

Como resultado de esta asociación, el tratamiento del síndrome de piernas inquietas podría tratar de forma efectiva hasta a un 12% de todos los niños hiperactivos<sup>8</sup>. Para complicar más el panorama, en los niños con alteraciones respiratorias del sueño e hiperactividad, este último síntoma parece estar más asociado con el índice de movimientos periódicos de las piernas durante el sueño que con parámetros polisomnográficos respiratorios (índice de apnea-hipopnea, saturación arterial mínima de oxígeno o presión esofágica más negativa)<sup>6</sup>. Un alto porcentaje de niños presenta enfermedad por reflujo gastroesofágico, problema que se manifiesta frecuentemente durante el descanso nocturno en forma de despertares asfáticos con sensación de atragantamiento, disnea sibilante y dolor retroesternal. Se ha descrito que los pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico presentan en el estudio polisomnográfico un mayor número de despertares breves nocturnos ( *arousals*) y una menor proporción de sueño profundo<sup>9</sup>. Estas alteraciones podrían estar en la génesis de alteraciones en el comportamiento infantil que podrían ser fácilmente solucionables con el tratamiento del reflujo gastroesofágico<sup>10</sup>.

Creemos que la evaluación médica y la detección de los trastornos de sueño asociados son hoy imprescindibles en estos pacientes. Evitaremos, de esta manera, tratar a determinados grupos de pacientes de forma prolongada con fármacos estimulantes como el metilfenidato, no exento de efectos secundarios indeseables.

*Luís Domínguez-Ortega<sup>a</sup>  
y Gregorio Pérez-Peña<sup>b</sup>*

<sup>a</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital 12 de Octubre. UMF y Unidad de Sueño. Clínica Ruber. Unidad de Sueño. Clínica Ludor. Madrid. España.

<sup>b</sup>Servicio de Neumología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. España. Clínica Ludor. Madrid. España.

1. Soutullo C. Diagnóstico y tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Med Clin (Barc)* 2003;120:222-6.
2. American Academy of Pediatrics, Committee on Quality Improvement and Sub-committee on ADHD. Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with ADHD. *Pediatrics* 2000;105:1158-70.
3. Ali N, Pitson D, Stradling J. Snoring, sleep disturbance, and behaviour in 4-5 year olds. *Arch Dis Child* 1993;68:360-6.
4. American Thoracic Society. Medical Section of the American Lung Association. Standards and indications for cardiopulmonary sleep studies in children. *Am J Resp Crit Care Med* 1996;153: 866-78.
5. Chervin RD, Archbold KH, Dillon JE, Panahi P, Pituch KJ, Dahl RE, et al. Inattention, hyperactivity and symptoms of sleep-disordered breathing. *Pediatrics* 2002;109:449-56.
6. Chervin RD, Archbold KH. Hyperactivity and polisomnographic findings in children evaluated for sleep-disordered breathing. *Sleep* 2001;24: 313-20.
7. Ali N, Pitson D, Stradlings J. Sleep disorder breathing: effects of adenotonsillectomy on behaviour and psychological functioning. *Eur J Pediatr* 1996;155:56-62.
8. Chervin RD, Archbold KH, Dillon JE, Pituch KJ, Panahi P, Dahl RE, et al. Associations between symptoms of inattention, hyperactivity, restless legs, and periodic leg movements. *Sleep* 2002; 25:213-8.
9. Cohen J, Arain A, Harris P, Byrne DW, Holzman MD, Sharp KW, et al. Surgical trial investigating nocturnal gastroesophageal reflux and sleep. *Surg Endosc* 2003;17:394-400.
10. Carr M, Brodsky L. Severe non obstructive sleep disturbance as an initial presentation of gastroesophageal reflux disease. *Int Pediatr Otorhinolaryngol* 1999;51:115-20.



**Sr. Editor:** Agradecemos los comentarios de Domínguez-Ortega y Pérez-Peña sobre el diagnóstico diferencial del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) con los trastornos respiratorios de sueño (TRS).

Ante un niño con posible TDAH debe considerarse un diagnóstico diferencial evolutivo, médico, neurológico, psiquiátrico y social, que no hemos detallado en nuestra revisión<sup>1</sup>. Evolutivamente el TDAH debe distinguirse de una actividad alta e inatención normal para la edad. Desde el punto de vista médico, debe diferenciarse de problemas de visión o de audición, epilepsia (especialmente ausencias), secuelas de traumatismo craneoencefálico, problemas médicos agudos (infecciones) o crónicos (anemia, hipotiroidismo), desnutrición o sueño insuficiente debido a un trastorno del sueño o a un problema en el ambiente. Pacientes con el síndrome de Tourette pueden distraerse por la urgencia premonitoria anterior al tic o por intentar inhibir los tics. Algunos fármacos como el fenobarbital, la carbamazepina y posiblemente la teofilina, y drogas como el alcohol o el cannabis reducen la atención. Debe descartarse un retraso mental, consciente intelectual bajo y trastornos del aprendizaje (verbal, no verbal, de la lectura, matemáticas o escritura). Debe hacerse un diagnóstico diferencial psiquiátrico con trastornos de ansiedad, del humor, generalizados del desarrollo (espectro autista) y negativista desafiante sin TDAH. Desde el punto de vista social, las secuelas de abuso o abandono del niño, una estimulación insuficiente o una estimulación excesiva y exigencias o expectativas de padres y profesores no adecuadas para el nivel de desarrollo del niño pueden interferir con la atención<sup>2,3</sup>.

Como bien señalan Domínguez-Ortega y Pérez-Peña, los TRS deben descartarse en niños con posible TDAH. Hay una creciente bibliografía al respecto que indica que, aunque tienen una frecuencia comparable en niños con TDAH y en controles sanos, los TRS pueden producir síntomas leves similares al TDAH que pueden confundir y retrasar el diagnóstico<sup>4</sup>. Otros estudios indican que los niños con TRS tenían como síntomas asociados inatención, hiperactividad y somnolencia diurna<sup>5</sup>. Este grupo incluso publicó en 1997 que el 33% de los 70 niños con un diagnóstico de TDAH eran roncadores frecuentes (comparado con el 11% de los niños con otros trastornos psiquiátricos y el 9% de los niños sanos;  $p = 0,01$ ), y que posiblemente el 25% de todos los niños con TDAH podrían curarse si se tratase su TRS<sup>6</sup>. Sin embargo, hasta ahora este abordaje no se ha incorporado a las guías de evaluación y tratamiento del TDAH<sup>2,3</sup>. Otro estudio encontró dificultades del sueño similares en tres grupos de niños con TDAH, con trastornos del aprendizaje o con ambos problemas, y más frecuentes que en niños controles, y recomendaba descartar problemas del sueño en niños con posible TDAH o trastorno del aprendizaje<sup>7</sup>. Además del diagnóstico diferencial, es importante considerar la comorbilidad. Hay datos que indican que los niños con TDAH tienen más «problemas del sueño» que los niños controles<sup>8</sup>, más dificultades para conciliar el sueño, mayor frecuencia de sonambulismo (refieren mayor cansancio matutino), mayor resistencia a irse a dormir, y por ello disfrutan de menos horas de sueño total. Los problemas al

acostarse son más función de la comorbilidad del TDAH con trastornos negativista desafiante y de ansiedad que del TDAH en sí. Estudios polisomnográficos no han encontrado alteraciones en la naturaleza del sueño en niños con TDAH<sup>8</sup>. Respecto al síndrome de piernas inquietas, como bien indican Domínguez-Ortega y Pérez-Peña, es frecuente en niños y adolescentes, y debe diferenciarse de los llamados «dolores del crecimiento» y del TDAH. También hay estudios que indican que puede existir una comorbilidad con el TDAH<sup>9</sup> y que los niños con TDAH tienen un nivel de actividad elevado también durante la noche, comparados con controles<sup>10</sup>. En definitiva, estamos totalmente de acuerdo con Domínguez-Ortega y Pérez-Peña en que, debido a que hay muchos problemas médicos y psiquiátricos con síntomas similares al TDAH, es necesario descartar otras causas y detectar posibles comorbilidades. Sin embargo, los estudios de prevalencia que hemos manejado han tenido en cuenta estos posibles diagnósticos diferenciales y no incluirían aquellos casos con síntomas de TDAH «secundarios» a otros problemas<sup>2,3</sup>. Por otro lado, es importante recordar que no hay hasta la fecha marcadores psicológicos y biológicos ni pruebas patognomónicas para el TDAH, y su diagnóstico es esencialmente clínico. A pesar de la importancia de los TRS en el diagnóstico diferencial del TDAH, las recomendaciones actuales no requieren un estudio polisomnográfico sistemático en todos los niños con posible TDAH, y sólo debería solicitarse si existe una sospecha clínica de TRS<sup>2,3</sup>.

*César Soutullo Esperón*

Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Clínica Universitaria. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra. Pamplona. España.

1. Soutullo Esperón C. Diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Med Clin (Barc)* 2003;120:222-6.
2. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. AACAP Official Action. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:85S-121S.
3. Taylor E, Sergeant J, Doepfner M, Gunning B, Overmeyer S, Möbius H-J, et al. Clinical guidelines for hyperkinetic disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1998;7:180-200.
4. O'Brien LM, Holbrook CR, Mervis CB, Klaus CJ, Bruner JL, Raffield TJ, et al. Sleep and neurobehavioral characteristics of 5- to 7-year-old children with parentally reported symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2003; 111:554-63.
5. Chervin RD, Archbold KH, Dillon JE, Panahi P, Pituch KJ, Dahl RE, et al. Inattention, hyperactivity, and symptoms of sleep-disordered breathing. *Pediatrics* 2002;109:449-56.
6. Chervin RD, Dillon JE, Bassetti C, Ganoczy DA, Pituch KJ. Symptoms of sleep disorders, inattention, and hyperactivity in children. *Sleep* 1997; 20:1185-92.
7. Marcotte AC, Thacher PV, Butters M, Bortz J, Acebo C, Carkadon MA. Parental report of sleep problems in children with attentional and learning disorders. *J Dev Behav Pediatr* 1998;19: 178-86.
8. Barkley RA. Attention-deficit hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment. 2<sup>nd</sup> ed. Chapter 3: Associated Problems. New York: The Guilford Press, 1998; p. 124.
9. Picchietti DL, England SJ, Walters AS, Willis K, Verriero T. Periodic limb movement disorder and restless legs syndrome in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *J Child Neurol* 1998;13:588-94.
10. Konofal E, Lecendreux M, Bouvier MP, Mourain-Simeoni MC. High levels of nocturnal activity in children with attention-deficit hyperactivity disorder: a video analysis. *Psychiatry Clin Neurosci* 2001;55:97-103.