

AON1008

Hiperactivación asociada a trastorno de conducta del sueño REM como causa de perturbación del sueño nocturno en la narcolepsia de tipo 1

Autores

Manuel de Entrambasaguas, Mika Aiko, José M. Cáceres, Tatiana Enríquez, Paula Cases

Afiliaciones

Unidad de Sueño y Neurofisiología Clínica. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia, España. (M. Entrambasaguas; M. Aiko; J.M. Cáceres; T. Enríquez; P. Cases)

Correspondencia

Manuel de Entrambasaguas. Unidad de Sueño y Neurofisiología Clínica. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia, España

E-mail

entrambasaguas_man@gmail.com

Introducción. La perturbación del sueño nocturno en la narcolepsia de tipo 1 puede ser tan importante como la somnolencia diurna excesiva o la cataplejía. **Caso clínico.** Esta paciente consultó por mala calidad del sueño y pesadillas. Presentaba hiperactivación en un contexto de insomnio y ánimo triste. Se le diagnosticó apnea obstructiva del sueño, movimientos periódicos durante el sueño y trastorno de la conducta del sueño REM (TCSR), que sólo perturbaron de forma discreta la continuidad del sueño. Su sueño era reactivo al estrés, incorporando esas vivencias amenazantes a los contenidos oníricos y aparentemente a su expresividad motora en el TCSR. Aunque existió una mejoría inicial del TCSR al introducir pitolisant, ésta no se mantuvo al empeorar el estrés. **Conclusión.** El TCSR asociado a narcolepsia de tipo 1 posee características distintas del TCSR idiopático.

Introducción

La perturbación del sueño nocturno en pacientes con narcolepsia de tipo 1 puede ser tan importante como la somnolencia diurna excesiva o la cataplejía [1].

Presentación del caso

Una mujer de 24 años con narcolepsia de tipo 1 diagnosticada en otro centro y sin seguimiento consultó por mala calidad del sueño nocturno y pesadillas ocasionales. Tomaba modafinilo 50 mg, porque 100 mg le causaban insomnio. No refería somnolencia (le bastaba una siesta corta vespertina), y contaba episodios diarios muy breves y leves de cataplejía precipitados por la risa. Presentaba alucinaciones como ‘presencias’, movimientos cefálicos, patadas y puñetazos que no sabía si se daba ella misma, unas 4-5

Manuel José Entrambasaguas

veces por semana, canturreo y risa, en ocasiones asociados a despertar con cataplejía, y sueños lúcidos. Los cuestionarios reflejaron insomnio con hiperactivación (*hyperarousal*) [2,3] y cierta tristeza (Tablas I, II y III). Durante el sueño REM (Figs. 1, 2 y 3) se registraron dos breves episodios de movimiento corporal, habla y risa con activación de los canales electromiográficos del mentón y las extremidades, no coincidentes con otros eventos. Se le diagnosticó narcolepsia de tipo 1 con trastorno de la conducta del sueño REM (TCSR), apnea obstructiva del sueño y movimientos periódicos durante el sueño. Se cambió el tratamiento a pitolisant 9 mg, lo que mejoró la cataplejía. Durante ese período estaba de baja laboral y también mejoró el TCSR, y presentó sólo risas y canturreo. Pero, al reincorporarse, aparecieron las pesadillas relacionadas con el estrés laboral y empeoró el TCSR. El insomnio había mejorado, aunque no significativamente [2], y persistía la hiperactivación.

Discusión

La apnea obstructiva del sueño, los movimientos periódicos durante el sueño y el TCSR sólo perturbaron de forma discreta la continuidad del sueño. Sin embargo, existía una hiperactivación significativa con insomnio y ánimo triste. El sueño era reactivo al estrés, incorporando esas vivencias amenazantes al contenido onírico [4] y aparentemente a su expresividad motora en el TCSR. La mejoría inicial del TCSR con pitolisant no se mantuvo al empeorar el estrés, lo que confunde su posible contribución.

Conclusiones

La perturbación del sueño en la narcolepsia de tipo 1 puede ser multifactorial e incluir la hiperactivación como componente relevante. Ésta ocurre en la ansiedad y la depresión, condiciones asociadas a la narcolepsia de tipo 1, y puede contribuir a la inestabilidad del sueño propia de ésta. El TCSR asociado a la narcolepsia de tipo 1 posee características distintas del TCSR idiopático [5].

Bibliografía

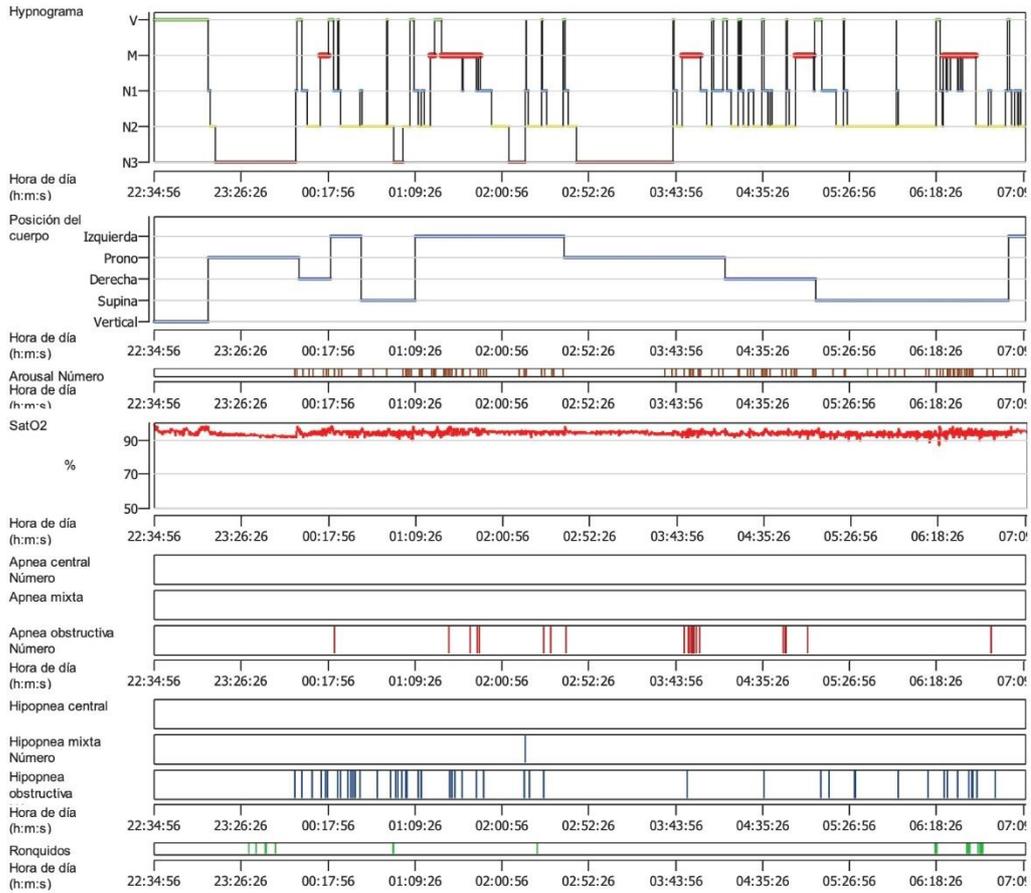
1. Maski K, Mignot E, Plazzi G, Dauvilliers Y. Disrupted nighttime sleep and sleep instability in narcolepsy. *J Clin Sleep Med* 2022; 18: 289-304.
2. Morin CM, Belleville G, Bélanger L, Ivers H. The Insomnia Severity Index: psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. *Sleep* 2011; 34: 601-8.
3. Puzino K, Amatrudo G, Sullivan A, Vgontzas AN, Fernandez-Mendoza J. Clinical significance and cut-off scores for the pre-sleep arousal scale in chronic insomnia disorder: a replication in a clinical sample. *Behav Sleep Med* 2020; 18: 705-18.
4. Uscamaita KE, Embid C, Gaig C, Lugo V, Serradell M, Ahuir MI, et al. Contenido onírico en diferentes trastornos del sueño: síndrome de apnea e hipopnea del sueño, insomnio primario, trastorno de la conducta del sueño REM idiopático y narcolepsia de tipo 1. *Rev Neurol* 2021; 72: 411-8.
5. Plazi G. REM sleep behavior disorder in narcolepsy. In Schenck CH, Högl B, Videnovc A, eds. *Rapid-eye-movement sleep behavior disorder*. Chapter 11. Cham,

Manuel José Entrambasaguas

Switzerland; Springer; 2019. p. 135-51.

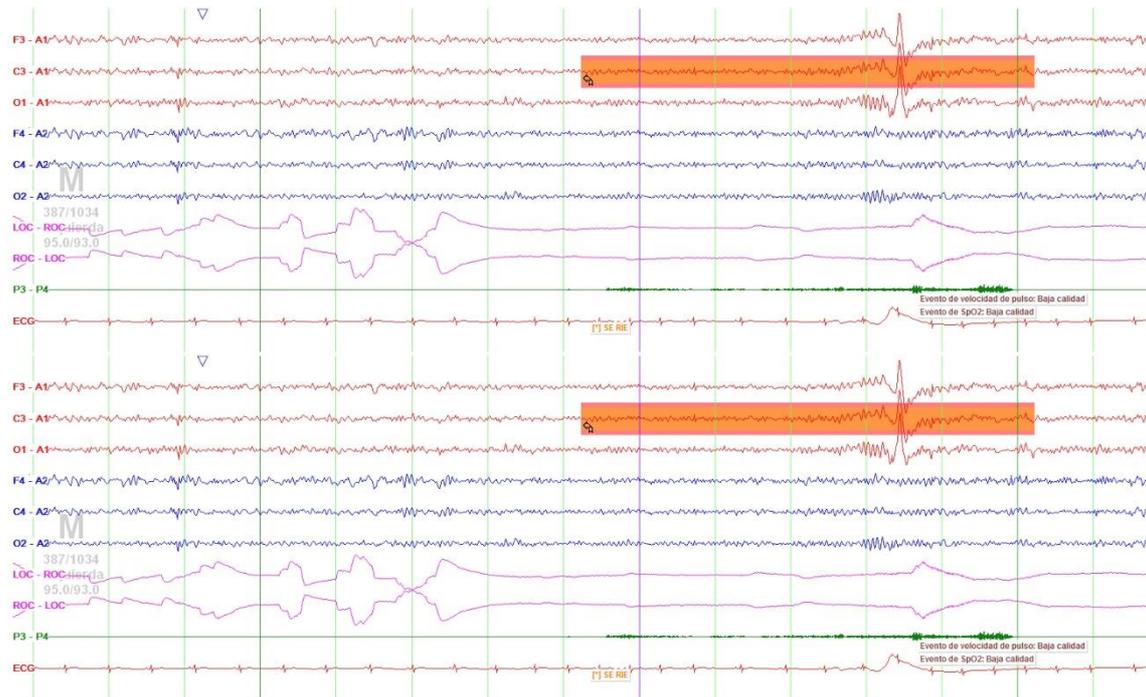
Manuel José Entrambasaguas

Figura 1. Estudio del sueño.



Manuel José Entrambasaguas

Figura 2. Episodios de trastorno de la conducta del sueño REM.



Manuel José Entrambasaguas

Figura 3. Escalas de sueño y otras pruebas diagnósticas.

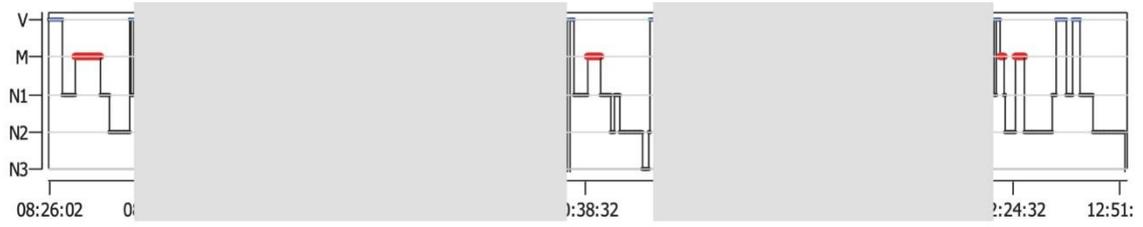


Tabla I. Videopolisomnografía nocturna: gráficas y valores.

Tiempo total de sueño	7,5 h (453,5 min)	
Eficiencia del sueño	87,8%	
Continuidad del sueño	93,5%	
Latencia del sueño	26 minutos	(Dudoso SOREM con latencia de sueño < 5 minutos)
Latencia de REM	66 minutos	(Dudoso SOREM con latencia de sueño < 5 minutos)
Fases	N1, 16,2%; N2, 42,7%; N3, 26,5%; REM, 14,7%; VIS 63,5 min (12,3% de TTR)	
Índice de <i>arousal</i>	14,6/hora (total: 111)	53 espontáneos (47,7%) 34 respiratorios (30,6%) 17 movimientos aislados (15,3%) 7 movimientos periódicos (6,3%) 0 ronquidos
Índice de apnea-hipopnea	9,7/hora Tc90: 0,4% SaO ₂ minuto: 88%	24 apneas obstructivas 49 hipopneas obstructivas 0 mixtas, 0 centrales
Índice de ronquidos	5,6/hora	
Índice de movimientos periódicos	15,9/hora	7/120 (5,8%) asociados a <i>arousal</i>

SOREM: comienzo de sueño en fase REM.

Manuel José Entrambasaguas

Tabla II. Test de latencias múltiples del sueño.

Siesta 1	LS 3 min (N1-N2)	LREM 3,4 min
Siesta 2	LS 1,2 min (N1-N2)	LREM 3,5 min
Siesta 3	LS 0 min (N1-N2)	LREM 1,1 min
Media	LS 1,6 min	3 SOREM

LREM: latencia de REM; LS: latencia de sueño; SOREM: comienzo de sueño en fase REM.

Tabla III. Escalas de sueño y otras pruebas diagnósticas

Prueba	Resultado	Interpretación
<i>Epworth Sleepiness Scale</i>	10/24	Somnolencia leve (10-12)
<i>Insomnia Severity Index</i>	19/28 13/28	Insomnio clínico moderado (15-21) Insomnio subclínico (8-14)
<i>Pre-Sleep Arousal Scale</i> (somática)	24/40 18/40	Hiperactivación somática significativa (≥ 14)
<i>Pre-Sleep Arousal Scale</i> (cognitiva)	18/40 25/40	Hiperactivación cognitiva marginalmente significativa (16-19) Significativa (≥ 20)
<i>Pittsburgh Sleep Quality Index</i>	14/21 12/21	Mala calidad del sueño (>5)
<i>Beck Depression Inventory</i>	21/63	Depresión moderada (21-30)
<i>Beck Anxiety Inventory</i>	18/63	Muy baja ansiedad (0-21)
Índice de masa corporal	38,6 kg/m ²	Obesidad de clase 2 (35-39,9)
HLA	DRB1*15:AGJMY alelo *15:01	Riesgo positivo para narcolepsia
Electroencefalograma		Normal
Resonancia magnética cerebral		Normal

HLA: antígenos leucocitarios humanos.