

Episodios paroxísticos no epilépticos

R. Cancho Candela. A. Hedrera Fernández. Unidad de Neurología pediátrica. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Fecha de recepción: 13 de octubre 2017

Fecha de publicación: 28 de febrero 2018

Adolescere 2018; VI (1): 35-43

Resumen

Los episodios paroxísticos no epilépticos son eventos que pueden simular crisis epilépticas. La adolescencia es un periodo en el que algunos de estos episodios encuentran su máxima expresión. La historia clínica y la observación son claves para su correcto diagnóstico. Una descripción clínicamente orientada puede ser suficiente para su diagnóstico. El uso de grabaciones en dispositivos móviles ha mejorado el diagnóstico de estos episodios. Los tics y las estereotipias son episodios frecuentes y de fácil reconocimiento. Estos desordenes de movimiento se relacionan a menudo con alteraciones de neurodesarrollo o con trastornos psíquicos. Existen frecuentes episodios de origen primariamente psíquico, como los ataques de pánico o las pseudocrisis.

Palabras clave: *Adolescencia, Episodios Paroxísticos no Epilépticos, Pseudocrisis, Tics.*

Abstract

Paroxysmal non-epileptic events are episodic disorders that can mimic epileptic seizures. Adolescence is a period with high level of expression of some of these events. Clinical history and observation are the keys for a correct diagnosis. An orientated clinically description can be enough for diagnosis. Video registration with mobile devices has improved making the diagnosis of these events. Tics and stereotypes are frequent events of easy recognition. These movement alterations are usually related with neurodevelopmental or psychic disorders. There are frequent primary psychic origin events, like panic attacks or non-epileptic convulsion (pseudoseizures).

Key words: *Adolescence, Non-epileptic Convulsion, Paroxysmal Non-epileptic Events, Tic disorders.*

Introducción

Los Episodios Paroxísticos No Epilépticos (EPNE) son un amplio grupo de trastornos de muy variado origen, y que pueden recordar por su semiología a episodios de origen epiléptico. Se trata de un grupo heterogéneo, relacionado con diversas situaciones clínicas, pero en general, de carácter psicógeno o funcional. Los EPNE suponen a menudo una fuente de error, dada la habitual normalidad de los estudios complementarios, siendo su diagnóstico fundamentalmente clínico, en base a la anamnesis y a la observación.

Los Episodios Paroxísticos No Epilépticos (EPNE) son un amplio grupo de trastornos de habitual origen psicógeno o/y funcional, y que pueden recordar por su semiología a episodios de origen epiléptico

Este tipo de trastornos presentan a menudo una historia natural bastante bien definida en cuanto a su edad de aparición (y desaparición). Nuestra descripción se centrará en los EPNE que son más frecuentes o significativos en la adolescencia. No se describirá la problemática relacionada con síncope, mareos, vértigos y ataxias episódicas en la presente revisión.

Existen diversas clasificaciones de los EPNE, como por ejemplo entre aquellos con status mental aparentemente alterado o los que no lo muestran, pero es probable que resulte más útil una clasificación semiológica que tenga en cuenta el síntoma o signo principal del episodio.

La frecuencia de los EPNE es elevada. Se estima que aproximadamente un 15% de niños ha experimentado algún EPNE al llegar a los 15 años⁽¹⁾. Esta prevalencia marca una frecuencia claramente mayor que la de la epilepsia. En un reciente estudio de Aaberg se estimó en 0,66% la prevalencia de epilepsia en edad pediátrica, con un 34% de diagnósticos erróneos de Epilepsia vs EPNE⁽²⁾.

Los problemas derivados de un diagnóstico erróneo de epilepsia vs EPNE, son múltiples. El diagnóstico de epilepsia conlleva a menudo la realización de diversos estudios complementarios innecesarios, y lo que es peor, al tratamiento con fármacos antiepilépticos sin eficacia alguna pero con probabilidad de efectos secundarios. Este mal diagnóstico conlleva también la carga emocional y de limitación de estilo de vida que acompaña a menudo a la epilepsia.

Existen diversos motivos que favorecen la confusión de Epilepsia con EPNE. El primero, sin duda, es la similitud clínica aparente de algunos de los episodios.

Es imprescindible que la anamnesis de los EPNE sea detallada, y cuidadosa^(1,3-5). Debe seguir un orden lógico en cuanto al episodio en cuestión; es frecuente en muchas historias clínicas apresuradas que se minimice el contexto en el que ocurren los episodios. Debe hacerse hincapié en horario, lugar, precipitantes. La descripción del propio episodio debe ser relatada si es posible por quien ha visualizado alguno de estos, pero sin obviar el relato del propio afecto si puede hacerlo. La descripción de los episodios debe seguir un modelo de entrevista dirigida, en el que se interroga por aspectos específicos del episodio que pueden ser clarificadores. Y es también importante describir con precisión el final del episodio, respecto a la aparición de déficits neurológicos específicos, alteración de conciencia, etc.

Es habitual que algunos síntomas o signos sean malinterpretados por el propio personal sanitario no bien formado en estas entidades. La aparición de relajación de esfínteres con pérdida de conciencia es etiquetada de epiléptica en un elevado porcentaje de casos; debe recordarse que este fenómeno puede acompañar a cualquier pérdida de conciencia, frecuentemente anóxica o traumática, sin que implique epilepsia. Más complicado aún puede resultar que no se sospeche epilepsia ante la aparición de fenómenos motores como clonias o espasmos, al finalizar un síncope u otro cuadro no epiléptico con pérdida de conciencia, pero es frecuente que muchos episodios de este tipo tengan en parte esa semiología motriz.

Otro motivo confusor entre epilepsia y EPNE es la posible comorbilidad de ambas entidades. En algunas ocasiones, esta comorbilidad recae directamente en forma de pseudocrisis, pero en otras, coexisten episodios de ambas naturalezas⁽⁶⁾.

Los EPNE son episodios que en muchas de sus ocasiones ocurren más frecuentemente en pacientes con problemas neurológicos y de neurodesarrollo. En este sentido, la expectativa de aparición de una posible epilepsia sesga la orientación diagnóstica. Este problema es especialmente importante en los pacientes afectados de Discapacidad Intelectual y/o de Trastornos de Espectro Autista. La aparición de episodios de ensoñamiento o ensimismamiento ("staring spells") en este grupo de pacientes es frecuente, y a menudo viene precedido de un diagnóstico semiológico de "Crisis de Ausencia" por parte de personal educativo y/o sanitario. La mayoría de estos casos puede resolverse sin Electroencefalograma (EEG) con una sencilla anamnesis (duración, respuesta a estímulos táctiles potentes,...).

La base del diagnóstico de los EPNE radica en la anamnesis minuciosa del episodio y de su contexto clínico, con exploración física habitualmente normal

El uso de EEG debe considerarse a priori en todo EPNE que ofrezca dudas al facultativo responsable. La consideración más importante en este sentido es que la interpretación del registro debe ser coherente con la clínica. Existe un porcentaje aproximado de 2-3% de niños y adolescentes con EEG alterados, que presentan fenómenos neurofisiológicos epileptógenos (puntas centrotemporales, respuesta fotoparística,...) pero sin crisis clínicas⁽⁶⁾. La aparición de estas alteraciones en un registro solicitado a un paciente con EPNE suele ser la primera causa de diagnóstico y tratamiento erróneos.

De igual modo, la aparición de EEG normal refuerza que la naturaleza de un episodio paroxístico sea no epiléptica, pero no debe olvidarse que no es infrecuente un EEG normal en diversas epilepsias. Siempre que sea posible, el registro EEG debe incidir en un co-registro simultáneo de imagen de video, buscando la aparición de los episodios que puedan resultar sospechosos a la vez que se objetiven cambios en el EEG que resulten significativos.

En cualquier caso, en los últimos años existe una herramienta que ha cambiado el diagnóstico de los EPNE, como es el registro de video en un dispositivo móvil del propio episodio por parte de familiares y entorno habitual del paciente. Hoy en día, es frecuente que se aporten en consulta filmaciones de los episodios que ayudan considerablemente al diagnóstico. En este sentido, Dash ha demostrado que la observación de videos en teléfono móvil es mas precisa en el diagnóstico de epilepsia que la anamnesis con familiares⁽⁷⁾.

Se describirán de forma resumida y somera los aspectos clínicos principales de algunos EPNE de especial importancia en periodo de la adolescencia.

El uso de videos caseros grabados en dispositivos móviles es una herramienta diagnóstica extremadamente útil

EPNE relacionados con sueño

Los EPNE relacionados con sueño son fácilmente orientables por su semiología, contexto, horario, etc. La mayoría de ellos son benignos ("parasomnias"). La prueba complementaria relacionada más importante y discriminativa es la Polisomnografía, con registro de EEG, y de variables cardiorrespiratorias, movimiento, etc^(1,8). Sin embargo, la complejidad y la accesibilidad limitada a este tipo de estudios debe reforzar la idea de una orientación clínica. Existen diversas epilepsias con crisis de predominio nocturno que pueden producir confusión diagnóstica, en particular la Epilepsia focal benigna de puntas centrotemporales así como la Epilepsia frontal. Son sobretodo indicación para estudio polisomnográfico el diagnóstico diferencial con dichas entidades, así como la objetivización del Síndrome de Apnea-Hipopnea de Sueño (ver posteriormente).

Pesadillas

Las pesadillas son episodios de sueños con vivencias desagradables y aterradoras. Al tratarse de verdaderos sueños, ocurren en fase REM, por lo que suelen ser más habituales en la parte final del sueño nocturno. La vivencia emocional puede ser francamente estresante pero no se acompaña de síntomas vegetativos llamativos. Suelen poder ser recordadas, y los pacientes se despiertan, y a menudo no vuelven a dormirse. Las pesadillas de los adolescentes suelen ser de cierta complejidad comparadas con las de niños de menor edad, y contienen a menudo verdaderas historias de contenido personal. Son más frecuentes en adolescentes femeninas que en varones.

Terrores nocturnos

Estos episodios son poco habituales en la adolescencia. Se producen en fase NoREM; por lo que predominan en primera parte de la noche; consisten en despertares aparentes, con agitación, impresión de miedo, y respuestas vegetativas acusadas (sudoración, palidez,...). El paciente está dormido. No se le debe despertar y no recuerda el episodio.

Los EPNE ligados a sueño pueden ser estudiados mediante polisomnografía, pero su orientación básica debe ser inicialmente clínica

Sonambulismo

Se trata de otro Trastorno de sueño No REM, por lo que también ocurren usualmente en primera parte de la noche y una sola vez por noche. Su debut en la adolescencia es raro, y algunos adolescentes persisten con episodios desde edad infantil. Los episodios varían mucho en complejidad, desde episodios de soliloquio ininteligible a levantarse y andar con actividades más o menos complejas, que pueden incluir acciones potencialmente peligrosas como abrir ventanas o bajar escaleras. No suele poder despertarse a los pacientes, y no suelen guardar recuerdo.

Apnea obstructiva de sueño

Las apneas obstructivas de sueño consisten en la obstrucción parcial o completa de la vía aérea superior durante dicho periodo. Existen algunos grupos de riesgo bien definidos en la adolescencia: Obesidad, anomalías craneofaciales y patología neurológica con componente de debilidad o hipotonía (en particular patología periférica: Atrofia Muscular Espinal II-III, miopatías, etc).

Los episodios que motivan la sospecha son fundamentalmente los de ronquido episódico nocturno. La roncopatía guarda correlación con la presencia de Síndrome de Apnea-Hipopnea de Sueño (SAHS), pero existen numerosos casos de adolescentes roncadores no afectos, así como afectos no roncadores. Asociado al cuadro de ronquido nocturno suele aparecer un cortejo de síntomas como sueño intranquilo, despertares nocturnos, posturas cervicales forzadas en la cama, y síntomas diurnos como cefalea, mal rendimiento escolar, y síntomas neuropsiquiátricos en un entorno sintomático que remeda al Trastorno por Déficit de Atención-Hiperactividad (TDAH).

Narcolepsia

La narcolepsia es una compleja enfermedad relacionada con el sueño aunque sus episodios más llamativos ocurren en vigilia. Se trata de una entidad en la que síntomas de sueño REM inundan la vigilia. Ocurren por tanto ataques de cataplejía (parálisis de sueño) habitual en sueño REM, así como alucinaciones hipnagógicas, en contexto de un paciente con tendencia a somnolencia diurna. Aunque puede haber síntomas desde la infancia, la mayor parte de pacientes son diagnosticados y plenamente sintomáticos de forma reconocible al final de la infancia y en la adolescencia. Es habitual un cierto grado de sobrepeso u obesidad. Los episodios de cataplejía suelen ser los que motivan la sospecha diagnóstica. Suelen ser breves, de segundos, y muy a menudo al principio del proceso no son de toda la musculatura corporal, sino que afectan sobretudo a cara y musculatura axial cervical. El gesto de breve caída cefálica con impresión de desconexión de conciencia muy breve puede hacer sospechar epilepsias generalizadas en las que la semiología es similar. Sin embargo, los episodios de cataplejía son provocados tras estímulo emocional (risa frecuentemente), lo que distingue a unos de otros.

Síndrome de piernas inquietas

Se trata de una entidad de origen complejo con una base genética y relacionada con deficiencia de hierro. Es un trastorno neurológico crónico sensitivo-motor, caracterizado por la necesidad urgente de mover las piernas en situaciones de reposo y generalmente asociado a una sensación desagradable. Los episodios son expresión de una necesidad del paciente por mover las piernas/ brazos y resto del cuerpo. Es importante que los niños lo describan con sus propias palabras ya que el diagnóstico es clínico: hormigueo, burbujas, calambres... que les impide el inicio del sueño. Puede asociarse con el trastornos por movimientos periódicos de las piernas cuyo diagnóstico es por polisomnografía (se requieren más de 5 por hora) y si eso sucede puede acompañarse también de despertares precoces. El tratamiento con hierro oral puede mejorar algunos casos pero pueden requerir de psicofármacos diversos.

EPNE con trastorno de movimiento

Tics

Los tics son el EPNE y el trastorno de movimiento episódico más frecuente en la adolescencia. Se trata de movimientos estereotipados y repetitivos, involuntarios, aunque parcialmente controlables. Carecen de finalidad, y los pacientes los presentan en un modo en el que los vivencian como una pulsión irresistible a realizarlos. Si se le conmina al paciente a no realizarlos de forma enérgica puede controlarlos un periodo breve de tiempo (según sea la intensidad y frecuencia) pero segundos o minutos después volverá a repetirlos cuando el nivel de atención del paciente a su control inhibitorio disminuya.

Los tics presentan una historia natural frecuente en la que aparecen afectando a musculatura de la cara en forma de tics simples (guiños de ojos sobretodo) cambiando con el paso de semanas o meses a otros también faciales y axiales, a menudo más complejos. Los tics más frecuentes son: guiños de ojos, elevación de la mirada, elevación de cejas, mueca facial simétrica o asimétrica, movimiento en la boca como de besuqueo o chupeteo, movimiento cervical de negación o de afirmación, torsión o balanceo cefálico mas o menos complejos (pseudodistónico), movimientos de hombros (balanceo, acomodación,.... pero podría decirse que existe una gran variedad sobre esta base común.

Todo este repertorio de tics suelen aparecer de forma predominante en situaciones y contextos en los que el paciente no realiza una actividad compleja, ni una actividad física que requiera la coordinación de varios grupos musculares, aunque pueda estar concentrado con alguna tarea. Por ejemplo: situaciones habituales de tics son: estar en clase, ver la TV o un dispositivo móvil, jugar a videojuegos, o viajar en vehículo; y no son situaciones habituales estar practicando deporte, comer o hablar. De hecho en estas últimas situaciones, los pacientes que presentan elevada frecuencia de tics pueden realizar gestos muy característicos, como por ejemplo, en los que tras golpear a un balón, realizan varios tics, y estos se interrumpen cuando se requiere al paciente para volver a golpear al balón.

Debe recordarse que existe frecuentemente comorbilidad con tics fonatorios también de gran diversidad: carraspeo, tos espasmódica, chasquidos, emisión de vocalizaciones simples ("ahh"), o palabras completas,...la persistencia en el tiempo pero con fluctuaciones de tics fonatorios y motrices debe hacer sospechar Síndrome de Tourette⁽⁹⁾.

Los tics presentan un claro predominio masculino. Su origen no radica en traumas psicológicos, pero la ansiedad, las situaciones estresantes y el nerviosismo los empeoran. Existe clara asociación de tics con problemática conductual diversa. Es frecuente que existan síntomas (o directamente un Trastorno bien definido según criterios DSM5⁽⁹⁾) de TDAH, ansiedad, conductas restrictivas, y Trastorno Obsesivo-compulsivo. La categorización de los tics puede realizarse según criterios DSM5⁽⁹⁾ en Trastorno de tics transitorio, crónico, o Sd de Tourette, pudiendo mostrar comorbilidad con los trastornos y problemas citados.

Es importante cuando un adolescente sufre tics de forma persistente evaluar la repercusión de los mismos en su entorno. Suele ser habitual minusvalorar el efecto de los tics sobre la imagen social y la autoestima del paciente, pero es frecuente que los adolescentes con tics sean rechazados por los compañeros, y que la realización de tics sea mal interpretada en el ámbito educativo. En estas situaciones en las que parafraseando al DSM5⁽⁹⁾ en sus criterios diagnósticos de los tics, "(...) provoca un notable malestar o deterioro significativo social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo", se debe considerar tratamiento farmacológico mantenido o transitorio. El fármaco de elección es la risperidona, aunque existen diversas opciones terapéuticas.

Los tics son un EPNE muy frecuente en adolescentes, en los que se realizan movimientos repetitivos de forma no voluntaria pero sí en parte controlables

Estereotipias

Se trata de Movimientos repetitivos, rítmicos, de cierta complejidad en su ejecución, sin propósito funcional alguno, suprimibles con distracción o al empezar otra actividad. Pueden a veces ser autolesivos para el propio paciente. La frontera de las estereotipias con los tics puede resultar compleja en algunos tics abigarrados. De hecho comparten cierto trasfondo de asociación con patología de neurodesarrollo, pero las estereotipias lo hacen más con problemas más severos como Autismo y Discapacidad intelectual (DI), y se presentan desde edades más precoces pudiendo persistir en la adolescencia.

La mayor parte de estereotipias tienen semiología común en cuanto a movimientos de extremidades superiores, sobretodo aleteo, frotamiento, o acciones específicas como pellizcos, introducción de dedos en orificios corporales propios, etc. En otras, existen acciones más complicadas como saltos, balanceo, deambulación de puntillas, deambulación en círculos,... y a menudo todo ello en contexto de episodio de ensimismamiento de un adolescente afecto de Autismo o/y DI, por lo que debe reforzarse la anamnesis para no sospechar crisis epilépticas.

Discinesias

Las discinesias paroxísticas son episodios de alteración de movimiento episódicos en los que aparecen síntomas motrices extrapiramidales positivos, como balismo, corea, atetosis o distonía. Se trata de entidades infrecuentes pero que deben conocerse por su posible asociación a enfermedades de base orgánica, por lo que en estos casos debe existir evaluación por Neurología, y realización de estudios complementarios (neuroimagen, EEG, etc). Suelen distinguirse tres tipos:

- Discinesia Paroxística no cinesigénica

Los episodios se desencadenan frecuentemente por alcohol, excitantes, ... y no se desencadenan por inicio de movimiento. No existe afectación de conciencia alguna. Suelen durar entre minutos (lo más frecuente) a horas. Los episodios pueden ocurrir varias veces por día, pero usualmente están más espaciados. Puede existir una base genética con transmisión Dominante. La respuesta a fármacos es pobre, pudiendo ser útiles las benzodiazepinas.

- Discinesia Paroxística cinesigénica

Es la más frecuente de las discinesias paroxísticas. Los ataques son breves, de minutos, y se desencadenan por el inicio de un movimiento de forma súbita. Pueden estar precedidos de cierta impresión subjetiva de aura sensitiva. Existe una base genética con transmisión Dominante con mutaciones en gen PRRT2, que también puede producir Epilepsia y convulsiones en infancia temprana; se trataría del mismo trastorno, pero con una historia natural en la que aparecen síntomas muy diferentes según la edad. El cuadro se controla habitualmente con carbamacepina.

- Discinesia Paroxística inducida por ejercicio

Se trata de una discinesia inducida por ejercicio prolongado o mantenido (no por inicio de movimiento). Suele ocurrir en forma de distonía focal de una extremidad inferior, durante varios minutos. Es interesante reseñar que algunos de estos pacientes tienen como sustrato síntomas leves de Déficit en el Transportador de Glucosa (GLUT1) ligadas a mutaciones en SLC2A1, y con mala tolerancia a hipoglucemia por ejercicio, pero sin la aparición de ataxia, epilepsia y DI que aparece en formas más sintomáticas.

La orientación diagnóstica de las discinesias paroxísticas radica en los precipitantes de los episodios

Mioclonia velo paladar

Se trata de una mioclonia (“temblor”) episódica que produce un ruido apreciado por el paciente como de timbre metálico. Es más frecuente en varones. Aunque suele ser idiopático puede ser secundario a enfermedades degenerativas, ictus, etc. A veces se puede controlar al deglutir, al comer, etc. El mioclonus puede apreciarse directamente al explorar al paciente como temblor del músculo tensor del velo del paladar.

EPNE relacionados con dolor

Cefalea migrañosa

En la adolescencia dentro de los EPNE que cursan con dolor los más frecuentes e importantes son los que se relacionan con la cefalea migrañosa⁽¹⁾. La cefalea migrañosa es una patología frecuente en el adolescente, debutando en este periodo la mayor parte de pacientes que la van a sufrir en edad adulta. Es claramente más frecuente en este periodo en mujeres. Hoy en día existe consenso en usar para clasificar los diferentes tipos de migraña (y cefalea en general) la elaborada por la *International Headache Society*; la versión actualmente empleada es la *International Classification of Headache Disorders* versión de 2013 (ICDH-3 beta)⁽¹⁰⁾.

Las migrañas más frecuentes son la migraña sin aura y la migraña con aura, que pueden coexistir en el mismo individuo. Dentro de los criterios y signos clínicos claves y distintivos de la migraña respecto otros episodios con cefalea, están la aparición frecuente de síntomas vegetativos, la repercusión moderada o severa en la actividad diaria, la duración no inferior a 30 minutos (y usualmente superior a una o dos horas) y en algunas ocasiones la aparición de aura.

Existen numerosos tipos de aura; se considera aura típica a la secuencia de sensación pródromica, aura no superior a 20-30 minutos, de carácter visual que puede progresar a sensitiva y que puede hacerlo a disfásica. Suele ser difícil para el adolescente describir el aura visual, pero aunque la mayor parte de ocasiones se recoge como “visión borrosa” o “disminución de agudeza visual por uno o los dos ojos”, si se profundiza es frecuente que los adolescentes describan fosfenos, centelleos, etc, rodeados de visión de zonas grisáceas o rayadas en blanco y negro. El aura sensitiva de modo también equívoco suele registrarse como “disminución de fuerza” cuando en realidad el paciente nota parestesias o disestesias. Y si aparece disfasia o afasia a menudo se registra de forma no adecuada como disartria.

La cefalea suele aparecer después del aura si se trata de migraña con aura, o directamente si se trata de migraña sin aura. Puede ser uni o bilateral, a menudo pulsátil.

Existen diversos precipitantes para la migraña que tienen una relación directa con estilo de vida, y que por tanto son claves en el adolescente: escasez o exceso de sueño, tóxicos, alcohol, luces centelleantes, comida grasa o especiada, estrés psicofísico, etc.

Hay variantes de migraña menos frecuentes que conviene conocer. La migraña retiniana es una cefalea migrañosa precedida de la pérdida de visión de un ojo o de parte de campo visual en forma de escotoma. La migraña basilar es típicamente de aparición en adolescentes; en este caso aparecen acompañando a la cefalea síntomas de tronco cerebral, como vértigo, acúfenos, pérdida de audición, diplopia, ataxia, etc. En la migraña confusional existe amnesia, agitación y confusión, precedido de un traumatismo craneoencefálico previo. En la migraña hemipléjica los síntomas focales son los de una hemiparesia transitoria; en este caso, existen antecedentes familiares con frecuencia.

Las Migrañas tienen todas una base de síntomas vegetativos, discomfort, y afectación de estado general que acompaña a la cefalea

Los EPNE psicógenos son de elevada prevalencia en la adolescencia y cursan con síntomas somáticos acompañando a síntomas de ansiedad, angustia, despersonalización, etc.

EPNE psicógenos

Existen numerosos EPNE con base en patología psicógena primaria que tienen especial relevancia en el adolescente. Estos episodios a menudo son mal interpretados y deben ser evaluados en su contexto de problemática conductual. Muchos de estos trastornos tienen una frontera borrosa entre ellos, y es frecuente que coexistan varios en el mismo paciente o durante el mismo episodio. Todos ellos son más frecuentes en pacientes con problemática psiquiátrica, y sobretodo ambiental. Los antecedentes de abuso físico y sexual, drogadicción, fracaso escolar, problemas familiares, son comunes a muchos de los pacientes que sufren EPNE psicógenos.

Pseudocrisis

Se trata de Crisis psicógenas no epilépticas, pero que simulan crisis de naturaleza epiléptica, con síntomas motores o sensitivos; no se trata de episodios fingidos de forma consciente, o simulados, sino que su naturaleza es más compleja pudiendo ser considerado una forma de trastorno de conversión. Es frecuente que sean de difícil diferenciación por la coexistencia de patología psiquiátrica de base, pero sobretodo de epilepsia. Deben hacer sospechar pseudocrisis frente a crisis signos como larga duración, curso fluctuante y abigarrado, movimientos poco habituales, no lógicos, asincronía motora, movimientos pélvicos o cefálicos de un lado a otro, ojos cerrados contra resistencia, gritos o llantos, que guarden recuerdo habiendo tenido sin embargo impresión de pérdida de conciencia, escasa o nula depresión post crisis, y que no se golpeen.

Aunque existen casos de diagnóstico obvio para un observador experimentado, es especialmente útil el registro EEG del propio episodio. En estos casos, se comprueba la naturaleza no ictal, pudiendo diagnosticarse de forma rotunda el cuadro.

Episodios disociativos

Los episodios disociativos son experiencias de irrealidad. Suele denominarse Despersonalización cuando el sujeto se siente fuera del cuerpo o ausente de uno mismo, y desrealización cuando se vivencian experiencias de irrealidad en relación a personas y entornos no reales, descritos frecuentemente como la vivencia "de un sueño despierto". Estas experiencias producen disconfort, y están favorecidos por patología psiquiátrica. Aparecen más menudo cuando existe componente de ansiedad marcada.

Episodios de Pánico

Son episodios bruscos y súbitos de miedo intenso, acompañados de síntomas vegetativos y somáticos de malestar (sudoración, palidez, náuseas, escalofríos, etc) y en los que el paciente tiene la impresión de pérdida de control. Es frecuente que se acompañen de síntomas de despersonalización, previamente revisados. Suelen durar varios minutos, o incluso horas. Es frecuente que ocurran en mujeres adolescentes, que tengan antecedentes de problemática psiquiátrica o social. Se refiere que entre un 2-18 % de adolescentes han tenido al menos un ataque de pánico⁽¹⁾. Según culturas, pueden aparecer quejas somáticas diversas: cefalea, llanto, ahogo, agitación, en países occidentales es posiblemente más frecuente que se acompañen de disnea/dolor torácico (semiología "cardíaca"). Aunque a menudo es frecuente que sean producidos por estímulos ambientales esperados (malas noticias, etc) no siempre es así.

Episodios de Hiperventilación

Se trata de episodios de respiración más rápida, irregular y amplia⁽¹¹⁾. Suelen acompañarse de parestesias, mareo, cefalea, dolor torácico, palpitaciones y a veces alteración del nivel de conciencia, ligados a la bajada de pCO₂. La frontera entre las crisis de ansiedad y estos episodios es borrosa. Son más frecuentes en mujeres y habitualmente son reactivas a eventos estresantes o amenazantes. El respirar dentro de una bolsa alivia en parte los síntomas somáticos ligados a la alcalosis respiratoria.

Bibliografía

1. *Trastornos paroxísticos no epilépticos en la infancia*. Editor: Campistol J. Barcelona. Viguera editores. 2014.
2. Aaberg KM, Gunnes N, Bakken IJ, Lund Særaas C, Berntsen A, Magnus P, Lossius MI, Stoltenberg C, et al. Incidence and Prevalence of Childhood Epilepsy: A Nationwide Cohort Study. *Pediatrics*. 2017. 139 (5). pii: e20163908. doi: 10.1542/peds.2016-3908.
3. Campistol J. Trastornos paroxísticos no epilépticos en la infancia. *Pediatr Integral* 2015; 9: 622-631.
4. Vendrame M, Kothare SV. Epileptic and nonepileptic paroxysmal events out of sleep in children. *J Clin Neurophysiol*. 2011; 28:111-9. doi: 10.1097/WNP.0b013e3182120fdc.
5. Kotagal P, Costa M, Wyllie E, Wolgamuth B. Paroxysmal nonepileptic events in children and adolescents. *Pediatrics* 2002; 110: e46. 7.
6. Uldall P, Alving J, Hansen LK, Kibaek M, Buchholt J. The misdiagnosis of epilepsy in children admitted to a tertiary epilepsy centre with paroxysmal events. *Arch Dis Child* 2006; 91: 219-21.
7. Dash D, Sharma A, Yuvraj K, Renjith A, Mehta S, Vasantha PM, et al. Can home video facilitate diagnosis of epilepsy type in a developing country? *Epilepsy Res*. 2016 125:19-23. doi: 10.1016/j.eplepsyres.2016.04.004.
8. Duncan R, Oto M, Russell AJC, Conway P. Pseudosleep events in patients with psychogenic non-epileptic seizures: prevalence and associations. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2004; 75: 1009-1012.
9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*, 5 ed. Arlington VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
10. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) *The International Classification of Headache Disorders*, 3rd edition (beta version), *Cephalalgia* 33(9) 629-808.
11. Garcia P. Trastornos paroxísticos no epilépticos: crisis de hiperventilación psicogena. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2013; 15: 63-65.

Bibliografía recomendada

- *Trastornos paroxísticos no epilépticos en la infancia*. Editor: Campistol J. Barcelona. Viguera editores. 2014.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*, 5 ed. Arlington VA: American Psychiatric Publishing; 2013.

PREGUNTAS TIPO TEST

- 1. ¿Qué herramienta de las siguientes le parece hoy en día más útil en el diagnóstico de los Episodios Paroxísticos no Epilépticos?**
 - a) Resonancia magnética cerebral.
 - b) Electroencefalografía.
 - c) Teléfono móvil.
 - d) Paneles de secuenciación masiva.
 - e) Hemograma.
- 2. Un varón de 14 años presenta hipersomnias diurnas; se queda dormido con facilidad en clase, y en casa. Muestra también obesidad. ¿Cuál de los siguientes síntomas le parece más orientativo del cuadro?**
 - a) Conducta desafiante en ámbito familiar.
 - b) Tiene unos niveles de colesterol y ferritina normales.
 - c) Presenta cefalea vespertina de forma ocasional.
 - d) Ronca de forma claramente audible por la noche.
 - e) Tiene un rendimiento académico aceptable.
- 3. Un adolescente varón de 13 años diagnosticado de síndrome de Tourette ha sido expulsado de un examen por emitir pequeños sonidos de forma repetida; tras haber sido regañado, el chico dejaba de emitir los sonidos pero varios minutos después emitía los mismos sonidos. Usted cree que este comportamiento es probablemente:**
 - a) Un signo de indisciplina.
 - b) Tics fonatorios con control parcial por el paciente.
 - c) Es signo de otro trastorno diferente del síndrome de Tourette.
 - d) Es orientativo de mioclonia de velo de paladar.
 - e) Crisis de hiperventilación.
- 4. Una mujer de 12 años afecta de Discapacidad Intelectual por una cromosomopatía (Síndrome de Potocki-Lupski) presenta periodos de 4-5 minutos en los que se muestra aparentemente desconectada de ambiente, no reaccionando a su nombre, y mirando al vacío, sin movimientos añadidos, ni pérdida de tono. Recibe una nota de su profesora del aula de Educación Especial en la que indica que tiene "crisis de ausencia". ¿Qué actitud entre las siguientes es más adecuada?**
 - a) Solicitar EEG.
 - b) Pedir interconsulta a Neuropediatría.
 - c) Intentar que hiperventile en consulta para provocar posible Ausencia.
 - d) Indicar a la profesora que toque y zarandee a la paciente para comprobar reactividad.
 - e) Iniciar tratamiento con etosuximida oral a prueba.
- 5. Una mujer de 14 años presenta episodios en los que muestra hiperventilación, aparente angustia, con palidez, sudoración fría, temblor, ...Estos episodios se presentan de forma errática la mayoría de semanas, pero no todos los días. ¿Qué antecedente de los siguientes le parece de mayor relevancia en su historia clínica?**
 - a) Antecedente de Epilepsia tipo Ausencias Típicas sin tratamiento desde hace 3 años.
 - b) Antecedente de adopción a los 8 años tras paso por centro de acogida.
 - c) Cefalea episódica migrañosa sin aura ocasional.
 - d) Antecedente de intoxicación etílica en una única ocasión hace tres meses.
 - e) Rendimiento escolar aceptable.

Respuestas en la página 82.e2