

Roberto Sánchez-González¹
Ana C. Sierra-Acín²
Juan L. Becerra-Cuñat³
Luis Pintor-Pérez⁴

Crisis No Epilépticas Psicógenas: a propósito de un caso

¹Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría
Parc de Salut Mar
Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions
Centres Assistencials Emili Mira
Sta. Coloma de Gramenet (Barcelona)

²Psiquiatra. Hospital Miguel Servet
Sector II (Zaragoza)

³Neurólogo. Servicio de Neurología
Hospital Germans Trias i Pujol
Badalona (Barcelona)

⁴Psiquiatra
Instituto Clínico de Psiquiatría y Psicología
Hospital Clínico y Provincial (Barcelona)

Las crisis no epilépticas psicógenas (CNEP) son episodios paroxísticos de alteración conductual, que superficialmente parecen crisis epilépticas verdaderas, pero sin los cambios electroencefalográficos esperables ni la asociación a disfunción del sistema nervioso central. Suponen entre un 17 y un 30% de la población atendida en unidades de epilepsia de hospitales de tercer nivel para evaluación de crisis refractarias al tratamiento farmacológico. Estas crisis comprenden la mayoría de eventos paroxísticos no epilépticos y diversos estudios han encontrado una alta prevalencia a lo largo de la vida de múltiples trastornos psiquiátricos, incluso se ha observado la presencia simultánea de 2 o más diagnósticos psiquiátricos en el 70% de los pacientes. Ante la evidencia de ausencia de crisis epilépticas verdaderas, el primer paso es suprimir lentamente el tratamiento anticonvulsivo. Posteriormente se debe iniciar un adecuado tratamiento psicofarmacológico en relación con las alteraciones psicopatológicas que muestre el paciente. Es preciso identificar las diversas variables emocionales y psicológicas que pueden estar incidiendo en la aparición y perpetuación de las CNEP y abordarlas mediante tratamiento psicológico.

El objetivo de presentar este caso clínico es el de plantear las dificultades que suele entrañar el diagnóstico diferencial entre epilepsia y CNEP, destacando la gran importancia del abordaje conjunto, neurológico y psiquiátrico, en el tratamiento de estos cuadros.

Palabras clave:

Crisis no epilépticas psicógenas, diagnóstico diferencial, comorbilidad, trastornos psiquiátricos, variables psicológicas.

Actas Esp Psiquiatr 2011;39(3):191-5

Correspondencia:

Roberto Sánchez González
Servicio de Psiquiatría
Parc de Salut Mar – Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions
Centres Assistencials Emili Mira
C/ Prat de la Riba, 171
Sta. Coloma de Gramenet (Barcelona). C.P.: 08921
Tel.: 934628900 Fax: 933923085
Correo electrónico: 39639rsg@comb.cat

Psychogenic Non-Epileptic Seizures: a case report

Psychogenic Non-Epileptic Seizures (PNES) are paroxysmal episodes of altered behavior that superficially resemble epileptic seizures but lack both the expected electroencephalographical epileptic changes and the association to dysfunction of central nervous system. They account for 17 to 30% of the population admitted to epilepsy units of tertiary hospitals for evaluation of seizures refractory to the pharmacological treatment. These episodes include most of the paroxysmal non-epileptic events and diverse studies have found a high prevalence of multiple psychiatric disorders during the lifetime. The simultaneous presence of 2 or more psychiatric disorders has even been observed in 70% of the patients. When there is evidence on the absence of real epileptic seizures, the first step is to slowly suppress the antiepileptic treatment. After, adequate psychopharmacological treatment should be initiated in relationship with the psychopathological state of the patient. The different emotional and psychological variables that may be affecting the appearance and perpetuation of PNES must be identified and then resolved with psychological treatment.

The aim of the present case report is to present the difficulties of differential diagnosis between epilepsy and PNES, emphasizing the great importance of both neurological and psychiatric management in the treatment of these clinical symptoms.

Key words:

Psychogenic non-epileptic seizures, differential diagnosis, co-existence, psychiatric disorders, psychological variables.

INTRODUCCIÓN

Las crisis no epilépticas psicógenas (CNEP) son episodios paroxísticos de alteración conductual, que superficialmente parecen crisis epilépticas verdaderas, pero sin los cambios electroencefalográficos esperables ni la asociación a disfunción del sistema nervioso central¹.

Las CNEP suponen entre un 17 y un 30% de la población atendida en unidades de epilepsia de hospitales de tercer nivel para evaluación de crisis refractarias al tratamiento farmacológico^{2,3}, con una prevalencia estimada comprendida entre 1/50.000 y 1/3.000⁴. Por otra parte, se ha observado que el 10,7% de los pacientes con CNEP muestran también crisis epilépticas^{5,6}.

Estas crisis comprenden la mayoría de eventos paroxísticos no epilépticos y diversos estudios han encontrado una alta prevalencia a lo largo de la vida de múltiples trastornos psiquiátricos, incluso se ha observado la presencia simultánea de 2 o más diagnósticos psiquiátricos en el 70% de los pacientes⁷⁻¹¹. Los trastornos del estado de ánimo llegan al 64%, los trastornos por abuso de sustancias al 42%, el trastorno por estrés postraumático (TEPT) al 49%, otros trastornos de ansiedad alcanzan el 47%, y los trastornos disociativos aparecen en el 91% de estos pacientes en estudios aislados⁷. Según los estudios, la presencia de trastornos de la personalidad en los pacientes con CNEP oscila entre el 30% y el 50%. Los más frecuentes son el trastorno límite de la personalidad y el histriónico^{7,9}.

El objetivo de presentar este caso clínico es el de plantear las dificultades que suele entrañar el diagnóstico diferencial entre epilepsia y CNEP, destacando la gran importancia del abordaje conjunto, neurológico y psiquiátrico, en el tratamiento de estos cuadros.

CASO CLÍNICO

Anamnesis

Motivo de ingreso

Mujer de 54 años de edad que ingresa en el Servicio de Neurología, debido a movimientos anormales de extremidades que han persistido tras varias horas de tratamiento y observación en el área de Urgencias.

Antecedentes personales médicos

Meningitis bacteriana en el contexto de otitis media en la infancia.

Epilepsia focal posiblemente temporal criptogénica en forma de crisis automotoras y crisis dialépticas desde la infancia, en tratamiento con Fenobarbital 150 mg/día, Diazepam 15 mg/día y Levetiracetam 2500 mg/día. Pruebas complementarias: RMN cerebral y electroencefalograma intercrítico, normales. Frecuencia de las crisis: una cada 2-3 meses. Sigue controles en Consultas Externas de Neurología.

Diagnosticada hace un año de aplasia medular, sin criterios de gravedad, de probable origen farmacológico. Por ello realiza tratamiento con Ciclosporina 350 mg/día y controles hematológicos correspondientes.

Sin otros antecedentes médico-quirúrgicos, psiquiátricos ni toxicológicos de interés.

Antecedentes personales biográficos y sociolaborales

Es la menor de dos hermanos. Embarazo y parto sin complicaciones, desarrollo psicomotor dentro de la normalidad. Cursó los estudios básicos sin dificultad y bien adaptada en el ámbito escolar. Casada y con una hija de 28 años, se dedica a las tareas del hogar y es la cuidadora principal de su suegra de 91 años.

Antecedentes familiares

Su hermano mayor está afecto de esquizofrenia paranoide. Ausencia de otros antecedentes familiares psiquiátricos o somáticos de interés.

Enfermedad actual

La paciente consultó por fenómenos motrices paroxísticos de varios días de evolución. Eran movimientos de la cabeza y de las extremidades superiores, irregulares, no sincronizados, en diferentes direcciones, de duración superior a 5 minutos, de gran amplitud y que se acentuaban al mantener determinadas posturas.

No se acompañaban de pérdida de conciencia, relajación de esfínteres ni de focalidad neurológica posterior. Estos episodios eran totalmente diferentes a las crisis de desconexión del medio con automatismos que había presentado con anterioridad.

En el servicio de Urgencias el temblor cedió con la administración de Diazepam endovenoso pero a las pocas horas se volvió a repetir, por lo que se decidió proceder a ingreso en planta para optimización del control farmacológico y realización de las exploraciones complementarias pertinentes.

Pruebas complementarias

- Analítica general: leucocitos 2100x10⁹/L; hematocrito 33,2%; VCM 94,3fl; plaquetas 33 x10⁹/L. Bioquímica y perfil iónico sin alteraciones significativas.

- TAC craneal y cervical con contraste dentro de la normalidad.
- Video-EEG prolongado con protocolo de inducción: durante el registro y según el protocolo, aparecieron los movimientos anormales evidenciados con anterioridad. En el trazado EEG se evidenciaba una actividad de fondo beta generalizada con periodos de actividad de fondo alfa sin asimetrías apreciables. No se objetivan alteraciones electroencefalográficas de naturaleza comicial.

Evolución

Ante la normalidad de las diferentes exploraciones, se descarta que los episodios que motivan el ingreso sean de origen comicial. Por ello, tras el reajuste de la pauta farmacológica anticomicial, se decide realizar una interconsulta con psiquiatría.

Se realizan varias entrevistas en las que no se objetivan alteraciones psicopatológicas significativas, se muestra colaboradora y con buena predisposición para explicar lo que le sucede. El discurso es fluido y coherente, sin alteraciones en el curso, forma ni contenido del pensamiento. El estado de ánimo es eutímico. No se objetivan síntomas en la esfera psicótica. Insomnio de conciliación que mejora con dosis bajas de hipnótico. Explica que se siente muy sobrecargada por el cuidado de su suegra y de recibir poca ayuda por parte de su marido, con el que la comunicación no es muy buena. Siempre lo ha dado todo por los demás y éstos no le responden de la misma forma. Refiere sentirse incómoda ante su situación actual de cierta indefensión y de tener que ser cuidada por los demás.

Finalmente, la paciente fue diagnosticada según el DSM-IV de Trastorno de Conversión con crisis y convulsiones [300.11.5]¹². Teniendo en cuenta cuatro aspectos fundamentales: 1) los síntomas no se producen de modo intencionado ni están bajo el control voluntario, a diferencia de lo que ocurre en los trastornos facticios y en la simulación; 2) relación temporal entre la existencia de un factor psicosocial estresante y la aparición de los síntomas; 3) todas las exploraciones complementarias realizadas fueron normales y 4) a diferencia del trastorno de somatización, el curso es más agudo y la variabilidad sintomática es menor. Este cuadro se incluye dentro del grupo de los Trastornos Somatomorfos, y sus criterios diagnósticos se exponen en la Tabla 1.

Se le comunica que la ausencia de causa comicial que justifique el cuadro, apunta hacia una etiología psiquiátrica de las crisis. En el momento del alta (tras dos semanas de ingreso), la paciente se muestra asintomática y no requiere tratamiento psicofarmacológico. Hasta la fecha, ha seguido controles en consultas externas de Neurología y Psiquiatría, sin presentar nuevos episodios.

Tabla 1

Criterios DSM-IV para el diagnóstico de Trastorno de Conversión [300.11]¹²

- A. Uno o más síntomas o déficit que afectan las funciones motoras voluntarias o sensoriales y que sugieren una enfermedad neurológica o médica.
 - B. Se considera que los factores psicológicos están asociados al síntoma o al déficit debido a que el inicio o la exacerbación del cuadro vienen precedidos por conflictos u otros desencadenantes.
 - C. El síntoma o déficit no está producido intencionadamente y no es simulado (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno facticio o en la simulación).
 - D. Tras un examen clínico adecuado, el síntoma o déficit no se explica por la presencia de una enfermedad médica, por los efectos directos de una sustancia o por un comportamiento o experiencia culturalmente normales.
 - E. El síntoma o déficit provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto, o requieren atención médica.
 - F. El síntoma o déficit no se limita a dolor o a disfunción sexual, no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno de somatización y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.
- Especificar el tipo de síntoma o déficit:
- .4 Con síntoma o déficit motor
 - .5 Con crisis y convulsiones
 - .6 Con síntoma o déficit sensorial
 - .7 De presentación mixta

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Pese a que se han intentado hallar marcadores biológicos específicos que permitan diferenciar las crisis epilépticas verdaderas de las CNEP¹³⁻¹⁵, la exploración clínica (véase Tabla 2) y el estudio con vídeo EEG durante las crisis¹⁶ siguen siendo de capital importancia para establecer un correcto diagnóstico diferencial¹. Aún así, en la mayoría de los casos las CNEP suelen ser extremadamente difíciles de distinguir de las crisis epilépticas, incluso para los observadores más entrenados.

Una vez realizado el diagnóstico de forma certera, debe ser expuesto al paciente. Es beneficioso programar una sesión informativa, explicando el diagnóstico diferencial, la base psicógena de las crisis y las alternativas terapéuticas^{17, 18}.

Ante la evidencia de ausencia de crisis epilépticas verdaderas, el primer paso es suprimir lentamente el tratamiento anticomicial. Posteriormente se debe iniciar un adecuado tratamiento psicofarmacológico en relación con las alteraciones psicopatológicas detectadas.

Tabla 2 Aspectos clínicos diferenciales entre crisis epilépticas y crisis no epilépticas psicógenas (CNEP)¹

CARACTERÍSTICAS	CNEP	CRISIS EPILEPTICA
Estereotipia Crisis	Puede ser variable	Normalmente Estereotipada
Duración	Puede ser prolongada	Breve
Variación Diurna	De día	Nocturna o Diurna
Daños Físicos	Raros	Pueden suceder en crisis TC
Mordedura Lengua	Rara	Puede suceder en crisis TC
Incontinencia Urinaria	Rara	Habitual
Actividad Motora	Prolongada, Incoordinada	Automatismos o crisis TC coordinadas
Cianosis	No	Frecuente
Confusión Postictal	Rara	Frecuente
Signos NRL. Alteración Reflejos	No	Frecuente
Relación Cambios Medicación	No relación	Usualmente relacionada
EEG Interictal	Normal	Frecuentemente alterado
EEG Ictal	Normal	Alterado
Presencia Ganancia 2ª	Común	Rara
Alteraciones Psiquiátricas	Comunes	Raras

TC: Crisis Tónico-Clónicas; NRL: Neurológico; EEG: Electroencefalograma

Es preciso identificar las diversas variables emocionales y psicológicas (rasgos de personalidad, estilo de afrontamiento y de relación interpersonal, dinámica familiar, etc.) que pueden estar incidiendo en la aparición y perpetuación de las CNEP y abordarlas mediante tratamiento psicológico personalizado. Según el caso, pueden ser necesarias diversas técnicas, desde cognitivo-conductuales hasta sistémicas o dinámicas.

El interés de un abordaje diagnóstico y terapéutico precoz, reside en que así se evitaría el empeoramiento clínico progresivo, que se plasma en la alta incidencia de pacientes con incapacidad para la actividad laboral y la elevada comorbilidad de trastornos psiquiátricos, incluyendo los trastornos de la personalidad⁷. Además el retraso en el diagnóstico del tipo de crisis (entre 8 y 9 años según las series^{9,19}) y su correcto tratamiento implica la cronificación del trastorno y un elevado coste para la sanidad debido al gran número de ingresos que realizan los pacientes en los Servicios de Neurología⁹.

Se puede concluir que los pacientes con CNEP de tipo conversivo son una población clínicamente grave, de difícil diagnóstico y, por tanto, con una larga evolución hasta el inicio de un tratamiento, lo que ocasiona importantes alteraciones en su salud mental y en los estándares principales que marcan una aceptable calidad de vida. La colaboración

conjunta entre psiquiatras y neurólogos es de gran importancia de cara a conseguir una evolución favorable de estos pacientes y evitar la iatrogenia farmacológica.

BIBLIOGRAFÍA

- Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM, Jankovic J. Neurology in clinical practice (principles of diagnosis and management). 4ª ed. Philadelphia: Butterworth Heinemann, 2004; p. 19-20, 1971-2.
- Krahn LE, Reese MM, Rummans TA, Peterson GC, Suman VJ, Sharbrough FW, Cascino, G.D. Health care utilization of patients with psychogenic nonepileptic seizures. *Psychosomatics* 1997;38:535-42.
- Lesser RP. Psychogenic seizures. *Neurology* 1996;46:1499-507.
- Benbadis SR, Allen Hauser W. An estimate of the prevalence of psychogenic non-epileptic seizures. *Seizure* 2000;9(4):280-1.
- Lancman ME, Brotherton TA, Asconape, JJ, et al. Psychogenic seizures in adults: a longitudinal study. *Seizure* 1993;2: 281-6.
- Ramsay RE, Cohen A, Brown MC. Coexisting epilepsy and non-epileptic seizures. En: Rowan AJ, Gates JR, editores. *Non-epileptic seizures*. Boston: Butterworth-Heinemann, 1993; p. 47-54.
- Bowman ES, Markand ON. Psychodynamics and psychiatric diagnoses of pseudoseizure subjects. *Am J Psychiatry* 1996;153:57-63.
- Pintor L, Pérez G, Torres X, Araya S, Arroyo S, Baillès E, et al. Trastornos psiquiátricos, personalidad y experiencias traumáticas en pacientes con crisis no epilépticas conversivas. *Actas Esp Psiquiatr* 2002;30(4):233-9.
- Baillès E, Pintor L, Torres X, Fernández-Egea E, De Pablo J, Arroyo

- S. Patología psiquiátrica en pacientes con crisis no epilépticas psicógenas derivados a una unidad de epilepsia en un hospital general. *Actas Esp Psiquiatr* 2004;32(2):76-81.
10. D'Alessio L, Giagante B, Oddo S, Silva W, Solís P, Consalvo D, et al. Psychiatric disorders in patients with psychogenic non-epileptic seizures, with and without comorbid epilepsy. *Seizure* 2006;15:333-9.
 11. Marchetti RL, Kurcgant D, Gallucci J, Von Bismark MA, Beccaro L, Arno L. Psychiatric diagnoses of patients with psychogenic non-epileptic seizures. *Seizure* 2008;17:247-53.
 12. American Psychiatry Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington, 1994. Edición española: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). Barcelona: Masson, 1994.
 13. Chen DK, So YT, Fisher RS. Use of serum prolactin in diagnosing epileptic seizures. Report of the Therapeutics and Technology Assessment Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2005;65:668-75.
 14. Locke DE, Berry DT, Fakhoury TA, Schmitt FA. Relationship of indicators of neuropathology, psychopathology, and effort to neuropsychological results in patients with epilepsy or psychogenic non-epileptic seizures. *J Clin Exp Neuropsychol* 2006 Apr;28(3):325-40.
 15. Cupello A, Audenino D, Scarrone S, Fornaro M, Gatta E, Fornaro P, et al. Epileptic seizures but not pseudoseizures are associated with decreased density of the serotonin transporter in blood platelet membranes. *Neurochem Res* 2008 Nov;33(11):2263-8.
 16. Villanueva-Gómez F. Descripción video-EEG de crisis paroxísticas no epilépticas. *Rev Neurol* 2000;30:9-10.
 17. Rusch MD, Morris GL, Allen L, Lathrop L. Psychological treatment of nonepileptic events. *Epilepsy Behav* 2001 Jun;2(3):277-83.
 18. Shen W, Bowman ES, Markand ON. Presenting the diagnosis of pseudoseizure. *Neurology* 1990;40:756-9.
 19. Ettinger AB, Devinsky O, Weisbrot DM, Ramakrishna RK, Goyal A. A comprehensive profile of clinical, psychiatric, and psychosocial characteristics of patients with psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsia* 1999;40(9):1292-8.