

CLASIFICACION DIDACTICA DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO

Dr. Oscar Vaca Cevallos

PALABRAS CLAVE:

insomnio, hipersomnia, parasomnia.

RESUMEN:

Es difícil encontrar un consenso entre los tratadistas de este complejo capítulo de la Neurología. La mejor clasificación debería aproximar cada grupo de trastornos de acuerdo a la etiología de cada uno de ellos, meta ambiciosa que no se puede alcanzar plenamente por la complejidad neuro-sico-endocrinológica del sueño y la vigilia.

Con un propósito didáctico estos trastornos se pueden agrupar en problemas cuantitativos y cualitativos. Los cuantitativos en: insomnio, por déficit de sueño e hipersomnia por incremento y los cualitativos en parasomnias.

INTRODUCCION

El insomnio aglutina a un grupo de trastornos que en una significativa proporción también cursan con hipersomnia. Entre ellos se encuentran: trastornos psicofisiológicos, problemas psiquiátricos, trastornos asociados al uso de drogas o alcohol, a dificultad respiratoria nocturna y asociados al síndrome de piernas inquietas.

Las parasomnias constituyen un grupo de alteraciones del sueño que pueden iniciarse en el SNC y transmitirse al músculo esquelético o al sistema nervioso autónomo. Las parasomnias más importantes son: sonambulismo, terrores nocturnos, enuresis.

CLASIFICACION DE LAS ALTERACIONES DEL SUEÑO

Es difícil establecer una clasificación de las alteraciones del sueño por la gran variedad de cuadros clínicos y el poco conocimiento fisiopatológico de los mismos.

Constituye un desafío para la Neurología clasificar estos trastornos con un conocimiento etiopatogénico, meta del más alto valor científico para la Medicina, que ha podido ser cumplida (aunque parcialmente) en algunas alteraciones como el insomnio familiar fatal, correlacionado con disfunción hipotalámica (1) (2) (3) (4) (5). Por eso, en base a clasificaciones ya establecidas con criterio

clínico y con una orientación didáctica se pueden agrupar los desórdenes del sueño en dos sub-grupos: por defectos cuantitativos (insomnios con disminución del sueño e hipersomnias con aumento) y por defectos cualitativos o por trastornos paralelos al sueño normal (parasomnias).

De esta manera queda estructurada la siguiente clasificación:

1.- Trastornos cuantitativos del sueño.

1.1. Trastornos de iniciación y mantenimiento (insomnios).

- a. Psicológicos, asociados a trastornos de la personalidad, afectivos o psicosis.
- b. Asociados al abuso o retirada de drogas o alcohol.
- c. Síndrome de apnea del sueño
- d. Síndrome de piernas inquietas
- e. Seudoinsonia
- f. Insomnio fisiológico (personas que duermen poco)
- g. Otros

1.2. Trastornos de somnolencia excesiva (Hipersomnia).

- a. Psicológicos, asociados a trastornos de la personalidad, afectivos o psicosis
- b. Asociados al abuso o retirada de drogas o alcohol
- c. Síndrome de apnea del sueño
- d. Síndrome de piernas inquietas
- e. Narcolepsia
- f. Hipersomnia fisiológica (personas que suelen dormir mucho)
- g. Otros

2.- Trastornos cualitativos del sueño (Parasomnias).

- a. Sonambulismo
- b. Terrores nocturnos
- c. Enuresis

INSOMNIOS

La disminución del sueño puede producirse en el período de iniciación o de mantenimiento. Hay personas con insomnio fisiológico, que descansan durmiendo poco (cuatro horas) y otras que requieren dormir hasta doce horas (hipersomnia fisiológica) para que su rendimiento diurno intelectual y físico sea

apropiado. Las personas que padecen de insomnio patológico invierten menos tiempo en sueño REM. Una buena parte de los trastornos alternan insomnio con hipersomnia, como es el caso del síndrome de apnea del sueño y el síndrome de piernas inquietas.

Insomnio Psicofisiológico.- Puede ser transitorio (duración inferior a las tres semanas) o persistente (cuando supera dicho período). Entre los factores que más se asocian a este trastorno están: el sexo femenino (1,5 más veces que en los varones), la edad avanzada (1,3 más que en los jóvenes) (6), (7), (8); los problemas de salud concomitantes (1,7 veces más que en sujetos sanos) (9).

El EEG demuestra alteraciones en las transiciones de alerta al estado I del sueño y del estado I al estado II, sobre todo con aumento de la actividad beta y del índice beta/delta (10).

En cuanto al tratamiento, algunos autores señalan que es una de las pocas indicaciones para el uso transitorio y confiable de las benzodiazepinas; otros tratadistas se inclinan más hacia la búsqueda del origen del insomnio y evitar el uso de medicación por el riesgo de crear dependencia.

El insomnio persistente requiere de una buena higiene del sueño, evitando siestas diurnas y procurando que el paciente no se aferre a la cama si no puede conseguir el sueño, lógicamente con un seguimiento cercano. Es necesario indicar la ingestión de alimentos ricos en triptófano en la dieta diaria (recuérdese que este es un aminoácido esencial, precursor de la serotonina) (11). Los antidepresivos sedantes pueden ayudar cuando se use medicación. La psicoterapia debe incluirse en el tratamiento no farmacológico (12), (13), (14), (15), (16).

Insomnio asociado a trastornos psiquiátricos.- Evoluciona en forma paralela a ellos. Está más comúnmente relacionado con la neurosis obsesiva, la depresión endógena, el síndrome bipolar maníaco-depresivo, la esquizofrenia y las psicosis. El tratamiento corresponde al del cuadro psiquiátrico de base (17), (18).

Insomnio asociado a retirada de drogas o alcohol.- Se vincula más frecuentemente con la supresión de benzodiazepinas en sujetos fármaco-dependientes. Entre los depresores del SNC no benzodiazepínicos están los barbitúricos.

cos, el hidrato de cloral, los anti-histamínicos.

El consumo de drogas estimulantes del SNC también provoca insomnio. Entre ellas están las anfetaminas y la cafeína. El consumo crónico de otro grupo de medicamentos también puede perturbar el sueño; entre ellos están ACTH, hormonas tiroideas y propranolol.

El alcohol altera la estructura del sueño con disminución de las etapas III y IV del sueño REM.

El tratamiento de todos estos desórdenes es la supresión paulatina de la droga. La supresión brusca puede provocar insomnio de difícil manejo.

Síndrome de apnea del sueño. - Está caracterizado por somnolencia diurna, sin dificultades en el sueño nocturno, pero con episodios frecuentes de "despertar con la sensación de ahogo", debido a obstrucción de las vías respiratorias por movimiento diafragmático continuo. El paciente generalmente es varón, pícnico y ronca ruidosamente. Estos sujetos pueden desarrollar hipercapnia, insuficiencia cardíaca, disritmias y muerte súbita. El diagnóstico se respalda con el registro polisomnográfico.

El tratamiento de base es la reducción de peso. El oxígeno nocturno es necesario. El acetato de medroxiprogesterona ha dado buenos resultados. En casos graves se debe evitar el problema respiratorio con traqueotomía.

Síndrome de piernas inquietas. - Se caracteriza por interrupciones del sueño provocadas por contracciones periódicas de los miembros inferiores. Generalmente se presentan en etapas no REM. Se produce una dorsiflexión del pie y a veces de la pierna y muslo. Afecta por igual a ambos sexos y en mayor medida a personas de edad avanzada. Puede estar asociado a muchas afecciones como: anemia ferropénica, EPOC, diabetes, hiperlipidemias, uremia, etc.

El problema se identifica a través de la polisomnografía.

Un buen número de los pacientes refiere somnolencia diurna.

El clonazepam en dosis bajas ha demostrado buenos resultados.

HIPERSOMNIA

Narcolepsia. - Son ataques de sueño con alucinaciones hipnagógicas, cataplejía y parálisis del sueño. Comienza entre los 10 y 30 años. Es hereditaria (autosómica dominante) y se ha documentado su asociación con HLA DR2 o DQW1 (19).

La aparición de REM los 10 minutos siguientes a la iniciación del sueño es

prueba de narcolepsia. El diagnóstico se confirma por el test de latencia múltiple que son controles seriados de EEG cada dos horas durante el día. Se presenta inversión de los estadios del sueño, produciéndose REM en lugar de NREM en el inicio de los ataques y también en el inicio del sueño normal (20). El tratamiento se inicia con drogas que incrementan la vigilia como el metilfenidato (10 mg. VO. tid.), clomipramina (25 mg. VO. tid.) o protriptilina (5 mg. VO. tid.) (21).

La cataplejía se trata con imipramina (25 mg. VO. tid.). Una buena combinación para tratar pacientes con ataques de sueño y cataplejía es imipramina (25 mg. VO. tid.) más metilfenidato (5 a 10 mg. VO. tid.) (22).

PARASOMNIAS

Son defectos cualitativos o eventos paralelos al sueño normal.

No se conocen en forma satisfactoria los mecanismos que las producen. Es probable que intervengan factores familiares y ambientales. Se presentan especialmente en la infancia. Las parasomnias más importantes son:

Sonambulismo. - Se inicia antes de los 10 años y desaparece en la adolescencia. Es de origen probablemente genético. Se caracteriza por actos motores simples, sin propósito aparente, con deambulación y balbuceos. Ocurre durante el estadio IV del sueño NREM.

El tratamiento se hace con antidepresivos tricíclicos antes de acostarse.

Terros nocturnos. - Se asocian frecuentemente con el sonambulismo. Se presentan entre los 4 y 7 años. Se inician con un grito y llanto incontrolable, pánico, taquicardia, taquipnea. El episodio dura entre 5 a 10 minutos y el niño recupera el sueño o despierta por completo, con la característica de no recordar lo sucedido al día siguiente.

También se trata con antidepresivos tricíclicos.

Enuresis. - Es la emisión involuntaria de orina durante el sueño en una edad en la que cabe esperar el control voluntario de los esfínteres. Es más frecuente en los niños que en las niñas, se asocia a otros trastornos como los dos últimos mencionados. Los antidepresivos tricíclicos y la psicoterapia pueden obtener éxito en el tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Culebras A. The Neurology of sleep. *Neurology* 1992; 42: 6-7.
2. Steriade M. Basic mechanism of sleep generation. *Neurology* 1992; 42: 9-16.
3. Culebras A. Neuroanatomic and neurologic correlates of sleep disturbances.

Neurology 1992; 42: 19-25.

4. Lugaresi E. The thalamus and insomnia. *Neurology* 1992; 42: 28-33.

5. Galleassi R, Morreale A, Montagna P, Gambetti P, Lugaresi E. "Fatal familial insomnia: neuropsychological study of a disease with thalamic degeneration. *Cortex* 1992; 28: 175-187.

6. Mant A, Eyland EA, Hewitt H, Fox M, Good E, LeCount A, Pond D, Saunders NA. Sleep disordered breathing in elderly people and subjective sleep-wake disturbance. *Age and Ageing* 1992; 21: 262-268.

7. Klink ME, Quan SF, Kaltenborn WT, Lebowitz M. Risk factors associated with complaints of insomnia in a general adult population. Influence of previous complaints of insomnia. *Archives of Internal Medicine* 1992; 152: 1634-1637.

8. Monane M. Insomnia in the elderly. *Journal of Clinical Psychiatry* 1992; 53: 23-28.

9. Nicassio PM, Wallston KA. Longitudinal relationships among pain, sleep problems and depression in rheumatoid arthritis. *Journal of Abnormal Psychology* 1992; 101: 514-520.

10. Merica H, Gaillard JM. The EEG of the sleep onset period in insomnia: a discriminant analysis. *Physiology and Behavior* 1992; 52: 199-204.

11. Cervera P, Clapes J, Rigolyas R. Alimentación y dietoterapia (Nutrición aplicada en la salud y la enfermedad) 2da. Ed. Madrid: Interamericana Mc Graw Hill 1993.

12. Grillon JC. Relief from situational insomnia. *Pharmacologic and other options. Postgraduate Medicine* 1992; 92: 157-160.

13. Bootzin RR, Perlins MM. Nonpharmacologic treatments of insomnia. *Journal of Clinical Psychiatry* 1992; 53: 37-41.

14. Edinger JD, Hoelscher TJ, Marsh JR, Lipper S, Ionescu-Pioggia M. A cognitive behavioral therapy for sleep-maintenance insomnia in older adults. *Psychology and Aging* 1992; 7: 282-289.

15. Downey R, Bonnet MH. Training subjective insomniacs to accurately perceive sleep onset. *Sleep* 1992; 15: 58-63.

16. Vaughn W. Management of Primary Sleep Disorders Among Elderly Persons. *Psychiatric Services* 1995; 41: 49-54.

17. Encabo H. "Trastornos del sueño y la vigilia" en: Leiguarda R. *Neurología*. Buenos Aires: El Ateneo 1992; 282-290.

18. Menza M, Rosen R. Sleep in Parkinson's Disease the role of depression and anxiety. *Psychosomatics* 1995; 36: 262-266.

19. Moldofsky H. Evaluation of daytime sleepiness. *Clinics in Chest Medicine* 1992; 13: 417-425.

20. Mahowald M, Schenck C. Dissociated states wakefulness and sleep. *Neurology* 1992; 42: 4452.

21. Bannister R. *Neurología Clínica* 6a. Ed. Buenos Aires: Panamericana 1988.

22. Bonner JJ, Bonner JS. *Manual práctico de Neurología* 2da. Ed. Madrid: Mosby Year Book Wolfe, 1992.