



Os distúrbios do sono em neurologia

Comportamentos anormais

Parassônias

Abnormal behaviours and parassomnias

Luciano Ribeiro Pinto Jr.

Doutor em Neurologia e médico do Instituto do Sono - Unifesp.

Unitermos: distúrbios do sono, neurologia, comportamentos anormais, parassônias, lesões encefálicas.

Untermos: sleep disorders, neurology, abnormal behaviours, parassomnias, brain lesions.

Sumário

O sono pode ser influenciado pelas diversas doenças que acometem o sistema nervoso central, dependendo do local e da extensão da lesão.

Numeração de páginas na revista impressa: **594 à 567**

LESÕES ENCEFÁLICAS E O SONO

O sono pode ser influenciado pelas diversas doenças que acometem o sistema nervoso central, dependendo do local e da extensão da lesão.

Sono e envelhecimento

Com a idade a arquitetura do sono sofre modificações. A senescência produz características difíceis de distinguir dos quadros degenerativos. A atividade delta diminui em amplitude e quantidade, sendo que aos 60 anos o sono de ondas lentas representa não mais que 10% do tempo total de sono e após os 75 anos de idade o estágio 4 praticamente desaparece. Como o sono lento decresce, o primeiro ciclo diminui, com conseqüente redução da latência REM. Outro fenômeno observado no idoso é o aumento do número e duração dos despertares, com fragmentação e diminuição da eficiência do sono. A redução em voltagem e quantidade do sono lento no idoso pode ser decorrente da redução da massa de células nervosas corticais em que são geradas as ondas lentas. O núcleo reticular ponto-mesencefálico sendo filogeneticamente mais antigo, e mais resistente as alterações da idade, explicando a preservação do sono REM no idoso.

Sono e demência

Nos idosos portadores de uma síndrome cerebral crônica ocorre uma acentuação das alterações observadas nos idosos. Na doença de Alzheimer ocorre distúrbio do ritmo vigília-sono, insônia e deambulação noturna. Aumentam os cochilos diurnos e aumentam os despertares prolongados durante a noite que se acentuam com o progredir da doença. A síndrome do pôr-do-sol se caracteriza por aumento da confusão mental, deambulação e agitação no período vespertino. Estes episódios de confusão noturna aumentam os despertares

durante a noite e aumentam a sonolência diurna. Estas alterações decorrem da perda progressiva dos mecanismos neuronais responsáveis pela geração do sono REM e NREM. Ocorre também distúrbio do sistema colinérgico central, do núcleo basal de Meynert no prosencéfalo basal, com redução do sono REM e aumento da latência REM, diferentemente da que ocorre na depressão.

O sono na doença de Parkinson

Na doença de Parkinson, uma das primeiras manifestações é a dificuldade que o paciente apresenta em iniciar o sono e o aumento dos despertares durante o sono, com conseqüente redução da eficiência do sono. Observa-se redução dos estágios 3 e 4 e da fase REM. As alterações do sono decorrem de diversos fatores, principalmente das modificações neuroquímicas próprias da doença, e também sofrem influências da bradicinesia, rigidez, movimentos periódicos, tremores e dos medicamentos utilizados no seu tratamento. O sono também está prejudicado devido à dificuldade motora na cama, câibras e dores. O tremor está associado com os despertares. No início do sono REM se pode observar blefaroespasma. Também pode ocorrer distúrbio comportamental do sono REM, movimentos periódicos dos membros inferiores e mioclonias. Apnéias podem ser observadas e distúrbios do ritmo circadiano. Também são descritas redução dos fusos.

Lesões vasculares e o sono

Na fase aguda do acidente vascular cerebral ocorre uma inversão do ritmo vigília-sono, que se manifesta por letargia durante o dia e agitação durante a noite. A presença de ronco e apnéia são fatores de risco para o desencadeamento de acidentes vasculares cerebrais. O despertar após o término da apnéia acarreta em descargas simpáticas, com aumento da frequência cardíaca, hipertensão arterial. Observa-se maior incidência de infarto do miocárdio e AVC entre 6 e 10 horas da manhã.

Insônia familiar fatal

Descrita por Lugaresi e col., em 1986, a insônia familiar fatal é uma enfermidade hereditária que se caracteriza por insônia grave, progressiva, pirexia (aumento da temperatura), diaforese, impotência, diminuição da libido, suor ortostático, lacrimejamento, salivação, miose. Evolui com alterações dos esfíncteres, agitação, confusão, desorientação, disartria, tremor, mioclonias, coma e morte. Decorre da degeneração dos núcleos talâmicos anteriores e mediodorsais. A doença parece estar ligada às partículas virais denominadas de prions.

Na esclerose múltipla se pode observar sonolência diurna e por vezes síndrome narcoléptica ou quadro de fadiga crônica. A associação da esclerose múltipla com a narcolepsia parece estar baseada na teoria genética destas duas doenças. A esclerose múltipla está ligada ao antígeno de histocompatibilidade HLA-DR-DQ e a narcolepsia ao antígeno HLA-DR2 e DQW-1.

O sono e as crises epiléticas

Algumas crises epiléticas podem ser desencadeadas pelo sono. As descargas epileptiformes das crises parciais costumam ocorrer mais freqüentemente durante o sono NREM que durante a vigília e sono REM. Alguns tipos de crises do lobo frontal, como as crises da área motora suplementar, também costumam ocorrer preferencialmente durante o sono. Tanto as crises como os grafoelementos epileptiformes interictais da epilepsia parcial benigna da infância com descargas rolândicas costumam ocorrer preferencialmente durante o sono. As crises da epilepsia mioclônica juvenil costuma ocorrer após o despertar pela

manhã. As pontas-onda contínuas do sono se caracteriza por descargas contínuas de complexos ponta-onda durante praticamente todo o sono.

Distonia paroxística noturna

Caracteriza-se por posturas distônicas, podendo ser de curta duração (15 a 45 segundos) ou podem durar até 60 minutos. Ocorre a rotação da cabeça e tronco, com extensão ou flexão dos membros. O paciente abre os olhos e pode haver uma discinesia do tipo balismo ou coréico e vocalização e ser acompanhada de grito. Apresenta rigidez de extremidades, automatismos, sentando na cama, adquirindo posturas anormais e sensação de pânico e com preservação da consciência. Tem início na infância ou adolescência. As crises ocorrem no sono NREM, principalmente durante o estágio 2, ou durante o sono de ondas lentas. Parecem ser decorrentes de foco epilético frontal, principalmente as formas de curta duração, embora no EEG não se observe descargas epiletiformes, ocorrendo somente a dessincronização da atividade elétrica cerebral, podendo os episódios serem precedidos de curta apnéia central. O tratamento é feito com carbamazepina.

Movimentos periódicos dos membros e síndrome das pernas inquietas

Os movimentos periódicos de membros caracterizam-se pela presença de movimentos estereotipados dos membros inferiores durante o sono, consistindo na extensão do hálux seguida da dorsiflexão do tornozelo e flexão dos joelhos. Cada movimento dura, em média, de 0,5 a 5,0 segundos, com frequência de um a cada 40,0 segundos, podendo, essas salvas, ter a duração de alguns minutos ou horas. Geralmente esses movimentos causam despertar com redução na quantidade e qualidade do sono. Geralmente ocorrem no terço inicial da noite e se tornam mais frequentes com o avançar da idade. Podem estar associadas a várias enfermidades, como diabetes, neuropatias periféricas, doenças reumatológicas, ou decorrentes de medicamentos como antidepressivos tricíclicos e barbitúricos. O tratamento se faz com clonazepam e L-DOPA.

A síndrome das pernas inquietas é referida pelo paciente como um desconforto nos membros inferiores ou no estado de vigília, ou após ter conciliado o sono, despertando e obrigando o paciente a se levantar, deambular e massagear os membros inferiores.

PARASSÔNIAS

É o nome que se dá às manifestações e comportamentos peculiares que ocorrem durante o sono e que geralmente não acarretam em distúrbios do tipo sonolência diurna ou sono não reparador. Na grande maioria dos casos não constitui anormalidade, não requerendo tratamento, porém orientação do paciente e dos familiares.

Podem ser classificadas de diversas maneiras, como pelas manifestações clínicas, ou seja, como manifestações motoras, comportamentais, psicossensoriais e autonômicas ou, então, de acordo com a fase do sono que elas costumam ocorrer. As parassônias relacionadas com o sono de ondas lentas, caracterizando um distúrbio do despertar, são sonambulismo, terror noturno, enurese e estado confusional do despertar. As parassônias relacionadas com o sono REM são pesadelos, distúrbio comportamental do sono REM, paralisia do sono e as alucinações hipnagógicas. As parassônias que ocorrem na transição vigília-sono são mioclônias, movimentos ritmicos da cabeça, fala hipnagógica e a síndrome da explosão da cabeça. O bruxismo ou ranger de dentes costumam ocorrer durante o sono NREM, principalmente estágios 1 e 2.

DISTÚRBIOS DO DESPERTAR

Sonambulismo

Consiste na execução de comportamentos motores durante o sono, desde sentar-se no leito, levantar-se e até deambular. Os episódios de sonambulismo ocorrem durante o sono de ondas lentas (delta) e geralmente terminam com o despertar do indivíduo, ou retornando para o leito e continuando a dormir. Da mesma forma que a fala hipnagógica, não requer tratamento farmacológico, porém é fundamental a orientação do paciente e dos familiares, principalmente quanto ao risco que esse quadro oferece no que se refere aos acidentes. O familiar deve tentar levar o paciente de volta para a cama. O local em que o sonâmbulo dorme deve ser seguro para se evitar a ocorrência de acidentes.

Terror noturno

O quadro de terror noturno também ocorre durante o sono de ondas lentas e se caracteriza pelo despertar súbito, quando o indivíduo se senta na cama, com o olhar assustado, pálido, transpirando abundantemente. Nestes casos o paciente não faz referência a sonhos ou pesadelos e freqüentemente não se recorda do episódio.

Enurese

Consiste na micção involuntária durante o sono. Pode ser primária quando há persistência dos episódios após os 5 anos de idade, sem se ter conseguido o controle noturno. Diz-se ser secundária quando ocorre o aparecimento de micção noturna involuntária em crianças que já tiveram o controle do mesmo durante seis meses. O tratamento nos casos primários, quando necessário, é feito com psicoterapia ou uso de imipramina. Na enurese secundária se deve excluir lesões urológicas, neurológicas, metabólicas e psiquiátricas.

Estado confusional do despertar

Caracteriza-se pelo despertar acompanhado de estado confusional e desorientação. Este quadro costuma ocorrer na primeira metade da noite, uma vez que ocorre durante o sono de ondas lentas. Os fatores precipitantes podem ser: privação do sono, distúrbios do ritmo circadiano e administração de drogas como benzodiazepínicos e álcool. Também pode ser observado em pacientes com sonolência excessiva, como nos casos de apnéia do sono.

PARASSÔNIAS RELACIONADAS COM O SONO REM

Distúrbio comportamental do sono REM

Caracteriza-se por comportamento violento ou desorganizado que aparece durante o sono REM, com perda intermitente da atonia no EMG, com atividade motora elaborada associada aos sonhos. Inicia-se na sexta ou sétima década da vida, sendo mais freqüente nos homens. A PSG mostra ausência intermitente de atonia muscular, com espasmos musculares das extremidades, com freqüência maior que a observada durante o sono REM normal, movimentos corporais, comportamentos complexos e por vezes violentos.

Apresentam grande variabilidade de sua manifestação e distribuição: o EMG mentoniano pode estar aumentado sem que se observem movimentos corporais ou pode ser atônico, apesar de ambos os movimentos do tronco. A arquitetura do sono é normal. O diagnóstico diferencial deve ser feito com terror noturno, sonambulismo, distonia paroxística noturna, apnéia e crises epiléticas. O DCR decorre de uma alteração ou disfunção dos substratos neurais do tronco encefálico responsáveis pela atonia do REM. O distúrbio comportamental do sono REM pode estar associado a uma diminuição da atividade de neurônios

serotoninérgicos ou noradrenérgicos responsáveis pela inibição fásica do sono REM. Este quadro também tem sido descrito em doenças degenerativas como a síndrome de Shy-Drager, atrofia olivopontocerebelar (trato tegmento-espinhal), esclerose múltipla, malformação de Arnold-Chiari, narcolepsia, Parkinson, demências, tumores e lesões vasculares do tronco cerebral. O distúrbio comportamental do REM pode decorrer de lesões vasculares que comprometem o centro perilocus coeruleus ou do trato tegmento-reticular.

O tratamento é feito com clonazepam (0,5 mg ao deitar). Também se faz referência a carbamazepina principalmente para o componente agressivo, devido à sua ação no sistema límbico.

Pesadelos

Pesadelos são sonhos com forte conteúdo emocional, geralmente de caráter angustiante que ocorrem durante o sono REM e levam ao despertar. Não trazem conseqüências quando ocorrem esporadicamente, porém requerem tratamento quando freqüentes. Geralmente decorrem de conflitos emocionais, mas podem ocorrer em diversas enfermidades ou após uso de drogas ou medicamentos que atuam no sono REM. Tendem a diminuir com a idade e parecem ter um componente familiar. Os fatores precipitantes podem ser: estado emocional, rebote do sono REM, drogas dopaminérgicas e retirada de drogas supressoras do sono REM (benzodiazepínicos).

Paralisia do sono

É a sensação de não conseguir movimentar o corpo que ocorre geralmente após o despertar. Dura poucos minutos, porém o suficiente para trazer um desconforto para o indivíduo. Decorre da persistência da atonia após o despertar do sono REM. Pode ocorrer esporadicamente não constituindo anormalidade, porém pode fazer parte da síndrome narcoléptica.

Alucinações hipnagógicas

Também ocorre geralmente no despertar ou no adormecer e se caracteriza por alucinações visuais ou auditivas, como se estivéssemos sonhando acordado. Decorre da persistência de sensações oníricas após o despertar. Assim como a paralisia do sono, pode ocorrer em indivíduos normais ou fazer parte da síndrome narcoléptica.

DISTÚRBIOS DA TRANSIÇÃO VIGÍLIA-SONO

Fala hipnagógica

A fala durante o sono consiste na vocalização de sons, sílabas e frases, geralmente ininteligíveis e desconexas. Geralmente não traz preocupações para o médico, fazendo exceção quando o falar durante o sono possa criar situações de constrangimento para o paciente.

Movimentos rítmicos do sono

São movimentos estereotipados que aparecem no início do sono, geralmente comprometendo região cefálica, condição que recebe o nome de jactatio capitis nocturna. São freqüentes na infância e desaparecem até os 18 meses de idade.

Mioclonias

São abalos musculares que ocorrem geralmente no início do sono, freqüentemente acompanhados de sonhos relatados como de queda ou susto.

Síndrome da explosão da cabeça

Caracteriza-se pelo despertar súbito com uma sensação de dor cefálica intensa, como se a cabeça fosse explodir, acompanhados de luzes e barulho de explosão. O quadro é de duração fugaz e ocorre geralmente no início do sono, logo ao adormecer. Alguns autores sugerem tratar-se de uma variante das mioclonias do início do sono. Para alguns autores não se trata de fenômeno hipnagógico verdadeiro, podendo ser expressão de distúrbio emocional, ocorrendo ainda no estado de vigília. Embora de caráter benigno, pode interromper o sono freqüentemente, principalmente quando ocorre várias vezes na mesma noite.

OUTRAS PARASSÔNIAS

Bruxismo

Definido como distúrbio de movimento estereotipado, caracterizado pelo ranger ou apertar dos dentes durante o sono. Pode ser observado em duas formas: o apertamento ou bruxismo cêntrico, caracterizado por episódios isolados de atividade muscular e o ranger de dentes, ou bruxismo excêntrico, com contrações rítmicas dos músculos mastigatórios ou a combinação desses dois tipos. O bruxismo produz sintomas musculares cefaléias e desgaste dental. O tratamento é feito com placas intra-orais, visando proporcionar posição articular estável e proteção dos dentes.

Bibliografia

1. Korner E, Flooh E, Reinhart B, Wolf R, Ott E, Krennn, W, Lechner H - Sleep alterations in ischemic stroke. *Eur. Neurol.*, 25(suppl 2):104-10, 1986.
2. Giubillei F, Jannilli M, Pierallini A, Sacchetti ML, Antonini G, Fieschi C - Sleep patterns in acute ischemic stroke. *Acta Neurol. Scand.*, 86:567-71, 1992.
3. Hachinski VC, Mamelak M, Morris JW - Clinical recovery and sleep architecture degradation. *Can. J. Neurol. Sci.*, 17:332-5, 1990.
4. Barriga F, Ruiz-Dominguez JÁ, Velayos JL - Insomnio familiar fatal: una enfermedad prionica humana que abre las puertas a un mayor conocimiento del talamo. *Rev Med Univ Navarra*, 41:224:228, 1997.
5. Malow A - Sleep and epilepsy. In: Aldrich MS, eds. *Neurologic Clinics. Sleep Disorders*. Vol 14, n 3, W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1996: 765-789.
6. Pearce JMS - Clinical features of the exploding head syndrome. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 52:907-910, 1989.