

CRISIS NO EPILÉPTICAS

Prof. Salvador González Pal

Especialista de 2do grado en Neurología

¿QUÉ SE ENTIENDE POR CRISIS CEREBRALES?

- **CRISIS CEREBRAL SE DENOMINA A UN “EPISODIO DE APARICIÓN SÚBITA QUE SE PRESENTA EN UNA PERSONA CON APARENTE ESTADO DE SALUD, DE ORIGEN CEREBRAL, QUE PUEDE SER DE TIPO EPILÉPTICO O NO”**

CONCEPTO DE EPILEPSIA

- DICCIONARIO DE EPILEPSIA DE LA OMS. 1976.
- COMISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA Y PRONÓSTICO DE LA LIGA INTERNACIONAL CONTRA LA EPILEPSIA (ILAE).1981.
- PROPUESTA. LIGA INTERNACIONAL CONTRA LA EPILEPSIA Y BURO INTERNACIONAL DE EPILEPSIA.2005

Fisher R, W WVEB, Blume W, Elger C, Genton P, Lee P, et al. Epileptic seizure and epilepsy: definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE). . Epilepsia 2005;46:470-2.

ASPECTOS MÁS IMPORTANTES DEL CONCEPTO DE EPILEPSIA

- AFECCIÓN CRÓNICA
- DIFERENTES CAUSAS
- REPETICIÓN DE CRISIS
- DESCARGA EXCESIVA DE NEURONAS
- NO PROVOCADA POR CAUSA INMEDIATAMENTE IDENTIFICABLE.
- A LA QUE SE ASOCIAN TRASTORNOS NEUROBIOLÓGICOS, COGNITIVOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

- ¿CÓMO SABER SI SE TRATA DE UNA CRISIS DE EPILEPSIA O NO?
- MEDIANTE EL DIAGNÓSTICO QUE ES CLÍNICO

CORRECTO DIAGNOSTICO CLÍNICO DE LA EPILEPSIA

- Presencia de un aura
- Crisis de breve duración
- Confusión postictal
- Posturas anormales
- Amnesia del evento
- Incontinencia urinaria
- Crisis durante el sueño
- Lesiones autoinfligidas de la lengua
- Ojos abiertos durante las crisis

RASGOS CLÍNICOS DE LA EPILEPSIA ASOCIADO CON LA LOCALIZACIÓN

EPILEPSIA DEL LÓBULO TEMPORAL

Dejá vu

Aura Epigástrica.

Exageradas emociones de miedo o susto

Formación de imágenes visuales en el HD

EPILEPSIA DEL LÓBULO FRONTAL

Actividad muscular motora

Desviación forzada de los ojos

Arresto del lenguaje

Trastornos del hemisferio dominante

RASGOS CLÍNICOS DE LA EPILEPSIA ASOCIADO CON LA LOCALIZACIÓN

EPILEPSIA DEL LÓBULO PARIETAL

**Parestesias
Fenómenos
sensoriales**

EPILEPSIA DEL LÓBULO OCCIPITAL

**Fenómenos visuales
como flashes y
colores**

ES IMPORTANTE CONOCER LA EXISTENCIA DE 3 NIVELES DE DIAGNÓSTICO

- CRISIS DE EPILEPSIA
- SÍNDROME EPILEPTICO
- EPILEPSIA

TIPOS DE DIAGNÓSTICO

- **DIAGNÓSTICO CLÍNICO.**
- **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**
- **DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO.**
- **DIAGNÓSTICO ELECTROFISIOLÓGICO.**
- **DIAGNÓSTICO
NEUROIMAGENOLÓGICO.**

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN EL NIÑO

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE EPISODIOS ICTALES EN EL NIÑO

ENTIDADES	
Crisis cerebrales anóxicas reflejas	Espasmo del sollozo Crisis de la supresión respiratoria (cianótica y pálida) Síncopes vasovagales.
Síncopes cardiovasculares	
Tics	
Distonía paroxística inducida por medicamentos	Butirofenonas (haloperidol) Metoclopramida Fenotiazinas
Epilepsia	

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LA EPILEPSIA EN EL NIÑO

DURANTE EL SUEÑO	
Trastornos del sueño	Terror nocturno Sonambulismo Enuresis nocturna Somniloquia Narcolepsia Pesadillas
Mioclonías fisiológicas	
Movimientos periódicos durante el sueño.	
Epilepsia	

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LA EPILEPSIA EN EL NIÑO

DURANTE LA VIGILIA	
Estremecimientos.	
Reflujo gastroesofágico.	
Tortícolis paroxístico del lactante.	
Masturbación.	
Migraña.	
Trastornos psicógenos.	Rabietas Ataques de pánico Pseudocrisis
Epilepsia	

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN ADULTOS.

EPIODIOS CON Y SIN PÉRDIDA DEL
CONOCIMIENTO

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL EN ADULTOS.

EPISODIOS CON PÉRDIDA DEL
CONOCIMIENTO

HACER EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CLÍNICO DE EPISODIOS CON PÉRDIDA DEL CONOCIMIENTO

<u>Síncopes</u>	
<u>Psicógeno</u> (pseudocrisis, etc)	
<u>Migraña Basilar</u>	
<u>Amnesia global transitoria</u>	
Síndrome confusional	
<u>Epilepsia.</u>	Síndrome generalizado/Síndrome focal

TIPOS DE SÍNCOPE

SÍNCOPES

Cardiogénico (arritmia o disminución del flujo)

/Hipovolémico/Hipotensivo (vasovagal, fármacos o, disautonomía)

/Reflejo /(miccional, tusígeno).

/Cerebrovascular/ (enfermedad carotídea, enfermedad vertebro basilar, vasoespasmo o arteritis Takayasu)

/Metabólico

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON LOS SÍNCOPE

<u>Signo</u>	<u>Crisis epiléptica</u>	<u>Síncope</u>
Pródromo	Aura Oscurecimiento de la visión poco frecuente	Oscurecimiento visión completo frecuente
Postura	Cualquiera	Posición de pié. Al incorporarse
Comienzo	Súbito	Lento
S. Vitales	Taquicardia, hipertensión y cianosis	Pulso lento, palidez, hipotensión, sudoración
Sist. motor	Tónico clónico, mioclónico, maceración lengua	Inmovilidad, clonias, mioclonias cortas y suaves, rara maceración lingual
Recuperación	Gradual. Independiente	Rápida en posición supina

HACER EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CLÍNICO DE EPISODIOS CON PÉRDIDA DEL CONOCIMIENTO

<u>Síncopes</u>	
<u>Psicógeno</u> (pseudocrisis, etc)	
<u>Migraña Basilar</u>	
<u>Amnesia global transitoria</u>	
Síndrome confusional	
<u>Epilepsia.</u>	Síndrome generalizado/Síndrome focal

AMNESIA GLOBAL TRANSITORIA

La información sobre el comienzo del episodio debe darse por un testigo para descartar otras causas de la amnesia (crisis epiléptica o traumatismo).

Si no hay testigos, puede que se trate de un caso de AGT, pero no se puede saber con seguridad si realmente lo es.

Un leve traumatismo craneoencefálico puede causar ocasionalmente problemas de memoria indistinguibles de una AGT típica, por lo que, en ausencia de un testigo, no se puede excluir esta posibilidad, sobre todo si el paciente es joven .

AMNESIA GLOBAL TRANSITORIA

Las disfunciones que aparecen durante el episodio son amnesia anterógrada grave y amnesia retrógrada de intensidad variable, lo que les lleva a un estado de desorientación y les crea la necesidad de hacer preguntas repetitivas.

La identidad personal y la conciencia están preservadas, y la alteración cognitiva debe limitarse a la amnesia.

AMNESIA GLOBAL TRANSITORIA

No deben aparecer signos neurológicos importantes durante el episodio ni después, excepto mareo, vértigo o dolor de cabeza

- No deben registrarse rasgos epilépticos.
- El episodio debe durar menos de 24 horas.
- Los pacientes con traumatismo craneoencefálico reciente o diagnosticados de epilepsia deben ser excluidos.

Sander K, Sander D. New insights into transient global amnesia: recent imaging and clinical findings. Lancet Neurol 2005; 4: 437-44.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LAS EPILEPSIAS Y LAS AMNESIA GLOBAL TRANSITORIAS

<u>CRISIS EPILÉPTICA</u>	<u>AMNESIA GLOBAL TRANSITORIA</u>
	Episodio único
Dura pocos minutos	Hasta 12-24 hs
Ruptura de contacto	Preguntas repetidas y reiteradas
Sin amnesia retrógrada	Amnesia global
Varios desencadenantes	Ejercicio (20%) Tensión emocional

HACER EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CLÍNICO DE EPISODIOS CON PÉRDIDA DEL CONOCIMIENTO

<u>Síncopes</u>	
<u>Psicógeno</u> (pseudocrisis, etc)	
<u>Migraña Basilar</u>	
<u>Amnesia global transitoria</u>	
<u>Síndrome confusional</u>	
<u>Epilepsia.</u>	Síndrome generalizado/Síndrome focal

SINDROME CONFUSIONAL AGUDO. CONCEPTO

- **Delírium** (del latín *delirium*) o **síndrome confusional agudo** (S.C.A.), es el término mucho más aceptado por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de 1992, para definir los trastornos orgánicos de las funciones mentales superiores que de manera aguda, transitoria y global producen alteración del nivel de conciencia. Esta alteración en el estado mental se caracteriza por ser aguda y reversible.

FACTORES DE RIESGO E INICIO

FACTORES DE RIESGO

- Mayores de 60 años, hospitalización , comorbilidad orgánica, daño cerebral previo (demencia, ACV, tumor) e historia previa de delirium.

INICIO Y EVOLUCIÓN

- Cursa con un inicio repentino (días u horas), es de curso fluctuante con empeoramiento vespertino, tiene una mejoría rápida cuando se identifica y elimina el factor causal.
- Su duración es inferior a 6 meses. Habitualmente dura menos de un mes y puede evolucionar a demencia.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LAS EPILEPSIA CON EL SÍNDROME CONFUSIONAL

CRISIS EPILÉPTICA	SÍNDROME CONFUSIONAL
Comienzo súbito	Gradual
Duración: minutos	Horas a días
Igual distribución en día o noche	Horas vespertinas
Automatismos simples o complejos	Automatismos simples
Mejora con benzodiazepinas	No mejora con benzodiazepinas

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL EN ADULTOS

EPISODIOS SIN PÉRDIDA DEL
CONOCIMIENTO

DIAGNÓSTICO CLINICO DIFERENCIAL DE EPISODIOS SIN PÉRDIDA DEL CONOCIMIENTO

<u>Trastornos del movimiento</u>	Distonía, corea, atetosis, temblor, discinecias, mioclonía, etc.
<u>Enfermedades psiquiátricas</u>	<u>Pseudocrisis</u> , ataques de pánico, manía, alucinaciones, delirios, simulación, etc.
<u>Trastornos metabólicos y endocrinológicos</u>	Hipoglicemia, hiperglicemia
<u>Procesos cerebrovasculares</u>	Accidentes isquémicos transitorio.
<u>Esclerosis múltiple</u>	
<u>Vertigos</u>	
<u>Epilepsia</u>	Epilepsia Focal

Epilepsia del Lobulo Frontal



¿CÓMO LLAMAR A ESTE TIPO DE CRISIS?

- Las "crisis psicógenas no epilépticas" es uno de los múltiples términos, que se emplea para determinar una serie de crisis de origen mental y que también se les conoce como "crisis pseudo epilépticas", "pseudocrisis", "crisis psicógenas", "crisis disociativas" o "crisis no epilépticas."

DEFINICIÓN

Crisis psicógenas no epilépticas, son episodios de alteraciones del movimiento, sensación o experiencia que evocan una crisis de epilepsia , pero que no se asocian con un episodio epileptiforme ictal en el cerebro y que sugieren un origen psicopatológico.

Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, DC: American Psychiatric Assoc.; 1994.

ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO;1992.

IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Estudios reciente de tipo epidemiológico indican que el diagnóstico puede demorar hasta 7 años en aquellos pacientes con CPNE que son diagnosticados en un inicio como epilepsia.
- El diagnostico incorrecto tiene un elevado riesgo iatrogénico y un costo elevado a lo sistemas de salud y a la sociedad.
- Estudios realizados dan un estimado que alcanzaba en 1998 un costo en los servicios médicos por pseudocrisis entre 100 y 900 millones por año

IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Las causas de que el costo de estos pacientes sea tan alto se debe principalmente a:
 1. Estudios de laboratorio, neurofisiológicos e imagenológicos repetitivos.
 2. Repetidas consultas de evaluación del diagnóstico.
 3. Costo de tratamientos inadecuados con FAE
 4. Costo de los cuidados de urgencia por las pseudocrisis.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL CON LAS PSEUDOCRISIS DE EPILEPSIA

ESTADOS PREICTALES Y AURAS EPILEPSIA	ESTADOS PREICTALES Y AURAS PSEUDOCRISIS
Preictales. Cefalea, mareos, etc. Aura. Sensación epigástrica, olores, parestesias, otras en dependencia del área focalizada del foco epileptogénico	Preictal. Sueño «normal»10/18* Auras no específicas en el 23,7% de los pacientes

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL CON LAS PSEUDOCRISIS DE EPILEPSIA

FENÓMENOS MOTRICES EPILEPSIA	FENÓMENOS MOTRICES PSEUDOCRISIS DE EPILEPSIA
Movimientos clónicos de las extremidades superiores 96%	Movimientos clónicos de las extremidades superiores 20%*
No existen, movimientos fuera de fase o no sincronizados u orientados en diversas direcciones	Se presentan movimientos fuera de fase o no sincronizados u orientados en diversas direcciones 56% *
No se presentan movimientos pélvicos de gran amplitud	Se presentan movimientos pélvicos de gran amplitud 44%*
Hay movimientos pélvicos retroactivos(rítmicos de los glúteos mientras el paciente esta recostado de espalda/Hay movimientos pélvicos hacia adelante en algunas CPC	No se presentan movimientos retroactivos, hay movimientos pélvicos hacia delante de forma predominante

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL CON LAS PSEUDOCRISIS DE EPILEPSIA

FENÓMENOS NO MOTRICES EPILEPSIA	FENÓMENO NO MOTRICES PSEUDOCRISIS
Movimientos oculares 64% Parpadeo, mirada fija, guiños unilaterales	Movimientos oculares en el 22%
Mirada fija frecuente	Mirada fija poco frecuente *
Ojos muy abiertos en la fase tónica de las crisis de epilepsia tónico clónica	Oposición a cerrar los párpados en 41/75 con síntomas motrices Oposición a cerrar los párpados en 8/72 con crisis sensorial

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL CON LAS PSEUDOCRISIS DE EPILEPSIA

FENÓMENOS COGNITIVOS Y VOCALIZACIONES EN LA EPILEPSIA	FENÓMENOS COGNITIVOS Y VOCALIZACIONES EN LA PSEUDOCRISIS
Funciones cognitivas están alteradas	Parecen estar alteradas
Vocalizaciones «grito epiléptico»	Vocalizaciones:lamentos gritos, gruñidos, ronquidos, signos de ahogo, lenguaje vulgar, etc*

Holmes y col J Ped 1980; 97 (4): 554-58

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL CON LAS PSEUDOCRISIS DE EPILEPSIA

INCONTINENCIA URINARIA Y DAÑOS FÍSICOS SINTOMAS POS ICTALES DURACION EN LA EPILEPSIA	INCONTINENCIA URINARIA Y DAÑOS FÍSICOS SINTOMAS POS ICTALES DURACION EN LA PSEUDOCRISIS
Daños físicos usuales en las crisis tónico clónicas generalizadas	Daños físicos poco usuales y leves en las pseudocrisis
Incontinencia urinaria frecuente	Incontinencia urinaria poco frecuente
Síntomas post ictales. presente	Síntomas post ictales, presente
Duración variable, según el tipo de crisis	Duración variable con tendencia a ser extendida

DIAGNÓSTICO ADECUADO

Para verificar el diagnóstico la mejor prueba es en primer lugar la monitorización durante días mediante el video EEG, que un grupo de 22 expertos consideró de muy confiable para el diagnóstico de epilepsia y moderadamente confiable para el diagnóstico de las CPNE.

La revisión de los videos- EEG es elevada y se sugiere adicionar un programa de análisis computarizado de los EEG, video y EKG.

Este método es muy costoso

Un ahorro substancial del costo es la realización del EEG asociado a la inducción de las crisis.

Hay diferentes métodos de inducción y todos basados en sugestionar al paciente para provocar las crisis.

La inducción debe de realizarse en presencia de un anestesista pues puede desencadenar un estado de mal epiléptico

CARACTERÍSTICAS DE LAS LESIONES DURANTE LA INDUCCIÓN EN LAS PSEUDOCRISIS, LAS CRISIS DE EPILEPSIA Y OTROS EVENTOS PAROXÍSTICOS FISIOLÓGICOS PRESENTADOS^A

	PSEUDOCRISIS	CRISIS ^B	EVENTOS PAROXÍSTICOS FISIOLÓGICOS
INDUCCIÓN	+++	+	+
Falsos positivos	++	+C	+
Falsos negativos	+	+++	+++
CONTROL RECONOCIDO	+/-	-	+/-
LESIONES PROVOCADAS	+	++	++
ACCIDENTES	-	++	+

A. Síncopes, trastornos del movimiento, trastornos del sueño.

B. Crisis generalizadas o crisis parciales complejas, no se incluyen crisis parciales simples.

C. Caso de crisis inducida en personas sin ninguna otra crisis anterior. Sucede frecuentemente cuando se usan estímulos fóticos

CONDUCTA A SEGUIR ANTE CRISIS PSICÓGENA NO EPILÉPTICA

1. Realizar video EEG en caso de:
 - Crisis psicógenas no epilépticas.
 - Crisis de epilepsia refractarias al tratamiento o farmacoresistentes
- 2. Informar al paciente y a la familia del resultado de la prueba. En caso de crisis psicógenas no epilépticas puede mostrársele el video y decirle "...la buena noticia es que usted no sufre de epilepsia..."

CONDUCTA A SEGUIR ANTE CRISIS PSICÓGENA NO EPILÉPTICA

- 3. Tratamiento psicoterapéutico de los trastornos psicopatológicos que se presenten asociados.

Distimia/Depresión

Ansiedad.

Trastornos de personalidad

- 4. Tratamiento de relajación con técnicas de hipnosis.
- Tratamiento biológico con:

Antidepresivos

Ansiolíticos

Antipsicóticos

CONDUCTA A SEGUIR ANTE CRISIS PSICÓGENA NO EPILEPTICA

- ANALIZAR LOS PROBLEMAS PSICOTRAUMATIZANTE DEL PACIENTE JUNTO AL EQUIPO DE SALUD MENTAL.
- TRAUMAS PSICOLÓGICOS
- PROBLEMAS FAMILIARES
- ABUSO SEXUAL

CONCLUSIONES

EVENTOS FISIOPATOLÓGICOS MÁS FRECUENTES EN QUE SE DEBE DE PENSAR ANTE UNA CRISIS

- SINCOPE
- MIGRAÑA
- ATAQUES ISQUÉMICOS VASCULARES
- VERTIGO/MAREOS
- TRASTORNOS DEL SUEÑO
- TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO.
- CRISIS DE EPILEPSIA

EVENTOS PSIQUIÁTRICOS MÁS FRECUENTES QUE SE DEBE DE PENSAR

- ATAQUES DE PANICO Y ANSIEDAD
- CRISIS PSICÓGENAS NO EPILÉPTICAS
- SINDROME DE HIPERVENTILACIÓN
- PSICOSIS AGUDA
- SIMULADORES

TENGA PRESENTE SIEMPRE LOS
ELEMENTOS CLÍNICOS BASICOS DEL
DIAGNOSTICO DE EPILEPSIA

CORRECTO DIAGNOSTICO CLÍNICO DE LA EPILEPSIA

- Presencia de un aura
- Crisis de breve duración
- Confusión postictal
- Posturas anormales
- Amnesia del evento
- Incontinencia urinaria
- Crisis durante el sueño
- Lesiones autoinfligidas de la lengua
- Ojos abiertos durante las crisis

RASGOS CLÍNICOS DE LA EPILEPSIA ASOCIADO CON LA LOCALIZACIÓN

EPILEPSIA DEL LÓBULO TEMPORAL

Dejá vu

Aura Epigástrica.

Exageradas emociones de miedo o susto

Formación de imágenes visuales en el HD

EPILEPSIA DEL LÓBULO FRONTAL

Actividad muscular motora

Desviación forzada de los ojos

Arresto del lenguaje

Trastornos del hemisferio dominante

RASGOS CLÍNICOS DE LA EPILEPSIA ASOCIADO CON LA LOCALIZACIÓN

EPILEPSIA DEL LÓBULO PARIETAL

Parestesias
Fenómenos
sensoriales

EPILEPSIA DEL LÓBULO OCCIPITAL

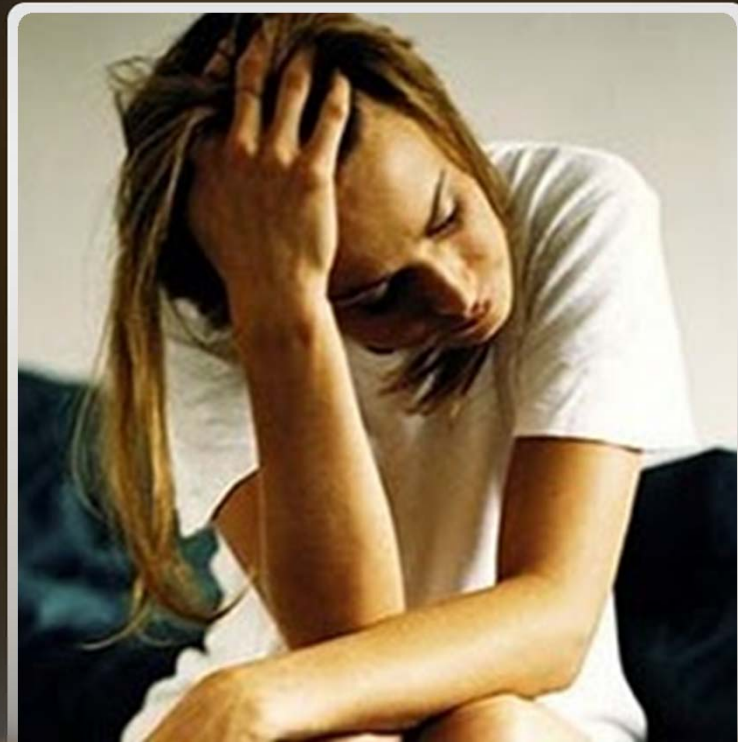
Fenómenos visuales
como flashes y
colores

PROPORCIONE UN SEGUIMIENTO ADECUADO AL PACIENTE CON PSEUDOCRISIS

- Realizar video EEG
- Informar al paciente y a la familia del resultado de la prueba.
- Tratamiento psicoterapéutico de los trastornos psicopatológicos que se presenten asociados
- Tratamiento de relajación con técnicas de hipnosis.
- Analizar los problemas psicotraumatizante del paciente junto al equipo de salud mental

HAGA TODO LO POSIBLE POR
DARLE AL PACIENTE CON
EPILEPSIA CON CORRECTO
DIAGNÓSTICO PRONÓSTICO Y
TRATAMIENTO

MUCHAS GRACIAS .



<http://www.epilepsiasocu.sld.cu/>