

Bodyrocking intenso en niños mayores. A propósito de dos casos

Bodyrocking handia haur nagusietan. Bi kasuei buruz

R. Ugarte¹, E. Busselo²

¹Centro de Salud de Nanclares de la Oca (Alava). ²Centro de Salud Dumboa. Irún (Guipúzcoa)

Correspondencia: Ramón Ugarte.
ugarte@jet.es

INTRODUCCIÓN

El automecimiento corporal o *bodyrocking* es una parasomnia del período de transición vigilia-sueño que se engloba dentro de otros trastornos por movimientos rítmicos como son la *jactacio capitis* (*headbanging*)⁽¹⁾ los movimientos de rotación de la cabeza (*headrolling*), con los que frecuentemente se asocia⁽¹⁾. Aparece en los primeros meses de vida y raramente después de los dos años, estando presente en un 43% de los niños de 9 meses y desapareciendo prácticamente a los 5 años⁽²⁾. Los movimientos se producen inmediatamente antes de iniciar el sueño y en un tercio de los casos se extienden hasta las fases 1 y 2 del sueño No REM⁽³⁾. La estimulación vestibular parece ser un factor importante relacionado con el sueño. La persistencia de *bodyrocking* en niños mayores y adolescentes se ha asociado con autismo y retraso mental. Son muy escasas las referencias bibliográficas de estas parasomnias en niños mayores y adultos jóvenes de inteligencia normal^(4,5). Se han comunicado contados casos de adultos normales con movimientos rítmicos durante el sueño que han mejorado con clonazepam⁽⁴⁾. Se ha relacionado en adultos el estrés y el consumo de algunos alimentos como el chocolate y el café como desencadenantes de estas parasomnias.

Presentamos dos niños de inteligencia normal con *bodyrocking* intenso que fueron tratados conductualmente mediante estimulación acústica y clonazepam.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1

I.S.E. es un varón de 13 años diagnosticado de reflujo gastroesofágico en el primer mes de vida que durmió sentado hasta los nueve meses como parte de su tratamiento postural antirreflujo. Refería la familia que desde los nueve meses dormía todos los días con automecimiento intenso, colocándose

de rodillas, flexionando el tronco y extendiendo las manos sobre el colchón produciendo un balanceo rítmico de tronco hacia adelante y hacia atrás que se repetía varias veces en la noche. Estos movimientos se asociaban ocasionalmente con *jactacio capitis* se producían en cualquier circunstancia: *cosleeping*, viajes, cambio de habitación, dormir en sofás, etc. El electroencefalograma no reveló trastornos comiciales. Se hizo estudio polisomnográfico en unidad de sueño objetivándose dos períodos de automecimiento intenso de 120 y 35 minutos. Se inició tratamiento conductual estableciendo una rutina de sueño y utilizando un reloj despertador ruidoso a modo de metrónomo como elemento productor de estimulación acústica rítmica. Se asoció inicialmente 0,5 mg de clonazepam media hora antes de acostarse. Básicamente la estrategia consistió en conciliar al niño a que utilizaría el sonido como elemento conciliador del sueño en sustitución al movimiento rítmico corporal. Posteriormente se sustituyó el clonazepam por placebo. No se efectuaron modificaciones en la dieta, manteniéndose el consumo de cacao en la cena. La familia y el niño registraban diariamente las características del sueño valorando el automecimiento como intenso (mayor de 10 minutos), débil (menor de 10 minutos) o ausente. Semanalmente se comentaban en consulta los resultados y se reforzaban los cambios conductuales. La respuesta al tratamiento se recoge en la tabla I:

Inicialmente la disminución de la intensidad de la sintomatología y la ausencia de la misma fue sorprendente para el niño y su familia. Una vez establecida y reforzada la rutina de sueño el clonazepam no pareció ejercer efecto beneficioso alguno como se desprende de los buenos resultados obtenidos recurriendo exclusivamente a la estimulación acústica. Seis meses después del inicio del tratamiento reingresó en la unidad de sueño observándose una práctica desaparición de la sintomatología con

TABLA I. CARACTERÍSTICAS DEL BODYROCKING EN RELACIÓN AL TRATAMIENTO. CASO 1

	Intenso	Débil	Ausente
Estimulación acústica y Clonazepam (139 días)	13	71	55
Estimulación acústica y placebo (44 días)	1	14	29
Estimulación acústica (29 días)	0	8	21

TABLA II. EVOLUCIÓN DEL BODYROCKING. CASO 2

Tratamiento	Semanas	Episodios de Bodyrocking/semana
Estimulación acústica y Clonazepam 0,5 mg	1ª, 2ª y 3ª	1,3
Estimulación acústica y Clonazepam 0,25 mg	4ª	5
Estimulación acústica y placebo	5ª, 6ª, 7ª y 8ª	1
Estimulación acústica	9ª y siguientes	0

episodios aislados y breves de automecimiento coincidiendo con microdespertares.

Caso 2

A.I.H. es un niño de 8 años y medio que acude a consulta porque desde la época de lactante realiza movimientos rítmicos para dormir a la noche. Adopta una posición de rodillas sobre la cama con el tronco flexionado hacia adelante y con las manos apoyadas sobre el colchón. Realiza movimientos rítmicos hacia adelante y hacia atrás de todo el cuerpo hasta que se queda dormido. Esto se repite todas las noches y varias veces cada noche en caso de que tenga despertares nocturnos.

Entre sus antecedentes personales destaca reflujo gastroesofágico que mejoró a partir de los 6 meses de vida y dermatitis atópica leve. Entre los 4 y 6 años presentó respiración bucal habitual y ronquido nocturno en relación a hipertrofia adenoidea discreta que no precisó tratamiento quirúrgico. Enuresis nocturna primaria que se resolvió hacia los 7 años con un dispositivo de alarma.

Se realizó estudio polisomnográfico en unidad de sueño y se confirmó la presencia de bodyrocking que al inicio del registro fue completo pero al sentirse el niño observado lo substituyó por un movimiento rítmico

regular de una pierna que persistió en la transición de la vigilia al sueño con una duración de 34 minutos. Se descartó la existencia de cualquier alteración respiratoria durante el sueño. Se inició el tratamiento conductual con establecimiento de una rutina de acostarse, utilización de metrónomo, uso de un saco de dormir ligero para limitar la movilidad de las piernas y se asoció Clonazepam 0,5 mg. antes de acostarse. Se le explicó al chico que se trataba de sustituir el hábito adquirido para dormirse por el sonido del metrónomo. Se realizaron controles semanales con un calendario con los resultados. La respuesta fue muy buena desde el principio. Las 3 primeras semanas sólo se automeció en 4 ocasiones y durante pocos minutos. A partir de la tercera semana se disminuyó la dosis de Clonazepam a la mitad y durante esa semana presentó la sintomatología en 5 ocasiones. A la quinta semana se inició tratamiento con placebo y se prosiguió la suspensión paulatina del Clonazepam. A partir del uso del placebo presentó la sintomatología una vez por semana. El tratamiento con placebo se mantuvo durante un mes y al finalizar éste, el automecimiento había desaparecido por completo. La ausencia de bodyrocking se mantuvo en las siguientes revisiones, varios meses después.

La evolución de todo el período de tratamiento se recoge en la tabla II.

CONCLUSIONES

El bodyrocking es una parasomnia que puede presentarse en niños mayores de inteligencia normal y que produce limitación en las actividades sociales. Como norma general la calidad del sueño está disminuida cuando se presenta en niños mayores de tres años⁽⁶⁾. No requieren tratamiento alguno por debajo de los seis años porque su evolución natural es la extinción espontánea de esta conducta.

El tratamiento conductual mediante estimulación acústica rítmica y el clonazepam han resultado eficaces.

Las características del sueño de los niños y adolescentes deben abordarse sistemáticamente en la anamnesis pediátrica pues en la mayoría de los casos los trastornos del sueño no son referidos espontáneamente ni por el niño ni por su familia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Thorpy MJ. Rhythmic movement disorders. En: Thorpy MJ (ed). *Handbook of sleep disorders*. New York 1990. Marcel Dekker, Inc.
2. Klackenberg G. Rhythmic movements in infancy and early childhood. *Acta Paediatr Scand* 1971; **224**(Suppl): 74-82.
3. Mahowald MW, Thorpy MJ. Nonarousal Parasomnias in the Child. En: Ferber R, Kryger M (eds). *Principles and Practice of Sleep Medicine in the Child* Philadelphia. 1995. W. B. Saunders Company
4. Chisholm T, Morehouse R. Adult headbanging: sleep studies and treatment. *Sleep* 1996; **19**(4): 343-346.
5. Alves RS, Aloe F, Silva AB, Tavares SM. Jactatio capitis nocturna with persistence in adulthood. Case report. *Arq Neuropsiquiatr* 1998; **56** (3B):655-7.
6. Klackenberg G. Incidence of Parasomnias in Children in a General Population. En: Guilleminault Ch (ed). *Sleep and Its Disorders in Children*. New York 1987. Raven Press.