

CRISIS NO EPILÉPTICAS EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

SERGIO A. ANTONIUK

*Departamento de Pediatría, Centro de Neuropediatría, Hospital de Clínicas,
Universidad Federal de Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil*

Resumen La epilepsia afecta al 0.5% de la población y el 25% de los pacientes derivados a los servicios de epilepsia presentan eventos clínicos paroxísticos asociados con actividades motoras, alteraciones sensitivas, sensoriales, emocionales o afectación de la conciencia, que no son crisis epilépticas. Las crisis no epilépticas pueden ser clasificadas como psicogénicas, aquellas que no tienen causa médica y se asocian a problemas psicológicos primarios o secundarios, y aquellas de origen fisiológico. Estos eventos no epilépticos se manifiestan por comportamientos paroxísticos o movimientos repetitivos y que se confunden con crisis epilépticas. El diagnóstico es muy importante para evitar pruebas innecesarias y terapias iatrogénicas. En este estudio serán presentados once casos clínicos y la revisión de los principales eventos no epilépticos fisiológicos (disturbio del sueño, trastornos motores paroxísticos), fenómenos hipóxico isquémicos y psicogénicos (trastornos somatoformes, trastornos facticios y trastorno de ansiedad) que se manifiestan en niños y adolescentes.

Palabras clave: evento no epiléptico, pseudocrisis, niños, adolescentes, epilepsia

Abstract *Non-epileptic disorders in infancy and adolescence.* Epilepsy affects 0.5% of the population. A 25% of the patients referred to epilepsy services have paroxysmal clinical events associated with motor activities, sensory or emotional alterations, or consciousness impairment, which are not epileptic seizures. The non-epileptic seizures can be classified as psychogenic, which do not have a medical cause, and are associated with primary or secondary psychological problems, and as of physiological origin. The non-epileptic events are manifested by paroxysmal or repetitive behaviors that might be confused with epileptic seizures. The diagnosis is very important in order to avoid unnecessary tests and iatrogenic therapies. This study will present clinical cases and review of the main non-epileptic physiological events (sleep disorders, movement disorders, hypoxic-ischemic phenomena) and psychogenic events (somatoform disorders, fictitious disorders and anxiety disorder).

Key words: epilepsy, non-epileptic disorders, pseudoseizures, children, adolescents

La epilepsia es una enfermedad crónica que puede llegar a alcanzar hasta un 0.5% de la población pediátrica¹. Es muy difícil e importante el diagnóstico de las crisis epilépticas, debido a la necesidad del tratamiento prolongado con drogas antiepilépticas que presentan riesgos de potenciales efectos colaterales². El 25% de los pacientes derivados a los servicios de epilepsia presentan eventos clínicos paroxísticos asociados con actividades motoras, alteraciones sensitivas, sensoriales, emocionales o con compromiso de la conciencia que no son crisis epilépticas^{1,3-5}. Por ello, estas crisis no epilépticas (CNE) deben ser conocidas por el pediatra, neurólogo y psiquiatra infantil, y principalmente en servicios de urgencia evitando pruebas innecesarias y terapias iatrogénicas⁶. Henley y

col., estudiando 125 niños remitidos a un centro terciario con el diagnóstico de epilepsia, constataron que el 44% no tenían dicha enfermedad^{1,5}.

Las crisis no epilépticas pueden ser clasificadas como psicogénicas (CNEP), que son aquellas asociadas a problemas psicológicos primarios o secundarios y no tienen causa médica, o fisiológicos (CNEF)⁷. Las CNEFs pueden ser clasificadas como: fenómenos hipóxicos-isquémicos (síncope, espasmos del sollozo, reflujo gastro-esofágico), trastornos del sueño (terrores nocturnos, movimientos anormales durante el sueño, alucinaciones hipnagógicas-hipnopómpicas, narcolepsia-cataplejía), trastornos motores paroxísticos (tics, coreoatetosis paroxística, tortícolis paroxística del lactante, hipereplexia, estremecimiento, temblor, síndrome distonía-mioclónia, autogratificación, migraña y síndrome periódico) y arritmias cardíacas. Las CNEPs, de acuerdo con DSM-IV, en simulación, trastornos somatomorfos, trastornos ficticios o síndrome de Munchausen (sin o por poder) y trastorno de ansiedad⁸.

A continuación, serán descritos casos clínicos, ejemplos de CNEF (casos de 1 a 8), que ejemplifican muy bien esa entidad clínica. Serán discutidos casos de fenómenos hipóxico-isquémicos (espasmos del sollozo, síncope, reflujo gastroesofágico), trastornos del sueño (mioclonías del sueño, parasomnía), movimientos involuntarios (tics, distonía,) y otros, como las crisis de autoestimulación. Los casos 8, 9 y 10 son ejemplos de CNEP (trastornos somato-morfos y trastornos ficticios).

Fenómenos hipóxicos-isquémicos (casos 1, 2 y 3)

Caso 1

Una niña de 18 meses de edad, después de haber sido contrariada, llora, presenta apnea, cianosis, hipertonia generalizada seguida de movimientos tónico clónicos en los 4 miembros. La crisis es breve (30 segundos) seguida de somnolencia y letargia postcrisis. Los episodios son semanales generando mucha ansiedad para la familia. En la evaluación se identificó una anemia. Fue aclarada la benignidad del cuadro, la familia orientada para los cuidados durante la crisis y tratada la anemia. La evolución fue favorable.

El caso arriba mencionado ejemplifica un cuadro de "espasmo del sollozo". El inicio suele ser más común entre los 6 a 12 meses de edad, ocurriendo hasta los 5 años. Muchas veces, a causa de una contrariedad, miedo, susto o trauma leve, pueden desencadenarse las crisis. La criatura llora y al final de la espiración es incapaz de relajarse, ocurriendo apnea y cianosis. Se debe descartar anemia y raramente una investigación cardiológica es realizada. Hay dos formas clínicas: la cianótica y la pálida. La forma cianótica es la más común. Los episodios ocurren siempre después de un hecho desencadenante emocional: frustración, miedo o rabia. Se inicia con un breve grito estridente, seguido de una espiración forzada y una apnea. Después de la cianosis generalizada estos episodios pueden evolucionar con pérdida de conciencia, hipotonía global, opistótono y movimientos clónicos, confundiendo con crisis epiléptica^{9, 10}. El electroencefalograma (EEG) intercrítico es normal. La forma pálida es menos frecuente. Se desencadena por un estímulo doloroso como una caída, un golpe en la cabeza o un susto repentino. Ocurre una apnea, con pérdida de conciencia seguida de palidez e hipotonía. Puede tener además una crisis convulsiva tónica. Se debe buscar una anemia y raramente se realiza una investigación cardióloga (en los casos graves y recurrentes). El tratamiento se basa en orientaciones para atender en la crisis, tratamiento de la anemia y por eventualidad, en los casos graves, el uso de atropina (tipo pálido). Piracetan puede ser utilizado¹⁰.

Caso 2

Niña de 14 años de edad durante un acto religioso siente "mareos" y "pérdida de visión", seguido de pérdida de conciencia. La paciente intenta sujetarse a los familiares, la caída es lenta. Tiene temblores, sudoración, palidez, taquicardia, vómitos y un leve recuerdo de los hechos. Incontinencia urinaria al final del episodio. Dura no más de 20 segundos y la recuperación es inmediata. Se realiza una evaluación con electrocardiograma, ecocardiograma y prueba de la mesa basculante (*Tilt Test*), siendo esta última positiva para síncope vasovagal. Indicado medidas generales (mayor ingestión de líquido, aumento en la ingestión de sal, ejercicios físicos) y betabloqueante (propranolol), con una favorable evolución clínica.

Este caso representa un cuadro de síncope, que es una pérdida súbita y transitoria de la conciencia y del tono postural, con recuperación rápida y completa¹¹. Los casos incompletos, con compromiso parcial de la conciencia son denominados pre síncope. El síncope es un síntoma, no una enfermedad, y sus causas son variables. Puede ser de origen neurocardíaco o cardíaco. Los episodios de síncope están relacionados a un aporte inadecuado de oxígeno al sistema nervioso central (hipoperfusión cerebral). La mayoría de los síncope son de tipo neurocardiogénico, también denominado síncope reflejo o vasovagal. Ocurre en hasta un 80% de los casos¹². Las causas cardíacas son más raras y afectan del 2 a 25% de los pacientes¹².

Hay otras afecciones que presentan clínica de síncope, sin embargo los mecanismos son distintos de la hipoperfusión cerebral y deben ser considerados como diagnóstico diferencial: causas psicogénicas (histeria, ansiedad), neurológicas (epilepsia, vértigo, cataplexia), trastornos metabólicos (hipoglucemia e intoxicación¹¹). El síncope vasovagal tiende a ocurrir asociado a un fuerte estímulo emocional o doloroso, pero también puede ocurrir con estímulos sutiles, como ambientes muy calurosos o específicos (por ejemplo, micción, tos). Por lo general está asociado a procedimientos dolorosos, como extracción de sangre, aplicación de vacuna e inyecciones. Si los eventos ocurren con esfuerzo sugieren síncope relacionado a una enfermedad cardíaca. Raramente el síncope está asociado a una mordedura en la lengua, giro de la cabeza para un lado o hipersalivación; estos síntomas sugieren crisis epilépticas. La incontinencia urinaria puede ocurrir en crisis más prolongadas. El EEG durante los registros de eventos sincopales generalmente demuestra sufrimiento cerebral generalizado. Aunque las convulsiones ocurran en el síncope, una verdadera convulsión epiléptica es rara, excepto en personas sensibles. La clínica es muy importante para distinguir síncope de crisis epiléptica, sin embargo algunas pruebas se hacen necesarias para el diagnóstico. El EEG intercrítico tiene poco valor para el diagnóstico de síncope. El electrocardiograma y Holter

pueden ser útiles para descartar la arritmia cardíaca. La prueba de mesa basculante puede provocar síncope vasovagal y apoyar este diagnóstico. El tratamiento del síncope está encaminado a las conductas educativas generales para evitar y prevenir los hechos desencadenantes, y terapia específica para cada caso, según la etiología. En los casos recurrentes, se pueden utilizar fármacos como los inhibidores beta adrenérgicos, fludocortisona, inhibidores de recaptación de la serotonina, estimulantes alfa adrenérgicos, teofilina y metilfedinato. En los casos más graves se debe considerar el uso de marcapasos.

Caso 3

Lactante de 6 meses de edad, durante la toma de pecho se pone cianótico, presenta extensión de la cabeza y cuello hacia atrás, con desviación de los ojos durante segundos. Presenta vómitos frecuentes. El estudio radiológico fue compatible con reflujo gastroesofágico. La medicación antirreflujo, normas posturales y dietéticas controlaron las crisis.

Aquí se presenta una criatura con clínica de reflujo gastroesofágico, conocido como síndrome de Sandifer. El niño/a presenta desviación tónica del tronco y de la cabeza. Por regla general, los episodios están asociados con la alimentación y hay una tendencia a que ocurran durante el sueño. La asociación con vómitos y neumopatía de repetición refuerza el diagnóstico. El EEG es normal y el tratamiento con medidas específicas para el reflujo controla las crisis.

Trastornos del sueño (casos 4 y 5)

Caso 4

La madre lleva a su hijo de 8 meses a la consulta por síntomas de crisis de "susto" al conciliar el sueño: son 5 o 6 contracciones en ambos brazos o de un solo lado. El examen neurológico es normal. La familia es orientada en cuanto a la benignidad del cuadro, sin necesidad de iniciar una medicación específica.

Caso 5

Niño de 7 años, que pocos minutos después de haberse dormido, se sienta en la cama berreando, con los ojos muy abiertos, pupila dilatada, taquicardia y sudores. Enseguida sale andando por la casa, hurgando en los cacharros de la cocina. Está confuso, no hace caso a las órdenes. Vuelve para la cama se acuesta y se duerme. No se acuerda nada de lo ocurrido. Esos episodios son raros. Fueron recomendados cuidados para evitar traumas; debido a la poca frecuencia no ha sido indicado medicamento.

En primer lugar tenemos la mioclonía benigna del sueño, contracciones mioclónicas que ocurren predominantemente al inicio del sueño. Es un cuadro benigno con evolución favorable. El EEG intercrítico y durante la crisis es normal.

El paciente 5 presenta cuadro de terror nocturno y sonambulismo, denominado parasomnias y ocurre debido al despertar parcial (superficialidad-activación) durante las etapas III y IV NO REM del sueño en el primero o segundo ciclo de la noche, generalmente entre los 60 a 90 minutos después del inicio del sueño. En el terror nocturno, grita de manera intensa y presenta fenómenos autonómicos asociados que ocurren al inicio del sueño (de 60 a 90 minutos) con una duración de 5 a 15 minutos. Pueden ser confundidos con crisis del lóbulo frontal que generalmente son más rápidas. En el sonambulismo los comportamientos son más complejos, como andar, comer, abrir y cerrar cajones. Suelen durar de 5 a 10 minutos y ocurren al inicio del sueño. Pueden sugerir crisis parciales complejas. Raramente se indica el uso de benzodiazepinas para control de esas crisis. Ambas parasomnias tienen como hecho común ser paroxísticas, presentar automatismos y amnesia retrógrada.

Otra parasomnia a considerar es el estado confusional al despertar, que como ya lo dice el título, presenta un estado delirante con comportamientos complejos al despertarse¹³. Las manifestaciones al despertar pueden desencadenarse por fiebre, privación del sueño, alcohol, actividad física y estrés emocional exacerbado por la menstruación o gestación sugiriendo así factores hormonales. Normalmente no se hace necesario un tratamiento pues los episodios son benignos y tienden a disminuir con el tiempo.

La narcolepsia es un trastorno de etiología desconocida que se caracteriza por ataques de somnolencia exagerada y de corta duración durante el día. Cuando se asocia a la cataplexia o cataplejía (pérdida del tono, debilidad muscular) con caídas al suelo, el diagnóstico diferencial debe ser considerado con crisis atónicas. En la cataplexia no hay pérdida de conciencia, de memoria, de visión ni de audición y la recuperación es muy rápida. Por regla general son desencadenadas por excitación, alegría, risa o rabia. En la mayoría de las veces, la narcolepsia tiene inicio en la adolescencia y la cataplexia después de los 30 años de edad. La prevalencia varía entre un 0.03% a un 0.16%. En la población general la narcolepsia puede estar asociada a la parálisis del sueño, alucinaciones hipnagógicas y somnolencia inicial en la etapa REM¹⁴.

Las ritmias del adormecimiento (*Jactatio Captis*, *Head Banging*) es una parasomnia que se caracteriza por movimientos repetitivos de la cabeza, rítmicos en sentido anteroposterior o laterolateral (puede afectar todo el cuerpo) que aparecen antes y en la primera etapa del sueño. La orientación es simplemente en el sentido de evitar algún daño físico.

Trastornos del movimiento (casos 6, 7 y 8)

Caso 6

Niño de 11 años de edad que presenta contracciones súbitas y rápidas de la cabeza hacia el lado. Esos movimientos son repetitivos, empeoran en situaciones de ansiedad y de grandes emociones y son suprimidos por el sueño. Pueden ser suprimidos voluntariamente. Presenta esos episodios hace ya más de 6 meses. Los movimientos mejoraron después del uso de clonidina.

Caso 7

Lactante de 11 meses de edad con diarrea y vómitos que consulta en la urgencia. Dos horas más tarde la madre retorna con la criatura ahora presentando hipertonia cervical, con desviación de la cabeza hacia atrás, desviación de los ojos y miembros superiores e inferiores rígidos. Se indicó medicación sintomática. El lactante presenta ese cuadro hace más de 30 minutos. No ha perdido la conciencia. El paciente había recibido una aplicación intramuscular de metoclopramida. Al cabo de 3 horas, estaba asintomático; le dan de alta.

Caso 8

Niña de 5 años de edad que presenta movimientos continuos de los miembros inferiores a la altura de los muslos: movimientos de fricción. En algunos episodios hacía movimientos repetitivos en la cama y/o en los brazos de las butacas. También repite esos actos en la escuela. Esos actos cesan después de otros estímulos que desvíen su atención. Tras esclarecimiento respecto del diagnóstico y de la benignidad del cuadro para la familia, son indicadas medidas de cómo proceder para la crisis, como por ejemplo cambios en la atención de la familia. La evolución es favorable.

Los casos 6, 7 y 8 se refieren a movimientos motores repetitivos que pueden ser confundidos con crisis epilépticas. El caso 6 se refiere a trastornos de tics. Los movimientos son involuntarios, controlados por el niño y no ocurren durante el sueño. Por regla general ocurren entre los 5 y 10 años. Son más frecuentes que las crisis mioclónicas, con las cuales son confundidos. No son episódicos y tienden a ocurrir durante todo el día¹⁵. El tratamiento se realiza con neurolépticos, clonidina o ácido valproico, entre otros. Se debe estar atento a los tics fónicos, comportamiento obsesivo compulsivo, hiperactividad, desatención y dificultades de aprendizaje que constituyen el síndrome de Gilles de la Tourette.

El caso 7 es compatible con distonía e hipertonia. Las distonías están generalmente asociadas al uso de fármacos, en el caso la metoclopramina. Debido a la poca gravedad del cuadro no ha sido necesario utilizar antídoto

para el caso. Se debe resaltar que la dosis utilizada del antiemético fue la recomendada. La recuperación es completa de minutos a horas. Las reacciones extrapiramidales normalmente ocurren con dosis elevadas, pero tanto algunas veces, como en el caso mencionado, pueden ocurrir con una única dosis terapéutica. Se asocian contracciones musculares, opistótonos, tortícolis, disartria y movimientos oculares. Como antídoto se puede utilizar biperideno o difenhidramina.

El caso 8 se refiere a crisis de autoestimulación, que pueden ser confundidas con crisis epilépticas debido a su naturaleza repetitiva. El cuadro clínico es caracterizado por presiones sobre la región púbica, suprapúbica, movimientos rítmicos del muslo acompañados de diaforesis, rubor facial y respiración irregular. En la mayoría de los casos no hay necesidad de tratamiento ya que se resuelve de forma espontánea. Raramente esos comportamientos indican un cuadro obsesivo compulsivo, necesitando de terapia de comportamiento/conducta y medicamentos como los inhibidores de recaptación de serotonina.

Otros cuadros clínicos en la infancia que pueden ser caracterizados como trastornos del movimiento:

El *Spasmus Nutans* se inicia antes de 1 año de edad. Consiste en nistagmo, episodios de caída de la cabeza y tortícolis. Puede ser confundido con crisis mioclónicas o tónicas. El nistagmo puede ser monocular o multidireccional. Estudios de imágenes deben ser solicitados para descartar lesión del tronco cerebral. El pronóstico es favorable con la desaparición de los síntomas entre los 1 y 2 años¹⁶.

Los episodios de estremecimiento o escalofríos usualmente se inician en la época de lactante o primera infancia y pueden ocurrir varias veces al día. Involucran músculos axiales y pueden asociarse con flexión cervical y de tronco. Los temblores son rápidos, de baja amplitud y los niños se refieren a ellos como suaves shocks. El análisis clínico y EEG son normales y desaparecen espontáneamente¹⁷.

La tortícolis paroxística benigna del lactante es una condición rara, que empieza en la infancia. Es caracterizado por episodios de desviación cervical que pueden durar desde minutos hasta horas. Puede estar acompañado de palidez, agitación y vómitos. Los ataques pueden ocurrir semanalmente o mensualmente y la tendencia es que se resuelven espontáneamente. Son confundidos con crisis tónicas, pero la conciencia está preservada y el video EEG es normal durante las crisis.

El temblor esencial, generalmente de origen familiar, es intencional con evolución benigna. En algunos casos, conforme la gravedad y grado de incapacidad, deberá ser tratado con medicamentos como los agentes beta-bloqueantes.

El vértigo paroxístico benigno se observa en la edad pre escolar y se manifiesta con un cuadro de vértigo, mientras busca un sitio o un adulto para aferrarse. Está asociado a nistagmo, pérdida de postura, palidez, sudo-

ración y vómitos. No hay compromiso de la conciencia. La remisión es espontánea después de la edad escolar.

La coreoatetosis paroxística familiar es una condición autosómica dominante y se caracteriza por posturas distónicas y movimientos coreoatetóticos que pueden ocurrir espontáneamente o por estímulos externos, como ansiedad, hipertermia o ejercicios físicos. El tratamiento se basa en medicación antiepiléptica, como la carbamacepina. Los resultados son favorables en la mayoría de los pacientes.

Eventos no epilépticos psicogénicos (casos 9, 10 y 11)

Caso 9

Adolescente de 15 años de edad que presenta contracciones rápidas de los 4 miembros, seguido de caída. Otras veces las crisis son caracterizadas por hipertonia en los miembros, cabeza y región cervical. El inicio es súbito y por regla general ocurre en el aula, o en la iglesia o en el cine. No hay historia de haberse mordido la lengua o trauma, mantiene la conciencia. La recuperación es súbita, sin fenómeno alguno postcrisis. La paciente no tiene noción de la crisis presentada y nunca esbozó necesidad de recompensa secundaria. El video EEG en el momento de la crisis fue normal. Le fue indicada terapia psicológica.

Caso 10

Niña adolescente presenta episodios de crisis caracterizados por automatismos y confusión mental con una duración de hasta 2 horas. En esos momentos responde a órdenes simples, acaricia a los familiares y saluda a las personas. En el aula utilizó pastillas efervescentes para "imitar salivación" durante las crisis con desfallecimiento. Esos episodios eran voluntarios y tenían como objetivo una recompensa secundaria de los familiares y profesores. Ocurrían en el momento de las evaluaciones, de manera que la coordinación escolar creó formas especiales para evaluar el rendimiento de la paciente.

Caso 11

Una madre enfermera relata que su hijo de 3 años de edad presenta crisis epilépticas semanales (3 por semana), con una duración de 60 minutos, sin perder la conciencia y con contracciones de los 4 miembros. Niega cianosis, mordedura de lengua o emisión de orina. La mejora es súbita, y el examen neurológico es normal. Se practica EEG, video EEG de 24 horas y TAC de cráneo normal. Ya había utilizado fenobarbital, carbamacepina, valproato sódico y topiramato sin ninguna mejoría clínica. Durante las crisis llaman una ambulancia de urgencias. Ha ingre-

sado 3 veces, recibiendo medicación endovenosa con control temporal de las crisis.

La paciente del caso 9 presenta un trastorno involuntario clasificado por el DSM IV como trastorno somatomorfo: síntomas que sugieren una enfermedad pero no son consecuencia de la misma ni por el uso de drogas ni por enfermedad mental. También denominado Trastorno conversivo. En el caso 10 se destaca el premio, la gratificación, o sea, atención de la familia y en el colegio, prioridades en las evaluaciones del desarrollo escolar.

El caso 11 se refiere al denominado trastorno ficticio, en el que el paciente asume el papel de enfermo para recibir los cuidados médicos; en este caso la madre crea la enfermedad. Cuando el paciente asume la enfermedad se denomina síndrome de Munchausen; sin embargo cuando ocurre a partir de otra persona, en este caso la madre, se denomina síndrome de Munchausen por poder. En realidad, en este ejemplo hay un premio secundario, una recompensa afectiva diferenciada.

Otra condición psicológica que se debe considerar en niños y adolescentes es el trastorno de ansiedad, principalmente el trastorno del pánico. Esos episodios pueden o no estar asociados a hechos desencadenantes. Pueden durar de minutos a horas. Se caracterizan por sudores excesivos, palpitación, temblores, disnea, sofocos, dolor torácico, dolor abdominal, mareos, miedo de morir, parestesias, escalofríos y bochornos. Con frecuencia se asocian a un cuadro depresivo y además muchas veces tienen ideas suicidas. Por lo tanto, deben ser indicados de inmediato fármacos antidepresivos y psicoterapia.

Crisis no epilépticas psicogénicas (CNEP) son eventos comunes, llegando a 2-33/100 000 habitantes³. De tal forma, son sucesos clínicos muy frecuentes. En Brasil hay pocos estudios referentes a epidemiología. De Paola y col.¹⁹, estudiando casos evaluados por video EEG en un servicio terciario encontró prevalencia de 5.2%, baja, debido al tipo de paciente referido (diagnóstico de epilepsia refractaria o análisis de imágenes anormales). La asistencia a estos pacientes frecuentemente es inadecuada incluso en grandes centros médicos¹⁸.

El manejo de esos casos es habitualmente difícil aun en ambientes con equipos de multiprofesionales bien entrenados para ese propósito. Crisis asociadas a situaciones emocionales desencadenantes o crisis antes nunca vistas, varias consultas y tratamientos sin cambios en el perfil de las crisis, ausencia de traumas, movimientos atípicos, fenómenos postcrisis no compatibles con epilepsia son hechos que deben ser tenidos en consideración para el diagnóstico. Crisis con actividad motora generalizada seguida de rápido retorno de la conciencia o crisis con ojos persistentemente cerrados, diferente de las crisis epilépticas pues los ojos se mantienen abiertos, pueden indicar CNEP. El desencadenante del evento por sugerencia puede ayudar también en el diagnóstico, así como un suceso anterior de acoso sexual o de estrés

post-traumático. Para una adecuada evaluación es conveniente el video EEG que puede evidenciar los eventos epilépticos o no epilépticos¹⁹. El tratamiento es muy difícil, involucrando un equipo multidisciplinario para atención al paciente y a la familia. Evaluaciones funcionales y emocionales con protocolos clínicos específicos deben ser elaboradas²⁰. El pronóstico se hace más favorable en niños y adolescentes, en comparación con estudios en adultos, 81% de un grupo de 18 niños y adolescentes y 40% de un grupo de 20 adultos estaban libres de crisis 3 años después del diagnóstico²¹.

Conflicto de intereses: Ninguno para declarar.

Bibliografía

1. 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.
2. Chadwick D, Smith D. The misdiagnosis of epilepsy. *BMJ* 2002; 324: 495-6.
3. Benbadis SR, Allen Hauser W. An estimate of the prevalence of psychogenic non-epileptic seizures. *Seizure* 2000; 9: 280-1.
4. Scheepers B, Clough P, Pickles C. The misdiagnosis of epilepsy: findings of a population study. *Seizure* 1998; 7: 403-6.
5. Hindley D, Ali A, Robson C. Diagnoses made in a secondary care "fits, faints, and funny turns" clinic. *Arch Dis Child* 2006; 91: 214-8.
6. Kotagal P, Costa M, Wyllie E, Wolgamuth B. Paroxysmal nonepileptic events in children and adolescents. *Pediatrics* 2002; 110: e46.
7. LaFrance WC Jr., Alper K, Babcock D, et al. Nonepileptic seizures treatment workshop summary. *Epilepsy Behav* 2006; 8: 451-61.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV), 4 ed. Washington DC: APA; 1994.
9. Lombroso CT, Lerman P. Breathholding spells (cyanotic and pallid infantile syncope). *Pediatrics* 1967; 39: 563-81.
10. Donma MM. Clinical efficacy of piracetam in treatment of breath-holding spells. *Pediatr Neurol* 1998; 18: 41-5.
11. Antoniuk SA. Síncope en la infancia y adolescencia. *Medicina (B Aires)* 2007; 67: 639-46.
12. Massin MM, Bourguignon A, Coremans C, Comte L, Lepage P, Gerard P. Syncope in pediatric patients presenting to an emergency department. *J Pediatr* 2004; 145: 223-8.
13. Mahowald MW, Rosen GM. Parasomnias in children. *Pediatrician* 1990; 17: 21-31.
14. Duchowny MS, Deray MJ, Papazian O. Narcolepsy-cataplexy and gelastic-tonic seizures. *Neurology* 1985; 35: 775-6.
15. Rickards H. Tics and fits. The current status of Gilles de la Tourette syndrome and its relationship with epilepsy. *Seizure* 1995; 4: 259-66.
16. Gottlob I, Wizov SS, Reinecke RD. Spasmus nutans. A long-term follow-up. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 1995; 36: 2768-71.
17. Vanasse M, Bedard P, Andermann F. Shuddering attacks in children: an early clinical manifestation of essential tremor. *Neurology* 1976; 26: 1027-30.
18. De Paola L, Silvado C, Mader MJ, Minhoto GR, Werneck LC. Clinical features of Psychogenic Nonepileptic Seizures (PNES): analysis of a Brazilian series. *J Epilepsy Clin Neurophysiol* 2006; 12: 37-40.
19. De Paola L, Silvado C, Mader MJ, Crippa A. Psychogenic nonepileptic seizures: an overview. *J Epilepsy Clin Neurophysiol* 2007; 13: 7-9.
20. Salpekar JA, Plioplys S, Siddarth P, et al. Pediatric psychogenic nonepileptic seizures: a study of assessment tools. *Epilepsy Behav* 2010; 17: 50-5.
21. Wyllie E, Friedman D, Luders H, Morris H, Rothner D, Turnbull J. Outcome of psychogenic seizures in children and adolescents compared with adults. *Neurology* 1991; 41: 742-4.