



NO ES EPILEPSIA TODO LO QUE PARECE

M. Martínez González¹, E. Notario García², L. De las Heras Gómez¹.

1) Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. 2) HLA Nuestra Señora del Rosario Albacete

INTRODUCCIÓN

Los trastornos paroxísticos son motivo de consulta frecuente en pediatría. Realizar un diagnóstico correcto es importante ya que condicionará el adecuado manejo del paciente. El primer paso es establecer si el episodio paroxístico es una crisis epiléptica o un trastorno paroxístico no epiléptico (TPNE), procesos fisiológicos o psicológicos que imitan crisis epilépticas. El reconocimiento de estos es complicado por la diversidad de manifestaciones clínicas, dificultad de realizar la anamnesis adecuada en situaciones de gran preocupación, y por la confusión que generan las pruebas complementarias.

CASO CLÍNICO 1

Motivo de ingreso

- Niña de 8 años remitida tras presentar una crisis convulsiva
- Al despertarse la madre la encuentra hiporreactiva, sin llegar a perder el conocimiento pero sin poder articular el habla, con rigidez de mandíbula/manos, y movimientos bruscos del cuerpo “como temblor fuerte”.
- Duración aproximada del episodio un minuto con aturdimiento posterior. Ingresa para estudio.

Pruebas

- EEG: actividad epiléptica focal centro -temporal.
- RM craneal: normal
- Interconsulta psicología: la niña lleva mal la separación de los padres.

Evolución

- A las dos semanas nuevo episodio similar, que coincide en contexto (viernes antes del colegio del fin de semana que pasa con su padre) se decide incidir en posibles desencadenantes psicológicos con actitud farmacológica expectante. Se repitió el EEG con resultado normal.
- Seguimiento por psicología. La niña confesó abuso sexual por su padre. Se pudo relacionar temporalmente marcada ansiedad los días previos a tener que irse con él y los episodios de pseudocrisis coincidieron con mañanas que tenía que recogerla.

CASO CLÍNICO 2

Motivo ingreso

- Adolescente de 15 años que acude para segunda opinión por episodios recurrentes de cefalea con alteración de conciencia. En la valoración previa diagnóstico inicial era migraña compleja vs crisis parciales (hallazgo de alteraciones epilépticas focales en EEG), tratamiento antiepiléptico: levetiracetam 1000mg/12h.

Anamnesis

- La familia refiere repetición de episodios estereotipados durante cuatro meses, ocurren el colegio, alguno con duración de hasta 25-30 minutos. En los episodios la paciente permanece con ojos cerrados, sin movimientos anormales ni alteración del tono, mantiene respiración y pulso. Los primeros episodios generaron mucho estrés en familiares y personal sanitario conllevando actuaciones terapéuticas agresivas y multitud de pruebas.

Evolución

- Con el tiempo dada la semiología de las crisis (“como si estuviera en un sueño profundo”), ocurridas únicamente en ambiente escolar y con cambios en su actitud asociados (irascible, preocupada) se sospecha de asociación con ansiedad/estrés y es remitida a psicología. Desde el inicio de la terapia se observa mejoría, sin episodios y mejor actitud. Se reafirma la sospecha de causa psicológica y con tiempo la paciente contó acoso escolar por una amiga/compañera del colegio, se estableció relación temporal entre el bullying y las pseudocrisis.

CONCLUSIONES

La incidencia de los TPNE en la infancia es mucho más elevada que la de epilepsia (10:1). Diferenciarlos no es sencillo y es fácil incurrir en errores, pues ambas entidades constituyen un grupo heterogéneo de situaciones polimorfas desde el punto de vista semiológico. Además la prueba complementaria principal, el EEG resulta de utilidad limitada: por su interpretación compleja y por el porcentaje de población sana que muestra anomalías electroencefalográficas (hasta un 4% de niños no epilépticos). El diagnóstico diferencial de los TPNE es amplio. En adolescente es fundamental profundizar en la historia clínica y detalle de episodios (vídeo si es posible) para diferenciar crisis psicogénicas/pseudoepilépticas de verdaderas crisis epilépticas. La identificación precoz facilitará sustancialmente el manejo y pronóstico.

Bibliografía

Campistol J. Trastornos paroxísticos no epilépticos en la infancia. *Pediatr Integral* 2020; XXIV (7): 383–392

Martínez Bermejo A. Trastornos paroxísticos no epilépticos en los primeros años. En: Campistol J, *Neurología para Pediatras*. Madrid. Ed. Médica Panamericana; 2011. p. 191-202.

