



## ORIGINAL

# Sexsomnia. Una forma de parasomnia con conductas sexuales durante el sueño<sup>☆</sup>

H. Ariño, A. Iranzo\*, C. Gaig y J. Santamaria

Servicio de Neurología, Unidad Multidisciplinaria del Sueño, Instituto Clínico de Neurociencias, Hospital Clínic de Barcelona, Institut D'Investigació Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona, España

Recibido el 20 de julio de 2012; aceptado el 22 de enero de 2013

Accesible en línea el 7 de mayo de 2013

### PALABRAS CLAVE

Sexsomnia;  
Parasomnia;  
Masturbación;  
Coito;  
Amnesia y sueño

### Resumen

**Introducción:** El objetivo de nuestro trabajo es describir 4 casos de sexsomnia, una parasomnia caracterizada por conductas sexuales durante el sueño.

**Método:** Historia clínica y registro videopolisomnográfico de pacientes identificados en la unidad multidisciplinaria del sueño del Hospital Clínic de Barcelona.

**Resultados:** Tres varones y una mujer entre 28 y 43 años de edad referían conductas sexuales durante el sueño de entre 9 meses y 7 años de evolución. Consistían en la masturbación sin buscar la participación de la pareja, que dormía en la misma cama (2 casos), e intentar el coito con vigorosidad conductual y verbal inapropiada e inhabitual (3 casos). La frecuencia era variable entre 4 únicos episodios y 2-3 semanales. Los pacientes presentaban amnesia completa de los eventos y sorpresa cuando se les explicaba lo que habían hecho. Había antecedentes de sonambulismo (un caso), despertares confusos (2 casos) y somniloquia (un caso). Los registros polisomnográficos con vídeo no detectaron conductas sexuales pero registraron apneas (2 casos) y movimientos periódicos de las piernas (un caso). En el único paciente en que se probó clonacepam la frecuencia de la sexsomnia y los despertares confusos disminuyó.

**Conclusión:** La sexsomnia aparece en el adulto joven, consiste en intentar consumir de forma inapropiada el coito o masturbarse durante el sueño, con amnesia posterior de lo ocurrido. Puede coexistir con otras parasomnias, como sonambulismo y despertares confusos. Otros trastornos del sueño, como las apneas y los movimientos periódicos de las piernas, podrían desencadenar los episodios de sexsomnia.

© 2012 Sociedad Española de Neurología. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<sup>☆</sup> Este trabajo fue presentado en la Reunión anual de la SEN del año 2011 como póster en la sección de Trastornos de la vigilia y el sueño.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [airanzo@clinic.ub.es](mailto:airanzo@clinic.ub.es) (A. Iranzo).

**KEYWORDS**

Sexsomnia;  
Parasomnia;  
Masturbation;  
Intercourse;  
Amnesia and sleep

**Sexsomnia: parasomnia associated with sexual behaviour during sleep****Abstract**

**Introduction:** The purpose of our study is to describe 4 cases of sexsomnia, a form of parasomnia characterised by sexual behaviour during sleep.

**Methods:** Clinical history and video-polysomnography recordings from patients diagnosed with sexsomnia in the Multidisciplinary Sleep Unit at Hospital Clínic in Barcelona.

**Results:** Three men and one woman between 28 and 43 years of age reported sexual behaviours during sleep with progression times ranging from 9 months to 7 years. Episodes consisted of masturbation without seeking the participation of a sleeping partner (2 cases) and attempts at sexual intercourse with inappropriate and uncharacteristic vocalizations and behaviours (3 cases). The frequency of the episodes ranged from 4 isolated episodes to 2-3 per week. Patients were amnesic of these events and surprised by their partners' accounts of their behaviour. Medical histories revealed that 1 patient was a somnambulist, 2 had confusional arousals, and 1 experienced somniloquy. Video-polysomnography did not disclose sexual behaviours during sleep but revealed sleep apnoea in 2 cases and periodic leg movements in sleep in another. The only patient treated with clonazepam reported decreased frequency of both confusional arousals and sexsomnia episodes.

**Conclusions:** Sexsomnia occurs in young adults and is characterised by masturbation and inappropriate attempts at achieving sexual intercourse followed by total amnesia of the events. It can be associated with other parasomnias such as sleepwalking and confusional arousals. Other sleep disorders, including sleep apnoea and periodic leg movement disorder, may trigger episodes of sexsomnia.

© 2012 Sociedad Española de Neurología. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

**Introducción**

Las parasomnias son fenómenos sensoriales o motores anormales que ocurren durante el sueño, el adormecimiento y el despertar<sup>1</sup>. La International Classification of Sleep Disorders clasifica las parasomnias en las que se producen durante el sueño REM (el trastorno de conducta durante el sueño REM, las pesadillas y la parálisis del sueño), durante el sueño no REM (el sonambulismo, los despertares confusos y los terrores nocturnos) y un tercer grupo denominado «otras parasomnias», en las que se incluye, por ejemplo, la enuresis, el síndrome de la cena durante el sueño y la catatrenia<sup>1</sup>.

Recientemente, se ha descrito una nueva parasomnia conocida como sexsomnia, donde hay una activación motora específica que da lugar a conductas sexuales inapropiadas que son involuntarias<sup>2-7</sup>. En la sexsomnia, los sujetos después de haberse dormido practican o intentan consumir conductas o relaciones sexuales de forma inapropiada e inhabitual, sin ser conscientes de ello ni recordar haberlas realizado la mañana siguiente. Estas conductas consisten tanto en masturbarse como en intentar una actividad sexual con la pareja que duerme en la misma cama, o con otra persona que no es la pareja habitual y con la que no comparte cama ni habitación. Pueden tener repercusiones conyugales y legales en los casos más graves, o en los que se involucran a menores<sup>2,3</sup>. Se desconoce su prevalencia por su rareza y probable infradiagnóstico derivado de su desconocimiento y del pudor de pacientes y médicos a describirla<sup>7</sup>. Existe poca información médica sobre la sexsomnia, dado que no se han descrito más de 50 casos en la literatura médica hasta octubre de 2012<sup>2-6</sup>, y a que clínicamente podría confundirse con otras entidades como la epilepsia. Presentamos 4 casos estudiados en nuestra unidad de sueño que pueden

contribuir a comprender mejor los aspectos relacionados con esta parasomnia.

**Pacientes, métodos y resultados**

Los 4 casos que describimos a continuación fueron identificados en la unidad multidisciplinar de sueño del Hospital Clínic de Barcelona entre noviembre del 2007 y marzo del 2012. Ninguno de los cuatro pacientes tenía antecedentes de alteraciones psiquiátricas o de la esfera sexual. En estos 4 casos se realizaron una historia clínica detallada y un estudio polisomnográfico nocturno con registro audiovisual sincronizado.

**Caso 1**

Varón de 38 años, que acude con su esposa porque desde hace 7 años presenta conductas anormales durante el sueño. No existen antecedentes familiares, personales, ni patológicos médicos o quirúrgicos de interés, excepto septoplastia nasal hacía 5 años. No hay antecedentes de experiencias sexuales traumáticas. Refiere episodios aislados de somniloquia durante la infancia, sin haber conductas anormales durante el sueño, como las que ocurren en los despertares confusos, sonambulismo, terrores nocturnos y otras parasomnias.

Tiene pareja estable desde hace 17 años, con una hija común. Mantiene relaciones sexuales convencionales y satisfactorias, con una frecuencia de 2-3 coitos semanales. La mujer refiere que su marido en los últimos 7 años, tras 2-3 h de haberse dormido por la noche, presenta de

forma súbita episodios de 10-30 min de duración en los que intenta consumir el coito con ella. Aproximadamente, cada semana aparece un episodio de estas características. A diferencia de cuando está despierto, utiliza movimientos enérgicos y expresiones soeces con el intento de seducirla y conseguir la penetración. En uno de los episodios llegó a inmovilizarla con el brazo alrededor del cuello a modo de yugo. En cada episodio, la pareja notaba la erección del pene que procuraba la penetración pero nunca llegó a consumarse porque ella no lo consentía al considerar que no era una relación sexual normal y que probablemente no era un acto voluntario de su pareja. En alguna ocasión, el paciente se despertó confuso y se sorprendía cuando su mujer le explicaba lo que estaba haciendo. El paciente y su pareja no relacionaban estos episodios con algún precipitante, como el estrés o estímulos sexuales previos. Nunca recordaba lo sucedido a la mañana siguiente. Tampoco recordaba haber soñado las noches que había realizado alguna de estas conductas. De hecho, es una persona que no recuerda habitualmente los sueños, pero en alguna ocasión tuvo algún sueño de contenido erótico que se había acompañado de una eyaculación espontánea (polución nocturna), pero nunca coincidiendo con los episodios que motivaron la consulta.

La anamnesis reveló, además de estos episodios de sexsomnia, una historia desde hacía 20 años de ronquidos, apneas observadas por su pareja y somnolencia diurna excesiva mientras cenaba, leía, conducía y ayudaba a su hija con los deberes. Debido a esta clínica de posible síndrome de la apnea obstructiva durante el sueño, y sin registro polisomnográfico previo, había sido sometido hacía 5 años a una septoplastia nasal que no mejoró el ronquido ni la somnolencia ni modificó su conducta sexual durante el sueño. La puntuación de la escala de somnolencia de Epworth fue de 14 y el índice de masa corporal de 25.

En nuestro centro se realizó un electroencefalograma diurno, que fue normal, y un registro polisomnográfico nocturno con registro audiovisual sincronizado, que demostró la presencia de apneas obstructivas que se asociaron a desaturaciones de la oxihemoglobina y a microdespertares que fragmentaban el sueño. El índice global de apneas/hipoapneas obstructivas fue de 13 por hora y de 40 por hora en la postura decúbito supino. No se detectaron otras alteraciones, como actividad epileptiforme, conductas anormales como las descritas en las sexsomnias ni en otras parasomnias. El paciente rechazó tratamiento de las apneas durante el sueño y de la sexsomnia con clonacepam.

## Caso 2

Mujer de 41 años, que consulta por presentar conductas sexuales atípicas desde hacía un año. Tenía el antecedente de sonambulismo en la infancia hasta los 14 años. Presentaba metrorragias de etiología no filiada de un año de evolución, que provocaban anemia ferropénica, por la que recibía suplementos orales de hierro de forma periódica. No hay antecedentes sexuales de interés.

Su marido explica que desde el último año, con una frecuencia de 3 episodios semanales, ella se masturbaba sin buscar la participación de él, que duerme en su misma cama. Ella no recordaba haberlas realizado al despertarse la mañana siguiente. Sucedian aproximadamente sobre las

5 de la mañana y en varias ocasiones alcanzaba el clímax ante la sorpresa del marido, que nunca participaba en la conducta sexual de su mujer. La narración de los episodios por el marido desencadenaba un sentimiento de vergüenza en su mujer, que refería no recordar estos sucesos. Ella explicaba que las relaciones sexuales con su marido eran regulares y completamente satisfactorias y placenteras, sin existir ningún problema sexual durante la vigilia.

Además de estos episodios, el marido también refiere que mientras ella duerme realiza movimientos repetitivos y periódicos de las extremidades inferiores y superiores, fundamentalmente en la postura de decúbito lateral, sin tener contenido sexual. Ella explica que cuando está despierta presenta de forma ocasional una inquietud en las piernas de predominio nocturno, en reposo, que no interfiere con la conciliación del sueño cuando se estira en la cama. No ronca, ni le han observado apneas durante el sueño, y no hay ni somnolencia diurna excesiva ni insomnio.

Se practicó un estudio polisomnográfico con registro audiovisual, que mostró la presencia de movimientos periódicos de las piernas durante el sueño. Se detectó un índice de 24 movimientos por hora, distribuidos a lo largo de toda la noche. Un índice de 7 movimientos periódicos de las piernas por hora estaba asociado a microdespertares que fragmentaron parcialmente la arquitectura del sueño. Estos movimientos tenían como característica particular que, además de afectar a los pies, se asociaban a una aducción brusca de las extremidades inferiores. En 2 ocasiones estos movimientos fueron más prolongados y se acompañaron de movimientos repetitivos de los brazos con colocación de la mano sobre el área genital durante unos segundos, pero sin llegar a masturbarse. No se registraron apneas, actividad epileptiforme u otras alteraciones durante el sueño.

Se inició tratamiento con pramipexol a dosis de 0,18 mg al acostarse y ferrotterapia por vía oral, con lo que mejoró la clínica del síndrome de piernas inquietas. Sin embargo, las conductas sexuales atípicas no se modificaron tras 90 días con este tratamiento y la paciente dejó de acudir a visitas de seguimiento en nuestro centro.

## Caso 3

Varón de 43 años, que consulta por conductas anormales durante el sueño. Desde la infancia con frecuencia hablaba y gritaba por las noches, asociándose ocasionalmente a pesadillas angustiosas (tareas laborales imposibles de cumplir, peleas con animales, responsabilidad incumplida respecto a sus familiares, etc.). Horario laboral en turnos rotatorios semanales (día, tarde y noche) en el último año. No alteraciones de la esfera sexual, con relaciones sexuales convencionales satisfactorias.

Su compañera sentimental, con la que convive desde hace un año, cuenta que en ocasiones, después de 2 horas de haber conciliado el sueño, se sienta en la cama sobresaltado, confuso, hablando con sensación de miedo e incluso pudiendo tener una conversación parcialmente coherente durante unos pocos minutos con ella. Durante estos episodios siempre tiene los ojos abiertos y puede realizar algunas conductas, como lanzar un manotazo al aire. A su compañera le da la sensación de que está soñando y el paciente nunca recuerda a la mañana siguiente estos episodios.

Además, su pareja refiere 4 episodios similares pero exclusivamente centrados en la conducta sexual. En ellos el paciente, después de llevar de 2 a 4 h dormido, la busca sexualmente comenzando un cortejo con caricias en su cuerpo y sus genitales. La pareja lo rechaza, al considerar que las conductas son inadecuadas y probablemente involuntarias, y el paciente sin mostrarse agresivo ni insistir con las conductas se retira al otro lado de la cama exclamando calificativos de frustración y desaprobación como «sosa». Cuando a la mañana siguiente la pareja le relata lo sucedido, el paciente no lo recuerda. Estos 4 episodios de carácter sexual no constituyen un problema conyugal y siempre han ocurrido el día que cambiaba de un turno laboral a otro. El paciente también explicaba que con su pareja anterior también había presentado de forma muy ocasional estas conductas sexuales durante el sueño y que, en alguna ocasión, ella las había consentido llegando incluso ambos a alcanzar el orgasmo. Estos episodios se lo había explicado su anterior pareja. El paciente tan solo tenía recuerdos vagos del final del acto sexual.

Se efectuó un estudio polisomnográfico nocturno con registro audiovisual en 2 noches, sin que se llegase a registrar ninguna conducta anómala. En los 2 registros se detectaron ronquidos y apneas obstructivas durante el sueño. El índice de apneas/hipoapneas durante el sueño fue de 16 y 7 por hora, en ambas noches. Las apneas eran más frecuentes en decúbito supino, especialmente durante el sueño REM, con un índice de 37 y 40 apneas por hora en esta fase de sueño y postura. No se detectaron movimientos periódicos de las piernas, actividad epileptiforme u otras alteraciones durante el sueño. El polisomnograma demostraba atonía muscular en la fase REM y, por lo tanto, se descartó el trastorno de conducta del sueño REM. El paciente rechazó tratamiento de la sexsomnia y de las apneas.

#### Caso 4

Varón de 28 años, que consulta por conductas anormales durante el sueño. Sin antecedentes médicos de interés ni hábitos tóxicos. No toma ningún fármaco. Como antecedente familiar destaca un hermano con probable sonambulismo en la infancia, dado que «se levantaba por la noche y salía al balcón a orinar».

Su pareja, con la que convive desde hace 9 meses, refiere que entre 3-6 noches por semana, mientras están durmiendo, el paciente se incorpora de forma brusca en la cama o se gira hacia ella y la sacude, empezando a hablar y diciendo cosas incoherentes como «*mira aquella casa*» o «*el demonio*». Según su pareja, pueden llegar incluso a mantener una conversación. En ocasiones, el paciente chilla o ríe. También realiza conductas anormales, como gesticular con los brazos como si hablase con alguien, condujese un coche o buscase algo en la cama, dando la impresión de que está representando un sueño. Durante estas conductas, el paciente tiene los ojos abiertos y parece inquieto y angustiado. Habitualmente, ella lo consigue tranquilizar diciéndole que se vuelva a dormir. En ninguna de estas conductas el paciente ha llegado a salir de la cama.

La pareja también refiere que unas 2-3 veces al mes hay episodios similares pero con carácter exclusivamente sexual. En ellos, el paciente empieza a masturbarse, o se

gira hacia ella acariciándola con intención de iniciar una relación sexual. El paciente durante estas conductas sexuales no está agresivo ni violento, pero su pareja explica que «*no es él*», que es más soez y vulgar. Durante estas conductas, el paciente presenta una erección del pene. La pareja siempre rechaza el acto sexual y el paciente, sin insistir ni quejarse, deja de realizar estas conductas dócilmente. Ella cree que si no le detuviese podrían consumar un coito.

Todos estos episodios de conductas anormales durante el sueño, tanto de tipo sexual como no sexual, acostumbran suceder solo una vez por noche, hacia las 3.00 y las 4.00 h de la madrugada, cuando el paciente ya lleva entre 2 y 3 horas durmiendo. El paciente no recuerda nada de estas conductas anormales, si bien la mañana que le dicen que las ha tenido se nota más cansado. El paciente no explica pesadillas ni sueños eróticos. La actividad sexual de la pareja durante la vigilia es regular y considerada como satisfactoria por ambos.

En la infancia, el paciente había presentado episodios de somnolencia y deambulación durante el sueño y, en el pasado, otras parejas del paciente, con las que no había convivido pero sí había dormido por la noche de forma puntual, ya le habían comentado que en alguna ocasión durante el sueño hablaba o presentaba conductas anormales, incluidas las de tipo sexual, como las descritas por su pareja actual.

Se realizó un estudio polisomnográfico nocturno con registro audiovisual sin registrarse ninguna conducta anómala. Tampoco se registraron apneas durante el sueño, ni movimientos periódicos de las piernas, actividad epileptiforme ni otras alteraciones durante el sueño. Ante el diagnóstico de una parasomnia no REM del tipo despertares confusos y sexsomnia, se recomendó al paciente higiene de sueño (horarios de sueño regulares durmiendo 8 h cada noche) y tratamiento con clonacepam 0,5 mg antes de acostarse. Con la higiene de sueño y el clonacepam, la frecuencia de los despertares confusos se redujo a 1-2 noches por semana y los episodios de sexsomnia a 1-2 cada 3 meses.

#### Discusión

En el año 2005, la International Classification of Sleep Disorders definió y clasificó la sexsomnia como una variante de los despertares confusos típicos de las parasomnias no REM<sup>1</sup>. El espectro clínico de la sexsomnia queda ilustrado en los 4 casos descritos en este trabajo, que resumimos a continuación (tabla 1).

1. Predominio en varones (3 hombres y una mujer).
2. Afectar a adultos jóvenes (las edades de nuestros pacientes en el momento de la consulta fue entre los 28 y los 43 años).
3. Antecedentes de somnolencia aislada (un caso) o parasomnias no REM (3 casos).
4. No haber antecedentes de enfermedades neurológicas como epilepsia.
5. No existir trastornos psiquiátricos ni antecedentes de traumas sexuales o alteraciones de la esfera sexual como las parafilias. En nuestros pacientes no se evaluaciones psiquiátricas ni neuropsicológicas específicas

**Tabla 1** Características clínicas y hallazgos polisomnográficos

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Sexo	Hombre	Mujer	Hombre	Hombre
Edad de inicio (años)	29	40	42	25
Duración (años)	7 años	1 año	1 año	9 meses
Actividad sexual	Coito	Masturbación	Coito	Coito y masturbación
Frecuencia de los episodios	15 episodios	2-3 por semana	4 episodios	2-3 por mes
Amnesia del episodio	Completa	Completa	Completa	Completa
Antecedentes	Somniloquia	Sonambulismo	Despertares confusos	Despertares confusos
Videopolisomnografía	Apneas obstructivas leves	Movimientos periódicos de las piernas	Apneas obstructivas leves	Normal

pero nuestra impresión clínica es que no existían estos trastornos.

6. Actitud sexual dirigida a consumir el coito (en los 3 varones) o masturbarse (la mujer y en uno de los varones).
7. Actitud sexual inapropiada e inhabitual respecto a las costumbres sexuales realizadas durante la vigilia, con carácter soez y vulgar, y más raramente con vigorosidad o agresividad.
8. Frecuencia variable (desde 4 únicos episodios hasta 2-3 semanales).
9. No asociarse a sueños.
10. Amnesia completa de los episodios.
11. La polisomnografía no suele detectar episodios de sexsomnia pero puede demostrar otras alteraciones durante el sueño, como apneas o movimientos periódicos de las piernas.
12. Es posible que los episodios de sexsomnia puedan ser precipitados por circunstancias que fragmenten el sueño como las apneas (caso 1 y 3), los movimientos periódicos de las piernas (caso 2) o alteraciones del ciclo vigilia-sueño (turnos laborales en el caso 3). Es posible que el tratamiento de estos precipitantes pueda disminuir la frecuencia y la intensidad de los episodios de sexsomnia. Dos de nuestros pacientes rechazaron el tratamiento de las apneas. La paciente con movimientos periódicos de las piernas (caso 2) hizo un tratamiento breve y a dosis bajas con pramipexol, sin describir beneficios en la sexsomnia. Se ha sugerido que la masturbación puede ser una estrategia para aliviar el síndrome de las piernas inquietas<sup>8</sup> y también que podría ser una complicación del tratamiento con pramipexol<sup>9</sup>. De todas maneras, en nuestro caso 2 la masturbación se realizaba cuando la paciente estaba «dormida» y no despierta. Por otro lado, la sexsomnia empezó un año antes del tratamiento con pramipexol.
13. Se ha descrito que el tratamiento con clonacepam puede reducir la frecuencia de los episodios de conductas sexuales durante el sueño<sup>2</sup>. En el único paciente de nuestra serie que aceptó este tratamiento, el clonacepam disminuyó la frecuencia de la sexsomnia y despertares confusos.
14. En nuestros 4 casos, no existieron importantes repercusiones conyugales ni legales.

Hasta octubre de 2012 no se han descrito más de 50 casos de sexsomnia en la literatura médica<sup>2-7</sup>. El 80% de los casos publicados son varones, la edad media al consultar al médico es entre los 30-32 años, con una historia previa de unos 10 años de evolución. En las mujeres suele iniciarse de promedio a los 14 años y en los hombres a los 27 años de edad. Todos los pacientes tienen amnesia completa de lo ocurrido, que es reportado por las personas que observan la masturbación o son el objeto del requerimiento sexual. No se asocia a sueños de contenido erótico, por lo que podemos decir que el sujeto parece no estar representando un sueño como puede parecer en otras parasomnias, como en el sonambulismo, los despertares confusos y el trastorno de conducta durante el sueño REM. El comportamiento de la sexsomnia en las mujeres va dirigido especialmente a la masturbación y a las vocalizaciones sexuales, mientras que los hombres intentan consumir el coito o tocar y jugar con las partes íntimas de la mujer, como la vagina y los pechos. La latencia entre «el despertar» e iniciar la actitud sexual es rápida, consiguiéndose fácilmente la erección del pene y la lubricación vaginal. La actitud sexual durante la sexsomnia no es la misma que durante la vigilia. Se han descrito casos de sexsomnia homosexual en sujetos con orientación heterosexual cuando están despiertos y de padres tocando los genitales de sus hijas o de las amigas de sus hijas. El comportamiento sexual durante la sexsomnia también es diferente del de la vigilia; unos pacientes son más delicados y cariñosos con sus parejas, mientras otros son más directos y rudos, o incluso agresivos y violentos, golpeando, insultando o bien intentan actos sexuales diferentes de los de la vigilia, como la penetración anal. Algunas pocas parejas prefieren la actitud sexual de su pareja durante la sexsomnia que durante la vigilia, por ser o bien más cariñosos o más rudos. Pero la mayoría de las parejas rechazan el juego sexual o el coito al comprender que no es un acto voluntario de su pareja. En otros casos, la sexsomnia se ha juzgado erróneamente como una violación, al interpretarse como un acto sexual no consentido cometido mientras el sujeto estaba despierto y consciente de lo que hacía<sup>2-6</sup>.

Las sexsomnias ocurren especialmente en la primera mitad de la noche. La frecuencia es muy variable en cada paciente, desde un solo episodio en la vida hasta varios episodios por semana. Los precipitantes suelen ser el contacto físico con la pareja que comparte la cama, la privación de

sueño, una época estresante, la fatiga y el abuso de alcohol y drogas, como la marihuana, la noche de la sexsomnia. Las masturbaciones de uno mismo pueden ser violentas, habiéndose descrito un desgarramiento vaginal y la fractura de un dedo. Es característico la perplejidad de la pareja que al despertarse ve cómo el paciente o la paciente se masturba gimiendo y vocalizando contenidos eróticos. Las vocalizaciones sexuales pueden ser gemidos, provocaciones sexuales para iniciar el acto sexual, expresiones soeces con contenido sexual o insultos de carácter sexual. El juego sexual incluye el intentar desnudar a la pareja, tocar sus genitales e intentar felaciones y cunnilingus. La penetración puede intentarse vaginal o más raramente anal, y si el coito es consumado puede o no haber eyaculación u orgasmo, practicándose varias posturas cuando la sexsomnia es consentida<sup>2-6</sup>.

Es frecuente la asociación de sexsomnia con antecedentes de sonambulismo y somniloquia aislada. También se ha descrito en 4 pacientes con el trastorno de conducta durante el sueño REM. Los pacientes con sexsomnia durante la vigilia tienen una vida sexual normal, sin historias de abusos sexuales, traumas sexuales, parafilias o alteraciones psiquiátricas. Algunos casos se han asociado al síndrome de la apnea obstructiva durante el sueño y al uso de zolpidem y de antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina<sup>2,3</sup>.

Hemos de distinguir las sexsomnias de otras conductas sexuales involuntarias, como las poluciones nocturnas (un fenómeno normal caracterizado por eyaculaciones espontáneas durante el sueño, habitualmente asociadas a un sueño erótico) y de las patológicas, como las erecciones dolorosas del pene. También lo hemos de distinguir de la hipersexualidad del síndrome de Kleine-Levin y de los casos de crisis epilépticas donde hay un comportamiento sexual<sup>2</sup>.

Se han registrado muy pocos episodios de sexsomnia mediante polisomnografía con registro audiovisual. Quejidos con contenido sexual han sido escuchados en 3 pacientes durante sueño profundo N3<sup>10</sup>. Un paciente con sexsomnia tuvo un coito con su pareja (que le provocó sexualmente en el laboratorio mientras dormían juntos) durante un estado intermedio entre la vigilia y el sueño superficial N1, y que luego no recordó haber tenido<sup>11</sup>. En una paciente de 60 años el videopolisomnograma demostró un episodio de masturbación durante unos minutos a partir de sueño profundo N3. Durante el episodio, el patrón electroencefalográfico mostraba la persistencia de ondas delta del sueño profundo N3 mezcladas con actividad alfa. Cuando la paciente fue despertada por los técnicos, no recordó haberse tocado ni haber estado soñando<sup>2</sup>.

Su fisiopatología es desconocida, como la del resto de parasomnias no REM, y probablemente radique en un trastorno de los mecanismos del despertar. Destacamos que existe otra parasomnia, el síndrome de la cena durante el sueño, donde la actitud motora se centra en consumir alimentos de manera inhabitual en vez de tener conductas sexuales como en la sexsomnia<sup>12</sup>.

Las posibles consecuencias pueden ser predecibles. Los sujetos se sienten asombrados y avergonzados de sus actos sexuales, muchas veces considerados por ellos como aberrantes y humillantes, que nunca recuerdan haber hecho y, son por lo tanto, involuntarios. También se abre

un campo dentro de la medicina legal y forense, pues varios sujetos con sexsomnia han sido juzgados por abuso a menores y por violación.

En la mayoría de los pacientes, el clonacepam es efectivo para disminuir la frecuencia y la intensidad de los episodios de sexsomnia<sup>2</sup>. Los antidepresivos pueden ser útiles<sup>6</sup>, aunque se ha descrito un caso en el que el citalopram causó episodios de sexsomnia<sup>13</sup>. Se debe conseguir un sueño continuo y no fragmentado por despertares o microdespertares. Los cambios de turnos, las apneas y los movimientos periódicos de las piernas pueden fragmentar el sueño y en una persona predispuesta puede precipitar episodios de sexsomnia<sup>2</sup>. Por eso, es posible que la higiene de sueño y el tratamiento de las apneas y los movimientos periódicos de las piernas puedan reducir la frecuencia de los eventos de sexsomnia.

En resumen, la sexsomnia es una parasomnia que aparece en el adulto joven y que consiste en intentar consumir de forma inapropiada el coito o masturbarse durante el sueño, con amnesia posterior de lo ocurrido. Es importante reconocerla para informar correctamente de su naturaleza al paciente y a su pareja cuando consultan al médico, porque puede coexistir con otras parasomnias, porque es potencialmente tratable y porque puede derivar en problemas conyugales y legales en casos extremos.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. American Academy of Sleep Medicine. The International Classification of Sleep Disorders. Second edition. ICSD-2. Diagnostic & coding manual. Westchester: American Academy of Sleep Medicine; 2005.
2. Schenck CH, Arnulf I, Mahowald MW. Sleep and sex: what can go wrong? A review of the literature on sleep related disorders and abnormal sexual behaviors and experiences. *Sleep*. 2007;30:683-702.
3. Andersen ML, Poyares D, Alves RS, Skomro R, Tufik S. Sexsomnia: abnormal sexual behavior during sleep. *Brain Res Rev*. 2007;56:271-82.
4. Peñas-Martínez ML, Guerrero-Peral AL, Toledano-Barrero AM, Calleja-Sanz A, Rojo-Martínez E, Mayor-Toranzo E, et al. Sexsomnia: descripción de un nuevo caso. *Rev Neurol (Barc)*. 2008;47:331-2.
5. Della Marca G, Dittoni S, Frusciante R, Vollaro C, Buccarella C, Iannaccone E, et al. Abnormal sexual behavior during sleep. *J Sex Med*. 2009;6:3490-5.
6. Béjot Y, Juenet N, Garrouty R, Maltaverne D, Nicolletau L, Giroud M, et al. Sexsomnia: an uncommon variety of parasomnia. *Clin Neurol Neurosurg*. 2010;112:72-5.
7. Trajanovic NN, Mangan M, Shapiro CM. Sexual behaviour in sleep: an internet survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007;42:1024-31.
8. Marin LF, Felicio AC, Prado GF. Sexual intercourse and masturbation: potential relief factors for restless legs syndrome? *Sleep Med*. 2011;12:422.
9. Sansone RA, Ferlan M. Pramipexole and compulsive masturbation. *Psychiatry (Edgmont)*. 2007;4:57-9.

10. Guilleminault C, Moscovitch A, Yuen K, Poyares D. Atypical sexual behavior during sleep. *Psychosom Med.* 2002;64: 328–36.
11. Shapiro CM, Trajanovic NN, Fedoroff JP. Sexsomnia –a new parasomnia? *Can J Psychiatry.* 2003;48:311–7.
12. Iranzo A, Santamaría J, Sureda B, Carrasco E, de Pablo J. El síndrome de la cena durante el sueño. *Neurología.* 2000;15:226–30.
13. Krol DG. Sexsomnia during treatment with a selective serotonin reuptake inhibitor. *Tijdschr Psychiatr.* 2008;50:735–9.