

AON1020

Narcolepsia y comorbilidad: a propósito de un caso

Autores

Esther Montoya Ceballos

Afiliaciones

Servicio de Neurofisiología Clínica, Hospital Universitario de Álava, HUA. (E. Montoya Zaballos)

Correspondencia

Residente en Neurofisiología Clínica (R3), Unidad de sueño, HUA Santiago. C/ Olaguibel 29, 01004, Vitoria (Álava). Pabellón B, 3 planta.

E-mail

nausica90@hotmail.com

Introducción. La narcolepsia es una enfermedad que cursa con excesiva somnolencia diurna, fragmentación del sueño nocturno y fenómenos de intrusión en el sueño REM abundantes. Además, asocia otros trastornos de sueño de manera concomitante y comorbilidades médicas frecuentes. **Caso clínico.** Presentamos a un paciente con narcolepsia de tipo 1, comorbilidad psiquiátrica e hipertensión arterial que, tras controlar los síntomas inicialmente, desarrolla efectos adversos que requieren la sustitución de los fármacos de primera elección a lo largo del seguimiento en consulta.

Introducción

La narcolepsia es una enfermedad rara, crónica y de gran impacto en la salud física y mental. Tal y como se ha descrito, existe una mayor prevalencia de otros trastornos de sueño concomitantes y comorbilidades médicas en pacientes diagnosticados de esta enfermedad, como trastornos psiquiátricos, afectación del sistema nervioso, trastornos asociados al sistema digestivo, y un mayor riesgo de posibilidades de lesiones y envenenamiento [1]. Dentro de los trastornos de sueño concomitantes son más prevalentes la apnea obstructiva del sueño y el trastorno de conducta del sueño REM [2].

Presentación del caso

Varón de 36 años que acude a consulta por excesiva somnolencia diurna (Epworth: 22), con antecedentes de hipertensión arterial, hígado graso y distimia. Se realiza una polisomnografía diagnóstica que evidencia apnea obstructiva del sueño grave, por lo que se inicia tratamiento con presión positiva continua en las vías aéreas (CPAP). A pesar de una correcta adhesión al tratamiento, persiste excesiva somnolencia diurna. Meses más tarde relata episodios sugestivos de cataplejía, por lo que se le realiza una polisomnografía y un test de latencias múltiples del sueño, que son compatibles con narcolepsia de tipo 1.

Esther Montoya Zaballos

Se inicia tratamiento con modafinilo y clomipramina con adecuada respuesta, pero presenta como efecto adverso impotencia sexual, por lo que se sustituye por oxibato sódico. Dados los antecedentes, se añade venlafaxina y agomelatina.

Años más tarde, la pareja refiere ánimo bajo, cambios de humor y episodios de ingesta nocturna. Por otro lado, se intensifica el tratamiento antihipertensivo, al resultar difícil controlar su hipertensión arterial. Por este motivo se ofrece un tratamiento alternativo: sustituir el oxibato sódico por pitolisant y ajustar el tratamiento antidepresivo para controlar el ánimo.

Hoy en día, con el pitolisant, la desvenlafaxina, la agomelatina y la CPAP se ha conseguido controlar los síntomas relativos a la narcolepsia y, además, los pacientes no presentan alteración de la conducta nocturna, su estado de ánimo se halla en mejoría y la tensión arterial se encuentra controlada.

Discusión

La excesiva somnolencia diurna es un síntoma común en la narcolepsia y la apnea obstructiva del sueño [3,4]. De hecho, la excesiva somnolencia diurna suele ser el síntoma inicial por el que el paciente consulta. En nuestro caso se le diagnosticó inicialmente apnea obstructiva del sueño grave y, tras iniciar tratamiento con CPAP, con buena adhesión y tolerancia, la excesiva somnolencia diurna persistía, y fue cuando se realizó una polisomnografía y un test de latencias múltiples del sueño. Un adecuado control de los eventos respiratorios y una buena adhesión a la CPAP son indispensables para el diagnóstico certero de narcolepsia y apnea obstructiva del sueño [5].

Los trastornos psiquiátricos son frecuentes en los pacientes con narcolepsia y se presentan en un 20-30%. Destacan entre ellos la ansiedad y la depresión [6]. Es fundamental reevaluar al paciente narcoléptico hasta conseguir un buen control del ánimo. En este caso ha sido clave el seguimiento por psiquiatría y el reajuste de los antidepresivos para lograrlo. Además, el tratamiento con oxibato sódico puede empeorar estos síntomas, tal y como sucedió en nuestro paciente.

Las neuronas que generan orexina se comunican también con el sistema nervioso autónomo [7]; por ello, no es infrecuente que en pacientes narcolépticos de tipo 1, con déficit de orexina, se evidencien efectos cardiovasculares, como hipertensión arterial, fenómeno de *no-dipper* de tensión arterial e incremento de la frecuencia cardíaca. En nuestro caso, el paciente ya presentaba antes del diagnóstico de narcolepsia hipertensión arterial, y, tras la utilización de oxibato sódico, precisó multiterapia para su control.

Conclusiones

El avance científico ha sido fundamental para adecuar el tratamiento del paciente. Tener en cuenta los antecedentes y no sólo el síntoma de la narcolepsia es indispensable para ofrecer un correcto manejo terapéutico.

A pesar del avance exponencial en los últimos años en cuanto a desarrollo de fármacos nuevos, es necesario abrir nuevas líneas de investigación en cuanto a terapias que ayuden a paliar los síntomas, sean seguras y tengan como diana el origen de la propia enfermedad: el déficit de orexinas.

Bibliografía

1. Black J, Reaven NL, Funk SE, McGaughey K, Ohayon MM, Guilleminault C, et al. Medical comorbidity in narcolepsy: findings from the Burden of Narcolepsy Disease (BOND) study. *Sleep Med* 2017; 33: 13-8.
2. Nightingale S, Orgill JC, Ebrahim IO, de Lacy SF, Agrawal S, Williams AJ. The association between narcolepsy and REM behavior disorder (RBD). *Sleep Med* 2005; 6: 253-8.
3. Sahni AS, Carlucci M, Malik M, Prasad B. Management of excessive sleepiness in patients with narcolepsy and OSA: current challenges and future prospects. *Nat Sci Sleep* 2019; 11: 241-52.
4. Sansa G, Iranzo A, Santamaria J. Obstructive sleep apnea in narcolepsy. *Sleep Med* 2010; 11: 93-5.
5. Krahn LE, Arand DL, Avidan AY, Davila DG, DeBassio WA, Ruoff CM, et al. Recommended protocols for the Multiple Sleep Latency Test and Maintenance of Wakefulness Test in adults: guidance from the American Academy of Sleep Medicine. *J Clin Sleep Med* 2021; 17: 2489-98. Erratum in *J Clin Sleep Med* 2022 1; 18: 2089.
6. Ohayon MM, Black J, Lai C, Eller M, Guinta D, Bhattacharyya A. Increased mortality in narcolepsy. *Sleep* 2014; 37: 439-44.
7. Jennum PJ, Plazzi G, Silvani A, Surkin LA, Dauvilliers Y. Cardiovascular disorders in narcolepsy: review of associations and determinants. *Sleep Med Rev* 2021; 58: 101440.

Figura. Seguimiento multidisciplinar.

