

Revista Mexicana de Pediatría

Volumen 68
Volume

Número 6
Number

Noviembre-Diciembre 2001
November-December

Artículo:

Pseudocrisis epilépticas en niños y adolescentes

Derechos reservados, Copyright © 2001:
Sociedad Mexicana de Pediatría, A. C.

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



www.medicigraphic.com

Pseudocrisis epilépticas en niños y adolescentes

(Epileptic pseudoseizures in children and adolescents)

Juan Pedro Espinosa Zacarías,* Juvenal Gutiérrez Moctezuma**

RESUMEN

Las pseudocrisis se definen como eventos clínicos psicogénicamente determinados que simulan ataques epilépticos pero que no se asocian a disfunción del sistema nervioso central. Pueden surgir en el contexto de un trastorno conversivo donde los episodios representan expresiones de emociones negativas o conflictos. La incidencia de crisis no epilépticas en la población es de 3.4 por 100,000 de 15 a 24 años de edad. La observación clínica se apoya en estudios complementarios como el video-electroencefalograma, la determinación de niveles séricos de prolactina y estudios neuropsicológicos. Se debe identificar la alteración emocional que esté condicionando la pseudocrisis y eliminarla de la mejor manera posible, suspender el tratamiento con antiepilépticos. En muchos casos las técnicas de relajación muscular, la hipnosis y regresión ayudan a tratar padecimientos moderados o severos.

Palabras clave: Pseudocrisis epiléptica, video-electroencefalograma, prolactina en pseudocrisis epiléptica, trastornos paroxísticos no epilépticos.

SUMMARY

Pseudoseizures are clinically defined as clinical events psychogenically determined; it is a simulated epileptic attack but is not associated to a central nervous system dysfunction. It can appear in the context of a conversive disorder episode as an expression of personal conflicts or of negative emotions. The incidence of non epileptic seizure is near to 3.4 per 100,000 in the ages of 15 to 24 years old. Clinical observations leans on, complementary studies such as the video electroencephalogram, determination of prolactin blood levels and neuropsychologic studies.

The emotional disorder cause should be searched and if possible eliminated. In patients with antiepileptic drugs it should be discontinued. Some patients with moderate to severe disorder are helped with muscular relaxation techniques, hypnosis or regression.

Key words: Epileptic pseudoseizures, video-electroencephalogram, prolactin in pseudoseizures, non epileptic paroxysmal disorder.

Con relativa frecuencia el médico tanto de contacto primario como el especialista atienden a niños y/o adolescentes que presentan episodios de movimientos anormales que son catalogados como fenómenos epilépticos y otros despiertan sospecha de no ser auténticas; es importante por lo anterior definir si se trata o no de un fenómeno epiléptico por el hecho de iniciar un tratamiento requerido o suspender uno inadecuado. Por lo anterior consideramos de interés el revisar el tema de pseudocrisis epilépticas.

Éstas se definen como eventos clínicos psicogénicamente determinados que simulan ataques epilépticos pero que no son causados por disfunción del sistema

nervioso central.¹ En los adultos, representan del 20 al 30% de falta de respuesta a tratamiento de las crisis con drogas antiepilépticas. En los niños, la frecuencia es similar que en los adultos con pico máximo de presentación en la etapa de la adolescencia.¹ Metrick y col. reportaron que de 222 pacientes estudiados 12% correspondieron a trastornos paroxísticos no epilépticos.² Las pseudocrisis y las crisis epilépticas pueden presentarse de manera concomitante en un mismo paciente.

PATOGÉNESIS Y MECANISMOS PSICOLÓGICOS

Pueden surgir en el contexto de un trastorno conversivo donde los episodios representan expresiones de emociones negativas o conflictos. De manera indirecta expresan conflictos y simbólicamente reducen la ansiedad de algo que está en ocasiones fuera de la conciencia. En niños con epilepsia, la depresión y la dependencia hacia los padres o familiares puede predisponer al desarrollo de pseudocrisis.

* Médico Adscrito.

** Jefe de Servicio.

Muchas veces en su intento de llamar la atención imitan o copian situaciones de crisis o bien en el caso de hermanos con epilepsia el hecho de que los padres atiendan más al hermano con epilepsia hacen que imiten sus crisis de manera exagerada, para evadir responsabilidades en la escuela o en el trabajo en el caso de adolescentes o adultos jóvenes o simplemente escaparse de situaciones sociales intolerables.

El antecedente de abuso sexual ha sido igualmente reportado en 32 a 67% de los adultos con pseudocrisis, en niños, sin embargo el índice de abuso sexual se estima que es más bajo comparado con el de los adultos.

Las pseudocrisis son trastornos psicológicos que se confunden con epilepsia. Las causas específicas varían dependiendo especialmente de la edad, en los adultos algunos eventos son psicológicamente exagerados o también se asocian a eventos de ansiedad o depresión, de tal forma que son mixtos. Debe considerarse que un paciente con epilepsia también puede tener crisis psicógenas por lo que se debe también hacer el diagnóstico diferencial entre las crisis epilépticas auténticas y las pseudocrisis ya que de esto dependerá el éxito en el tratamiento al reducir el número de las crisis verdaderas. Se evitará así aumentar otro medicamento antiepiléptico por pensar que las crisis no han mejorado o que hayan aumentado cuando en realidad son pseudocrisis.³

Otra causa de pseudocrisis es el fingirse enfermo, es más común en ciertos grupos como gente en prisión o en pacientes con lesiones traumáticas.⁴

EPIDEMIOLOGÍA

Las pseudocrisis suelen presentarse en el grupo de niños mayores y adolescentes. Es más raro que los niños pequeños y lactantes hagan pseudocrisis o tengan otro evento psicológico no epiléptico. Se ha estimado una incidencia de crisis no epilépticas en la población de 1.4 por 100,000 y de 3.4 por 100,000 en el grupo de edad de 15 a 24 años.

FACTORES DESENCADENANTES

Muchos factores pueden influir en la aparición de crisis psicógenas. Como ya se mencionó, el abuso sexual es uno de los factores importantes, así como el abuso físico. El traumatismo craneal ha sido recientemente reconocido como un factor que provoca crisis no epilépticas. Por ejemplo, estudios recientes reportaron que del 20 al 30% de las crisis psicógenas son atribuidas a traumatismo craneal.⁴

DIAGNÓSTICO DE PSEUDOCRISIS

Por mucho tiempo la observación clínica ha sido la base para distinguir entre una crisis epiléptica y una pseudocri-

sis. En años recientes, la observación clínica se apoya en estudios complementarios como es el uso del video-electroencefalograma (video-EEG), la determinación de niveles séricos de prolactina y estudios neuropsicológicos. Las crisis epilépticas auténticas están presentes en un 10 a 40% de los pacientes identificados con crisis no epilépticas y esto se explica en base a que algunos pacientes con epilepsia pueden aprender que las crisis son una manera de llamar la atención, pero además tener problemas neurológicos concomitantes, por ejemplo movimientos involuntarios, alteraciones de la personalidad, deficiencias cognitivas y otros mecanismos que predispongan síntomas psicogénicos. Muchos niños son manejados en los servicios de urgencias como verdaderas crisis, llegando a indicar hasta coma barbitúrico de manera innecesaria.⁵

Observaciones clínicas

No hay signos clínicos patognomónicos que distingan entre una crisis epiléptica y una crisis no epiléptica o pseudocrisis. Las crisis no epilépticas son muy variadas pero algunas observaciones clínicas se utilizan para hacer el diagnóstico diferencial:⁶

- a) Edad de inicio. En las crisis epilépticas es en cualquier edad, a diferencia de las pseudocrisis que se observan de manera común de los 15 a los 35 años de edad.
- b) Sexo. Las pseudocrisis predominan en las mujeres en relación de 3:1 con respecto a los varones y en las crisis epilépticas se afecta por igual.
- c) Antecedente de historia psicológica o psiquiátrica previa. Es positiva en caso de pseudocrisis, al interrogar intencionalmente se sabrá que ha habido otros eventos similares previos.
- d) Afectación motora. En las crisis generalizadas los movimientos son bilaterales y usualmente sincrónicos, en cambio en los pacientes con pseudocrisis los movimientos son asincrónicos, mueven la cabeza de lado a lado, mueven la cadera y en ocasiones durante el evento de pseudocrisis tienden a hacer actividades comunes como rascarse la cara o la cabeza, o bien toman fuerte de la mano o del brazo a la persona que se encuentra cerca.
- e) Llanto. Los pacientes con crisis epilépticas tienden a vocalizar o llorar al inicio y los pacientes con pseudocrisis lloran, gritan, patalean, dan alaridos o quejidos.
- f) Incontinencia de esfínteres. La incontinencia de esfínteres es relativamente común en muchas crisis epilépticas, en cambio, en las pseudocrisis no existe, pero puede presentarse si el esfuerzo es mayor o la simulación del evento es importante.
- g) Duración del evento. Algunos autores han tomado la duración del evento como una manera de diferenciar

las crisis, pero este factor es variable ya que depende del tipo de epilepsia, aunque se refiere que las pseudocrisis tienden a ser más prolongadas.

- h) Lesiones por crisis. En las crisis verdaderas se reportan las mordeduras de lengua, lo que no ocurre en las pseudocrisis, así como lesiones por caídas, situación que no ocurre en las pseudocrisis en las cuales los pacientes ven el lugar donde van a caer, tienden a asirse de algo o de alguien y tratan al máximo de no golpearse.
- i) Amnesia. Es común en las crisis epilépticas; en las crisis generalizadas los pacientes están inconscientes pero en las pseudocrisis la conciencia se preserva y los pacientes pueden utilizar frases en eventos posteriores de "me va a dar otra vez la convulsión".

Video-electroencefalograma

Este estudio es de gran utilidad para el diagnóstico ya que permite obtener una información objetiva de la actividad eléctrica cerebral durante el evento. Consiste en registrar mediante un equipo de electroencefalograma al mismo tiempo que se graba en un video los movimientos o actividad motora o de conducta que presenta el paciente durante el estudio.

Indudablemente, pacientes con crisis epilépticas generalizadas muestran cambios significativos anormales durante el registro ictal del electroencefalograma. Así mismo, en pacientes con crisis parciales se pueden observar anomalías ictales como la presencia de un foco en el EEG en la mayoría de los pacientes. En las pseudocrisis el registro es normal.

Determinación de prolactina

Para establecer el diagnóstico diferencial entre crisis epilépticas y pseudocrisis se realiza la determinación de prolactina sérica, algunos autores sugieren que durante un evento de crisis generalizada la prolactina se incrementa en su concentración sérica y que en la pseudocrisis los valores séricos permanecen normales o sin modificación. Existen otras situaciones en las cuales existe un incremento como en el estrés, hipoglucemia, por la ingestión de algunos medicamentos como metildopa, clorpromazina, así como el ejercicio, pero también las crisis epilépticas tienden a incrementarla de 5 a 10 veces en el estado ictal por lo que sería una prueba diagnóstica que orientaría hacia las pseudocrisis aunque no confirma el diagnóstico.^{7,8}

SPECT cerebral

Spanaki y cols. realizaron un estudio en pacientes con pseudocrisis utilizando este estudio para hacer el diagnóstico diferencial con pacientes epilépticos y se obser-

vó que durante un evento ictal el flujo sanguíneo cerebral tiende a aumentar en la zona epileptógena, hay datos de hiperperfusión cerebral, en cambio en los pacientes con pseudocrisis el flujo cerebral no cambia, por lo que de manera indirecta es un parámetro que nos apoyaría el diagnóstico. Sin embargo, el video-electroencefalograma sigue siendo el de mayor utilidad para el diagnóstico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se debe considerar que existen condiciones que simulan crisis epilépticas las cuales se han denominado trastornos paroxísticos no epilépticos. De éstas, algunas pueden confundirse con crisis parciales complejas e incluyen los terrores nocturnos, sonambulismo, la migraña y ataques de hiperventilación. Los trastornos que se pueden confundir con crisis tónicas son las distonías o coreoatetosis, la tortícolis paroxística, síndrome de Sandifer en niños con reflujo gastroesofágico y el vértigo paroxístico benigno. Las que simulan una crisis atónica incluyen el espasmo del sollozo (incluyendo el tipo pálido), el síncope cardiogénico cataplexia y las parálisis periódicas. Las que pueden confundirse con ausencias son acciones como soñar despierto y finalmente las que pueden simular crisis mioclónicas incluyen a los tics y las mioclonías nocturnas benignas.¹

TRASTORNOS PSICOLÓGICOS Y PSIQUIÁTRICOS EN LAS PSEUDOCRISIS

Como ya ha sido mencionado, muchos de los pacientes con pseudocrisis, sobre todo adolescentes y adultos jóvenes, tienen historia previa de haber cursado con algún evento de tipo psicológico o psiquiátrico.^{9,10} En un estudio realizado por Wyllie y colaboradores, se identificaron los trastornos psiquiátricos asociados a la presencia de pseudocrisis en 53 pacientes y los hallazgos fueron 11 pacientes (32%) con depresión, 8 pacientes (24%) con ansiedad, rechazo a la escuela y alteraciones psicológicas moderadas, 2 pacientes (6%) con psicosis y alteraciones esquizofreniformes, 4 pacientes (12%) con alteraciones de la personalidad, 11 pacientes (32%) con historia de abuso sexual, factor muy importante mencionado en varias publicaciones que determina la conducta del niño en su vida de adulto manifestándose no sólo como pseudocrisis sino también con trastornos psicológicos y psiquiátricos que repercuten en su desarrollo familiar y social, 15 pacientes (44%) con alteraciones familiares severas, (discusiones de los padres, divorcio, muerte de algún familiar cercano) y en 2 pacientes (6%) se encontró abuso físico como factor psicológico desencadenante.¹¹

TRATAMIENTO

Después de que el neurólogo ha establecido el diagnóstico de pseudocrisis, las metas a lograr son:

1. Que el paciente entienda y acepte la naturaleza psicológica de la crisis sintomática.
2. Dar atención psiquiátrica para reducir el desorden mental e iniciar un tratamiento de salud mental.
3. Hacer que el paciente acepte su problema psiquiátrico.

Hay que identificar la alteración emocional que esté condicionando la pseudocrisis y eliminarla de la mejor manera posible, al retirar la causa mejora el padecimiento.⁶ Estableciendo el diagnóstico de pseudocrisis obliga a suspender el tratamiento con antiepilépticos, ya que no son útiles y se evitan efectos colaterales.

Canalizar al paciente para manejo integral con psicología y psiquiatría para programas de psicoterapia que deberá ser individual para cada paciente dependiendo de la causa que se detecte.

Tratar de manera individual el trastorno paroxístico no epiléptico, sobre todo en niños pequeños y escolares, que son los grupos de edad donde más se observan. En muchos casos las técnicas de relajación muscular, la hipnosis y regresión ayudan a tratar padecimientos moderados o severos e incluso trastornos que ocurrieron durante la infancia o adolescencia. Sólo en casos severos y pacientes adultos puede llegarse a la administración de ansiolíticos y antidepresivos y rara vez neurolépticos.

PRONÓSTICO

Muchos de los pacientes se recuperan si son tratados de manera oportuna y si la causa se determina adecuadamente; es necesario darles seguimiento a los pacientes con el fin de evitar recaídas o identificar otros factores psicológicos o psiquiátricos que pudiesen presentarse dentro del núcleo familiar o social del paciente. Generalmente los niños y adolescentes se recuperan mejor que los adultos y tienen mejor pronóstico; el no ofrecer un diagnóstico temprano de pseudocrisis en los niños tiene ciertas repercusiones en su desarrollo al continuar con el

tratamiento antiepiléptico innecesario, se observa ausentismo escolar, el hecho de estar tomando medicamento y saberse epiléptico afecta sus actividades diarias, la capacidad de relacionarse con los demás, sentirse más deprimido y rechazado, y asume cierto papel en el desarrollo de la identidad ya sea como niño manipulador o bien como un niño totalmente introvertido. Es necesario el diagnóstico temprano y oportuno para evitar este tipo de situaciones.^{12,13}

REFERENCIAS

1. Andriola M, Ettinger A. Pseudoseizures and other nonepileptic paroxysmal disorders in children and adolescents. *Neurology* 1999; 53: S89-S95.
2. Metrick ME, Ritter FJ, Gates JR, Jacobs MP, Skare SS, Lowenson RB. Nonepileptic events in childhood. *Epilepsia* 1991; 32: 322-328.
3. Lesser RP. Psychogenic seizures. *Neurology* 1996; 46: 1499-1507.
4. Westbrook LE, Devinski O, Geocadin R. Nonepileptic seizures after head injury. *Epilepsia* 1998; 39: 978-982.
5. Selbst S, Clancy R. Pseudoseizures in the pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care* 1996; 12: 185-188.
6. Krumholz A. Nonepileptic seizures: diagnosis and management. *Neurology* 1999; 53(suppl 2): S76-S83.
7. Oribe E, Rohullah A, Nissenbaum E, Boal B. Serum prolactin concentrations are elevated after syncope. *Neurology* 1996; 47: 60-62.
8. Sing UK, Jana UK. Plasma prolactin in epilepsy and seizures. *Indian Pediatrics* 1994; 31: 667-669.
9. Bowman E, Markand O. Psychodynamics and psychiatric diagnoses of pseudozeisure subjects. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 57-63.
10. Bowman E. Nonepileptic seizures: psychiatric framework, treatment, and outcome. *Neurology* 1999; 53: S84-S88.
11. Kanner A, Parra J, Frey M, Stebbins G, Pierre-Louis S, Iriarte J. Psychiatric and neurologic predictors of psychogenic pseudo-seizure outcome. *Neurology* 1999; 53: 933-938.
12. Devinski O, Sánchez VF, Kothari M, Alper K, Luciano D. Clinical profile of patients with epileptic and nonepileptic seizures. *Neurology* 1996; 46: 1530-1533.
13. Stores G. Practitioner review: recognition of pseudoseizures in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatr* 1999; 40: 851-857.

Correspondencia:

Dr. Juan Pedro Espinosa Zacarías.
Av. Félix Cuevas esquina Av. Coyoacán
Col. Del Valle, México DF.
Teléfono 52-00-50-03 ext. 4330.