

#70

Primer Brote Psicótico En Paciente Con Narcolepsia Tipo 1 Y Apnea Obstructiva Del Sueño: Claves Diagnósticas Y Manejo Multidisciplinar

Hipersomnia

Esmeralda Rocío Martín, Rybel Wix , Cecilia Luque , Álvaro Pineda , María Polvorosa , Gabriela Solís , Yuliana Andrade , Jael Balladares , Emilia Petrica

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España

Introducción

En la narcolepsia tipo 1 (NT1), las alucinaciones hipnagógicas e hipnopómpicas por intrusiones de sueño REM en la transición sueño-vigilia pueden confundirse con psicosis, especialmente cuando el cuadro se asocia a un primer brote psicótico. La apnea obstructiva del sueño (AOS) añade somnolencia residual y puede enmascarar la respuesta terapéutica.

Objetivos

Presentar un caso de NT1, AOS y primer brote psicótico, resaltando las claves para distinguir intrusiones REM de psicosis y el impacto del manejo multidisciplinar sobre la somnolencia y la cataplejía.

Material y Método

Revisión longitudinal (2018–2025) de historia clínica, polisomnografía (PSG) con CPAP, test de latencias múltiples (MSLT), tipaje HLA y escalas de somnolencia, insomnio, estado de ánimo y ansiedad. Tratamiento con vortioxetina, aripiprazol, CPAP, siestas programadas, modafinilo y posterior pitolisant hasta 36 mg/día.

Resultados y conclusiones

Varón de 38 años, IMC 35 kg/m². Presentó un primer brote psicótico agudo en 2018. NT1 confirmada: MSLT con latencia media 2,7 min y 4 SOREMPs, HLA DQB1*06:02+. ESS basal 14-16/24, ISI 14, Beck 9/63, STAI-E 42/60, STAI-R 28/57, Escala de Hipersomnia 16, Ullanlinna 14. PSG con CPAP 8 cmH₂O: TST 358 min, eficiencia 75,9%, N1 7,0%, N2 43,3%, N3 32,5%, REM 17,2 %, latencia REM 42,0 min, índice de arousals 3,9/h, IAH 2,5/h, SpO₂ media 96–97%, ODI 0, T90 0%. Se aumentó la CPAP a 13 cmH₂O por somnolencia residual y posibles fugas. Con modafinilo persistió somnolencia (ESS 16/24). Tras el tratamiento con pitolisant 36 mg/día, mejoró la vigilia (ESS 12/24) y desapareció la cataplejía.

En NT1 con AOS y brote psicótico, la correlación clínico-temporal de las experiencias perceptivas con las transiciones sueño-vigilia y la forma en que el paciente las describe permite diferenciar intrusiones REM de una recaída psicótica. Un abordaje multidisciplinar que combine CPAP optimizada, siestas programadas y pitolisant hasta 36 mg/día redujo la somnolencia y resolvió la cataplejía manteniendo la estabilidad psiquiátrica.