

## Tipos de crisis epilépticas y pseudocrisis

*Diferencial characteristics of epileptic seizure and pseudoseizures*

M. I. Forcadas Berdusán

*Profesora titular y Jefe de Sección  
Cátedra y Servicio de Neurología  
Hospital de Cruces. Barakaldo. Bizkaia*

### Introducción

Las epilepsias son una de las principales enfermedades neurológicas crónicas. La enfermedad epiléptica se define según la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la repetición crónica de crisis epilépticas. Una crisis epiléptica es un síntoma y si es única no define una epilepsia.

La crisis epiléptica es el resultado clínico de una descarga brusca, anormal por su intensidad e hipersincronía, de un agregado neuronal del cerebro. Existe una Clasificación Internacional de las crisis epilépticas (tabla 1). Las epilepsias pueden cursar con crisis diferentes en el mismo paciente y cualquier tipo de crisis focal puede secundariamente generalizarse (1).

### Crisis epiléptica generalizada (convulsiva o no convulsiva)

Es aquella en la que el primer síntoma se produce por afectación de ambos hemisferios cerebrales, por lo que la pérdida de consciencia se produce desde el primer instante. Las manifestaciones motoras, si las hay, afectan a las cuatro extremidades. La descarga en el EEG es bilateral sincrónica y simétrica.

Las crisis generalizadas convulsivas pueden ser tónicas, clónicas o más frecuentemente tónico-clónicas. Estas últimas comienzan con una contracción tónica en flexión o extensión, durante la cual el enfermo puede emitir un grito por espasmo de la laringe. Durante la fase tónica hay una apnea y aparece cianosis. La fase clónica comienza con sacudidas

breves y poco amplias que progresivamente aumentan en amplitud y disminuyen en frecuencia. La respiración es estertorosa y el paciente puede morderse la mejilla o la lengua y/o orinarse, aunque estos últimos acontecimientos pueden ocurrir también en otros tipos de crisis no epilépticas. La duración total de la crisis no suele ser mayor de uno o dos minutos. Un vez finalizada la crisis el paciente queda estuporoso y puede dormirse.

Posteriormente tiene una amnesia de lo ocurrido y se encuentra muy cansado.

Las mioclonías o clonias epilépticas son sacudidas musculares breves, de un solo músculo o de varios que ocurren aisladas o en salvas, de manera espontánea o provocadas por estímulos sensitivos o senso-

riales (como la estimulación luminosa intermitente).

Las crisis generalizadas no convulsivas se denominan ausencias, las típicas tienen un comienzo y final brusco, son muy breves y durante las mismas el paciente tiene una desconexión del medio, con interrupción de la actividad, ojos fijos y párpados entornados. Son más propias de los niños en los cuales se pueden provocar fácilmente mediante la hiperventilación. En el EEG se registra una descarga de complejos punta-onda generalizados sincronos y simétricos a 3 Hz.

### Crisis epilépticas parciales o focales

Son aquellas en las que no existe pérdida de consciencia o esta es incompleta. Las manifestaciones clínicas son variadas y dependen de la región cerebral afectada. La descarga en el EEG se origina en una zona limitada del cortex cerebral. Se pueden hacer dos grandes grupos:

Las crisis parciales simples son las que cursan con síntomas sensitivos, motores, sensoriales o vegetativos sin disminución del nivel de consciencia ni automatismos complejos. El paciente sabe que es lo que le pasa durante o tras la crisis.

Las crisis parciales complejas son similares a las anteriores pero con disminución del nivel de consciencia, automatismos complejos y amnesia y/o confusión postcrítica. Este tipo de crisis tienen su origen con mucha frecuencia en el sistema temporolímbico. No hay que confundir estas crisis con las de ausencia. Con mucha frecuencia se habla de un paciente con "ausencias" cuando en realidad lo que presenta son crisis parciales complejas de origen muy probablemente en el lóbulo temporal. El error diagnóstico puede tener implicaciones en cuanto a un tratamiento incorrecto y un control inadecuado de las crisis.

Los límites entre una crisis parcial y una generalizada no son siempre estrictos. En

TABLA 1

### Clasificación internacional de las crisis epilépticas

#### 1. CRISIS PARCIALES (O FOCALES O LOCALIZADAS)

- a) Con sintomatología elemental (sin disminución de consciencia)
  - Motoras
  - Sensitivas
  - Autonómicas
  - Combinadas
- b) Con sintomatología compleja (con disminución de consciencia)
  - Sólo disminución de consciencia
  - Cognitivas
  - Afectivas
  - Psicosenoriales
  - Psicomotoras
  - Combinadas
- c) Crisis parciales secundariamente generalizadas

#### 2. CRISIS GENERALIZADAS

- Ausencias típicas y atípicas
- Mioclonías masivas
- Clónicas
- Tónicas
- Tónico-clónicas
- Atónicas

#### 3. CRISIS UNILATERALES

#### 4. CRISIS NO CLASIFICABLES

Correspondencia:  
Prof. Dra. M. I. Forcadas  
Cátedra y Servicio de Neurología  
Hospital de Cruces  
48903 Barakaldo. Bizkaia

Enviado: 15-5-2002  
Aceptado: 1-2-2003

las crisis parciales complejas la disminución del nivel de vigilancia puede ser importante, el paciente no reacciona a los estímulos ambientales durante la misma y es incapaz de recordar lo que ha sucedido en ese tiempo. En algunos casos el comienzo focal es tan breve, tanto clínica como eléctricamente, que las crisis aparentan ser generalizadas desde un principio.

En los niños las crisis pueden ser hemigerizadas. Finalmente muchas crisis son inclasificables por falta de información.

El diagnóstico diferencial entre crisis epilépticas y pseudocrisis o crisis psicógenas es un reto para el neurólogo. Se usa de forma indistinta esta denominación pues utilizar el término de crisis de naturaleza no epiléptica podría dar lugar a error con otro tipo de crisis como hipoglucemias o isquemias cerebrales transitorias.

Las crisis psicógenas se definen como episodios intermitentes que simulan crisis epilépticas pero que ocurren como resultado de un trastorno psicológico más que de un disturbio eléctrico (2).

En estos pacientes se recoge con frecuencia entre sus antecedentes abusos sexuales o físicos durante su infancia, traumatismos y tendencias suicidas. Desde el punto de vista psiquiátrico tienen más trastornos en los test de personalidad y problemas afectivos y depresivos (3).

De los pacientes remitidos a una consulta especializada de epilepsia como "refractarios al tratamiento farmacológico" un 20% aproximadamente tendrán crisis psicógenas y en un % variable según las diferentes series, pero que podríamos establecer entre un 30-33%, coincidirán crisis epilépticas y pseudocrisis.

La mayor parte de los trabajos están de acuerdo en que un diagnóstico correcto solo por la clínica se puede realizar en un 67% de los casos (4, 5, 6). En algunos pacientes la distinción resulta relativa-

**TABLA 2**  
**Características clínicas de las pseudocrisis**

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Comienzo gradual y mayor duración</li> <li>2. Fenómenos motores no coordinados y sin secuencias</li> <li>3. Ausencia de movimientos "inconsciencia" (pero resistencia a apertura de párpados, reflejos oculo-cefálico y oculo-vestibular igual que en personas conscientes)</li> <li>4. Reflejos fotomotor y corneal intactos (a pesar de descarga simpática)</li> <li>5. Llanto al terminar la crisis</li> <li>6. Fácilmente sugestionables</li> <li>7. EEG normal durante la crisis</li> </ol>
--

mente sencilla por una serie de parámetros clínicos bien definidos (tabla 2).

En otros, por ejemplo crisis frontales vs. pseudocrisis, resulta mucho más difícil y todavía puede complicarse mucho más si coinciden ambos tipos de crisis en el mismo paciente (7, 8). Es para estos casos para los que queda reservado el ingreso en una Unidad de epilepsia para un estudio mediante registro continuo Video-EEG (9). En resumen, en el diagnós-

**TABLA 3**  
**Diagnóstico de pseudocrisis. Nivel I**

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aspectos clínicos: Historia clínica detallada Descartar síncope</li> <li>2. EEG de Vigilia: Estimulación luminosa intermitente Hiperventilación Métodos de sugestión verbal</li> </ol>
--

**TABLA 4**  
**Diagnóstico de pseudocrisis. Nivel II**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente ingresado (aproximadamente 50% de casos)</li> <li>• Reducción o Supresión de medicación antiepiléptica</li> <li>• Determinación de prolactina basal y postictal (20-30 m después de la crisis)</li> <li>• Registro continuo Video EEG durante 24 ó 48 h. Es necesario registrar todos los tipos de crisis que presente el paciente</li> <li>• Valoración psiquiátrica</li> <li>• Sugestión verbal</li> </ul>
--

tico de las pseudocrisis se pueden establecer dos niveles (tabla 3, tabla 4). Estos pacientes son fácilmente sugestionables, por lo que es relativamente fácil provocarles una crisis mediante métodos de inducción (10, 11). Sólo se considera que el test es positivo cuando la crisis provocada es idéntica a las que se presentan de manera espontánea y esto debe confirmarse enseñando el registro a un familiar o persona que conozca las crisis del paciente. Otro dato útil en el diagnóstico diferencial es la determinación de niveles de prolactina basales y postcríticos (12). Los niveles de prolactina sufren un aumento a los 20-30 m. de una crisis epiléptica y no sufren variación tras las pseudocrisis. Pueden no modificarse tras crisis muy breves o parciales simples.

La incontinencia de esfínteres, mordedura de lengua y otras lesiones consideradas en general como propias de las crisis epi-

lépticas, ocurren en un 8 -30% de las pseudocrisis (13). En estos casos suelen ser menos importantes, las graves como quemaduras o fracturas apoyan el diagnóstico de crisis epilépticas. El llanto se considera típico de las pseudocrisis (hay descritas crisis epilépticas con llanto, epilepsia dacrística, pero son muy poco frecuentes) y de un trastorno de tipo disociativo lo que podría apoyar la hipótesis de que la disociación es un mecanismo importante en las crisis psicógenas. En los pacientes con pseudocrisis que se producen lesiones hay un índice mayor de suicidios que en los epilépticos (en estos es mayor que en la población general) y requieren estudios psicológicos específicos para detectar depresiones aparentemente inexistentes.

Como se deduce de todo lo dicho es importante saber reconocer las pseudocrisis y uno de los motivos fundamentales es poder evitar iatrogenia. Las situaciones de stress emocional pueden precipitar en estos pacientes crisis repetidas en forma de estatus. El estatus psicógeno suele ser rebelde al tratamiento habitual, lo cual ocasiona ingresos no justificados en unidades de cuidados intensivos y un mayor índice de depresión respiratoria o necesidad de intubación (14). Existe un predominio en mujeres jóvenes.

El diagnóstico de pseudocrisis no siempre es bien aceptado por el paciente, debido en gran parte al desconocimiento que existe sobre este tema. Es preciso hacer una presentación cuidadosa del problema y establecer una buena relación con el paciente al que no le va a ser fácil entender su situación.

El tratamiento de las pseudocrisis es difícil y requiere una psicoterapia profunda y continuada (5). El pronóstico en cuanto al control de las crisis no siempre es bueno. Se consideran como factores de buen pronóstico el que se trate de mujeres sin epilepsia adicional, con crisis de actividad motora prominente y con capacidad de llevar una vida independiente.

**Referencias bibliográficas**

1. Zarranz JJ. Neurología 2ª ed. Harcourt-Brace. Madrid. 1998
2. Lesser RP. Psychogenic seizures. Neurology 1996;46:1499-1507
3. Devinsky O, Sanchez-Vllaseñor F, Vazquez B, Kothari M, Alper K, Luciano D. Clinical profile of patients with epileptic and nonepileptic seizures. Neurology 1996; 46:1530-1533
4. Gimenez-Roldan S. Hipola D, Andres de C, Mateo D, Oregon F. Fenomenología crítica

- motora en pacientes no epilépticos con crisis psicógenas. *Rev Neurol* 1998; 27 (157):395-400
5. Devinsky O. Nonepileptic psychogenic seizures: Quagmires of pathophysiology, diagnosis and treatment. *Epilepsia* 1998; 39(5):458-462.
  6. Leis AA, Ross MA, Summers AK. Psychogenic seizures: ictal characteristics and diagnostic pitfalls. *Neurology* 1992;42:95-99.
  7. Ozcara C, Dreifuss FE. Differential diagnosis in pseudoepileptic seizures. *Epilepsia* 1993; 34(2):294-298.
  8. Saygi S, Katz A, Marks DA, Spencer SS. Frontal lobe partial seizures and psychogenic seizures: comparison of clinical and ictal characteristic. *Neurology* 1992;42:1274-1277.
  9. French J. Pseudoseizures in the era of video-electroencephalogram monitoring. *Current Opinion in Neurology* 1995;8:117-120.
  10. Bazil CW, Kothari M, Luciano D, Moroney J, Song S, Vasquez B and col. Provocation of nonepileptic seizures by suggestion in a general seizure population. *Epilepsia* 1994;35(4):768-770.
  11. Shen W, Bowman ES, Markand O. Presenting the diagnosis of pseudoseizure. *Neurology* 1990;40:756-759.
  12. Anzola GP. Predictivity of plasma prolactin levels in differentiating epilepsy from pseudo-seizures: a prospective study. *Epilepsia* 1993;34(6):1044-1048.
  13. Peguero E, Abou-Khalil B, Fakhoury, Mathews G. Self-injury and incontinence in psychogenic seizures. *Epilepsia* 1995;36(6):586-591.
  14. Pakalnis A, Drake ME, Phillips B. Neuropsychiatric aspects of psychogenic status epilepticus. *Neurology* 1991;41:1104-1106.