

Bibliografía

1. Lo CP, Chen SY, Lee KW, Chen WL, Chen CY, Hsueh CJ, et al. Brain injury after acute carbon monoxide poisoning: early and late complications. *AJR Am J Roentgenol.* 2007;189:W205–11.
2. So GM, Kosofsky BE, Southern JF. Acute hydrocephalus following carbon monoxide poisoning. *Pediatric Neurology.* 1997;17:270–3.
3. Antón M, Alcaraz A, Rey C, Concha A, Fernández J. Acute hydrocephalus in carbon monoxide poisoning. *Acta Paediatr.* 2000;89:361–4.
4. Prabhu SS, Sharma RR, Gurusinghe NT, Parekh HC. Acute transient hydrocephalus in carbon monoxide poisoning: A case report. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1993;56:567–8.

A. Martín^a, E. Tejerina^{a,*}, M.A. de la Cal^a y L. Ramírez^b

^a Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid, España

^b Servicio de Radiología, Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: evateje@gmail.com (E. Tejerina).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.j.nrl.2014.04.013>

Sexsomnia y trastorno de alimentación relacionado con el sueño secundario a oxibato sódico



Sexsomnia and sleep eating secondary to sodium oxybate consumption

Sr. Editor:

En el número anterior, Ariño et al.¹ presentaron 4 casos de sexsomnia, una parasomnia ligada a despertares (*arousals*) confusionales que emergen desde el sueño no REM (NREM). La sexsomnia ha sido incluida en la reciente versión de la Clasificación Internacional de Trastornos de Sueño (ICSD-3)², como uno de los subtipos clínicos de las parasomnias («conductas sexuales anormales relacionadas con el sueño»).

Entre las conductas sexuales anormales relacionadas con el sueño se incluyen la masturbación violenta o prolongada, el acoso y/o asalto sexual (de menores o mayores de edad), la iniciación del acto sexual (independientemente del estado menstrual) y las vocalizaciones fuertes, de contenido sexual, durante el sueño. La característica fundamental en todos los casos es la amnesia de estos episodios a la mañana siguiente o si el paciente despierta en ese momento. Suele ocurrir en la cama o cerca de ella, o del acomodo utilizado para dormir, siendo rara su presentación en pacientes con sonambulismo que salen fuera del entorno del lecho o de la habitación.

Por otra parte se han descrito diversas parasomnias como efecto adverso en el tratamiento de la narcolepsia con oxibato sódico (OS), fundamentalmente el sonambulismo³, el trastorno de alimentación relacionado con el sueño⁴ y la catatrenia⁵.

Aportamos el caso de una paciente que presentó al mismo tiempo sexsomnia y trastorno de alimentación relacionado con el sueño secundarios a la toma de OS, hecho no descrito en la literatura hasta la fecha.

Se trata de una mujer de 41 años, diagnosticada de narcolepsia con cataplejía *minor*. Inicia tratamiento con modafinilo a dosis crecientes hasta los 300 mg/día sin obtener respuesta, por lo que se instaura tratamiento con OS, a la dosis de 4,5 g (repartidos en 2 dosis nocturnas), añadiendo modafinilo a demanda (100-150 mg). La evolución es

positiva, pudiendo realizar vida normal a partir de ese momento (licenciada en Magisterio, comienza a trabajar como interina y a preparar oposiciones). A los 2 años de tratamiento presenta un cuadro de *arousal* confusional una noche de manera autolimitada, dado que por error la paciente ingirió 4,5 g de OS en una única dosis. El hecho no provocó suspensión del tratamiento.

A los pocos meses de este episodio confusional, la paciente relata episodios nocturnos de contenido sexual. En ese momento llevaba un año y 11 meses de tratamiento con 4,5 g de OS por la noche. Tras la segunda toma de 2,25 g de OS, realizada entre las 2,5 h y las 4 h de la primera, efectúa asaltos sexuales sobre su compañero de cama (su marido), sin recordar absolutamente nada al día siguiente. Su marido le comenta que tenía «comportamientos extraños», agresivos, acompañados la mayoría de veces de somniloquia ininteligible, pero que cuando era inteligible comportaba un alto contenido sexual obsceno. Solo ocasionalmente existió consumación del acto sexual, mientras que en el resto de ocasiones, tras el asalto sexual, la paciente se levantaba de manera vigorosa y acudía a la cocina, abría la nevera e ingería de manera voraz cualquier alimento que encontrara, existiendo preferencia por los hidratos de carbono.

No existió consumo de alcohol, drogas u otros medicamentos, ni previamente ni durante el periodo del problema.

El trastorno sexual y de alimentación relacionados con el sueño tuvieron una duración de 3 semanas, hasta que se indicó la suspensión temporal del OS, con inmediata desaparición de la clínica. La reintroducción lentamente progresiva del OS no provocó la reaparición de los síntomas.

Los trastornos NREM del *arousal* provocan la desinhibición de estados conductuales básicos, como la alimentación, el sexo o la agresión. Tassinari et al. han propuesto⁶ un generador central de estos patrones (*central pattern generator*). Estos patrones de conducta de acción prefijados, ya sea en la esfera sexual, alimentaria o de defensa, son inhibidos en vigilia por el córtex prefrontal. Se considera que los trastornos del *arousal* representan una disociación de diferentes regiones del cerebro a lo que se suma la activación del *central pattern generator*, todo ello acompañado de inercia de sueño e inestabilidad de los estadios de sueño.

Pensamos que el OS puede provocar como efecto adverso un trastorno del *arousal* NREM (incluido el trastorno sexual relacionado con el sueño), debido probablemente al incremento en la densidad del sueño lento profundo (fase 3 de sueño NREM).

Bibliografía

1. Ariño H, Iranzo A, Gaig C, Santamaria J. Sexsomnia: Parasomnia associated with sexual behaviour during sleep. *Neurologia*. 2014;29:146–52.
2. American Academy of Sleeping Medicine [consultado 25 Abr 2014]. Disponible en: <http://www.aasmnet.org/library/default.aspx?id=9>
3. Mamelak M, Black J, Montplaisir J, Ristanovic R. A pilot study on the effects of sodium oxybate on sleep architecture and daytime alertness in narcolepsy. *Sleep*. 2004;27:1327–34.
4. Wallace DM, Maze T, Shafazand S. Sodium oxybate-induced sleep driving and sleep-related eating disorder. *J Clin Sleep Med*. 2011;7:310–1.
5. Poli F, Ricotta L, Vandi S, Franceschini C, Pizza F, Palaia V, et al. Catathrenia under sodium oxybate in narcolepsy with cataplexy. *Sleep Breath*. 2012;16:427–34.
6. Tassinari CA, Rubboli G, Gardella E, Cantalupo G, Calandra-Buonaura G, Vedovello M, et al. Central pattern generators for a common semiology in fronto-limbic seizures and in parasomnias. A neuroethologic approach. *Neurol Sci*. 2005;26 (Suppl 3):S225–32.

A.J. Gomis Devesa*, J.J. Ortega Albás, A. Denisa Ghinea y S. Carratalá Monfort

Unidad de Sueño, Servicio de Neurofisiología Clínica, Hospital Universitario General de Castellón, Castellón, España

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: ajgomisdevesa@gmail.com, ajgomismesoterapia@icloud.com (A.J. Gomis Devesa).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2014.08.007>