

PARASOMNIAS EN PEDIATRÍA

VÍCTOR A. GAONA

Departamento de Neuropediatría, Centro Médico La Costa, Asunción, Paraguay

Dirección postal: Víctor A. Gaona, Av. José Gervasio Artigas 1500, Asunción, Paraguay

E-mail: vgaona@gmail.com

Resumen

Las parasomnias, del griego “para” (alrededor) y del latín “somnus” (sueño), define aquellas manifestaciones que ocurren en relación con el sueño: al inicio, su transcurso o despertar. Constituyen hasta un tercio de las consultas. Son eventos llamativos y frecuentemente molestos, tanto para los que los sufren como para los que los observan. Agregan manifestaciones motoras, cardiovasculares u otras, generando miedo y/o angustia al presenciarlas. Algunas de ellas reconocen un patrón de carga familiar o trastornos del neurodesarrollo, presentándose en relación con desencadenantes tales como procesos febriles, medicamentos, alteraciones emocionales o trastornos respiratorios y pueden generar confusión con enfermedades tales como la epilepsia, lo que obliga a un minucioso examen y toma de historial clínico para asegurar el diagnóstico. El Manual Internacional de Trastornos del Sueño (ICSD-3) de la Academia Americana de Medicina del Sueño (AASM), las clasifican en: a) Parasomnias relacionados al sueño MOR (movimiento ocular rápido); b) Parasomnias relacionadas al sueño NOMOR y c) Otras parasomnias especificadas o no.

Dado el impacto de los problemas del sueño en el desarrollo de los niños, es menester estar suficientemente preparados y en conocimiento para tratar de corregirlas y prevenir posibles complicaciones.

Palabras clave: sueño, parasomnias NREM, parasomnias REM, polisomnografía

Abstract

Parasomnias in pediatrics

Parasomnias, from the Greek “para” (around) and the Latin “somnus” (sleep), refer to manifestations that occur in relation to sleep: whether at the onset, during its course, or upon waking. They constitute up to a third of consultations. These events are striking and often bothersome, both for those who experience them and for those who observe them. They involve motor, cardiovascular, or other manifestations, generating fear and/or anxiety when witnessed. Some parasomnias show a familial pattern or are associated with neurodevelopmental disorders, appearing in relation to triggers such as febrile processes, medications, emotional disturbances, or respiratory disorders. This can lead to confusion with conditions like epilepsy, necessitating meticulous examination and clinical history-taking to ensure accurate diagnosis.

The International Classification of Sleep Disorders (ICSD-3) by the American Academy of Sleep Medicine (AASM) classifies parasomnias into three categories: a) Parasomnias related to REM (rapid eye movement) sleep; b) Parasomnias related to non-REM sleep and c) Other specified or unspecified parasomnias.

Given the impact of sleep problems on children’s development, it is essential to be adequately prepared and informed to address these issues and prevent potential complications.

Key words: sleep, NREM parasomnias, REM parasomnias, polysomnography

El sueño juega un papel primordial en el desarrollo del cerebro, sobre todo en sus primeros años. Pese a ello, las parasomnias no son buscadas o consideradas de manera correcta y metódica en la consulta, pese a múltiples reportes que detallan su impacto sobre aspectos del desarrollo, físico y mental del niño. Tienen implicancias en complicaciones del crecimiento y desarrollo, alteraciones metabólicas o inmunológicas; dificultades en el aprendizaje, la conducta, el rendimiento físico o el humor. Un estudio reportó una amplia incidencia de trastornos del sueño en pacientes que acudían a consulta en neuro-pediatría con cifras cercanas al 90%¹.

Pueden presentarse de muy variadas formas, tanto si están relacionadas al sueño MOR (movimiento ocular rápido) o NOMOR (Tabla 1). Pese a tener llamativas manifestaciones: movimientos musculares clónicos o tónicos, alteraciones conductuales y vocalizaciones; muchas pasan desapercibidas precisamente por presentarse durante el sueño y no tener un testigo que pueda relatar lo acontecido. En ocasiones, son inferidas por los cambios en el entorno del dormitorio o por lesiones que el paciente presenta; en otras son sospechadas por cambios en la conducta o en el rendimiento escolar. Es necesario apuntar que las relacionadas al sueño NOMOR presentan generalmente amnesia de lo sucedido, al

contrario de las asociadas al MOR en donde en ocasiones despiertan con algo de recuerdo de lo padecido.

Las parasomnias pueden coincidir en varios aspectos: debut edad dependiente, resolución espontánea o falta de un registro de polisomnografía específico, causa muchas veces desconocida y presentación muchas veces dramática².

Su diagnóstico se basa, en la mayoría de los casos, de informaciones por terceros como padres o hermanos; fuente de información muchas veces inexacta o confusa. La disponibilidad de registro por medio de filmaciones, brindando relato de lo sucedido, aumentan las opciones de identificar y clarificar el diagnóstico.

No debe olvidarse consignar de manera adecuada el posible relato del paciente, si acaso este lo recuerda; la presencia de movimientos u otros signos asociados, etapa del sueño donde la alteración aparece, y su reacción a estímulos externos o circunstancias que precipitan su aparición.

La polisomnografía no siempre es requerida, salvo por aspectos del episodio que hagan sospechar la presencia de crisis convulsivas³. Pueden estar indicadas en casos de:

- Presentación atípica de la parasomnias
- Lesiones de consideración presentes y/o potenciales asociados a los eventos

Tabla 1 | Clasificación Internacional de las Parasomnias ICSD-3 (2023)

<p>1. Parasomnias relacionadas al sueño NMOR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sonambulismo • Terrores nocturnos • Despertar confusional • Otros trastornos del arousal inducidos por el sueño NMOR • Parasomnias asociadas al sueño NMOR no especificadas
<p>2. Parasomnias relacionadas al sueño MOR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno del comportamiento del sueño • Trastorno de pesadillas • Parálisis de sueño • Otras parasomnias del sueño MOR • Parasomnias del sueño MOR no especificadas
<p>3. Otras parasomnias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inducidas por drogas o sustancias • Inducidas por condiciones médicas • Inducidas por otros trastornos del sueño • No especificadas

- Perturbación en el entorno familiar por los eventos
- Presentación en edades no usuales
- Presentación recurrente, estereotipada y repetitiva que hace pensar en convulsiones
- Asociación a trastornos subyacentes tales como los respiratorios o motores de sueño

Parasomnias NMOR

Están presentes en el pasaje hacia el sueño lento (N2-N3) y diferentes tipos de entidades pueden concurrir en el mismo paciente. Resultan de la disgregación de las etapas de sueño/vigila, estando el paciente aparentemente con funciones motoras y conductuales (despierto) pero con compromiso de cognición y juicio (dormido). Debido a la disminución del sueño de ondas lentas, con el tiempo, son más frecuentes en la infancia, disminuyendo con la edad. Un estudio determina que un 17% de los pacientes la experimentan antes de los 13 años.

Tienen una carga genética de hasta el 80% que las hace sensibles a causas desencadenantes, como fármacos o privación de sueño, que aumentan la duración del sueño de ondas lentas o situaciones que generan breves despertares corticales (apneas de sueño), actividad física intensa, fiebre o dolor⁴.

Despertares confusionales

Son despertares en *arousal* en que clásicamente se los encuentra sentados en la cama, impresionan estar despiertos, mirando fijamente sin responder a los estímulos. Se encuentran desorientados sin respuestas verbales adecuadas, respondiendo de manera lenta a las preguntas, pero sin manifestaciones de terror o deambulación⁵.

Tienen una duración de minutos y excepcionalmente horas, se presentan antes de los 5 años y con cierta periodicidad, lo que hace posible anticiparlas minutos antes del evento, confortando al niño antes de volver a conciliar el sueño⁵.

Se debe tratar de evitar los factores desencadenantes, si son identificados, para disminuir la frecuencia de los episodios.

Sonambulismo

Presentan relación con el sueño de ondas lentas y aparecen habitualmente en el primer ter-

cio de la noche: el paciente abandona la cama, confuso, pudiendo desempeñar tareas motoras complejas como deambular, abrir puertas o manipular objetos; realizar actividades tales como comer, beber o abandonar el hogar. Se pueden presentar vocalizaciones, lenguaje incomprensible y conducta agresiva al querer despertarlo. Duran 10 a 15 minutos y frecuentemente los padres refieren que suceden cuando el niño trata de orinar, suponiendo que la distensión vesical actúa como disparador del episodio.

Tienen una edad de presentación entre los 4 y los 8 años, con mayor incidencia entre los 8 y los 12 años, con una prevalencia de 17% y una afectación más frecuente en niños que en niñas⁶.

Es notable la alta incidencia familiar, relacionándola al gen *HLA-DQB1* y sus polimorfismos, si bien no son los únicos genes involucrados en el sonambulismo. Se estima una etiología multifactorial (interacción entre múltiples genes y factores ambientales) y transmisión autosómica recesiva con penetrancia incompleta⁷.

Terrores nocturnos

Son eventos autolimitados de presentación dramática que duran escasos minutos, ocurridos entre los 4 a 7 años. Alta existencia de cuadros similares en familiares de primer grado lo relacionan a factores genéticos.

Tienen inicio brusco, generalmente en fase N2 o N3, con llanto, facies aterrorizada con gran componente autonómico (sudoración, palidez, taquicardia y taquipnea). El niño impresiona confuso no reconoce a su entorno o a las personas, responde de modo inadecuado, con la mirada perdida en tal vez imágenes mentales que lo aterrorizan. Si despierta, impresiona confuso, en un lapso breve vuelve al sueño sin retener memoria de lo sucedido, siendo inhabitual que se presenten más de un evento por noche⁸.

Los factores que generan su aparición son emocionales, la privación de sueño o vejiga plena, sin que se encuentre relación con enfermedades mentales, existiendo bastante coincidencia con otras alteraciones de sueño⁹.

Trastorno de la conducta alimentaria del sueño

Ocurre en la etapa de ondas lentas NOMOR y ocasionan ingesta de sólidos o líquidos sin claro recuerdo de lo sucedido, sucede habitualmente

en el primer tercio del sueño y predominantemente en mujeres jóvenes. Puede ser peligroso por ingesta de alimentos no saludables con impacto sobre el peso y las enfermedades metabólicas asociadas. Son generadas por estrés, depresión o ansiedad, bulimia diurna y ciertos hipnóticos como el zolpidem.

Diagnóstico diferencial y tratamiento de parasomnias NOMOR

Un interrogatorio adecuado y una buena toma de la historia clínica, posiblemente sean lo único necesario, más fácil aun si se tiene un registro fílmico. Si no fuera suficiente, sobre todo en sospecha de epilepsia, apneas obstructivas u otras; la polisomnografía puede reflejar ondas lentas hipersincrónicas o irregulares, o fase NOMOR inestable¹⁰.

Las pesadillas, cuyo cuadro clínico asemeja mucho a los terrores nocturnos, ocurren en la fase MOR y al terminar el episodio el niño está lúcido y alerta, puede recordar lo soñado y acepta ser consolado.

El desafío mayor es el diferenciarlas de las epilepsias nocturnas frontales, que ocurren solo en sueño, con distintas presentaciones clínicas

y en varias ocasiones en la noche, pudiendo ser la única afección o coexistir con otros trastornos del sueño¹¹.

En cuanto al tratamiento, siendo estas de características benignas y autolimitadas, no requieren un tratamiento específico, si bien es recomendable evitar los posibles desencadenantes ya mencionados o bien practicar despertar al niño antes del horario esperado del ataque, lo que puede aligerar el sueño evitando el evento (Tabla 2).

El apoyo farmacológico debe ser considerado cuando los accesos son peligrosos para el niño o su entorno, los accesos son muy frecuentes o interfieren en sus actividades diarias. La melatonina ha sido reportada como beneficiosa en estos casos¹².

Parasomnias asociadas al sueño MOR

Las diferencias que las caracterizan son su clara relación con el sueño MOR, las manifestaciones oníricas, no ocurren al despertar de confusión y presentarse pasada la primera mitad del sueño. En algunos casos los pacientes presentan alteraciones de sueño MOR y NMOR, por lo que son considerados como solapamiento entre ambas.

Tabla 2 | Parasomnias frecuentes en pediatría

Parasomnias	Intervención
Terrores nocturnos	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar seguridad y buscar causas desencadenantes de los eventos • Tranquilizar a los familiares dando indicaciones de manejo de la situación
Despertares confusionales	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar la deambulación y redireccionar al niño a la cama, facilitar la micción si fuera necesario
Sonambulismo	<ul style="list-style-type: none"> • Descartar comentarios innecesarios luego del evento • Evaluar medicación • Reducir situaciones atemorizantes antes de ir a dormir
Pesadillas	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar y evitar causas desencadenantes • Brindar confianza y autocontrol • En caso necesario considerar medicación • Identificar y tratar causas desencadenantes (SAOS, neurológicas, emocionales)
Enuresis	<ul style="list-style-type: none"> • Intentar el proceso de despertar antes del evento • Utilizar alarmas para entrenamiento y terapia conductual • Considerar medicación

Pesadillas

Se relacionan principalmente en pacientes con estrés post traumático y se presentan como sueños reiterativos y perturbadores, que suelen generar el despertar del paciente con sensorio no comprometido, tolerando el consuelo de familiares, pudiendo recordar lo soñado y logrando reiniciar el sueño. No es habitual una exageración de actividad motora debida a la atonía del sueño MOR. El componente emocional es generalmente desfavorable asociando el miedo y la ansiedad; además sensación de asco, vergüenza o rabia. La prevalencia es del 3% y el 6%, máxima entre los 10 y 14 años y ligeramente mayor en niñas¹³.

El abuso de exposición a medios electrónicos con material violento o aterrador puede ser detonante, por lo que su supresión debe formar parte de las medidas de higiene del sueño. En los menores, las imágenes de fantasía o monstruos son predominantes, mientras que en mayores o adolescentes predominan las imágenes asociadas a estrés o eventos traumáticos¹⁴.

Trastornos de conducta del sueño MOR

Son comportamientos complejos y violentos relacionadas a sueños despacibles, hasta agresivos, que pueden ocasionar autolesiones o daños a su entorno. En ellos falta la típica atonía del sueño MOR y los niños pueden representar sus sueños con marcada actividad muscular: movimientos acentuados, agresiones físicas o abandono del lecho. Ocurren cuando aumentan los ciclos de sueño MOR y despiertan recordando el sueño que motiva esta conducta y sin estado confusional¹⁵. No son frecuentes en la infancia y pueden asociarse a hipersomnia y narcolepsias, trastornos del neurodesarrollo o alteraciones estructurales de tallo cerebral, enfermedades neurodegenerativas o secundario a agentes farmacológicos. Se debe prever un ambiente seguro para el paciente e intentar tratamientos con benzodiazepinas o melatonina. La polisomnografía revela aumento de la actividad electromiográfica en el sueño MOR, lo que verifica ausencia de atonía¹⁶.

Parálisis de sueño

Es la incapacidad de movimientos voluntarios al inicio y/o al final del sueño (hipnagógicos

o hipnopómpicos) durando segundos o minutos. El paciente se encuentra lúcido, paralizado, excepto el diafragma y músculos oculares, causando malestar o ansiedad. Son generados por persistencia en vigilia de la atonía MOR, agravadas por privación o alteraciones de los ciclos vigilia/sueño o estrés¹⁷. Ocasionalmente son suprimidas si el paciente es estimulado táctilmente o este mueve rápidamente los ojos. Son poco habituales en la infancia, pero frecuentes en la adolescencia, en ocasiones asociadas a alucinaciones y narcolepsia.

Se debe insistir sobre la adecuada higiene de sueño y rara vez requiere de farmacología, si son graves intentar con inhibidores de la recaptación de serotonina, tricíclicos o agonistas de la hipocretina¹⁸.

Enuresis

Se define como micción involuntaria que ocurre durante el sueño. Son consideradas primarias en pacientes mayores de 5 años, ocurren al menos dos veces a la semana y sueño completamente seco en los 6 meses anteriores, y secundarias en aquellos que durmieron secos más de 6 meses con la misma frecuencia y en ambos casos los episodios deben durar más de 3 meses. Tienen una prevalencia de 5 al 15%, con remisión espontánea y carga genética familiar en el tipo primario, preponderancia masculina hasta los 11 años sin diferencias posteriores¹⁹.

Son ocasionadas por hiperactividad vesical nocturna, excesiva producción de orina y falta de respuesta a estímulos vesicales para despertar. También se asocian a apneas de sueño, movimientos de piernas en sueño o fragmentación del mismo. Las secundarias están más relacionadas con infecciones de vías urinarias, exceso de ingesta de líquidos, cafeína, diuréticos o diabetes, además de alteraciones estructurales a nivel medular o crisis nocturnas, sin olvidar factores emocionales: disolución parental, abuso u otras.

El tratamiento más efectivo es utilizar un sensor de alarma que se activa con la emisión de orina que advierte de enuresis, con mejores resultados que los farmacológicos (desmopresina, imipramina u oxibutirina), además de las medidas de higiene del sueño adecuadas para evitar el impacto sobre las emociones y autoestima del niño²⁰.

Conclusión

De los trastornos del sueño hemos examinado tanto la frecuencia, modo de presentación, efectos sobre el neurodesarrollo y la calidad de vida de los niños, desde su crecimiento y desarrollo hasta su implicancia e impacto en los aspectos cognitivos, el aprendizaje y la conducta.

Muchas veces, bajo el camuflaje de otros motivos de consulta, subyacen los trastornos del sueño, por lo que estimamos que buena parte de la toma de datos clínicos deben orientarse intencionalmente a la búsqueda de ellos.

Conflicto de intereses: Ninguno para declarar

Bibliografía

1. Nelson KL, Davis JE, Corbett CF. Sleep quality: An evolutionary concept analysis. *Nurs Forum* 2022; 57:144-51.
2. Bruni O, DelRosso LM, Melegari MG, Ferri R. The parasomnias. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2021; 30:131-42.
3. Eichelberger H, Nelson A. Nocturnal events in children: When and how to evaluate. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2020; 50:100893.
4. Mainieri G, Montini A, Nicotera A, Di Rosa G, Proveni F, Loddo G. The genetics of sleep disorders in children: a narrative review. *Brain Sci* 2021; 11:1259.
5. Siclari F. Consciousness in non-REM-parasomnia episodes. *J Sleep Res* 2025; 34:e14275.
6. Ting CY, Thomas B. Behavioral sleep problems in children. *Singapore Med J* 2024; 65:599-606.
7. Spector AR. Non-REM sleep parasomnias. *Continuum (Minneapolis Minn)* 2023; 29:1117-29.
8. Irfan M. Sleep terrors. *Sleep Med Clin* 2024; 19:63-70.
9. Idir Y, Oudiette D, Arnulf I. Sleepwalking, sleep terrors, sexsomnia and other disorders of arousal: the old and the new. *J Sleep Res* 2022; 31:e13596.
10. Haberlandt, E. Parasomnia in children and adults as a differential diagnosis to non-lesional focal epilepsy. *Clin Epileptol* 2023; 36:169-75.
11. Raynero Mellado RC, García Campos O. Parasomnias en la edad pediátrica. *Form Act Pediatr Aten Prim* 2018; 11:137-4.
12. Fatemeh G, Sajjad M, Niloufar R, Neda S, Leila S, Khadijeh M. Effect of melatonin supplementation on sleep quality: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Neurol* 2022; 269:205-16.
13. El Sabbagh E, Johns AN, Mather CE, Cromer LD. A systematic review of nightmare prevalence in children. *Sleep Med Rev* 2023; 71:101834.
14. Schredl M, Schramm F, Valli K, Mueller EM, Sandman N. Nightmare Distress Questionnaire: associated factors. *J Clin Sleep Med* 2021; 17:61-7.
15. Bergmann M, Högl B, Stefani A. Clinical neurophysiology of REM parasomnias: Diagnostic aspects and insights into pathophysiology. *Clin Neurophysiol Pract* 2024; 9:53-62.
16. Hu MT. REM sleep behavior disorder (RBD). *Neurobiol Dis* 2020; 143:104996.
17. Benham G. Sleep paralysis in college students. *J Am Coll Health* 2022; 70:1286-91.
18. Thorpy MJ, Siegel JM, Dauvilliers Y. REM sleep in narcolepsy. *Sleep Med Rev* 2024; 77:101976.
19. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ª ed, texto revisado). Editorial Médica Panamericana, 2024, p 1150.
20. Jurado Luque MJ, Sans Capdevila O, Soto Insuga. V. Parasomnias. Trastornos del movimiento. En: *Pediatría Integral*, 2023, Volumen XXVII, p 479- 89.