

TRASTORNO DE LA CONDUCTA EN EL SUEÑO REM

García-Bouza, R. Danis, R. G. García Núñez, C. Fenollar Iváñez, F. Martí Martínez, A. M. Castillo Alarcón, M. P. Ziadi Trives, M.

Hospital Universitario de Elche, Alicante

lasnubes3@hotmail.com

RESUMEN:

El trastorno de conducta en la fase REM del sueño se clasifica dentro de los trastornos del sueño denominados Parasomnias. Característicamente este trastorno del sueño se encuentra con mayor frecuencia en pacientes varones de edad avanzada, aunque estudios recientes demuestran que puede encontrarse casos en población adolescente sugiriendo quizás la necesidad de futuras investigaciones enfocadas en esta población. Igualmente, destaca la relación entre el trastorno de conducta en el sueño REM con otros trastornos como pueden ser enfermedades neurológicas degenerativas como la Enfermedad de Parkinson, incluso pudiendo pensar que dicho trastorno del sueño podría considerarse como factor desencadenante, aconsejándose en este caso la realización de estudios neuropsicológicos a estos pacientes. En relación al tratamiento del trastorno de conducta en el sueño REM, se han implicado varios fármacos como benzodiazepinas, en concreto el Clonazepam como pilar de tratamiento. Entre otras posibles terapias destaca el papel de L-Dopa o agonistas dopaminérgicos (posible respuesta en pacientes diagnosticados con Enfermedad de Parkinson), respuesta a antidepresivos, Melatonina y Oxibato Sódico (planteando en este último caso una relación etiopatogénica entre el trastorno de conducta en fase REM con la Narcolepsia). Como conclusión, los trastornos del sueño tienen una importancia clínica dada la implicación que puede suponer el deterioro del funcionamiento y calidad de vida del sujeto que los sufren. La tarea de identificar estos trastornos del sueño tiene su eje en una correcta anamnesis, siendo la historia clínica un instrumento fundamental en el diagnóstico, la realización de tests psicométricos y la realización de pruebas complementarias del laboratorio de sueño para completar el estudio.

INTRODUCCIÓN:

Entre el 50-80% de los pacientes psiquiátricos manifiestan alteraciones de sueño durante la fase aguda de su enfermedad, pudiendo considerar los trastornos del sueño como un posible síntoma prodromático del desencadenamiento de un nuevo episodio de la enfermedad mental. Recordemos el impacto clínico y funcional de las alteraciones del ritmo del sueño dentro de cualquier enfermedad (no exclusivo de pacientes psiquiátricos) y la importancia clínica que puede suponer el deterioro del funcionamiento y calidad del sujeto que los sufren.

OBJETIVO:

El objetivo de este artículo consiste en describir el trastorno de la conducta en el sueño REM recordando características como: definición y clasificación dentro de los trastornos del sueño, diagnóstico, trastornos asociados o comorbilidad asociada, diagnóstico diferencial con otras enfermedades y evaluación de las distintas opciones terapéuticas que existen actualmente.

DEFINICIÓN:

El trastorno de la conducta del sueño REM se caracteriza por episodios de comportamientos complejos, incluso agresivos, caracterizados por la pérdida intermitente de la atonía durante la fase REM del sueño.

CLASIFICACIÓN:

Entre los trastornos del sueño nos encontramos ante un grupo heterogéneo de trastornos denominados Parasomnias entre las cuales se incluyen desde hechos fisiológicos que adquieren significación clínica por presentarse fuera del estado de vigilia hasta condiciones clínicas exacerbadas por el sueño. En relación a las distintas clasificaciones de los trastornos del sueño podemos destacar en primer lugar la Clasificación Internacional de los Trastornos del sueño (ICSD) realizada por la American Sleep Disorders Association (ASDA) siendo la última versión revisada en 1997 clasificando el trastorno de la conducta del sueño REM dentro de aquellos trastornos de la transición sueño-vigilia. Otras clasificaciones del trastorno de conducta del sueño REM son la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992): Trastorno no orgánico del sueño (F51) y la clasificación según Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 1994) como: Parasomnia no especificada (F51.8, 307.4)

Clásicamente este trastorno fue descrito en paciente varones de inicio progresivo a partir de la sexta década de vida y a menudo presentando como antecedente en los meses previos al trastorno del sueño accidentes cerebro-vasculares u otro tipo de lesión del SNC. Sin embargo estudios recientes han asociado el trastorno de la conducta en el sueño REM con distintos trastornos neuro-psiquiátricos en pacientes de edad más joven, incluso en población juvenil o adolescente.

ETIOPATOGENIA:

El mecanismo patogénico no está claro, aunque se pudiera barajar hipótesis a cerca de posibles lesiones tronco-encefálicas localizadas en las zonas relacionadas con el control de la inhibición motora característica de la fase REM del sueño. Sin embargo, dado la frecuente asociación con enfermedades neurológicas como la Enfermedad de Parkinson se puede entender que el sustrato etiopatogénico fuera más complejo afectando a otras áreas cerebrales.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

Clínicamente el trastorno de la conducta del sueño REM se caracteriza por la presencia de conductas anómalas durante la segunda mitad de la noche, siendo estas conductas un reflejo o incluso una representación verbal o motora del contenido del sueño del paciente. Estas conductas son descritas por el compañero de cama como sueños vívidos e intensos hasta presentar conductas violentas o agresivas hacia el mismo paciente o hacia su acompañante creándose así una desestructuración general de la arquitectura del ritmo normal del sueño. A diferencia con otros trastornos del sueño,

en el trastorno de la conducta del sueño REM, al despertarse el paciente, éste recuerda de forma vívida las imágenes del sueño referidas como "pesadillas".

DIAGNÓSTICO:

Como herramienta principal en el diagnóstico de los trastornos del sueño podemos destacar el papel de la historia clínica del sueño. En primer lugar nos podemos encontrar ante unas pruebas psicométricas que nos orientarán hacia posibles alteraciones del ciclo sueño-vigilia, entre ellas destacamos la Escala de Somnolencia de Epworth o el Cuestionario Oviedo del sueño. En cuanto a la realización de pruebas más específicas del laboratorio del sueño como pueden ser la Polisomnografía o Test de Latencias del sueño, éstas se solicitarán ante la sospecha de trastornos más específicos como pueden ser el trastorno de conducta en el sueño REM, la Narcolepsia o crisis epilépticas nocturnas. Como se ha mencionado anteriormente, la historia clínica es un pilar fundamental en cuanto al diagnóstico de los trastornos del sueño, aunque la prueba *Gold Standard* es el registro polisomnográfico nocturno (PSM) que suele incluir un Electroencefalograma (EEG), Electromiograma submentoniano (EMG), Electrooculograma (EOG), Electrocardiograma (EMG), Oximetría, registro nasal y oral del flujo de aire y un registro torácico y abdominal de los movimientos respiratorios. Como datos más específicos del estudio electromiográfico se observa una pérdida de la atonía habitual encontrada durante la fase REM del sueño reflejado como un aumento del tono submentoniano y un incremento de calambres fásicos submentonianos y/o de los miembros. No hemos de olvidar el papel tan importante como la realización de una correcta anamnesis o historia clínica ante la sospecha de un trastorno del sueño, buscando aquellos datos que nos pueden ayudar a completar el estudio como pueden ser cambios en la medicación del paciente (inicio o retirada de fármacos, ver tabla 1), antecedentes de consumo de sustancias tóxicas que pueden interferir en el sueño reduciendo el sueño REM (por ejemplo el alcohol, anfetaminas, cocaína, etc.). La relación de situaciones vitales estresantes o estrés severo relacionado con experiencias traumáticas pueden considerarse como posibles factores relacionados con alteraciones del ritmo del sueño.

TABLA 1

Fármacos que se asocian con sueños vívidos o pesadillas	
Baclofeno	Parches de nicotina
Betabloqueantes (Atenolol, Propranolol)	Pergolida
Clonidina	Reserpina
Toxicidad por Digoxina	Verapamilo
Famotidina	Abstinencia de alcohol,
Indometacina	o Benzodiazepinas.
opiáceos,	
Metildopa	

TRASTORNOS ASOCIADOS:

EL 50% de los casos de trastornos de conducta durante la fase REM se asocian a otros trastornos del sueño como puede ser la Narcolepsia, trastornos neurológicos degenerativos como la Enfermedad de Parkinson, incluso sugiriendo que los trastornos del sueño pudieran considerarse como un signo temprano de la enfermedad neurológica manifestándose ésta varios años después. Del mismo modo, recordemos la relación estrecha entre alteraciones del ritmo del sueño con enfermedades psiquiátricas como el trastorno afectivo bipolar, siendo, no solamente la privación del sueño un posible factor desencadenante de un episodio maniaco, sino cualquier estado que altere la estructura del ritmo normal del sueño.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Entre los trastornos del sueño cabe destacar algunas situaciones en las que se podría realizar un diagnóstico diferencial con el trastorno de la conducta del sueño REM, entre ellas destacamos: sonambulismo, terrores nocturnos, epilepsia, síndrome de apnea obstructiva del sueño, estados de intoxicación.

MANEJO TERAPÉUTICO:

Como medida inicial ante cualquier trastorno del sueño insistiremos en aquellas medidas enfocadas a crear un ambiente o entorno seguro durante el sueño, tanto para el paciente como su acompañante. Otros consejos en relación a la higiene del hábito del sueño pueden ser evitar cualquier factor que pudiera inducir o agravar el trastorno (tratamiento apropiado de posibles enfermedades médicas asociadas, evitar el consumo de tóxicos, etc.). En relación al enfoque farmacológico el tratamiento de primera línea o de elección, es el Clonazepam (0.5 mg - 2.0 mg/noche) con buena evidencia de seguridad a largo plazo. Entre las posibles alternativas farmacológicas dado la falta de respuesta o mala tolerancia a Clonazepam, se encuentran pautas de Melatonina, Carbamazepina, L-Dopa y Oxibato Sódico, sugiriendo en estos dos últimos casos un mecanismo fisiopatológico común entre el trastorno de conducta en el sueño REM y otras enfermedades como la Enfermedad de Parkinson (L-Dopa) y la Narcolepsia (Oxibato Sódico).

CONCLUSIONES:

Los trastornos del sueño tienen una importancia clínica dada la implicación que puede suponer el deterioro del funcionamiento y calidad de vida del sujeto que los sufre. La tarea de identificar estos trastornos del sueño tiene su pilar fundamental en la realización de una correcta anamnesis, siendo la historia clínica un instrumento fundamental en el diagnóstico asociado a la solicitud de pruebas complementarias del laboratorio del sueño para completar el estudio del sueño. La relación entre trastornos del sueño y su asociación con otras enfermedades como por ejemplo la Narcolepsia o el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en población juvenil y adolescente, sugiere quizás la necesidad de futuras investigaciones enfocadas en esta población. Quizás nuestro objetivo se encuentra en evaluar, o mejor explorar, los hábitos del sueño del paciente como parte del diagnóstico precoz de posibles trastornos del sueño o incluso como síntoma prodrómico de otra enfermedad.

BIBLIOGRAFIA:

- 1) American Academy of Sleep Medicine. International Classification of Sleep Disorders, Revised: Diagnostic and Coding Manual. Chicago. American Academy of Sleep Medicine, 2001.
- 2) American Psychiatric Association. DSM-IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Edition. Washington. American Psychiatric Association, 1994.
- 3) Kaplan & Sadock Sinopsis de Psiquiatría. B. J. Sadock. V. A. Sadock. 10^a Edición. Capítulo 24: Sueño normal y Trastornos del sueño (749-772).
- 4) Anamnesis y exploración en salud mental para atención primaria: trastornos del sueño. R M^a Pont Dalmau, E. Zamorano Bayarri.
- 5) Plante DT, Winkelman JW. Sleep disturbance in bipolar disorder: therapeutic implications. AM J Psychiatry. 2008 July; 165 (7): 830-43. Review.
- 6) Manual Oxford de Psiquiatría. D. Semple. R. Smyth. J. Burns R. Darjee. A. Mcintosh. Capítulo 10: Trastornos de Conducta (420-461).
- 7) Shneerson JM. Successful treatment of REM sleep behaviour disorder with Sodium Oxybate. Clin Neuropharmacol. 2009 May-June; 32 (3): 158-159.
- 8) Stores G. Rapid Eye Movement Sleep Behaviour Disorders in Children and Adolescent. Dev Med Child Neurol. 2008 Oct; 50 (10) 728-732. Review.
- 9) Introducción a la psicopatología y psicología. 6^a Edición. J. Vallejo Ruiloba. Capítulo 18: Trastornos del sueño (229-252).