

TERROR NOCTURNO EN NIÑOS

HOSPITAL PEDIATRICO DOCENTE DEL CERRO
CIUDAD DE LA HABANA

*Dra. Eloina Castillo Meléndez** y *Dra. Magaly García Sánchez***

RESUMEN

Se estudian algunos factores biopsicosociales en 21 niños que padecen de terror nocturno y se compara con un grupo control. Los autores encuentran diferencias significativas con respecto a la presencia de síntomas psiquiátricos y dificultades en las relaciones familiares de los pacientes, así como mayor número de electroencefalogramas (EEG) anormales entre ellos. A pesar de estos hallazgos, los autores sugieren una conducta prudente ante un niño con este trastorno y no utilizar fármacos indiscriminadamente.

INTRODUCCION

El sueño es un proceso funcional, recurrente y reversible, que depende de una modificación de las relaciones transaccionales establecidas entre la corteza cerebral y diversos sectores reticulares, incluidos el sistema talámico inhibitor y los sectores basales conexiónados entre ellos.¹ Con el sueño viene la ruptura de las relaciones con el mundo exterior, con cambios en las funciones de relación (motilidad, tono muscular) y en las funciones vegetativas.

La incidencia de los trastornos del sueño en la población general, parece aumentar con la edad, aunque del 25 al 40 % de los niños han presentado alteraciones durante el sueño, alguna vez en su vida.

El terror nocturno es un fenómeno aberrante del sueño profundo que aparece durante las fases III y IV del sueño NREM y se acompaña de una intensa

* Especialista de I Grado en Psiquiatría Infantil.

** Especialista de I Grado en Psiquiatría Infantil. Asistente de la Facultad de Medicina "Salvador Allende".

reacción de despertar.² Aparece entre 30 y 180 minutos de estar durmiendo: su duración fluctúa entre pocos minutos y media hora, y termina cuando se despierta o se reintegra al sueño normal quedando amnesia casi completa del episodio.^{3,4}

Se presenta más frecuentemente entre varones de 4 a 11 años de edad, y es más difícil su aparición después de la pubertad.^{2,5}

Pérez Villar hace referencia, que del 1 al 4 % de los niños pueden presentar terror nocturno en algún momento de su desarrollo y sus familiares presentan el trastorno con mayor frecuencia que en la población general.

Hay autores que consideran esta alteración del sueño como un problema del desarrollo, o sea, ligado a la maduración del SNC, otros hacen énfasis en las tensiones emocionales del niño y su familia, así como también en la herencia,⁶ lesiones cerebrales orgánicas y las producidas por la ingestión de psicofármacos del tipo tricíclicos y neurolépticos, antes de dormir.^{2,3,6-10}

En el presente trabajo estudiamos algunos factores biopsicosociales, de un grupo de niños que padecen de terror nocturno, para conocer características del sueño y del trastorno en estos niños, así como la presencia de desajustes emocionales y en las relaciones familiares, entre otras.

METODOLOGIA

Se estudiaron 21 niños, de uno y otro sexos, que asistieron a la consulta de Psiquiatría Infantil del Hospital Docente Pediátrico del Cerro, por presentar terror nocturno.

Confeccionamos una guía de preguntas, fundamentalmente cerradas, que recogían los siguientes aspectos: sexo, edad, factores precipitantes, formas de presentación del terror nocturno con respecto a: momento de aparición en el sueño nocturno y siesta, cuadro clínico y otros trastornos del sueño concomitantes; antecedentes patológicos familiares y personales, relaciones de la familia y resultado del EEG. Esta guía se aplicó por los autores, en entrevista directa a las madres.

A todos los niños se les realizó EEG, después de 8 horas de privación de sueño.

El grupo control fue seleccionado al azar de instituciones infantiles: círculos infantiles, escuelas primarias y secundarias básicas, de las mismas áreas de salud de donde provenían los pacientes. Para hacer la selección tuvimos en cuenta los requisitos siguientes:

1. Igualdad de edad y sexo al grupo estudio.
2. No presentar terror nocturno ni otro trastorno del sueño.
3. No tener antecedentes de problemas psiquiátricos, ni de enfermedades somáticas crónicas.

A este grupo control se le aplicó la guía de preguntas y el EEG de igual forma.

Los datos se procesaron por método de palotes, y los resultados se expresaron en cifras relativas. Como prueba estadística se utilizó el chi-cuadrado.

RESULTADOS Y DISCUSION

De los 21 niños estudiados, predominaron los varones en etapa preescolar y escolar (tabla 1), como ha sido descrito por muchos autores, aunque algunos señalan edades tan tempranas de aparición como los 2 años.^{5,7}

TABLA 1. Distribución del terror nocturno según grupos de edades y sexo

Grupos de edades (años)	Sexo		Total	%
	Femenino	Masculino		
Lactante (10-18 meses)	1	-	1	4,7
Párvulo (18 meses a 4 años)	-	3	3	14,2
Preescolar (5-6 años)	1	5	6	28,57
Escolar (7-10 años)	4	5	9	42,8
Adolescente (* -11 años)	-	2	2	9,5
Total	6	15	21	100,0

En el 66,6 % de los pacientes no se encontraron factores precipitantes del terror nocturno (tabla 2). En la tercera parte del grupo si existieron causas desencadenantes, todas de indole emocional.

TABLA 2. Distribución porcentual de las causas desencadenantes del terror nocturno

Causas desencadenantes	No. de pacientes	%
Con causa evidente	7	33,3
Sin causa evidente	14	66,6
Total	21	100,0

En la tabla 3 se hace referencia al momento de aparición del síntoma, y fueron las primeras horas del sueño las más frecuentes (95,2 %), o sea, en las fases III y IV del primer NREM. De 13 niños que duermen siesta (61,9 %), sólo el 4,7 % presentó terror nocturno; es poco común que ocurra, pues durante la siesta son muy frecuentes los periodos RE1.

El 90,5 % de los pacientes presenta otros trastornos del sueño, que con-comitan con el terror nocturno, y los más comunes son el bruxismo, el hablar dormido y el sonambulismo (tabla 4), este hecho ha sido observado por muchos autores y así lo señalan en sus reportes.^{2,3-5}

TABLA 3. Distribución porcentual de pacientes en relación con el momento de aparición del síntoma

Momento de aparición	No. de pacientes	%
Primeras 2 horas del sueño	20	95,2
Más de 2 horas del sueño	1	4,7
Ultimas 2 horas del sueño	-	-
Total	21	100,0

TABLA 4. Trastornos del sueño presentados por pacientes

Trastornos del sueño concomitantes	Pacientes	
	No.	%
Sonambulismo	9	42,8
Bruxismo	10	47,6
Fasadilla	4	19
Insomnio	2	9,5
Enuresis	8	38
Hablar dormido	10	47,6
Sueño superficial	5	23,8
Sueño profundo	8	38
Ninguno	2	9,5

Los síntomas que conforman el cuadro clínico del terror nocturno son: pánico y gritos, 85,7 %, taquicardia, 76,1 %, hablar dormido y temblor, 47,6 % y palidez y sudación, 38 % (tabla 5). Se ha encontrado cierta relación entre el síndrome de muerte súbita (SUNDS) y el terror nocturno, muchas víctimas del SUNDS presentaron terrores nocturnos; se piensa que la gran descarga del SNA (principalmente simpática) que ocurre en el terror

nocturno, puede precipitar a una arritmia ventricular, en pacientes predis-¹¹puestos y explicar el cuadro de muerte súbita.

En el grupo de pacientes encontramos trastornos emocionales, estadísticamente significativos ($p < 0.05$), y son la hiperquinesia (38 %), la ansiedad y onicofagia (19 %), y la agresividad (4.2 %), los más frecuentes (tabla 6). En relación con esto, las opiniones están divididas, aunque muchos autores refieren encontrar en pacientes con terror nocturno otros síntomas emocionales.

TABLA 5. Distribución porcentual de los síntomas presentados por los pacientes en el momento del episodio de terror nocturno

Síntomas	No. de pacientes	%
Pánico	18	85.7
Gritos	18	85.7
Taquicardia	16	76.1
Hablar	10	47.6
Temblor	10	47.6
Palidez	8	38
Sudación	8	38
Alucinaciones visuales	7	33.3
Recuerdo posterior	2	9.5
No reconoce al padre	1	4.7
Babeo	1	4.7

TABLA 6. Distribución de pacientes y controles según los síntomas

Síntomas	Pacientes		Controles	
	No.	%	No.	%
Hiperquinesia	8	38	2	9.5
Ansiedad	4	19	-	-
Agresividad	1	4.2	-	-
Onicofagia	4	19	2	9.5

* $p < 0.05$.

En el grupo control hay un 57.1 % de familiares sin antecedentes patológicos, para el 42.8 % de los pacientes. Son los trastornos psiquiátricos familiares (52.3 %) la afección más frecuente, en el grupo de los pacientes, seguidos por los trastornos del sueño (tabla 7).

En la tabla 8 se analizan los factores de riesgo biológico, y no se encontraron diferencias entre uno y otro grupos.

TABLA 7. Distribución de pacientes y controles en relación con antecedentes familiares

Antecedentes familiares	Pacientes		Controles	
	No.	%	No.	%
Trastorno del sueño	5	23,8	1	4,7
Trastornos psiquiátricos	11	52,3	7	33,3
Retraso mental	1	4,7	-	-
Epilepsia	1	4,7	2	9,5
Sin antecedentes	9	42,8	12	57,1

TABLA 8. Distribución porcentual de pacientes y controles según antecedentes de riesgo

Biológico Antecedentes	Pacientes		Controles	
	No.	%	No.	%
Prenatales	7	33,3	4	19
Perinatales	4	19	3	14,2
Posnatales	5	23,8	7	33,3
Sin antecedentes	5	32	7	33,3

En cuanto a las relaciones familiares, es significativo ($p < 0.05$) el predominio de relaciones cordiales en las familias del grupo control (85,7 %), pero no ocurre así en las familias del grupo estudio (33,3 %) (tabla 9).

En la tabla 10 se muestran los resultados del EEG. Hay diferencias estadísticamente significativa en uno y otro grupos ($p < 0.05$) con el 85,7 % de los EEG normales en el grupo control, para el 52,3 % en el grupo estudio. Resultados similares han sido encontrados en estudios de niños con terror nocturno y sonambulismo, siendo las cifras de EEG anormales más allá del 10 al 15 % de los EEG anormales que se encuentran en la población general.¹²⁻¹⁵

Aunque el número de pacientes estudiados nos impide hacer generalizaciones, no es menos cierto que en nuestros resultados son significativos: los síntomas emocionales, el predominio de las relaciones familiares difíciles y de EEG anormales en el grupo de niños con terror nocturno. Hay un mayor peso en aquellos factores que denotan desajuste emocional, pero no podemos minimizar las posibles causas orgánicas del trastorno.

Debemos ser cautelosos ante un niño con terror nocturno, pues generalmente es un trastorno benigno y se puede complicar con el empleo de métodos inadecuados para erradicarlos.

Es importante comenzar por organizar la vida del niño y establecer patrones adecuados de sueño ante todo y posteriormente tratar de definir su posible causa. A pesar de que el número de reportes que sugieren que el terror nocturno debe ser tratado con drogas (benzodiazepinas, diazepam, flurozepam, amitriptilina, imiprimina, etcétera), aumenta y muchas veces agravan el cuadro.^{11,14}

TABLA 9. Distribución porcentual de pacientes y controles en cuanto a relaciones familiares

Relaciones familiares	Pacientes		Controles	
	No.	%	No.	%
Buenas	7	33.3	18	85.7
Regulares	13	61.9	2	9.5
Malas	1	4.7	1	4.7
Total	21	100.0	21	100.0

* $p < 0.05$.

TABLA 10. Distribución de pacientes y controles según resultado del EEG

EEG	Pacientes		Controles	
	No.	%	No.	%
Normal	11	52.3	18	85.7
Normales	10	47.6	3	14.2
Total	21	100	21	100

* $p < 0.05$.

SUMMARY

Some biopsychosocial factors are studied in 21 children with night fear and compared with a control group. The authors found statistically significant differences as regards the presence of psychiatric symptoms and difficulties in the familial relationships of patients, as well as a larger number of abnormal electroencephalograms (EEG) among them. Despite these findings the authors suggest a cautious approach with children presenting with this disorder and not to use drugs unrestrictedly.

RESUME

On étudie quelques facteurs biopsychosociaux dans 21 enfants qui subissent de terreur nocturne et on compare avec un groupe de contrôle. Les auteurs trouvent des différences significatives en rapport avec la présence des symptômes psychiatriques, ainsi que des difficultés dans les rapports familiaux des patients, et aussi un nombre plus grand d'encéphalogrammes anormaux parmi eux. Malgré ces confirmations, les auteurs suggèrent une conduite prudente face à un enfant qui présente ce trouble, ainsi que ne pas employer des médicaments indistinctement.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BARRAQUER, L.: Neurofisiología Fundamental 3ra. ed. Barcelona, Ed. Toray, 1976, pp. 134-136, 160.
2. AJURIAGUERRA, J.: Manual de Psiquiatría Infantil. El sueño y sus perturbaciones. 4ta. ed. Barcelona, Ed. Toray-Masson, 1979, pp. 169-173.
3. ADAMS RAYMOND, D.: Principios de Neurología. El sueño y sus anomalías. Ciudad de La Habana, Edición Revolucionaria, 1982, pp. 268-286.
4. BAKWIN, H.: Desarrollo Psicológico del niño normal y patológico 4ta. ed. Mexico, Ed. Interamericana, 1978, pp. 489-495.
5. GUILLERMINOULT, CH.: Sleep disorders in children (pavor nocturno). Avances en Pediatría 22: 166, 1978.
6. VENTIS, D.; D. FOSS GOODMAN: Overinterpreting sleep problems. Pediatrics 78 (3): 548, Sept., 1986.
7. FOULKES, A.: Insomnio y otros trastornos del sueño. Clin Med North Am 66 (5): 935-950, Sept., 1982.
8. LOZOFF, B.; A. WOLF: Sleep problems seen in pediatrics practice. Pediatrics 75 (3): 477-83, Mar., 1985.
9. KALES, J. D.: Night terrors. Clinical characteristics and personality patterns. Arch Gen Psychiatry 37 (12): 1413-1417, 1980.
10. HUAPAYA, L.: Trastorno de los estados profundos del sueño precipitado por medicamentos. Rev neuropsiquiatría 44 (1): 24, Mar., 1981.
11. MELLES, R.; B. KATZ: Sudden unexplained nocturnal death syndrome and night terrors. (Letters). JAMA 257 (21): 2918-2919, Jun., 1987.
12. ELIAS, M.; N. NICALSON: Sleep-wake patterns of breast-fed infants in the first 2 years of life. Ann Intern Med 106 (4): 282-292, Apr., 1987.
13. WEISSBLUTH, M.: Is drug treatment of night terror warranted? (letters). Am J Dis Child 138 (11): 1086, Nov., 1984.
14. VOLKOW, N.; A. HORPER: Temporal lobe abnormalities and panic attacks. (Letters). Am J Psychiatry 43 (11): 1884-85, Nov., 1986.
15. AMIR NAOMI; P. NAVON: Interictal E.E.G. in night terrors and somnambulism. J Med Sci, 21 (1): 22-26, Jan., 1985.

Recibido: 6 de marzo de 1989. Aprobado: 8 de marzo de 1989.

Dra. Eloísa Castillo. Hospital Pediátrico Docente del Cerro. Calzada del Cerro No. 2002. Ciudad de La Habana, Cuba.