

**Mireia Barrios Agrafojo (1), Ángela Ruiz Arcos (1),
Miriam Ayora Rodríguez(1), Rafael Camino León
(2), Rafael de Burgos Marín (3)**

(1) Unidad de Salud Mental Comunitaria Peñarroya-
Pueblonuevo, Área Sanitaria Córdoba- Norte, Hospital
Comarcal Valle de los Pedroches. Pozoblanco, Córdoba.

(2)Servicio de Neuropediatría. Hospital Universitario
Reina Sofía, Córdoba.

(3) Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Hospital
Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Correspondencia:

Dr. Rafael de Burgos Marín

(rafadbm@gmail.com)

Ctra. de Los Morales, s/n. 14012- Córdoba

*Crisis epilépticas
y pseudocrisis: la
importancia del diagnóstico
diferencial*

*Epileptic and non-epileptic
psychogenic seizures: the
importance of differential
diagnosis*

RESUMEN

Las crisis no epilépticas psicógenas (CNEP) son episodios paroxísticos de alteración conductual sin los cambios esperables en el electroencefalograma ni la asociación a una disfunción del sistema nervioso central.

Constituyen un desafío diagnóstico para neurólogos, psiquiatras y/o psicólogos, así como también puede suponer un reto terapéutico dada la complejidad contextual de muchos de los casos. La exploración psicopatológica y clínica y el estudio con video EEG son las pruebas complementarias que aportan la información más relevante para el diagnóstico.

El objetivo de presentar este Caso Clínico es plantear las dificultades que suele tener el diagnóstico diferencial entre epilepsia y CNEP, destacando la importancia del abordaje multidisciplinar y la detección precoz, para diseñar un plan de tratamiento específico que posibilite una mejoría clínica y pronóstica.

Palabras clave: crisis no epilépticas psicógenas, diagnóstico diferencial, comorbilidad, trastornos psiquiátricos, variables psicológicas.

ABSTRACT

Psychogenic Non-Epileptic Seizures (PNES) are paroxysmal episodes of altered behavior without the expected changes in the electroencephalogram neither

the association with a dysfunction of the central nervous system.

PNES constitute a diagnostic challenge for neurologists, psychiatrists and/or psychologists, as well as also therapeutic challenge can suppose given the contextual complexity of many cases. Psychopathologic and clinical examination and the study with EEG video are the complementary tests that provide the most relevant information for the diagnosis.

The aim of presenting this Case Report is to highlight the difficulty of differential diagnosis between epilepsy and PNES, emphasizing the importance of the multidisciplinary approach and the early detection, to design a specific treatment that allow a clinical and prognostic improvement.

Keywords: Psychogenic non-epileptic seizures, differential diagnosis, comorbidity, psychiatric disorders, psychological variables.

INTRODUCCION

Las pseudocrisis epilépticas, denominadas crisis no epilépticas psicógenas (CNEP en adelante) están incluidas dentro de la CIE-10 (1) entre los trastornos disociativos, y en el DSM 5 (2) en la categoría de los trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados entre los que se encuentra el trastorno de conversión.

La clínica disociativa o conversiva implica una alteración de las funciones integradoras de la conciencia y la presencia de uno o más síntomas o déficits que afectan a las funciones voluntarias y sensoriales y que sugieren una enfermedad neurológica o médica. En las crisis no epilépticas psicógenas, la alteración conductual que tiene lugar simula una crisis epiléptica sin que estén presentes la disfunción del sistema nervioso central ni los cambios electroencefalográficos propios de una crisis epiléptica de origen orgánico. No obstante, las variables que sí son necesarias a tener en cuenta en la aparición y perpetuación de la CNEP son las emocionales y psicológicas (3).

Diversos estudios han encontrado una alta prevalencia de múltiples trastornos psicopatológicos, observándose incluso la presencia de dos o más trastornos psiquiátricos en el 70% de los casos (3). Entre los trastornos clínicos comórbidos destacan los siguientes: trastornos del estado de ánimo (entre 40-80%), trastornos de abuso de sustancias (42%), trastorno de estrés posttraumático (35-49%), trastorno de ansiedad generalizada (10%) y hasta en un 90% de los casos de CNEP se observan síntomas disociativos. Otros también asociados pero en menor medida son los trastornos somatomorfos y los trastornos facticios (3 y 4).

Con respecto a los trastornos de la personalidad, algunos estudios indican que las alteraciones de la personalidad oscilan entre un 30 y un 50%. El estudio de Bowman (5) señala que los trastornos de personalidad más frecuentemente encontrados son el trastorno límite, el dependiente, el histriónico y el evitativo (5, 7). También se indican los trastornos de personalidad histriónico y límite como los más frecuentes (5, 6) y se señala la existencia de una personalidad previa predispuesta a la somatización (7).

En relación al pronóstico, los datos son pesimistas, con unos porcentajes bajos de evolución positiva y con sólo un tercio de los pacientes libres de crisis (8).

Las CNEP suponen un desafío clínico y terapéutico importante en el que es de especial importancia efectuar un diagnóstico diferencial entre la epilepsia y las CNEP. En estos casos, el abordaje conjunto entre los Servicios de Salud Mental y de Neurología constituyen un aspecto clínicamente relevante tanto para la evaluación y el diagnóstico como para el tratamiento (3), y con el objetivo de estudiar y explicitar esto último se expone el siguiente caso clínico.

CASO CLÍNICO

Varón de 14 años de edad, el mayor de la fratría. Padres separados. No mantiene relación con su padre biológico. Convive con su madre y hermanos. Actualmente cursa 1º ESO.

Antecedentes Familiares

Sin **antecedentes familiares orgánicos** relevantes excepto que la madre padece migraña.

Como **antecedentes familiares psiquiátricos** constan dos suicidios consumados de tíos maternos, madre en seguimiento en su dispositivo de Salud Mental por rasgos disfuncionales de personalidad. Hermano mediano diagnosticado de alteración de conducta y una prima hermana diagnosticada de trastorno depresivo.

Antecedentes Personales

Embarazo, parto y desarrollo psicomotor sin alteraciones referidas. En la Historia Clínica no constan enfermedades orgánicas de interés ni intervenciones quirúrgicas.

Antecedentes Personales Psiquiátricos

El paciente inicia contacto en los dispositivos de Salud Mental a los seis años por presentar enuresis y encopresis. Es valorado por psicología clínica, detectándose la existencia de conflictividad en el seno familiar por vivenciar episodios de malos tratos directa y vicariamente. A los nueve años se solicita valoración por conductas agresivas sin seguimiento clínico continuado.

Enfermedad actual y evolución

A los diez años de edad, el paciente presentó un episodio de pérdida de visión con ataxia desarrollada posteriormente que requirió ingreso hospitalario. Dicha clínica fue catalogada como "psicógena" tras obtener resultados normales en la totalidad de las pruebas complementarias que se realizaron (exploración neurológica, analítica, EEG y RMN). Este episodio se relacionó en el tiempo con el fallecimiento de la pareja de la madre, que cumplía el rol parental para el paciente, en presencia del menor. Fue un episodio autolimitado que no requirió tratamiento específico ni seguimiento, sin repetirse tras el alta hospitalaria.

Posteriormente, durante los siguientes dos años tuvo una asistencia irregular e intermitente en el dispositivo de

Salud Mental. En este período, presentó quejas somáticas frecuentes, destacando cefalea y dolor abdominal que requirieron también atención médica. Conductualmente no presentaba conductas autoagresivas pero sí comportamientos heteroagresivos hacia su hermano. No se describieron comportamientos desafiantes ni opositoristas. Con respecto a la escolarización presentaba un bajo rendimiento con frecuentes ausencias al centro escolar.

A los doce años comienza a desarrollar episodios de pérdida de funciones y crisis consistentes en pérdida de conciencia, convulsiones con pérdida de control de esfínteres, desconexión parcial con mirada fija, movimientos deglutorios y mioclonías de miembros superiores. El cuadro clínico descrito coincide con un nuevo acontecimiento estresor: el suicidio de un familiar cercano.

Fue evaluado por el Servicio de Neuropediatría, por la USMC de referencia del niño y por la USMIJ, orientándose el diagnóstico de presunción hacia la existencia de pseudocrisis y crisis comiciales. En los últimos meses las crisis fueron aumentando en frecuencia, llegando a aparecer diariamente, siendo de duración variable y de características tónicas con movimientos clónicos de extremidades e hipersalivación. Para el control de las mismas fueron necesarias varias consultas en los Servicios de Urgencia precisando ingreso hospitalario en el Servicio de Neuropediatría.

Exploraciones complementarias:

En el Servicio de Neuropediatría y Neurofisiología la evaluación constó de las siguientes pruebas complementarias: analítica completa (incluyendo amonio y ácido láctico, TSH, aminoácidos y ácidos orgánicos), EEG en vigilia y en sueño, TAC craneal, Test de provocación con suero fisiológico, RMN sin contraste IV de Cráneo, ECG, EMG, ElectroOculoGramma y Video-EEG.

Desde el Servicio de Salud mental la valoración efectuada ha constado de varias entrevistas clínicas multidisciplinares, exploración psicopatológica y psicométrica con diversos test psicológicos como el inventario MACI (Inventario clínico para adolescentes de Millon) y la escala de inteligencia WISC- IV.

Orientación diagnóstica

En el proceso de evaluación neurológica, todos los resultados obtenidos fueron negativos, exceptuando la inducción de crisis mediante el Test de provocación con suero fisiológico y el hallazgo casual en la RMN de un quiste pineal de unos 6mm y ectasia dural de ambos nervios ópticos sin relevancia clínica. Toda la actividad bioeléctrica cerebral registrada tanto en vigilia como en el sueño fisiológico, así como durante la estimulación por hiperventilación, presentó una base organizada de forma topográfica, simétrica, sincrónica y reactiva a estímulos concluyéndose que la clínica no era compatible con el desarrollo de actividad epileptiforme. Durante la realización del video-EEG el paciente presentó varias crisis similares a las padecidas anteriormente sin registrarse cambio alguno en los registros del EEG.

Durante la exploración psicopatológica destaca un contacto ocular deficitario, ocasional inquietud motriz con actitudes y comportamientos contextualmente inadecuados junto con un afecto distanciado y alexitímico. Impresiona que el núcleo psicopatológico es caracterial, no objetivándose sintomatología psicótica ni afectiva durante el seguimiento clínico.

En las entrevistas clínicas se concluye que los acontecimientos de su psicobiografía, el entorno sociofamiliar en el que se ha ido desarrollando y su evolución clínica conllevan una vulnerabilidad global del paciente (psíquica, emocional y sociofamiliar). Así mismo, se identifican estrategias de afrontamiento deficitarias que interfieren en su funcionamiento social, académico y familiar.

De la exploración psicométrica efectuada (MACI, Inventario clínico para adolescentes de Millon) se arroja la existencia de un prototipo de personalidad marcado con una puntuación elevada en egocentrismo (TB=108) e histrionismo (TB=73). Dentro de las preocupaciones expresadas destaca la insensibilidad social (TB=87) y la tendencia a la impulsividad (TB=79) entre los síndromes clínicos. No presencia de déficit cognitivo (en la escala WISC-IV obtuvo un Cociente Intelectual Total: 102).

La evaluación conjunta e integral y la evolución clínica del paciente junto con la ausencia de patología orgánica de base, confirman el diagnóstico de Crisis no epilépticas psicógenas (F44 CIE 10) o Trastorno de Conversión (DSM 5) sin patología orgánica comórbida.

Tratamiento

Durante el diagnóstico comórbido de pseudocrisis y crisis epilépticas se instauró tratamiento por parte del Servicio de Neuropediatría con ácido valproico (hasta 1500mg/día) y levetiracetam (hasta 3000mg/día). Tras llegar al diagnóstico definitivo, se retiraron progresivamente los antiepilépticos hasta suspenderlos siendo dado de alta por el Servicio de Neuropediatría.

Desde la USMC y la USMIJ se inició una intervención integral consistente en tratamiento psicofarmacológico (paroxetina -20 mgrs/día- y clonazepam -1,5 mgrs/día- posteriormente sustituidos por citalopram -20mg/día- y lorazepam -1mg/día-) junto a psicoterapia individual e intervención familiar.

Psicoterapéuticamente se efectúa el siguiente encuadre terapéutico: sesiones quincenales (2 con el paciente a solas y una con la madre), de 30-45 minutos de duración con los siguientes objetivos terapéuticos:

- Sesión de Psicoeducación: explicación a familia y paciente de la base psicógena de las crisis
- Sostén emocional y apoyo psicológico del paciente
- Identificación y expresión emocional
- Exposición conductual progresiva del paciente al centro escolar
- Potenciación de la interacción social con el grupo de iguales (participación en grupo desde SS.SS)
- Proceso de separación psicológica saludable madre- hijo
- Orientación en normas y límites interpersonales , así como la integración de límites intrapersonales

Desde la confirmación diagnóstica del trastorno disociativo/conversivo el paciente no ha presentado clínica compatible con crisis no epilépticas psicógenas, siendo la clínica caracterial la predominante en la actualidad. Destacan rasgos de personalidad egocéntricos e histriónicos como los más interfirientes en su funcionamiento familiar, social y académico.

DISCUSIÓN

En todos los estudios revisados se refleja la dificultad que conlleva el diagnóstico de este trastorno (9). Diversos estudios sobre las CNEP inciden en la dificultad diagnóstica y terapéutica y señalan que siguen sin existir marcadores biológicos específicos que permitan diferenciar las crisis epilépticas orgánicas de las psicógenas (3). Además, existen múltiples variables psicológicas (rasgos de

personalidad, estilo de afrontamiento y nivel de estrés, vulnerabilidad, dinámica sociofamiliar, experiencias infantiles traumáticas...) que pueden actuar como factores precipitantes, predisponentes y mantenedores de las crisis (10). Así, la necesidad de considerar factores orgánicos y psicosociales en el estudio de estos pacientes requiere una valoración multidisciplinar, siendo la exploración psicopatológica y clínica y el estudio con vídeo-EEG las pruebas complementarias que aportan la información más relevante para el diagnóstico.

En el caso clínico expuesto, la dificultad diagnóstica se explicita en que se han necesitado más de dos años de estudio conjunto para llegar al diagnóstico definitivo. Además, durante el periodo de valoración en el que se efectuó un diagnóstico comórbido de CE y CNEP aumentaron las crisis, complicando el diagnóstico del mismo.

Es importante un correcto diagnóstico de las CNEP para iniciar un tratamiento en el que paciente y familia sean informados y educados sobre la enfermedad. El tratamiento con psicoterapia de apoyo y la confrontación ha mostrado resultados útiles en el 75% de los casos (11), considerándose que una explicación clara del trastorno y de su origen psicógeno ayudará a prevenir nuevas crisis (6).

En el presente caso, la confirmación y comunicación del diagnóstico definitivo conllevó una notable mejoría clínica en las crisis no epilépticas psicógenas y en la actualidad la gravedad clínica y psicosocial del caso orientan más hacia un pronóstico pesimista en la esfera caracterial.

Con respecto a los trastornos de personalidad, tal y como se ha indicado, los estudios indican como los más frecuentes el tipo límite, dependiente, histriónico y evitativo (3). En el paciente descrito en este artículo destaca el predominio de los rasgos narcisistas, siendo esta una característica clínica diferente a los resultados obtenidos en los estudios mencionados. Por todo ello, consideramos importante continuar el estudio en esta línea y profundizar en esta posible asociación.

CONCLUSIONES

La realización de un exhaustivo diagnóstico diferencial es de especial importancia en estos casos puesto que la comunicación y explicación del diagnóstico tanto al paciente como a los familiares puede resultar terapéutica.

La relevancia del diagnóstico diferencial radica

también en que favorece diseñar un plan de tratamiento precoz con intervenciones específicas y objetivos que posibiliten una mejoría clínica y pronóstica.

Se puede concluir, por lo tanto, que los pacientes con crisis no epilépticas psicógenas de tipo conversivo son una población clínicamente grave, de difícil diagnóstico y manejo, con elevada comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos y repercusiones pronósticas que hacen relevante el diagnóstico y la intervención precoz y multidisciplinar.

BIBLIOGRAFIA

1. OMS (Organización Mundial de la Salud). Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento(CIE 10). Madrid: Meditor; 1992.
2. APA (American Psychiatric Association). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5). American Psychiatric Publishing: Washington DC; 2013.
3. Sánchez-González R et al. Crisis no epilépticas psicógenas: a propósito de un caso. *Actas Esp Psiquiatr* 2011; 39: 191-5.
4. Muñoz L, Gordillo R, de Burgos R. Pseudocrisis en niños y adolescentes: una revisión. *Rev Psiquiatr infanto-juv* 2011; 28 (3): 12-36.
5. Bowman ES, Markand ON. Psychodynamics and psychiatric diagnoses of pseudoseizure subjects. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 57-63.
6. Baillès E, Pintor L, Torres X, Fernández-Egea E, De Pablo J, Arroyo S. Patología psiquiátrica en pacientes con crisis epilépticas no psicógenas derivados a una unidad de epilepsia en un hospital general. *Actas Esp Psiquiatr* 2004; 32: 76-81.
7. Kalogjera-Sackellares D, Sackellares JC. Personality profiles of patients with pseudoseizures. *Seizure* 1997; 6: 1-7.
8. Reuber M: Outcome in psychogenic nonepileptic seizures: 1 to 10 year follow up in 164 patients. *Ann Neurol* 2003; 53: 305-11.
9. Krumholz A. Nonepileptic seizures: diagnosis and management. *Neurology* 1999; 53: S76-S83.
10. Giagante B, D'Alessio L, Silva W, Kochen S. Crisis no epilépticas psicógenas. *Rev Colombiana Psiquiatría* 2007; 36: 187-207.
11. Bhatia MS, Buchanan N, Snars J. Pseudo seizures (non-epileptic attack disorder) – Clinical management and outcome in 50 patients. *Seizures* 1993; 2: 141-146.