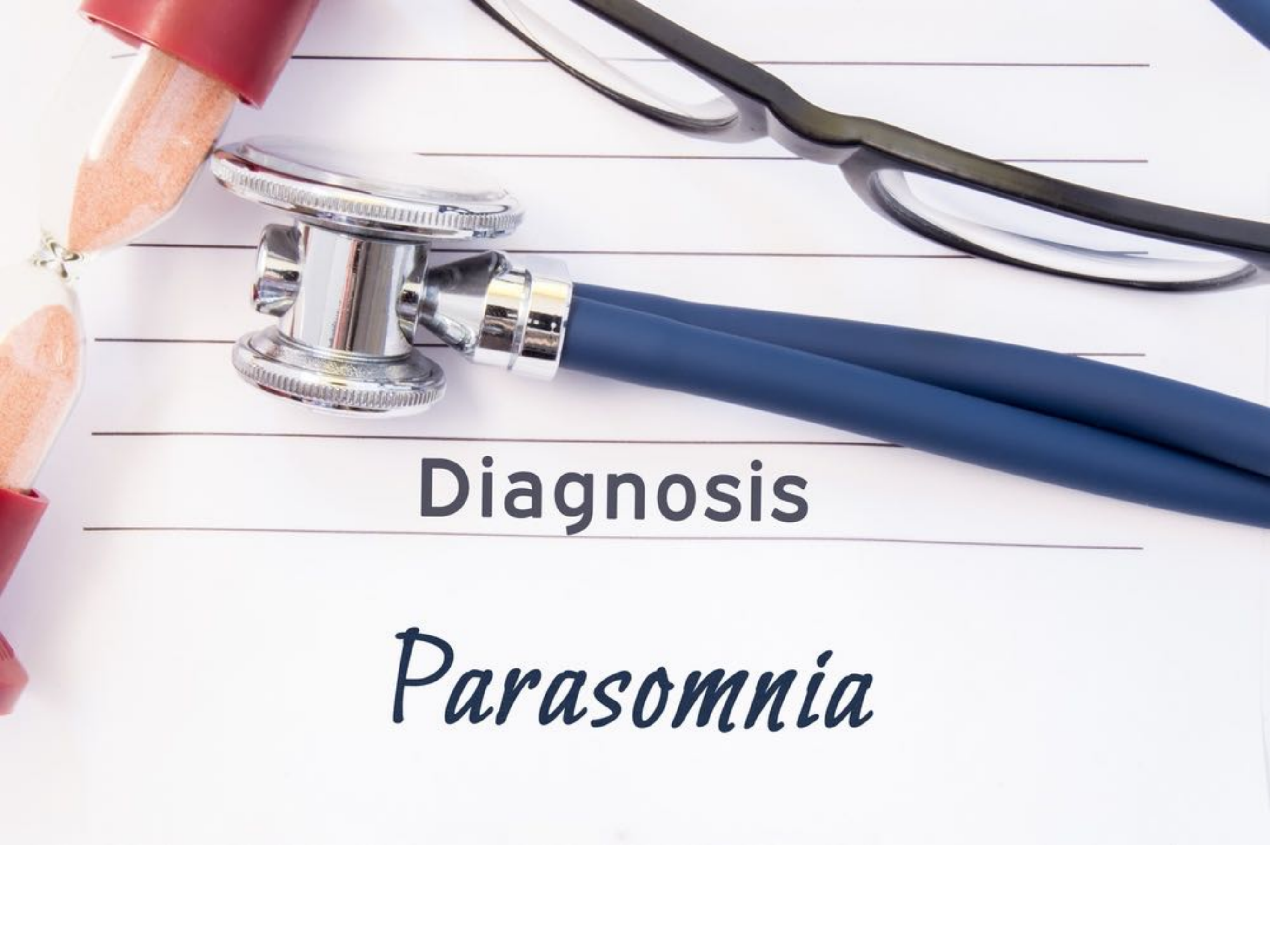


TABLA 12.1 Diagnóstico diferencial entre las parasomnias del sueño no REM de tipo trastornos del despertar, trastorno de conducta del sueño REM y epilepsia nocturna del lóbulo frontal

	Trastornos del despertar	Trastorno de conducta del sueño REM	Epilepsia nocturna del lóbulo frontal
Edad de inicio	Infancia	Más de 50 años	Cualquiera
Predominio en varones	No	Sí	No
Agregación familiar	Sí	No	Posible
Curso evolutivo	Tiende a desaparecer en la infancia, pero puede permanecer hasta los 40 años	Constante	Constante
Recuerdo del episodio	Generalmente no	Tanto sí como no	Generalmente no
Hora del episodio	Primer tercio de la noche	Cualquiera, pero especialmente en el último tercio de la noche	Cualquiera
Frecuencia de episodios en 1 mes	Variable (ninguno o diario)	Diario, pero hay temporadas más intensas que otras	Diario
Frecuencia de episodios en una noche	Habitualmente solo uno	Habitualmente solo uno	Varios
Duración de episodios	Más de 2 min	Menos de 2 min	Menos de 2 min
Precipitantes	Sí (privación de sueño, estrés)	No	Posible (privación de sueño, estrés)
Conductas estereotipadas	No	No	Sí
Salir de la cama durante el episodio	Sí	Raramente	Posible
Violencia	Raro pero posible	Posible	Posible
Tienen los ojos cerrados	No	Sí	Sí
Activación autonómica	Sí	No	No
Pesadillas	Escapar de algo o alguien	Pelear, discusiones, persecuciones	No
Estadio de sueño donde suele aparecer	N3 (más raramente también en N2)	REM	N2 (más raramente en N1 y N3)
Hallazgo en PSG	Ondas δ de alta amplitud	REM con actividad muscular excesiva	Raramente se ve actividad epileptiforme
Tratamiento	Clonazepam	Clonazepam	Oxcarbazepina

N2: fase 2 del sueño no REM; N3: fase 3 del sueño no REM; PSG: polisomnografía.

A collection of medical instruments including a red reflex hammer, a pair of surgical forceps, a pair of black-rimmed glasses, and a silver stethoscope with blue tubing, all resting on a white notepad with horizontal lines.

Diagnosis

Parasomnia

Mujer de 42 años

- **Motivo de consulta:** sospecha de parasomnias
- **Anamnesis**

La paciente refiere que **habla mucho** por la noche, **grita**, tiene **pesadillas** e incluso **camina** por la habitación

A esto se asocian episodios de **despertar brusco con grito y taquicardia, taquipnea, diaforesis**

Ocurre en la primera mitad de la noche y no es capaz de despertarse durante el episodio

Durante el día nota fatiga, cefalea y cambios de humor, con sensación de sueño no reparador. Ansiedad y estrés en relación a carga laboral

...habla mucho por la noche, grita, tiene pesadillas e incluso camina por la habitación, en la primera mitad de la noche

...despertar brusco con grito y taquicardia, taquipnea, diaforesis

- **Diagnóstico diferencial**

1. Terrores nocturnos
2. Sonambulismo
3. Somniloquios
4. Crisis epilépticas del lóbulo frontal
5. Trastorno de conducta del sueño NREM

...habla mucho por la noche, grita, tiene pesadillas e incluso camina por la habitación, en la primera mitad de la noche

...despertar brusco con grito y taquicardia, taquipnea, diaforesis

● Diagnóstico diferencial

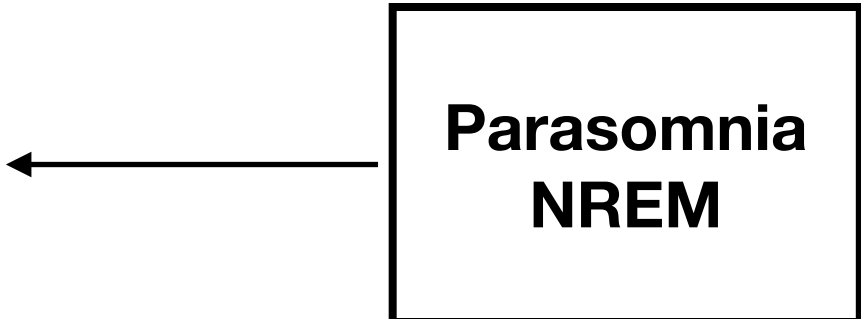
1. Terrores nocturnos

2. Sonambulismo

3. Somniloquios

4. Crisis epilépticas del lóbulo frontal

5. Trastorno de conducta del sueño NREM



Parasomnia
NREM

- **Pruebas complementarias**

- RMN cerebral (realizada en centro privado) y analítica general (normal)

- V-EEG Polisomnografía (sueño fragmentado y deficientemente organizado)

- **Tratamiento**

- Clonazepam**; melatonina; amitriptilina; duloxetina; topiramato

- Psicología (terapia cognitivo-conductual)

- Reducir la carga laboral** (reducir el estrés y la ansiedad)

Mujer de 50 años

- **Motivo de consulta:** derivada desde psiquiatría por sospecha de parasomnias

- **Anamnesis**

Desde hace tres años, episodios diarios en los que se levanta de la cama para coger una galleta y se vuelve a dormir. Si no lo hace no es capaz de volver conciliar el sueño

Por la mañana descubre **comida en la cama** y a veces se ha despertado con **dificultad respiratoria** por tener la comida en la boca sin tragar

El hijo refiere que una noche la sorprendió comiendo en la cocina, ella se puso **agresiva** y volvió a la cama

Seguimiento por psiquiatría por síndrome ansioso-depresivo (a tratamiento con clorazepato, escitalopram y mirtazapina)

...por la mañana descubre **comida en la cama** y a veces se ha despertado con **dificultad respiratoria** por tener la comida en la boca sin tragar

...el hijo refiere que una noche la sorprendió comiendo en la cocina, ella se puso **agresiva** y volvió a la cama

- **Diagnóstico diferencial**

1. Trastorno de la conducta alimentaria (anorexia/bulimia nerviosa)
2. Síndrome de la ingesta durante la noche
3. Síndrome de la cena durante el sueño

...por la mañana descubre **comida en la cama** y a veces se ha despertado con **dificultad respiratoria** por tener la comida en la boca sin tragar

...el hijo refiere que una noche la sorprendió comiendo en la cocina, ella se puso **agresiva** y volvió a la cama

- **Diagnóstico diferencial**

1. Trastorno de la conducta alimentaria (anorexia/bulimia nerviosa)
2. Síndrome de la ingesta durante la noche
3. **Síndrome de la cena durante el sueño**

- **Tratamiento**

Topiramato

- **Motivo de consulta:** derivada desde urgencias pediátricas por episodios nocturnos
- **Anamnesis**

Sin antecedentes de interés

Los padres refieren que desde hace cuatro meses, el paciente presenta **varios episodios** durante **toda la noche** consistentes en **hipertonía de tronco y extremidades, giro cefálico a la izquierda acompañado de parpadeo y posteriormente movimientos clónicos en miembros inferiores**. Duran entre 3-5 minutos y recupera espontáneamente. Amnesia posterior

...varios episodios durante toda la noche

...hipertonía de tronco y extremidades, giro cefálico a la izquierda acompañado de parpadeo y posteriormente movimientos clínicos en miembros inferiores (estereotipados)

- **Pruebas complementarias:**

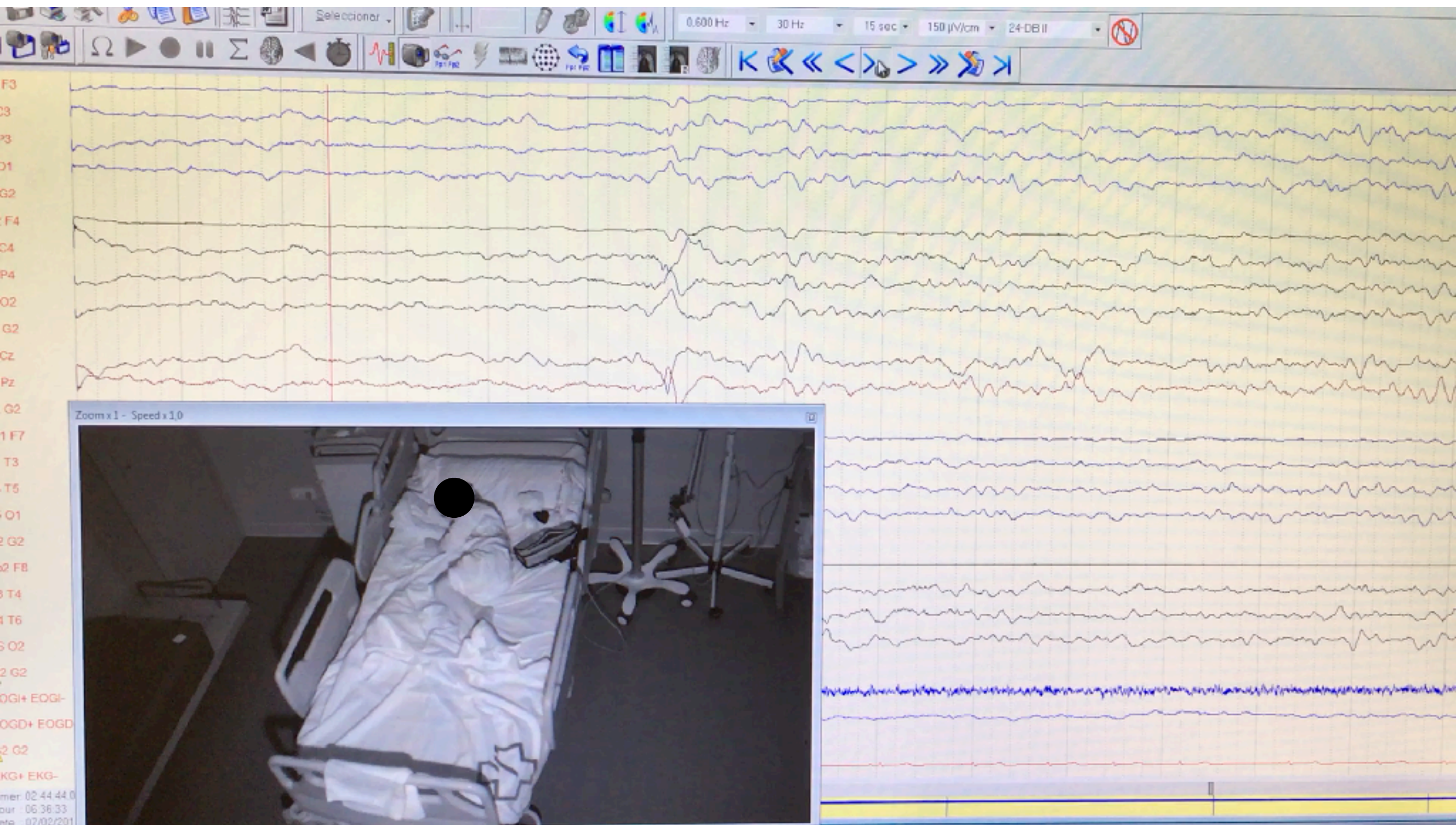
RNM cerebral (3T) normal

V-EEG nocturno

- **Diagnóstico diferencial**

Parasomnia NREM vs Crisis epilépticas del lóbulo frontal

Monitorización Video-EEG nocturno



- **Video EEG nocturno**

Se han registrado 7 episodios críticos de hasta 140 segundos de duración, dos de ellos durante el sueño diurno y 5 durante el sueño nocturno

Electricamente, comienzan con una desincronización del trazado, seguido de puntas muy rápidas en ambas regiones **frontales** con predominio izquierdo

Clinicamente el niño se despierta bruscamente y se semiincorpora, con hipertonía de MMII, giro cefálico izquierdo y movimientos clónicos, finalizando con rigidez generalizada

- **Diagnóstico**

Epilepsia nocturna del lóbulo frontal

- **Tratamiento**

Oxcarbazepina

Varón de 49 años

- **Motivo de consulta:** ronquido y movimientos durante el sueño

- **Anamnesis**

Paciente polimedicado

La mujer refiere que desde hace dos años el paciente comenzó con patadas, puñetazos y manotazos durante el sueño. “Parece que se pelea con alguien”

Además describe somniloquios y dice “parece que está discutiendo con alguien”

Cuando toma el clonazepam los episodios claramente disminuyen

Durante el día presenta somnolencia excesiva y astenia. Quejas mnésicas

Por la noche además presenta ronquido y apneas presenciadas

Niega despertares durante la noche.

Epworth 10/24

- **Exploración neurológica**

Temblor de intención y ligera bradicinesia en MID

...patadas, puñetazos y manotazos durante el sueño. “Parece que se pelea con alguien”

...con clonazepam los episodios claramente disminuyen

...paciente polimedicado

- **Pruebas complementarias:**

RNM cerebral sin alteraciones significativas. Cambios postquirúrgicos (Arnold Chiari Tipo I)

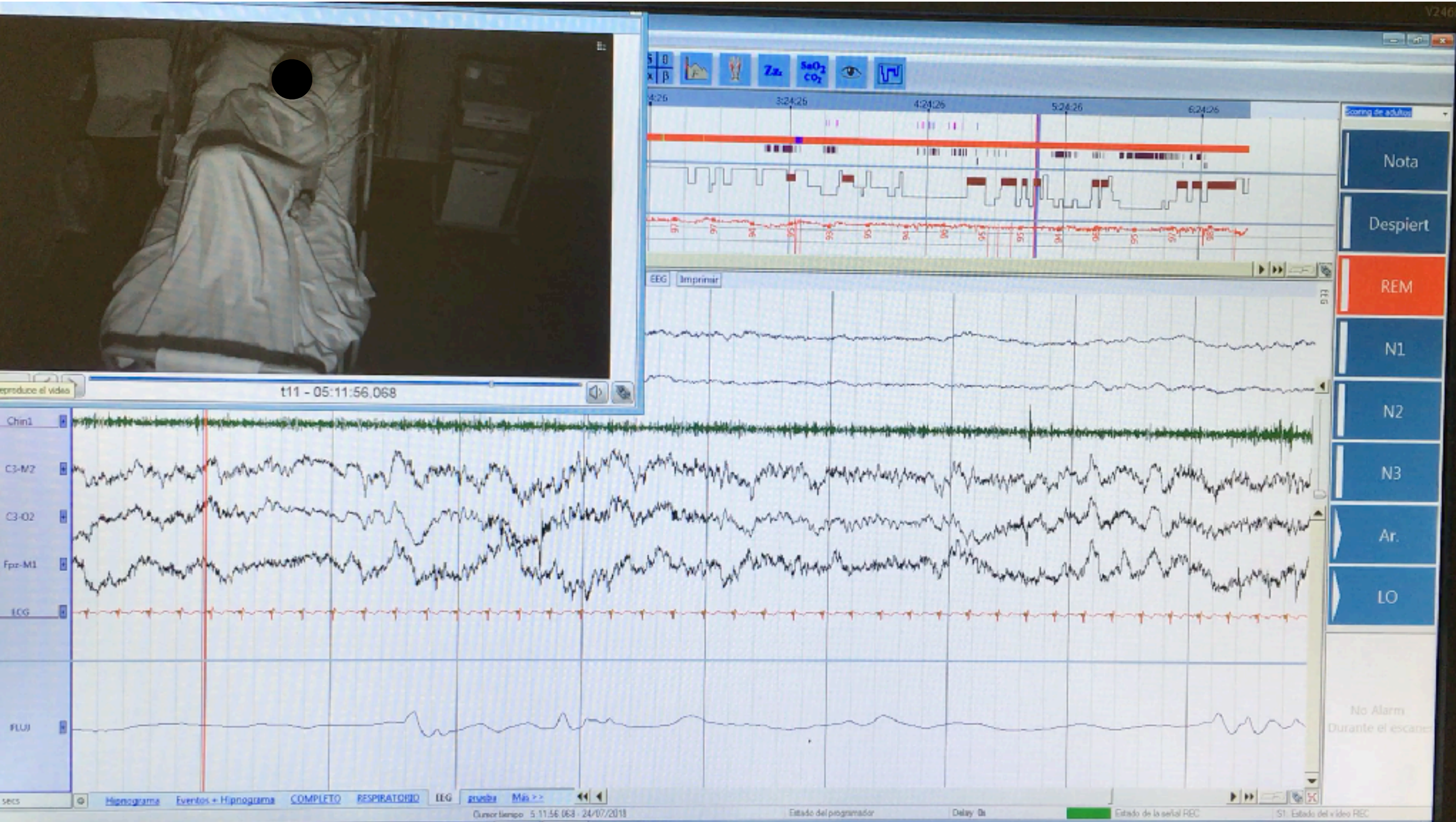
EEG (epilepsia) discreta afectación encefálica difusa e inespecífica

PSG (2016) SAHS leve y SRAVAS leve

- **Diagnóstico diferencial**

TCSREM vs Crisis epilépticas vs Parasomnia NREM

Monitorización Video-EEG PSG nocturna



- **Recomendaciones:**

Suspender fármacos precipitantes (escitalopram)

Realizar DAT-SCAN y analítica general

Pautar clonazepam

- **Revisión**

Psiquiatría no puede retirar AD (cambio por desvenlafaxina)

DAT-SCAN normal

Disminución de episodios con clonazepam. Mejoría de síntomas diurnos

Retirada de otros fármacos

**TCSREM
secundario
a medicación
(ISRS)**



Bibliografía

- 1 Hogl, B. and Iranzo, A. (2017). *Rapid Eye Movement Sleep Behavior Disorder and Other Rapid Eye Movement Sleep Parasomnias*
- 2 Irfan, M., Schenck, C. and Howell, M. (2017). *Non–Rapid Eye Movement Sleep and Overlap Parasomnias*
- 3 Kryger, M., Roth, T. and Dement, W. (1989). *Principles and practice of sleep medicine*. Saunders
- 4 Montserrat Canal, J. and Puertas Cuesta, F. (2015). *Patología básica del sueño*. Elsevier
- 5 Manni, R., Toscano, G., Terzaghi, M. (2018). *Therapeutic symptomatic strategies in the Parasomniac*. Springer

The background is a complex, abstract composition of low-poly geometric shapes. In the lower-left and bottom-center, there are large, dark brown and greyish-brown angular forms that resemble jagged rocks or crystalline structures. From these base forms, a multitude of smaller triangles of various sizes and shades (including dark brown, medium brown, tan, and light beige) are scattered upwards and outwards, creating a sense of movement and depth. The overall effect is a modern, minimalist aesthetic with a focus on geometric patterns and a muted color palette.

Gracias