

AON1006

Narcolepsia y deporte profesional

Autores

Sara Ruhland-Paulete, M. José Abenza Abildua

Afiliaciones

Sección de Neurología. Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid, España. (S.Ruhland-Paulete, M.J: Abenza Abildua)

Correspondencia

Sección de Neurología. Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid, España.

E-mail

unidadsueno.huis@salud.madrid.org

Introducción. En pacientes con narcolepsia empleamos habitualmente como primera línea de tratamiento de la somnolencia diurna los fármacos psicoestimulantes, como el modafinilo y el metilfenidato. El mayor riesgo es su potencial dependencia y tolerancia. Si bien son efectivos en el tratamiento de la somnolencia, su uso está restringido en algunos pacientes por sus efectos secundarios. El pitolisant es un fármaco indicado para la excesiva somnolencia diurna de los pacientes con narcolepsia que no afecta directamente a las vías dopa y adrenérgicas, por lo que es ideal en pacientes en los que no se puedan emplear. **Casos clínicos.** Mujer de 31 años que consulta por excesiva somnolencia diurna a pesar de una vida activa desde hace cuatro años. Deportista profesional, realiza actividad física intensa al menos seis horas diarias. A pesar de esto, presenta somnolencia diurna en cuanto está realizando tareas rutinarias, con Epworth 18. No hay ronquidos, ni movimientos nocturnos, ni alucinaciones ni cataplejías. En el test de latencias múltiples, la latencia media de conciliación es de tres minutos y entra en REM en las dos primeras siestas. Diagnosticada de narcolepsia de tipo 2, inicia tratamiento con modafinilo oral, con buena tolerancia, pero con baja efectividad, por lo que se cambia a metilfenidato. Éste también es eficaz, pero con riesgo de dar positivo en los controles antidrogas en su trabajo. Se decide realizar el cambio a pitolisant, con buena adhesión, efectividad, sin efectos secundarios y sin riesgo de control de drogas en su trabajo. **Conclusiones.** El pitolisant es un fármaco antagonista/agonista inverso del receptor de la histamina 3, no clasificado como psicoestimulante directo, efectivo e indicado en pacientes con narcolepsia. Presenta mucho menor riesgo de dependencia y tolerancia que el modafinilo y el metilfenidato, es seguro en grupos de pacientes en los que los psicoestimulantes tienen contraindicaciones o no se toleran bien, y es combinable con otros fármacos habitualmente empleados en pacientes con narcolepsia.

Introducción

En pacientes con narcolepsia empleamos habitualmente como primera línea de tratamiento de la somnolencia diurna los fármacos psicoestimulantes, como el modafinilo y el metilfenidato, con efecto sobre la vía dopaminérgica, que aumentan los niveles de

María José Abenza Abildua

dopamina y adrenalina en el cerebro [1]. Además del efecto positivo sobre la actividad, la concentración y la vigilia, tienen efectos secundarios frecuentes, como taquicardia, cefalea o irritabilidad, y riesgo de dependencia y tolerancia. Si bien son efectivos en el tratamiento de la somnolencia, su uso está restringido en algunos pacientes por sus efectos secundarios. El pitolisant es un fármaco indicado para la excesiva somnolencia diurna de los pacientes con narcolepsia que no afecta directamente a las vías dopa y adrenérgicas, por lo que es ideal en estos pacientes [2-7]. Presentamos un caso con indicación de pitolisant como primera línea.

Presentación del caso

Mujer de 31 años, con antecedente de padre con parálisis del sueño recurrentes y dos hermanos con excesiva somnolencia diurna desde la adolescencia, que consulta por excesiva somnolencia diurna a pesar de una vida activa desde hace cuatro años. Sin patologías previas, es deportista profesional, sin factores de riesgo vascular ni obesidad, y realiza actividad física intensa al menos seis horas diarias. A pesar de esto, presenta somnolencia diurna en cuanto está realizando tareas rutinarias, con Epworth 18. Trabaja en turno de tarde. Se acuesta a las 1:00 horas y se levanta a las 9:00 horas con sensación de cansancio y sueño no reparador. La latencia de sueño es de cinco minutos, sin despertares, ni ronquidos, ni movimientos nocturnos, ni alucinaciones ni cataplejías. Duerme siestas de 1-2 horas, reparadoras, pero no puede hacerlas por el horario de trabajo. En la polisomnografía nocturna presenta una latencia de sueño de 11 minutos y una latencia REM de 87,5 minutos, con eficiencia del 90%, sin apneas ni parasomnias. En el test de latencias múltiples, la latencia media de conciliación es de tres minutos y entra en REM en las dos primeras siestas (Figura). Con el diagnóstico de narcolepsia de tipo 2, se ofrece tratamiento con oxibato sódico, que rechaza por efectos secundarios. Se inicia tratamiento con modafinilo oral, con buena tolerancia, pero con baja efectividad, por lo que se cambia a metilfenidato. Éste también es eficaz, pero con riesgo de dar positivo en los controles antidrogas en su trabajo. Se decide realizar el cambio a pitolisant, con buena adhesión, efectividad, sin efectos secundarios y sin riesgo en los controles de drogas en su trabajo.

Discusión

Los tratamientos habitualmente utilizados en pacientes con narcolepsia incluyen psicoestimulantes, que, si bien han demostrado su efectividad y seguridad a largo plazo, no dejan de tener ciertas limitaciones de uso en grupos de pacientes específicos, como los pacientes con cardiopatías o psicopatologías previas o los que tengan que estar sometidos a controles de drogas [1,2]. En nuestro caso, la paciente es deportista profesional y tenía miedo especialmente a dar positivo en controles aleatorios de tóxicos, dado que de momento no quería contar su enfermedad en el trabajo. El cambio se realizó sin complicaciones y con efectividad con dosis de 36 mg.

Conclusiones

El pitolisant es un fármaco antagonista/agonista inverso del receptor de la histamina 3, no clasificado como psicoestimulante directo, efectivo e indicado en pacientes con

María José Abenza Abildua

narcolepsia. Presenta mucho menor riesgo de dependencia y tolerancia que el modafinilo y el metilfenidato, y es seguro en grupos de pacientes en los que los psicoestimulantes tienen contraindicaciones o no se toleran bien. Al no ser un psicoestimulante directo, no supone un problema en los pacientes que tienen que someterse a controles antidrogas.

Bibliografía

1. Franceschini C, Pizza F, Antelmi E, Folli MC, Plazzi G. Narcolepsy treatment: pharmacological and behavioral strategies in adults and children. *Sleep Breath* 2020; 24: 615-27.
2. Lamb YN. Pitolisant: a review in narcolepsy with or without cataplexy. *CNS Drugs* 2020; 34: 207-18.
3. Pitolisant (Wakix) for narcolepsy. *JAMA* 2021; 326: 1060-1.
4. Dauvilliers Y, Bassetti C, Lammers GJ, Arnulf I, Mayer G, Rodenbeck A, et al; HARMONY I study group. Pitolisant versus placebo or modafinil in patients with narcolepsy: a double-blind, randomised trial. *Lancet Neurol* 2013; 12: 1068-75.
5. Harwell V, Fasinu PS. Pitolisant and other histamine-3 receptor antagonists— an update on therapeutic potentials and clinical prospects. *Medicines (Basel)* 2020; 7: 55.
6. Ono T, Takenoshita S, Nishino S. Pharmacologic management of excessive daytime sleepiness. *Sleep Med Clin* 2022; 17: 485-503.
7. de Biase S, Pellitteri G, Gigli GL, Valente M. Evaluating pitolisant as a narcolepsy treatment option. *Expert Opin Pharmacother* 2021; 22: 155-62.

María José Abenza Abildua

Figura. Test de latencias: primera latencia, entra en fase REM en el minuto 19.

