

Papel del Psicólogo en el diagnóstico diferencial de la Hipersomnía, a propósito de un caso.

Francisca Real y Carmen Hellin

Psicólogas Clínicas

Pedro Ortiz, M. A. Merino y Gloria Zalve

Neurofisiólogos.

Unidad de sueño. Servicio de Neurofisiología Clínica. H. Dr. Peset.

RESUMEN

Durante años se ha estado estableciendo el diagnóstico de hipersomnía idiopática sin realizar una exploración psicológica complementaria siendo ésta necesaria para encontrar la etiología precisa que justificara, en caso de no encontrarse causa psicológica, el diagnóstico de hipersomnía idiopática.

No es pretensión nuestra presentar un modelo de exploración psicológica para trastornos del sueño, sino exponer un caso concreto de los que se dan con frecuencia en las unidades de sueño de nuestros hospitales. En este caso concreto, llevamos a cabo una exploración psicológica como prueba complementaria, descartándose así dicha etiología en la hipersomnía.

ABSTRACT

For years a diagnosis of an unreasonable hypersomnia has been developed without undertaking complementary psychological research.

The development of this diagnosis is vital in order to find the exact theory that will explain unreasonable hypersomnia when psychological causes are not found to be presented.

It isn't our objective to present research for sleeping disorders but to explain a concrete case commonly found in our hospital ward.

From here we will undertake a psychological analysis as a complementary test, therefore rejecting the mentioned etiology related with hypersomnia.

INTRODUCCIÓN

Como introducción a los trastornos del sueño diremos que pueden dividirse en varias categorías, bien atendiendo a las variaciones de los estadios del sueño, o bien a las conductas anómalas nocturnas. Weitzman (1981) ofrece la siguiente clasificación:

- trastornos del inicio del y mantenimiento del sueño (insomnios).
- trastornos de somnolencia excesiva (hipersomnias).
- trastornos del ritmo sueño - vigilia.
- disfunciones asociadas con el sueño (parasomnias).

Si bien esta clasificación es bastante clara, también nos puede parecer, quizás, algo antigua y reduccionista, por tanto, sería conveniente irnos a la Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño (1999) que nos distingue las disomnias, parasomnias, trastornos del sueño asociados a enfermedades orgánicas y psiquiátricas y trastornos del sueño propuestos.

Dicho ésto, nos centraremos en las hipersomnias y de ellas diremos que pueden estar asociadas a trastornos orgánicos, sobre todo enfermedades cerebrales o endocrinas; o hipersomnias asociadas a trastornos psiquiátricos, en los cuales destacan trastornos afectivos primarios de inicio precoz, histeria y estados de inhibición psicótica.

En general, los trastornos del sueño aparecen con frecuencia en la población clínica asociados sintomáticamente con depresión, esquizofrenia, trastornos de ansiedad y ciertos trastornos conductuales. En este sentido, la consulta clínica por algún problema del sueño (en especial insomnio o hipersomnias) se acompaña de un diagnóstico diferencial de los trastornos anteriormente citados para así descartar o confirmar la etiología psicológica.

El caso que ocupa el artículo es un varón de 16 años de edad estudiado en neuropediatría por Epilepsia parcial compleja desde los 7 años y tratado con Carbamacepina, es remitido a nuestra unidad por presentar un exceso de somnolencia «desde siempre» pero más intensa desde hace dos años, diurna, de carácter continuo, sin periodos de atenuación.

Se suele acostar a la 1 AM. y se levanta hacia las 9 de la mañana, en algunas ocasiones con cefalea pulsátil, holocraneal, que a veces se acompaña de náuseas, vómitos y visión borrosa que a veces mejora con los analgésicos. El sueño nocturno no le parece reparador y desde hace 8 meses presenta además megafagia. Hace 4 comidas principales y come entre comidas de forma compulsiva incluso alimentos que antes evitaba, como las verduras y especialmente los champiñones crudos que nunca le han gustado.

No refiere cambios en la conducta ni hipersexualidad.

ANTECEDENTES PERSONALES

Embarazo y parto normales.

Desarrollo psicomotor normal. Otitis de repetición. Fue diagnosticado de Epilepsia parcial compleja a raíz de desarrollar un episodio de ausencia con movimientos automáticos que se siguieron de una crisis convulsiva generalizada, sin relajación de esfínteres. Posteriormente sus padres refieren un sueño muy intranquilo con movimientos clónicos de predominio axial, sin movimientos llamativos de las extremidades que ha persistido tras el tratamiento con carbamacepina.

Resaltar que en el año 1988, a raíz de un ingreso hospitalario por neumonía, llamó la atención hipersomnias continuas.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Es el tercero de cuatro hermanos. Sus hermanos refieren también una cierta hipersomnias y otro de los hermanos presenta, al igual que él, Epilepsia y Cefaleas.

Padre alcohólico.

EXPLORACIÓN FÍSICA.

ROT normales, 6º dedo en mano derecha (polidactilia).

Fondo de ojo: sin significativas

Auscultación cardiopulmonar: normal

Abdomen: sin signos patológicos de interés.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

RM: sin hallazgos significativos.

HEMOGRAMA Y BIOQUÍMICA: sin hallazgos significativos.

EEG: actividad paroxística focal.

PSG (polisomnografía): a los 12 años abundante actividad paroxística en todas las fases del sueño que se focaliza en la región temporal derecha en la fase REM.

NIVELES FARMACOLÓGICOS: Carbamacepina dentro de los límites normales, 5.8 ng/ml. (4-12)

OFTALMOLOGIA: sin hallazgos significativos.

PSG: A los 16 años: importante desestructuración del sueño. Tiempo de movimientos corporales aumentado. Latencia de inicio de sueño acortada (0 minutos). Abundante actividad paroxística focal en todas las fases del sueño NREM en región temporal derecha, del tipo ondas agudas y punta onda lenta a 2 c/s.

TEST DE LATENCIAS MÚLTIPLES: Latencia de inicio del sueño inferior a 5 minutos en 3 de las 4 siestas, sin entrada en sueño REM en ninguna de ellas.

EXPLORACIÓN PSICOLÓGICA

Procedemos a pasarle al paciente las pruebas STAIC y CDI con el fin de establecer un diagnóstico diferencial que descarte la hipersomnias de etiología psicológica.

Mediante al STAIC exploramos los niveles de ansiedad Estado/Rasgo, evaluando así, si niveles elevados de ansiedad son los responsables de un sueño nocturno no reparador.

Con las puntuaciones obtenidas en el test descartamos esta hipótesis.

Mediante el CDI (Cuestionario de depresión para adolescentes) efectuamos el diagnóstico diferencial de hipersomnias debida a un estado depresivo. El test resultó negativo descartando dicho diagnóstico.

Mediante entrevista clínica exploramos la conducta del paciente y la relación de éste con el entorno familiar y laboral. Con los datos obtenidos descartamos que la hipersomnias se deba a un problema de adaptación al medio o a un trastorno afectivo por el ambiente familiar.

La exploración completa nos induce a pensar que la hipersomnias no se debe a causas psicológicas.

PROBLEMAS DEL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

La Hipersomnia de nuestro paciente resulta difícil de adscribir a ninguna de las categorías descritas en la clasificación Internacional de las enfermedades del Sueño (AIDS). A pesar de su similitud con el Síndrome de Kleine-Levin no puede encuadrarse en esta categoría ya que hay afectados otros miembros de la familia y la hipersomnia no es periódica. Tampoco puede encuadrarse en la Narcolepsia debido a la ausencia de cataplejía y la larga latencia del REM.

En contra de la Hipersomnia idiopática está la asociación con la epilepsia temporal y la megafagia. Respecto a la hipersomnia de causa psicológica tenemos en contra tanto el test de latencias como la ausencia de reducción del sueño (ya que hay una buena relación entre el tiempo de estancia en cama y el tiempo de sueño).

COMENTARIO

Aunque es bien conocido el efecto facilitador del sueño y, sobre todo, la falta de sueño, sobre las crisis epilépticas y las anomalías paroxísticas intercríticas; es mucho menos conocido al efecto sobre el sueño de la epilepsia. En nuestro caso la sintomatología puede atribuirse a la mala calidad del sueño probablemente producida por abundante actividad paroxística intercrítica asociada a numerosos «arousal» y aumento del tiempo de movimiento. Las perturbaciones del sueño varían con la localización del foco primario, en concreto el aumento del tiempo de movimiento ha sido descrito en asociación con los focos amigdalohipocámpico y por lo tanto una disminución de la eficacia del sueño. Respecto a la Megafagia, se ha descrito en las ratas que una privación crónica del sueño produce un síndrome característico que asocia megafagia como uno de los síntomas, habiéndose atribuido a la disminución del metabolismo de áreas concretas del cerebro, fundamentalmente del área hipotalámica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Billiard et al. In *Le Sommeil Normal et Patologique*. 1994
- Kryger et al. *Principles and Practice of Sleep Medicine*. 2th de.
- Functional consequences of sustained sleep deprivation in the rat. Everson-CA. Clinical Psychobiology Branch, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health. Bethesda, MD 20892, USA. *Behav-Brain-Res.* 1995. Jul-Aug; 69 (1-2): 43 - 54.
- *DSM-IV*. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson 1995.
- *STAI-C*. *Cuestionario de Ansiedad Estado/rasgo*. Ed. Tea, s.a. 1982.
- *CDI*. *Cuestionario Depresión Infantil*. Kovacs y col, 1977.
- *Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño*. American Sleep Disorders Association. The international classification of sleep disorders; Diagnostic and coding manual. Diagnostic classification Steering Committee, Thorpy M. J., Cheiman. Rochester - M.N., 1990.



Cortar por aquí

INFORMACIÓ PSICOLÒGICA

SUBSCRIPCIÓ

Desitge suscriure'm a la revista "INFORMACIÓ PSICOLÒGICA" durant l'any 1996.

Nom
Adreça
Població

Enviar transferència bancaria o ingres en compte corrent a nom del Col·legi de Psicòlegs del País Valencià.

Banc Popular Espanyol. Entitat: 0075. Oficina 0497. Compte: 0600079650

El preu de subscripció del període d'un any natural és de 2.500 pessetes, 3 números.

NOTA: Els col·legiats de la Delegació del País Valencià ja reben gratuïtament Informació Psicològica.

