

# Notas Clínicas

## Pseudocrisis en un adolescente. Aportación de un caso

Gálvez Aguilar MI., Espino Aguilar R., Aguilera Llovet MA, Miranda Díaz M., Camacho Magriñán B., Alonso Romero L.  
UGC Pediatría y Neonatología. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Valme (Sevilla).

Dir. Corresp.: Gálvez Aguilar MI.: doctora\_galvez@hotmail.com

**Resumen:** Los trastornos paroxísticos no epilépticos (**TPNE**) son manifestaciones clínicas de aparición brusca, breve duración y originadas por una disfunción cerebral de origen diverso y se caracterizan por no ser epilépticos.

Presentamos un caso de un niño de 12 años con crisis psicógenas, en su modalidad de pseudocrisis, diagnosticado mediante video-EEG con sugestión. Se expone un resumen de la historia clínica y el diagnóstico, así como una revisión sobre el origen de esta patología.

**Palabras clave:** Trastornos paroxísticos no epilépticos, crisis psicógenas, video-EEG.

**Abstract:** Nonepileptic paroxysmal disorders (**PNEs**) are clinical manifestations of rapid onset, short duration and cerebral dysfunction caused by different origins and are characterized by not being epileptic.

We report a case of a 12-year psychogenic crisis in their mode of pseudoseizures diagnosed using video-EEG with suggestion. We present a summary of the clinical history and diagnosis, and a review of the origin of this disease.

**Key words:** Nonepileptic paroxysmal disorders, psychogenic seizures, video-EEG.

Recibido: 5-2-2011 Aceptado: 4-3-2011

Vox Paediatrica 2011; XVIII(1):86-88

### Introducción

Los Trastornos Paroxísticos no Epilépticos (TPNE) (**CUADRO 1**)<sup>1</sup> son manifestaciones clínicas de aparición generalmente brusca, breve duración y originadas por una disfunción cerebral de origen diverso que tienen en común el carácter de no ser epilépticos<sup>(2)</sup>.

Se observan hasta en el 10% de los niños, mientras que la incidencia global de las crisis epilépticas es del 1%<sup>(1,2)</sup>.

### Caso Clínico

Varón de 12 años que ingresó por presentar un episodio de aparente pérdida de conciencia y desconexión del medio precedido de dolor intenso de cabeza y visión borrosa de segundos de duración sin período postcrítico posterior.

Entre sus antecedentes personales destacaba cefalea recidivante en tratamiento con Flunaricina, crisis de ansiedad hacía unos 2 meses y varios ingresos en otro hospital por episodios de debilidad en MMII e impotencia funcional sin que se llegara a un diagnóstico.

**CUADRO 1.**  
**Clasificación de los Trastornos Paroxísticos no Epilépticos.**

<p><b>CRISIS ANÓXICAS.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>– Síncopes.</li><li>– Espasmos del sollozo.</li></ul> <p><b>TPNE DE CAUSA SISTÉMICA.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>– Patología cardíaca.</li><li>– Patología respiratoria.</li><li>– Patología digestiva.</li><li>– Alteraciones metabólicas.</li><li>– Fármacos y drogas.</li></ul> <p><b>CRISIS PSICÓGENAS.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>– Rabieta.</li><li>– Ataques de pánico y ansiedad.</li><li>– Crisis de hiperventilación.</li><li>– Pseudocrisis.</li><li>– Conductas autoestimuladoras.</li><li>– S. de Münchhausen por poderes.</li></ul> <p><b>TRASTORNOS PAROXÍSTICOS DEL SUEÑO.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>– Narcolepsia.</li><li>– S. de apnea obstructiva del sueño.</li><li>– Sonambulismo.</li><li>– Terrores nocturnos.</li><li>– Pesadillas.</li><li>– Mioclonus nocturno.</li><li>– Ritmias motoras.</li><li>– Bruxismo.</li><li>– Mioclonías neonatales hípnicas benignas.</li></ul>	<p><b>TPNE MOTORES.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>– Mioclonías benignas del lactante.</li><li>– Tortícolis paroxístico benigno del lactante.</li><li>– Desviación ocular benigna paroxística del lactante.</li><li>– S. de Sandifer.</li><li>– Spasmus nutans.</li><li>– Tics.</li><li>– Estremecimiento.</li><li>– Hiperekplexia.</li><li>– Discinesias iatrogénicas.</li><li>– Tremulaciones del recién nacido.</li><li>– Estereotipias y ritmias motoras.</li><li>– Mioclonías del velo del paladar.</li><li>– Pérdidas del tono cefálico.</li></ul> <p><b>MISCELÁNEA.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>– Vértigo paroxístico benigno.</li><li>– Migraña.</li><li>– Síndrome periódico.</li><li>– Ensoñaciones.</li><li>– Pérdidas de tono cefálico.</li><li>– Mioclonías del velo del paladar.</li></ul>
--	---

En sus antecedentes familiares destacaba un tío paterno con cefalea crónica y no existían antecedentes de crisis febriles ni epilepsia.

La exploración física y las pruebas complementarias realizadas fueron normales (hemograma, bioquímica, EAB y tóxicos en orina, ECG, TA y BMtest, Rx de tórax y abdomen, TAC craneal, RMN cerebral, EEG y Ecocardiografía).

Durante el ingreso se repitieron en varias ocasiones estos episodios, siempre precedidos de dolor torácico y sensación disneica, presentando distintos tipos de crisis, algunas con desconexión del medio e hipotonía, otras con movimientos tónicos de miembros superiores, y con la característica de que siempre sucedían por las tardes, en horario de visita estando la familia presente, cerca de la cama... Por ello, ante la sospecha de un cuadro conversivo, se solicitó un video-EEG con sugestión. En éste se puso de manifiesto fácilmente me-

dante la sugestión la aparición de estas crisis mientras el trazado del EEG fue en todo momento de características normales, sin presentar modificaciones. El niño fue dado de alta con el diagnóstico de crisis psicógenas como manifestación de un trastorno paroxístico no epiléptico, y derivado a la Unidad de Salud Mental Infantil donde sigue tratamiento con psicoterapia.

## DISCUSIÓN

La mayoría de los TPNE son benignos, tienen una edad típica de presentación, no precisan tratamiento y sólo requieren para su diagnóstico una historia clínica detallada y saber reconocerlos. Es importante su identificación porque generan una gran alarma en el entorno del niño y su desconocimiento o no sospecha inicial puede llevar a la realización de pruebas complementarias innecesarias, como ha sido nuestro caso, o a instaurar un tratamiento crónico (sobre todo con fármacos anti-epilépticos) injustificado <sup>(1)</sup>.

El diagnóstico se basa fundamentalmente en la anamnesis. Es importante insistir en la descripción minuciosa del episodio, valorar la edad de inicio, circunstancias en las que aparece, posibles factores desencadenantes, duración y frecuencia o recurrencia, existencia o no de movimientos anómalos acompañantes, pérdida de conciencia o confusión tras el evento, presencia de cianosis, palidez cutánea o cortejo vegetativo, asociación a cefalea o signos de focalidad neurológica, conocer las enfermedades sistémicas intercurrentes y si el niño toma medicación o ha podido ingerir alguna sustancia tóxica. De los diversos tipos de crisis psicógenas destacan las pseudocrisis, que en ocasiones plantean dificultades para su diferenciación con las crisis epilépticas. En el caso de nuestro paciente, como en otros muchos casos de crisis psicógenas, presentaba cierta variabilidad en la expresión clínica, de uno a otro tipo de crisis, hallazgo muy infrecuente en la mayoría de las epilepsias.

Las crisis psicógenas se presentan preferentemente en la adolescencia y es más frecuente, con una proporción 3-4/1, en mujeres. Esta menor frecuencia en varones es lo que nos ha animado a presentar este caso.

Habitualmente no se requieren exploraciones complementarias, pero en determinadas situaciones son necesarias para confirmar el diagnóstico o descartar comorbilidad. Entre las PC más frecuentes encontramos el EEG para el diagnóstico diferencial con las crisis epilépticas, el estudio cardiológico, test de la mesa basculante, estudio de RGE, análisis para trastornos hidroelectrolíticos, hormonales..., determinación de niveles de fármacos o tóxicos, neuroimagen cerebral, evaluación psiquiátrica...<sup>(1)</sup>.

Es muy importante establecer un diagnóstico diferencial con las crisis epilépticas, pues es interesante destacar que del 10 al 25% de los niños remitidos a centros especializados en epilepsia para control de la crisis no son epilépticos<sup>(1,3)</sup>.

Hay varios trabajos en la literatura médica que han investigado la tasa de **TPNE** incorrectamente diagnosticados y tratados como enfermos epilépticos; Jeavons<sup>(4)</sup> señala que entre el 20-25% de los pacientes que le son remitidos como enfermos epilépticos no lo son, Robinson<sup>(5)</sup> aporta datos de un 36% de pacientes derivados para estudio por epilepsia que no padecen tal enfermedad, Desai y Talma<sup>(6)</sup> comunican que el 22% de los niños con sospecha de epilepsia presentan crisis no epilépticas demostradas mediante video-EEG; así mismo Metrick et al.<sup>(7)</sup> observaron que el 12% de los pacientes referidos a un centro de epilepsia por crisis epilépticas rebeldes al tratamiento, presentaban crisis no epilépticas comprobadas con monitorización video-EEG.

La Academia Americana de Neurología recomienda la realización de un video-EEG en los siguientes casos: clasificación y caracterización del tipo de crisis previo a

un tratamiento quirúrgico en caso de epilepsias refractarias al tratamiento con fármacos; en caso de precisar la cuantificación de crisis y descargas epileptiformes que presenta un paciente; y cuando sea necesario un diagnóstico diferencial de las pseudocrisis con las crisis epilépticas<sup>(8)</sup>, en esta última situación se realiza el video-EEG acompañado de sugestión debido a la exagerada capacidad sugestiva que presentan los pacientes con crisis psicógenas, alcanzándose una eficacia diagnóstica del 80%. En nuestro caso sospechamos psicogenicidad al observar la variabilidad de crisis, el hecho de aparecer siempre en presencia de familiares (como intentando reclamar la atención de éstos), y el que todas las pruebas complementarias fueron normales, fundamentalmente la expresión gráfica de normalidad en el video-EEG durante las crisis clínicas, además de las realizadas durante el ingreso previo en otro hospital.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Camacho A, Simón R, Villarejo A, García R. Trastornos paroxísticos no epilépticos. Manual de neurología infantil. Ed 1ª. Madrid, Editorial Publimed; 2008; 47: 458-67.
2. Mulas F, Morant A, Hernández S. Episodios paroxísticos no epilépticos. Protocolos de la Asociación Española de Pediatría. Ed 2ª. 2008; 9: 66-70.
3. Ruiz-Falcó Rojas ML. Trastornos paroxísticos no epilépticos. *Pediatr Integral* 2003; VII (9): 663-70.
4. Jeavons PM. Non epileptic attacks in childhood. En: Rose FC, Ed. *Research progress in epilepsy*. London: Pitman, 1983; 224-30.
5. Robinson R. When to start and stop anticonvulsants. En: Meadow R, Ed. *Recent Advances in Paediatrics*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1984; 155-74.
6. Desai D. Non epileptic events in normal and neurologically handicapped children: a video-EEG study. *Pediatr Neurol* 1992; 8: 127-29.
7. Metrick ME, Ritter FJ, Gates JR, Jacobs MP, Sicare SS, Loewenson RB. Non epileptic events in childhood. *Epilepsia* 1991; 32: 322-28.
8. Giménez-Roldán. Crisis psicógenas no epilépticas. Histeria, una perspectiva neurológica. Barcelona, Editorial Elsevier; 2006; 8: 86-113.