

CARTA CLÍNICA

Sexsomnia en atención primaria y su gestión: a propósito de un caso clínico



Sexsomnia in Primary Care and its management: A case report

Las parasomnias son trastornos conductuales del sueño (sensitivos y/o motores) que pueden aparecer durante el sueño, en el período de baja vigilia o justo después de despertarse¹. La tercera Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño (ICSD-3) clasifica las parasomnias en movimientos oculares rápidos (REM): parálisis del sueño, pesadillas, atonía, mioclonías; sin movimientos oculares rápidos (NREM): sonambulismo, despertares confusionales; y otras parasomnias: enuresis, gemidos o trastornos alimentares relacionados con el sueño². La sexsomnia es una parasomnia que pertenece al grupo NREM, como un subtipo de excitación confusional, caracterizada por comportamientos sexuales y síntomas inapropiados que comienzan aproximadamente una o dos horas después del comienzo del sueño, y puede implicar vocalizaciones de naturaleza sexual, masturbación y/o intento/consumación de relaciones sexuales. Hay amnesia total o casi total de los episodios. Se desconoce la prevalencia exacta de este trastorno. En un estudio en el que participaron 832 pacientes de una clínica de trastornos del sueño, el 8% de los pacientes presentaban síntomas sugestivos de sexsomnia³. Puede ocurrir sola o con otras parasomnias, como sonambulismo, terrores nocturnos u otros despertares confusionales^{1,4,5}. Hay factores que pueden desencadenar la sexsomnia: apnea obstructiva del sueño (AOS), consumo de alcohol o drogas, sueño irregular, síndrome de piernas inquietas, eventos estresantes y efectos secundarios de algunos medicamentos (zolpidem, litio, algunos anticolinérgicos o antipsicóticos)^{1,4,5}. El diagnóstico diferencial debe incluir crisis epilépticas focales, epilepsia nocturna del lóbulo frontal y trastorno del comportamiento del sueño REM².

Lo más importante es tratar la causa, si es posible, como, por ejemplo, a través del tratamiento del AOS o del síndrome de las piernas inquietas^{1,2,4,5,6}, o puede tratarse farmacológicamente (primera línea: clonazepam⁷ 0,5 mg id por la noche; segunda línea: antidepresivos tricíclicos, como amitriptilina, o paroxetina 20 mg id)³. También se

han observado resultados positivos con el uso de melatonina 1 mg id por la noche^{5,8}. Se probó el tratamiento con otros fármacos, como por ejemplo lamotrigina, carbamazepina, olanzapina, escitalopram o duloxetina, pero aunque se obtuvieron resultados limitados, hay poca evidencia científica en su utilización^{9,10}. También es importante el uso de las medidas no farmacológicas, como la reducción del consumo de alcohol, la regularización de los horarios del sueño, la reducción de eventos estresantes y el acompañamiento con psicoterapia^{2,5,6-8,11}. Se destaca la relevancia médico-legal de este trastorno, al estar relacionado con múltiples casos de violencia sexual y abuso a menores de edad².

Varón de 22 años, clase III de Graffar, que vive con su novia y sus suegros en una casa con dos pisos separados. Sin antecedentes personales de interés ni medicación habitual, trabajador de la construcción civil en Alemania (emigró un año y medio antes del comienzo de los episodios); niega consumo de drogas, consumo de tabaco 2 paquete-años, consumo ocasional de bebidas alcohólicas y consumo habitual de bebidas energéticas. El paciente recurre a una cita programada por episodios de actos sexuales nocturnos involuntarios, sin un patrón semanal fijo, desde hace un año y medio. Los actos sexuales son con la pareja con la que convive desde hace tres años, con amnesia total. Sin otros síntomas acompañantes: sin somnolencia diurna, ronquidos, insomnio, astenia, hipersexualidad, disfunción sexual, trastornos del comportamiento o desinhibición. Relaciones sexuales 1-2 veces a la semana, consideradas satisfactorias. El usuario refiere sentir poco deseo sexual durante el día.

Niega episodios previos de sonambulismo, confirmados por los padres. Niega cambios en su vida laboral o problemas de salud. Refiere horarios de sueño irregulares, cerca de 6 horas diarias. Ante la existencia de los episodios descritos, el paciente expresó preocupación por la posibilidad de una patología orgánica, por lo que buscó ayuda médica. El examen objetivo, incluyendo vitales y examen neurológico, no mostró alteraciones valorables, presentando aun un aspecto cuidadoso y tranquilo. Escala de Epworth y Stop-Bang aplicada: riesgo bajo de SAOS. Se pidió análisis con serologías (hepatitis B y C, VIH y sífilis), función tiroidea, función renal, orina, hierro y testosterona, electrocardiograma, tomografía computarizada del cráneo y electroencefalograma. Volvió a la consulta pasado un mes con los resultados de los exámenes, no presentando cambios valorables. Descartada patología orgánica, se solicitó al paciente adaptar su

<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2024.102286>

1138-3593/© 2024 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Se reservan todos los derechos, incluidos los de minería de texto y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

vida diaria haciendo cambios del sueño, no fumar, no consumir bebidas alcohólicas ni bebidas energéticas. El paciente cumplió todas las indicaciones presentadas, excepto la referente al tabaco. Tras regresar a Alemania con su novia, los episodios de sexsomnia se resolvieron y se encuentra sin episodios desde hace medio año.

La sexsomnia es una parasomnia con algunos casos descritos en la literatura, y en la gran mayoría de ellos fue necesaria terapia farmacológica o ventilatoria para solucionarlos o mitigarlos. Suele ser un tema poco abordado en consulta y los enfermos tardan en comentárselo a su médico de cabecera, o por pudor o porque no lo consideran un problema de salud en los primeros episodios. Debido a las posibles consecuencias medicolegales, así como el impacto que puede originar en la vida de la pareja, es importante reconocer y manejar oportunamente los episodios de sexsomnia (descartando patologías orgánicas subyacentes), interviniendo activamente tanto en las acciones no farmacológicas como en las farmacológicas, con el objetivo de resolver o mitigar los episodios a niveles no disfuncionales/nocivos para la pareja. Fue notoria la preocupación que le provocaron los episodios, principalmente por el miedo a tener patología orgánica, utilizándose los medios complementarios de diagnóstico como método de exclusión/tranquilización del paciente. Se optó por no pedir polisomnografía, ya que el paciente tenía en las dos escalas de valoración de AOS la puntuación más baja posible, así como no presentaba síntomas que podrían indicar AOS. Ante los efectos secundarios que la medicación (como el clonazepam o la paroxetina) podría tener en el paciente, se decidió posponer su uso, privilegiando medidas no farmacológicas que, en este caso, tuvieron un efecto beneficioso y resolutivo (establecer un horario regular de sueño, reducir el consumo de bebidas energéticas y alcohólicas, así como controlar los factores estresantes y asegurar al paciente que no existe ninguna patología orgánica subyacente que justifique estos episodios).

Financiación

Los autores declaran que no tuvieron ninguna financiación externa para la realización o publicación de este artículo.

Consideraciones éticas

Los autores declaran haber obtenido el consentimiento informado y garantizan el anonimato del paciente descrito en esta carta clínica.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Toscanini AC, Marques JH, Hasan R, Schenck CH. Sexsomnia: Case based classification and discussion of psychosocial implications. *Sleep Sci.* 2021;14:175–80, <http://dx.doi.org/10.5935/1984-0063.20200057>.
2. American Academy of Sleep Medicine. *International Classification of Sleep Disorders*. 3rd ed Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine; 2014.
3. Chung SA, Yegneswaran B, Natarajan A, et al. Frequency of sexsomnia in sleep clinic patients. *Sleep.* 2010;33:A226.
4. Kumar V, Grbach VX, Castriotta RJ. Resolution of sexsomnia with paroxetine. *J Clin Sleep Med.* 2020;16:1213–4.
5. Rahmatullah S, Chaudhri M, Miskoff J. A novel treatment approach to sexsomnia: Cognitive behavioral therapy. *CHEST Journal.* 2021;160 Suppl <https://doi.org/10.1016/j.chest.2021.07.2083>
6. McCarter SJ, Boswell CL, St Louis EK, Dueffert LG, Slocumb N, Boeve BF, et al. Treatment outcomes in REM sleep behavior disorder. *Sleep Med.* 2013;14:237–42.
7. Soca R, Keenan JC, Schenck CH. Parasomnia overlap disorder with sexual behaviors during sleep in a patient with obstructive sleep apnea. *J Clin Sleep Med.* 2016;12:1189–91, <http://dx.doi.org/10.5664/jcsm.6066>.
8. Drakatos P, Marples L, Muza R, Higgins S, Gildeh N, Macavei R, et al. NREM parasomnias: A treatment approach based upon a retrospective case series of 512 patients. *Sleep Med.* 2019;53:181–8.
9. Schenck CH. Update on sexsomnia, sleep related sexual seizures and forensic implications. *Neuroquantology.* 2015;13:518–41.
10. Contreras JB, Richardson J, Kotagal S. Sexsomnia in an adolescent. *J Clin Sleep Med.* 2019;15:505–7.
11. Foldvary-Schaefer N (2023). Disorders of arousal from non-rapid eye movement sleep in adults. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/disorders-of-arousal-from-non-rapid-eye-movement-sleep-in-adults>

G.J. Teixeira^{a,*}, R. Pedrosa^b, J.M. Freitas^b y M. Mozes^a

^a USF St. André de Canidelo - ACES Gaia, Vila Nova de Gaia, Portugal

^b USF Saúde no Futuro - ACES Gaia, Vila Nova de Gaia, Portugal

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gabrieljteixeira.md@outlook.pt (G.J. Teixeira).