

Epilepsia y trastornos respiratorios nocturnos

Presentación de un caso: paciente de sexo masculino de 37 años de edad asistido por sospecha de trastornos respiratorios del sueño relatados por su compañero como períodos de paro respiratorio con un extraño ruido espiratorio durante el sueño, casi semanalmente. El paciente afirmó que dormía bien, sin somnolencia diurna excesiva y no era subjetivamente consciente de ningún trastorno respiratorio por la noche. Tenía antecedentes de epilepsia estructural por un trauma perinatal, con convulsiones tónico-clónicas generalizadas secundarias, precedidas por percepciones sensoriales orales erróneas. Estaba medicado con fenitoína y reportó estar libre de convulsiones en el último año y gozar de buena salud. Al examen físico: afebril, normopeso y sin clínica de descompensación cardiorrespiratoria. El examen neurológico sin alteraciones. Una resonancia magnética FLAIR previa mostraba lesiones en el lóbulo ténporo-occipital derecho, con escarificación que se extendía a la corteza insular derecha. La polisomnografía nocturna actual reveló 18 episodios de paros respiratorios repetitivos paroxísticos, predominantemente durante REM o transición REM/no-REM con una duración media de 50,2 s. Cada fase se caracterizó por una secuencia de respiraciones profundas seguidas de una espiración prolongada acompañada de sonidos respiratorios espiratorios de tono alto. Cada episodio estuvo precedido por descargas epileptiformes en el EEG, sin actividad motora ictal durante estos episodios. El ECG fue normal.

Diagnóstico: Crisis epilépticas focales relacionadas con el sueño con laringoespasmos ictales. Diagnósticos diferenciales potenciales descartados: Apnea central del sueño. Catatrenia.

La semiología actual es altamente sugestiva de un foco epileptógeno en la corteza insular. La parestesia laríngea, la disfonía e incluso el mutismo son frecuentes en los casos de epilepsia focal con origen en la corteza insular.

Se cree que el sueño REM juega un papel protector, con probabilidad reducida de despolarizaciones aberrantes, por lo tanto las crisis de este paciente son poco frecuentemente vistas. Hay evidencia de un riesgo mayor de muerte súbita en epilepsia en los pacientes con laringoespasmos ictales.

Debido a la falta de angustia subjetiva, el paciente se abstuvo de cualquier intervención terapéutica. La terapia de elección hubiera sido el cambio de dosis o la adaptación de la medicación antiepiléptica. Si bien se ha informado que la terapia de presión positiva en las vías respiratorias es eficaz en la catatrenia, no está claro en qué medida sería útil en los laringoespasmos ictales nocturnos. En conclusión, los laringoespasmos ictales pueden ser la única manifestación de las crisis epilépticas focales durante el sueño lo que destaca la necesidad de registrar los datos del EEG en la evaluación integral de los trastornos respiratorios durante el sueño.

Bibliografía

Erika C S Künstler et al. A 37-Year-Old Man With Structural Focal Epilepsy and Paroxysmal Nocturnal Breathing Arrests. Chest. 2022 May;161(5):e309-e312

<https://doi.org/10.1016/j.chest.2021.12.631>