



XVII Congreso Virtual
Internacional de Psiquiatría

2016

#interpsiquis - del 1 al 29 de Febrero

CRISIS NO EPILÉPTICAS PSICÓGENAS

Patricia Hervías Higuera, Laura Maroto Martín, Raquel Morales Andueza

Hospital Dr. R. Lafora

patriciaherviashiguera@yahoo.es

Crisis no epilépticas psicógenas. Diagnóstico diferencial. Vídeo-EEG.

RESUMEN

Las crisis no epilépticas psicógenas (CNEP) se definen como episodios paroxísticos de alteración conductual, que superficialmente parecen crisis epilépticas verdaderas, pero sin cambios electroencefalográficos ni asociación a disfunción del sistema nervioso central. La incidencia en la población general es de 2-33 cada 100.000 habitantes/año. Su prevalencia oscila entre 17-30% (en la población atendida en unidades de epilepsia) observando que el 10,7% de los pacientes muestran también crisis epilépticas. Han encontrado una alta prevalencia de múltiples trastornos psiquiátricos comórbidos (hasta un 70% de los pacientes presentan conjuntamente 2 o más diagnósticos psiquiátricos de diferentes categorías asociados).

A pesar de la dificultad que suele entrañar el diagnóstico diferencial entre Epilepsia y CNEP, considerando la gran importancia del abordaje conjunto, neurológico y psiquiátrico, hasta el momento, la exploración clínica y el estudio con vídeo-EEG durante las crisis constituyen el gold estándar para establecer un correcto diagnóstico. Una vez realizado, la primera estrategia terapéutica consiste en informar al paciente y a su familia el origen no epiléptico de las crisis mediante una sesión psicoeducativa. Posteriormente, suprimir lentamente el tratamiento antiepiléptico e iniciar un adecuado tratamiento psicofarmacológico en relación con las alteraciones psicopatológicas presentes, siendo necesario identificar las variables emocionales y psicológicas que pueden estar incidiendo en la aparición y perpetuación de las CNEP, abordándolas mediante tratamiento psicoterapéutico.

Constituyen una entidad clínica difícil de diferenciar de las crisis propias de la Epilepsia, pudiendo además coexistir, lo cual complica aún más el cuadro clínico; siendo aquí donde la agudeza del clínico desempeña un papel fundamental.

CRISIS NO EPILÉPTICAS PSICÓGENAS

INTRODUCCIÓN

Las crisis epilépticas no psicógenas (CNEP), descritas inicialmente por Charcot, constituyen una entidad difícil de diferenciar de las crisis epilépticas. Aún no existe consenso acerca del término específico, se les llama además crisis no epilépticas, ataques histéricos, crisis pseudoepilépticas o pseudocrisis.

Estas CNEP se definen como 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.

OBJETIVOS

Nuestro objetivo inicial ha consistido en realizar una revisión bibliográfica en PubMed sobre las CNEP, para conocer su incidencia, prevalencia, determinar la asociación existente con enfermedades mentales, plantear la dificultad que suele entrañar el diagnóstico diferencial entre epilepsia y CNEP, considerando la gran importancia del abordaje conjunto, neurológico y psiquiátrico de estos cuadros y describir los tratamientos psicofarmacológicos y psicoterapéuticos disponibles en la actualidad.

RESULTADOS

Desde un punto de vista histórico, los trastornos mentales asociados a los pacientes con epilepsia han sido tema de estudio desde la época antigua, cuando Hipócrates mencionó "la melancolía acompaña a la epilepsia y la epilepsia a la melancolía".

A lo largo de la historia, han sido muchos los que han tratado de investigar la asociación entre ambas entidades nosológicas, siendo realmente difícil establecer una clara psicopatología diferencial entre ambas.

La incidencia de CNEP en la población general es aproximadamente de 2 a 33 cada 100.000 habitantes por año. Esta cifra asciende a un 25-30 de cada 100 habitantes si se considera la incidencia en los centros especializados en epilepsia. La edad más frecuente de aparición se encuentra entre los 15 y los 35 años, siendo las mujeres más afectadas que los hombres.

Su prevalencia oscila 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, con una prevalencia estimada comprendida entre 1/50.000 y 1/3.000. Por otra parte, se ha observado que el 10,7% de los pacientes con CNEP muestran también crisis epilépticas.

CRISIS NO EPILÉPTICAS PSICÓGENAS

En diversos estudios se ha encontrado una alta prevalencia de múltiples trastornos psiquiátricos comórbidos (hasta en un 70% de los pacientes se ha observado la presencia conjunta de 2 o más diagnósticos psiquiátricos de diferentes categorías asociados a CNEP). Entre los más destacados se encuentran:

1. Trastorno afectivo: Es uno de los trastornos psiquiátricos comórbidos más frecuentemente encontrados en la población de pacientes con CNEP, especialmente la depresión mayor y la distimia, que se observa en un 40% - 80% de los casos estudiados.
2. Trastorno de ansiedad: Muy frecuente como comorbilidad en pacientes con CNEP. Existen casos de crisis de ansiedad y pánico que son confundidas con crisis de epilepsia, ya sea por el componente motor (temblor o sacudidas) o por el componente psicosensoresial (despersonalización, desrealización o parestesias). Dentro de los trastornos de ansiedad, el trastorno de estrés postraumático ha sido hallado con una frecuencia bastante elevada (35% - 49%), y el rol del trauma en la génesis de los episodios de CNEP ha sido considerado un factor de gran importancia. El trastorno de ansiedad generalizada, con su componente somático (temblor o síntomas autonómicos de alerta), puede confundirse con crisis de epilepsia, y a la vez se encuentra como comorbilidad en los pacientes con CNEP en un 10% de los casos.
3. Trastorno por abuso de sustancias: Presente como diagnóstico comórbido en un 42% de los casos, viéndose agravada la situación por la clínica asociada a las intoxicaciones o abstinencias correspondientes.
4. Trastorno disociativo: Se define como una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad y la psicomotilidad. Esta alteración puede ser repentina o gradual, transitoria o crónica y confundirse con crisis epilépticas parciales complejas. Los síntomas disociativos son muy comunes en los pacientes con CNEP (90%), en especial si tenemos en cuenta el concepto de que la disociación constituye el mecanismo psicopatológico por el cual se producen las conversiones, es decir, los distintos tipos de CNEP.
5. Trastorno somatomorfo: Los síntomas pertenecientes a esta categoría diagnóstica suelen acompañar a los síntomas disociativos y conversivos de las CNEP. Entre ellos destacan los síntomas por dolor, síntomas digestivos, malestar general, astenia... Estos síntomas - al igual que los trastornos disociativos y conversivos - han sido relacionados con experiencias traumáticas.
6. Trastorno de personalidad: No existe un estilo de personalidad que se relacione en forma específica con las CNEP. No obstante, los trastornos de personalidad más frecuentemente encontrados entre estos pacientes, son el trastorno límite de personalidad, el dependiente, el histriónico y el evitativo, que según diversos estudios su presencia en los pacientes con CNEP oscila entre el 30% y el 50%. Es interesante ver como la evolución de las CNEP tiene

CRISIS NO EPILÉPTICAS PSICÓGENAS

relación con los trastornos de personalidad, en tanto en cuanto se observan con más frecuencia en aquellos pacientes con CNEP de larga evolución.

7. Otros trastornos psiquiátricos difíciles de diferenciar de los anteriormente nombrados serían: el trastorno por simulación y el trastorno facticio, que también deben ser descartados en los pacientes con CNEP.

En cuanto a la Epilepsia, ésta y las enfermedades psiquiátricas se encuentran relacionadas de manera bidireccional, de tal manera que los pacientes con enfermedades psiquiátricas tienen mayor prevalencia de padecer epilepsia y viceversa. De hecho, múltiples estudios concluyen que antecedentes de epilepsia, convulsiones y una actividad anómala EEG son más frecuentes en pacientes con patología psiquiátrica asociada con respecto a grupos control.

Por otra parte, el diagnóstico diferencial entre el Trastorno de Pánico y la Epilepsia Focal en ocasiones puede suponer una gran dificultad. La epilepsia focal debería ser considerada en pacientes con episodios paroxísticos de ansiedad, especialmente si los síntomas disociativos y características clínicas atípicas para el trastorno de pánico están presentes, y si no hay respuesta satisfactoria a los psicofármacos adecuados y psicoterapia en un año.

En cuanto a las psicosis interictales (no relacionadas con las crisis de epilepsia), son descritas por Slater con el término de "Shizophrenia - Like" (Esquizofreniformes) y se diferencian de la Esquizofrenia en que mantienen inalteradas la afectividad y las relaciones interpersonales. La comorbilidad de estos cuadros de psicosis es de aproximadamente un 7%. Estos, no se ven con mucha frecuencia en consultas de neurología o de medicina interna, pues los pacientes con esta asociación son fundamentalmente atendidos en Centros de Salud Mental. Estas psicosis, están relacionadas con las crisis parciales complejas propias de las epilepsias focales del lóbulo temporal, con elevada frecuencia de crisis y un largo período de evolución, por encima de los 10 años como media.

En cualquier caso, hasta el momento, pese a que se hayan intentado hallar marcadores biológicos específicos que permitan diferenciar las crisis epilépticas verdaderas de las CNEP, no ha sido posible y son la exploración clínica y el estudio con vídeo-EEG durante las crisis el gold estándar para establecer un correcto diagnóstico diferencial.

Aun así, en la mayoría de los casos, las CNEP suelen ser extremadamente difíciles de distinguir de las crisis epilépticas, incluso para clínicos expertos. La mayor parte de los pacientes con CNEP reciben fármacos antiepilépticos durante largos periodos de tiempo (7 a 9 años) hasta que se llega al diagnóstico correcto.

En cuanto al diagnóstico diferencial, podríamos ayudarnos de los siguientes criterios para llevarlo a cabo:

CRISIS NO EPILÉPTICAS PSICÓGENAS

CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES	CRISIS NO EPILÉPTICAS PSICÓGENAS	CRISIS PROPIA DE LA EPILEPSIA
Inicio: menores de 5 años.	Raro	Frecuente
Síntomas en público.	Común	Raro
Tratamiento psiquiátrico.	Común	Raro
Antecedentes de abuso sexual.	Común	Raro
Comienzo gradual.	Común	Súbito
Duración de la crisis.	Mayor de 2 min.	Menor de 2 min.
Crisis precipitadas por estímulos.	Común	Raro
Actividad motora ondulante.	Común	Raro
Movim. asincrónicos en piernas.	Común	Raro
Actividad motora con propósito.	Común	No
Mordedura de lengua.	No	Común
Llanto.	Frecuentes	Raro
Cierre ocular.	Frecuentes	Raro
Atonía ictal prolongada.	Ocasional	Raro
Cianosis.	Raro	Ocasional
Reorientación postictal rápida.	Común	Raro
Estatus epilépticos recurrentes.	Común	Raro
Múltiples síntomas físicos inexplicables.	Común	Raro
Reflejo cutáneo plantar extensor.	No	Común
Reflejo pupilar.	Conservado	Frecuente-Ausente
Resistencia apertura ocular.	Común	Raro

En relación al examen físico de estos pacientes, es importante destacar que:

- 1) Al evaluar los reflejos en estos pacientes, el reflejo cutáneo plantar en extensión (Babinski) suele estar presente en crisis epilépticas, mientras que en las psicógenas no lo está.
- 2) La respuesta fotomotora es normal en los pacientes con crisis psicógenas, y se halla alterada en los pacientes con crisis epilépticas.
- 3) Es común que los pacientes con crisis psicógenas presenten resistencia a la apertura ocular.

Tras la exclusión de otras enfermedades, el diagnóstico de certeza se lleva a cabo mediante el Video-Electro-Encefalograma (VEEG), el cual consiste en el monitoreo continuo del comportamiento del paciente mientras se registra simultáneamente la actividad eléctrica cerebral.

CRISIS NO EPILÉPTICAS PSICÓGENAS

Una vez realizado el diagnóstico de CNEP, la primera estrategia terapéutica consiste en informar al paciente y a su familia el origen no epiléptico de las crisis a través de una sesión psicoeducativa. Es beneficioso programar una sesión informativa, explicando el diagnóstico diferencial, la base psicógena de las crisis y las alternativas terapéuticas.

Ante la ausencia de crisis epilépticas verdaderas, el primer paso sería suprimir lentamente el tratamiento antiepiléptico. Posteriormente se debe iniciar un adecuado tratamiento psicofarmacológico en relación con las alteraciones psicopatológicas que presente el paciente, siendo además necesario identificar las diversas variables emocionales y psicológicas que pueden estar incidiendo en la aparición y perpetuación de las CNEP y abordarlas mediante tratamiento psicoterapéutico.

Se calcula que el 50% de los pacientes mejoran tras instaurar el tratamiento adecuado, pero sólo 30% quedan libres de crisis a largo plazo. En cuanto a los factores predictivos de mejor pronóstico, se encuentran el diagnóstico precoz, la vida independiente, la aceptación del diagnóstico, un coeficiente intelectual alto, una buena situación socioeconómica o CNEP con semiología menos dramática. La cronicidad y complejidad de los problemas psicológicos y psiquiátricos, como depresión, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad e historia de abusos crónicos, se relacionan con un peor pronóstico.

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 personalidad que dificultan el buen funcionamiento de la persona. Además el retraso en el diagnóstico del tipo de crisis (entre 8 y 9 años según las series) y en el correcto tratamiento implicaría la cronificación del trastorno y un elevado coste para la sanidad.

Como resultado de esta revisión, hemos encontrado como opciones psicoterapéuticas plausibles: tratamientos cognitivo conductuales y terapia interpersonal. Además, es importante señalar las características de otros tratamientos, los cuales aún no cuentan con apoyo empírico suficiente respecto a su utilidad clínica, pero forman parte de los tratamientos desarrollados para las CNEP en el momento actual, como son el tratamiento psicoanalítico basado en el modelo de trauma y de las relaciones objetales, hipnosis, un modelo de intervenciones paradójales, EMDR, terapia grupal e intervenciones psicoeducativas grupales o individuales.

CONCLUSIONES

Las CNEP constituyen una entidad clínica difícil de diferenciar de las crisis propias de la Epilepsia, con una alta incidencia y prevalencia, especialmente en personas con trastornos psiquiátricos

CRISIS NO EPILÉPTICAS PSICÓGENAS

comórbidos (especialmente, Trastornos afectivos y Trastornos de ansiedad) y rasgos de personalidad tendentes al neuroticismo.

A la hora de establecer el diagnóstico diferencial, la exploración clínica y el estudio con vídeo-EEG durante las crisis siguen siendo el gold estándar.

En cuanto a las estrategias terapéuticas, son igualmente importantes la psicofarmacología (suprimiendo de manera lentamente progresiva los fármacos antiepilépticos mantenidos hasta el momento e introduciendo psicofármacos idóneos según las características clínicas presentes) y la psicoterapia (cognitivo conductual, interpersonal y aquellas enfocadas en la identificación de las diversas variables emocionales y psicológicas que pueden estar incidiendo en la aparición y perpetuación de las CNEP).

No obstante, la eficacia del tratamiento con psicofármacos antiepilépticos en pacientes afectos de epilepsia y trastornos afectivos, ha instado a continuar investigando los posibles beneficios del tratamiento antiepiléptico en el tratamiento de otros trastornos mentales como son los trastornos de ansiedad, la depresión y el trastorno bipolar. En los casos de CNEP, a pesar de que el EEG o la Resonancia Magnética pueden no ser concluyentes y los fármacos antiepilépticos pueden resultar ineficaces, es aconsejable realizar vídeo-EEG de seguimiento para descartar crisis parciales complejas, pues aunque en este tipo de crisis es común el retraso en el diagnóstico es importante llevarlo a cabo para evitar complicaciones.

Así, las CNEP y la epilepsia pueden coexistir, lo cual complica aún más el cuadro clínico; siendo aquí donde la agudeza del clínico, neurólogo o psiquiatra, desempeña un papel fundamental.

BIBLIOGRAFÍA

1. Szaflarski JP, Aurora K, Rawal P, Szaflarski M, Allendorfer JB, DeWolfe J, Pati S, Thomas A, Ver Hoef LL, Dworetzky BA. Personalities of patients with nonepileptic psychogenic status. *Epilepsy Behav.* 2015; 52(4): 143-148.
2. Hendrickson R, Popescu A, Ghearing G, Bagic A. Thoughts, emotions, and dissociative features differentiate patients with epilepsy from patients with psychogenic nonepileptic spells (PNESs). *Epilepsy Behav.* 2015; 51:158-162.
3. Haykal MA, Smith B. A Therapeutic Approach to Psychogenic Nonepileptic Seizures. *Curr Treat Options Neurol.* 2015; 17(9): 371.
4. Gale SD, Hill SW, Pearson C. Seizure semiology in males with psychogenic nonepileptic seizures is associated with somatic complaints. *Epilepsy Res.* 2015; 115: 153-157.
5. Brigo F, Tinazzi M, Trinka E. In Response: Terminology of psychogenic nonepileptic seizures—a Babel of different names? *Epilepsia.* 2015; 56(7): 1179-1180.

CRISIS NO EPILÉPTICAS PSICÓGENAS

6. Labate A, Gambardella A. Why should we change the term psychogenic nonepileptic seizures? *Epilepsia*. 2015; 56(7): 1178-1179.
7. Wiseman H, Reuber M. New insights into psychogenic nonepileptic seizures 2011-2014. *Seizure*. 2015; 29: 69-80.
8. Whitehead K, O'Sullivan S, Walker M. Impact of psychogenic nonepileptic seizures on epilepsy presurgical investigation and surgical outcomes. *Epilepsy Behav*. 2015; 46: 246-248.
9. Asadi-Pooya AA, Sperling MR. Epidemiology of psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Behav*. 2015; 46: 60-65.
10. Herskovitz M. Psychogenic nonepileptic seizure patterns in patients with epilepsy. *Psychosomatics*. 2015 Jan-Feb; 56(1): 78-84.
11. Baslet G, Dworetzky B, Perez DL, Oser M. Treatment of psychogenic nonepileptic seizures: updated review and findings from a mindfulness-based intervention case series. *Clin EEG Neurosci*. 2015; 46(1): 54-64.
12. Gedzelman ER, LaRoche SM. Long-term video EEG monitoring for diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2014; 10: 1979-1986.
13. Hendrickson R, Popescu A, Dixit R, Ghearing G, Bagic A. Panic attack symptoms differentiate patients with epilepsy from those with psychogenic nonepileptic spells (PNES). *Epilepsy Behav*. 2014 Aug; 37: 210-214.
14. Urbanek M, Harvey M, McGowan J, Agrawal N. Regulation of emotions in psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Behav*. 2014 Aug; 37: 110-115.
15. Duncan R, Graham CD, Oto M. Outcome at 5-10 years in psychogenic nonepileptic seizures: what patients report vs. what family doctors report. *Epilepsy Behav*. 2014 Aug; 37:71-74.
16. Ostrowsky-Coste K, Montavont A, Keo-Kosal P, Guenot M, Chatillon CE, Ryvlin P. Similar semiology of epileptic and psychogenic nonepileptic seizures recorded during stereo-EEG. *Seizure*. 2013 Dec; 22(10): 897-900.
17. Scévola L, Teitelbaum J, Oddo S, Centurión E, Loidl CF, Kochen S, D Alessio L. Psychiatric disorders in patients with psychogenic nonepileptic seizures and drug-resistant epilepsy: a study of an Argentine population. *Epilepsy Behav*. 2013 Oct; 29(1): 155-160.
18. Mayor R, Brown RJ, Cock H, House A, Howlett S, Smith P, Reuber M. A feasibility study of a brief psycho-educational intervention for psychogenic nonepileptic seizures. *Seizure*. 2013 Aug; 22(9):760-765.
19. Metin SZ, Ozmen M, Metin B, Talasman S, Yeni SN, Ozkara C. Treatment with group psychotherapy for chronic psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Behav*. 2013 Jul; 28(1):91-94.
20. Kirmani BF. Importance of Video-EEG Monitoring in the Diagnosis of Epilepsy in a Psychiatric Patient. *Case Rep Neurol Med*. 2013; 2013: 159842.