

Carlos Amo¹
Nélida Elices¹
David Huertas¹

Diagnóstico diferencial mediante EEG entre cuadro disociativo y estatus epiléptico no convulsivo

¹Servicio de Psiquiatría
Hospital Universitario de Guadalajara

Introducción. El estatus epiléptico no convulsivo (EENC) incluye diferentes formas clínicas, desde una mínima confusión hasta alteraciones complejas del comportamiento, la psicosis o el coma. Por ello a veces el paciente puede ser mal diagnosticado y etiquetado como psiquiátrico.

Caso clínico. Consciente y desorientada en el tiempo, episodios de desconexión, lentitud generalizada, bradipsiquía, lenguaje entrecortado y con lentitud en las respuestas. Se planteó el diagnóstico diferencial entre estado disociativo y EENC. Tanto la exploración física general como la neurológica fueron normales. El TC craneal fue normal. Sólo el EEG aportó el dato definitivo al presentar descargas de punta-onda generalizadas entre 2-3 Hz y desincronización del trazado de base.

Conclusiones. El diagnóstico de EENC requiere la disponibilidad de EEG. A menudo se presentan pacientes en la frontera entre la patología médica y los trastornos mentales, la observación de la evolución y una actitud abierta por parte de los profesionales es necesaria para un correcto diagnóstico y tratamiento.

Palabras clave (MeSH):
Diagnóstico diferencial, Electroencefalograma, Estados disociativos, Estatus epiléptico no convulsivo

Actas Esp Psiquiatr 2012;40(2):93-6

Differential diagnosis by EEG of dissociative status versus nonconvulsive status epilepticus

Introduction. Nonconvulsive status epilepticus (NCSE) has different clinical presentations, from minimal confusion to bizarre behavioral manifestations, psychosis or coma. As a result, patients can sometimes be misdiagnosed and labeled as psychiatric cases.

Correspondencia:
Carlos Amo Usanos
Servicio de Psiquiatría
Hospital Universitario de Guadalajara
C/ Donante de sangre S/N
19002 Guadalajara
Teléfono 949-209-200
Correo electrónico: caumsz@yahoo.es

Clinical case. The patient was alert and disoriented in time, with disconnection episodes, generalized slowness, slow mental response, faltering language and slow answers. A differential diagnosis between dissociative status and NCSE was proposed. The physical and neurological examinations were normal. The cranial CT scan findings were normal. Only the EEG provided the definitive diagnostic data, consisting of generalized spike and wave discharges of 2-3 Hz against a desynchronized background.

Conclusions. Diagnosis of NCSE requires the availability of an EEG. Often patients are on the border between medical conditions and mental disorders. Observation of the disease evolution and an open-minded attitude of physicians are necessary for the correct diagnosis and treatment.

Key words (MeSH):
Differential Diagnosis, Dissociative Disorders, Electroencephalogram, Non-Convulsive Status Epilepticus

INTRODUCCIÓN

El estatus epiléptico no convulsivo (EENC) es un término que incluye un gran número de diferentes condiciones clínicas y que tienen como denominador común un prolongado estado de alteración mental debido a una subyacente actividad bioeléctrica cerebral (ABC) epileptiforme crítica. Su pronóstico depende de la etiología y la presentación clínica varía desde una mínima confusión hasta alteraciones complejas del comportamiento, estados psicóticos o el coma. Por ello a veces su diagnóstico puede ser erróneo y si no pensamos en el EENC, el paciente puede ser mal diagnosticado y terminar etiquetado como paciente psiquiátrico¹.

En este caso clínico, las características clínicas motivaron la derivación a psiquiatría debido a que no se tuvo en cuenta entre las posibilidades diagnósticas el EENC.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

La dificultad de este caso radica principalmente en que la paciente no podía aportar información dado su estado clínico, no traía informes previos y no se disponía de su historia clínica en el

servicio de urgencias. Estaba acompañada de su madre que tampoco recordaba con precisión los antecedentes de la paciente.

Historia clínica realizada en urgencias

Motivo de consulta

Paciente desconectada de su entorno en las últimas 24 horas.

Antecedentes personales

- **Médicos.** No reacciones alérgicas a medicamentos, ooforectomía ovárica. Episodio de "convulsión" hace 15 años descrito como unos temblores generalizados de breve duración y desconexión hace siete años que describe como "bloqueo similar al de hoy".
- **Psiquiátricos.** Síndrome ansioso depresivo hace 8 años con crisis de ansiedad nocturnas. Tratamiento actual con Bromazepam 1,5 mg (0-0-1,5).
- **Filiación.** Mujer de 45 años, divorciada hace un año y medio, tiene dos hijos (varón de 17 años y niña de 12 años). Vive sola con sus hijos, Trabaja de auxiliar de geriatría.

Enfermedad actual

En las últimas 2-3 semanas la paciente presenta episodios de desconexión que son más frecuentes en los últimos días. Durante las últimas 24 horas la paciente se encuentra continuamente desconectada con lentitud generalizada y mutismo.

Exploración física

Sin hallazgos significativos en la exploración física general.

Exploración neurológica: Consciente y orientada en espacio y persona, desorientada en el tiempo. Pupilas isocóricas y normorreactivas, con mirada perdida sin movimientos anómalos, pares craneales sin alteraciones, fuerza 5/5 en 4 extremidades, ROTs 2/3 simétricos, reflejo cutáneo-plantar flexor, sensibilidad normal. Pruebas cerebelosas normales. Romberg y marcha sin alteraciones. Bradipsíquica, con bradilalia, lenguaje entrecortado y con lentitud en las respuestas, obedece órdenes sencillas. No se han presenciado movimientos convulsivos en ninguna ocasión.

Juicio diagnóstico

No se objetiva focalidad neurológica. Probable cuadro conversivo o estado disociativo, pasa a valoración por psiquiatría.

Valoración en urgencias de psiquiatría

Enfermedad actual

(se reinterroga a la madre de la paciente): Según la madre, hace 15 años, la tarde anterior al episodio de temblores, "estuvo idéntica a hoy", refiriéndose a la clínica de desconexión y bloqueo mental. Los familiares han notado empeoramiento del estado de ánimo en el último año, congruente con su separación matrimonial y sus consecuencias sociales y económicas.

Exploración psicopatológica

Consciente, desorientada en el tiempo. Mutista, mirada perpleja, la entrevista es imposible de realizar, es incapaz de responder a las preguntas básicas existiendo latencia en sus respuestas a lo largo de sus frases, también tiene bloqueo del lenguaje: A la pregunta "¿cuántos hijos tiene?" responde "dos", y a la pregunta "¿cuántos años tienen sus hijos?", también responde "dos".

Juicio diagnóstico

Se planteó el siguiente diagnóstico diferencial entre crisis parcial compleja (EENC), cuadro disociativo/conversivo, episodio psicótico agudo y episodio depresivo con síntomas psicóticos.

Como primera opción diagnóstica ante la sospecha clínica de EENC, se consideró necesario realizar EEG y completar el estudio orgánico con pruebas analíticas y de neuroimagen, aunque la presentación clínica también orientaba a un cuadro disociativo o psicótico².

Decisión conjunta Neurología y Psiquiatría

Se decidió el ingreso en el servicio de observación de urgencias conjuntamente por parte de medicina interna y psiquiatría para completar el estudio y ver la evolución clínica. Paradójicamente al ingreso el juicio diagnóstico de medicina interna es probable cuadro disociativo/conversivo, y el de psiquiatría es probable estatus epiléptico no convulsivo.

Se realizó una TC sin contraste de urgencia que fue informada como normal.

Durante el registro EEG, la paciente está consciente, pero confusa, respondiendo ocasionalmente de forma incoherente. Finalmente el EEG es informado como: Estudio EEG muy patológico compatible con estatus eléctrico no convulsivo. Descargas de punta-onda entre 2-3 Hz y hasta 5 segundos de duración separados por periodos de atenua-

ción y desincronización del trazado de base, observándose en alguno de estos periodos actividad rítmica entre 5-6 Hz de baja amplitud.

Dado el diagnóstico EEG se procedió al ingreso de la paciente en la planta de neurología.

Ingreso en Neurología

Juicio clínico: Estatus epiléptico no convulsivo.

- Tratamiento: Topiramato 100 mg/12h y Levetiracetam 1000 mg en bolo IV y después 1000 mg/12h IV, evolucionando las siguientes horas hacia una mejoría prácticamente completa y sin episodios clínicos ni de desconexión que sugieran crisis.
- Al día siguiente del ingreso se repite el EEG: Estudio patológico que muestra sobre una actividad cerebral dentro de límites normales, una actividad epileptiforme generalizada con posible inicio medio-temporal izquierdo de moderada persistencia.

Una vez revisada la historia clínica completa y reintroducida la paciente cuando ya ha remitido completamente el cuadro de EENC, se obtiene la siguiente información: Hace 8 años acude a psiquiatría por crisis de ansiedad nocturnas, 6 meses después es traída a urgencias por una pérdida de conciencia con movimientos tónico-clónicos en MMII, los dos días previos la paciente está ausente, aislada, mutista, no parece seguir las conversaciones. El EEG (Trastorno paroxístico muy activo de origen focal fronto-temporal derecho, con generalización muy frecuente), diagnostica de epilepsia del lóbulo temporal y trastorno ansioso depresivo y se trata con Bromazepam 1,5 (1-0-0) y Topiramato 150 (1-0-1). No ha tenido crisis en los últimos 7 años.

En el episodio actual, las crisis de desconexión han sido más frecuentes a pesar del buen cumplimiento terapéutico. Un dato importante es que en estos últimos días, la paciente ha tomado antibiótico y expectorantes pautados por su Médico de Cabecera por cuadro de infección de vías respiratorias altas.

La paciente es dada de alta después de 3 días de ingreso, con remisión completa de los síntomas y con tratamiento de Levetiracetam, 1000 mg (1-0-1) y Topiramato (100-0-150). En la revisión en consultas de neurología 3 meses después, la paciente está eutímica y continúa sin crisis. En el EEG no se observa actividad epileptiforme.

DISCUSIÓN

Se trata de una paciente epiléptica que sufre una descompensación clínica. La causa más probable de la descompensación de la epilepsia de la paciente, a pesar del buen

cumplimiento terapéutico, pudo ser la administración de antibióticos ya que estos disminuyen el umbral convulsivógeno cerebral y pueden ser causa de EENC[3]. Hay varios datos congruentes con la clínica de EENC, como el inicio que puede ser brusco o gradual, la duración que va desde los treinta minutos hasta días o meses y la fluctuación de los síntomas que hace variar el grado de deterioro, dificultando el diagnóstico. Además, la presentación clínica con síntomas psiquiátricos provoca que muchos EENC sean mal diagnosticados y se retrase el correcto manejo clínico⁴. Entre las manifestaciones psiquiátricas del EENC pueden aparecer: falta de atención, desorientación, confusión, alteraciones del humor, ceguera cortical, trastornos del lenguaje, ecolalia, confabulación, comportamientos extraños (risa, canto o baile inapropiados), estados psicóticos, alteraciones autonómicas, alteraciones sensoriales y coma¹. Se podría hacer también el diagnóstico diferencial con los estatus epilépticos afectivos (*affective focal status epilepticus*), en los que el paciente puede presentar como única manifestación clínica, miedo, tristeza, alegría o enfado⁵.

CONCLUSIONES

El diagnóstico de EENC requiere la disponibilidad de EEG⁶, aunque las historias médica, neurológica, psiquiátrica, familiar, social y farmacológica son importantes en el diagnóstico. NCSE sirve como modelo para definir el ámbito de la neuropsiquiatría, ya que dada su presentación clínica tan variable, si no se incluye en el diagnóstico diferencial inicial puede ser malinterpretada como una situación de origen psiquiátrico y retrasar su correcto tratamiento.

A menudo en la práctica clínica se nos presentan pacientes que están en la frontera entre las especialidades médicas y los trastornos mentales, tendiendo a presentar constantes derivaciones desde el ámbito médico al psiquiátrico y viceversa. La observación de la evolución y una actitud abierta por parte de los profesionales de ambas especialidades son necesarias para un correcto diagnóstico y tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Riggio S. Psychiatric manifestations of nonconvulsive status epilepticus. Mt Sinai J Med. 2006 Nov;73(7):960-6.
2. García-Valdecasas Campos J, Herreros Rodríguez O, Vispe Astola A, Gracia Marco R. Based on one case of dissociative disorder: a conceptual review. Actas Esp Psiquiatr. 2004 Mar-Apr;32(2):123-6.
3. Fernández-Torre JL, Gutiérrez-Pérez R, Velasco-Zarzosa M. Non-convulsive status epilepticus [Spanish]. Rev Neurol. 2003;37(8):744-52.
4. Kaplan PW. Assessing the outcomes in patients with nonconvulsive status epilepticus: nonconvulsive status epilepticus is underdiagnosed, potentially overtreated, and confounded by

- comorbidity. *J Clin Neurophysiol.* 1999 Jul;16(4):341-52.
5. Brigo F, Ferlisi M, Fiaschi A, Bongiovanni LG. Fear as the only clinical expression of affective focal status epilepticus. *Epilepsy Behav.* 2011 Jan;20(1):107-10.
 6. Bearden S, Eisenschenk S, Uthman B. Diagnosis of nonconvulsive status epilepticus (NCSE) in adults with altered mental status: clinico-electroencephalographic considerations. *Am J Electroneurodiagnostic Technol.* 2008 Mar;48(1):11-37.